



El Colegio de la Frontera Sur

Las familias y el proceso salud/enfermedad/atención en Paraíso del Grijalva, Chiapas

TESIS

Presentada como requisito parcial para optar al grado de
Maestra en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural

Por

María Eugenia Balderas Correa

2010

INDICE:

Agradecimientos:	8
CAPÍTULO I: Introducción	10
1.1 Objetivos	12
1.1.1 General.....	12
1.1.2 Particulares.....	12
1.2 Antecedentes:.....	12
1.3 El proceso salud/enfermedad/atención en Chiapas:.....	15
CAPITULO II. Marco teórico	18
2.1 Consideraciones previas:	20
2.2 Diferenciando la enfermedad y el padecimiento:.....	21
2.2.1 La atención a la salud desde la perspectiva oficial y los modelos alternativos de atención a la salud:.....	23
2.3 El proceso salud/enfermedad/atención:	26
2.4 Representaciones sociales:	27
2.5 Prácticas curativas:	30
2.6 Creencias:.....	30
2.7 Saberes:.....	31
2.8 Habla de la percepción:	32
2.9 La familia como unidad explicativa:	34
CAPÍTULO III. Marco referencial.....	37
3.1 Caracterización de la zona de estudio	37
3.1.1 Caracterización del estado de Chiapas	37
3.1.2 Aspectos socioeconómicos.....	38
3.2 Caracterización del Municipio de Venustiano Carranza:.....	38
3.3 El contexto histórico de la comunidad	43
3.4 Paraíso del Grijalva:	47
CAPÍTULO IV. Materiales y métodos	52
4.1 Las narrativas de la enfermedad, el padecimiento y la atención a la salud por parte de los pobladores de Paraíso del Grijalva, Chiapas:.....	53
4.2 Primeras incursiones en la comunidad:	56
4.3 La elaboración del guión de entrevista:	58
4.4 El trabajo de campo:	61
4.4.1 Primera temporada de trabajo de campo:	62
4.4.2 Segunda temporada de trabajo de campo:	65
4.5 El registro de la información:.....	67
4.6 Sistematización de la información:.....	67
4.7 Sobre las limitaciones de la investigación:	69
CAPÍTULO V. Resultados.....	72

5.1 Datos básicos:.....	72
5.1.1 Sexo:.....	72
5.1.2. Edad:	73
5.1.3 Estado civil:.....	73
5.2 Condiciones materiales de vida en Paraíso del Grijalva, Chiapas:	75
5.3 Datos socioeconómicos de Paraíso del Grijalva:	77
5.3.1 Educación:	77
5.3.2. Religión:	79
5.3.3. Actividades económicas en Paraíso del Grijalva, Chiapas:.....	81
a) Actividades económicas de las mujeres de Paraíso del Grijalva:	81
b) Participación de los niños y niñas en la economía familiar:	82
c) Actividades económicas de los hombres de Paraíso del Grijalva, Chiapas: ..	84
d) Migración como actividad económica de los hombres de Paraíso del Grijalva, Chiapas:	86
5.4 Infraestructura para la salud en Paraíso del Grijalva, Chiapas:	87
5.5 Tipos de Familias en Paraíso del Grijalva:	88
5.6 Los saberes, percepciones y la experiencia de enfermarse de los padres y madres de familia en Paraíso del Grijalva, Chiapas:.....	91
5.6.1 <i>La enfermedad.... ¿Un castigo?</i> :.....	93
5.6.2 <i>Percibiendo la salud en Paraíso del Grijalva, Chiapas:</i>	94
5.6.3 <i>La auto-percepción de la salud:</i>	100
5.7 Las formas de diagnosticar y las sintomatologías de la enfermedad en Paraíso del Grijalva:.....	101
5.7.1 <i>Sobre el origen de las enfermedades:</i>	103
5.8 Las causas de enfermedad en la pareja, los hijos y los ancianos: el punto del vista del otro:	106
a) ¿De qué se enferman las mujeres?.....	107
b) ¿De qué se enferman los hombres?:	109
c) ¿De qué se enferman los niños?	111
d) Los niños de Paraíso del Grijalva, Chiapas y sus representaciones sociales entorno a su salud:.....	113
e) ¿De qué se enferman los ancianos?	116
5.8.1 <i>Sobre la duración de las enfermedades:</i>	117
5.9 Las prácticas de atención a la salud en la comunidad de Paraíso del Grijalva, Chiapas:.....	119
5.9.1 <i>El Médico particular:</i>	121
5.9.2 <i>Los remedios caseros:</i>	123
5.9.3 <i>El uso de medicamentos:</i>	125
5.9.4 <i>Los curadores tradicionales:</i>	125
5.10 La trayectoria curativa de la enfermedad en Paraíso del Grijalva:.....	131
Caso 1: Bartolomé:.....	132

Caso 2: Alicia	137
5.11 Estrategias de atención a la salud doméstica, tradicional y alopática en Paraíso del Grijalva:.....	141
5.12 Toma de decisiones en el proceso S/E/A en las familias de Paraíso del Grijalva, Chiapas.	144
DISCUSIÓN:.....	150
CONCLUSIONES:	159
Bibliografía:.....	162
Anexos:.....	167

INDICE DE CUADROS:

Cuadro 1. Pirámide poblacional general de Paraíso del Grijalva 2008.	47
Cuadro 2. Distribución de preguntas del guión de entrevistas por temas	59
Cuadro 3. Grupos de edad de los padres y madres de familia de Paraíso del Grijalva, Chiapas.	73
Cuadro 4. Lugar de nacimiento de los padres y madres de familia de Paraíso del Grijalva, Chiapas	73
Cuadro 5. Escolaridad de los padres y madres de familia de Paraíso del Grijalva, Chiapas.	77
Cuadro 6. Montos entregados por el programa Oportunidades como parte del componente educativo.	79
Cuadro 7. Actividades económicas en Paraíso del Grijalva, Chiapas.	83
Cuadro 8. Tipos de familia en Paraíso del Grijalva, Chiapas.....	89
Cuadro 9. ¿Para usted qué es estar enfermo (a)?	91
Cuadro 10. ¿Para usted que es tener buena salud?	94
Cuadro 11. Concepto de buena salud en relación con la actividad económica en Paraíso del Grijalva, Chiapas.....	96
Cuadro 12. Concepto de buena salud en relación con la religión en Paraíso del Grijalva, Chiapas.	97
Cuadro 13. Qué es lo peor que le puede pasar a una persona de acuerdo a su actividad Económica en Paraíso del Grijalva, Chiapas.	99
Cuadro 14. Cómo considera su estado de salud?.....	100
Cuadro 15. ¿Cómo sabe que está enfermo?	101
Cuadro 16. ¿De dónde cree que vienen las enfermedades?	103
Cuadro 17. ¿De qué se enferman las mujeres?.....	107
Cuadro 18. Principales causas de enfermedad de los hombres en Paraíso del Grijalva, Chiapas.	109
Cuadro 19. Principales causas de enfermedad en los niños de Paraíso del Grijalva, Chiapas.	111
Cuadro 20. Causas comunes de enfermedad para los niños de Paraíso del Grijalva, Chiapas.	114
Cuadro 21. Principales causas de enfermedad de los ancianos de Paraíso del Grijalva, Chiapas.	116
Cuadro 22. Causas de enfermedades "prolongadas o permanentes" en Paraíso del Grijalva, Chiapas.	118
Cuadro 23. Principales opciones de atención en caso en enfermedad en Paraíso del Grijalva, Chiapas.	119
Cuadro 24. Motivos de visita al Centro de Salud en Paraíso del Grijalva, Chiapas... ..	120
Cuadro 25. Principales fallas de los médicos según los pobladores de Paraíso del Grijalva, Chiapas.	122

Cuadro 26. Frecuencia de utilización de remedios caseros en las familias de Paraíso del Grijalva, Chiapas.....	123
Cuadro 27. Remedios caseros mencionados por las mujeres de Paraíso del Grijalva, Chiapas.	124
Cuadro 28. Remedios caseros mencionados por los hombres en Paraíso del Grijalva, Chiapas.	125
Cuadro 29. Consulta de curanderos en Paraíso del Grijalva, Chiapas.	126
Cuadro 30. Consulta de curanderos de acuerdo al tipo de religión en Paraíso del Grijalva, Chiapas.	127
Cuadro 31. Consulta de curanderos de acuerdo a la actividad económica en Paraíso del Grijalva, Chiapas.....	128
Cuadro 32. ¿Por qué existen los curanderos?	129
Cuadro 33. Morbilidad médica, doméstica y tradicional en Paraíso del Grijalva, Chiapas.	143
Cuadro 34. Toma de decisiones en el proceso salud/enfermedad / atención en Paraíso del Grijalva, Chiapas.....	145
Cuadro 35. Toma de decisiones en el proceso S/E/A en Paraíso del Grijalva, Chiapas de acuerdo al tipo de religión	147
Cuadro 36.....	148
Cuadro 37. Gastos en caso de enfermedad.....	149

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES:

Ilustración 1. Ubicación geográfica de Paraíso del Grijalva, Chiapas.....	51
Ilustración 2. Croquis de los hogares encuestados en Paraíso del Grijalva, Chiapas.	172

INDICE DE FOTOS:

Foto 1. El carnaval en Paraíso del Grijalva. Foto: M. Balderas 2009.....	50
Foto 2. Dibujando en Paraíso del Grijalva, Chiapas. Foto: M. Balderas 2009	115

A Abril

***Me diste el impulso necesario para dar
el paso que me faltaba.***

Agradecimientos:

A CONACYT por la beca otorgada para realizar la presente tesis de investigación.

A mi tutora, la Dra. Laura Huicochea Gómez por todo el interés y apoyo que me brindó por estos casi tres años, ya que demostró siempre un gran profesionalismo y calidad humana para sacar adelante este trabajo, aún en los momentos más difíciles nunca dejó de apoyarme y motivarme. Gracias Laura.

A todas las personas de Paraíso del Grijalva por permitirme trabajar en su comunidad, en especial a Eva, Bartolomé, Carmen, Odelma, Luis Manuel, Marisol, Ana, el bebé, Luisa, Adrián y Jaime ya que siempre me hicieron sentir como en casa.

A Rogelio Pedraza por invitarme a trabajar en Paraíso del Grijalva.

A mis asesoras: Dra. Angélica Evangelista y Dra. Paloma Escalante por su disponibilidad, apoyo y comentarios siempre tan objetivos y puntuales.

A Yamile Castillo por siempre tener tiempo para explicar, facilitar y resolver todos los procesos burocráticos.

A mis sinodales: M. en C. Rodolfo Mondragón y Dra. Carmen Fernández por darle el último empujón a este trabajo.

A mis padres y hermanos por su cariño, confianza y comprensión.

A Homero por apoyarme incondicionalmente en todo momento, pero sobre todo por su confianza, amor y paciencia.

A mis amigos de la maestría: Edith Olvera, Eugenia Gutiérrez, Odette Pérez, Emeterio Chan, Yudy Tibaduiza, Carolina Reyes y Cuauhtémoc Méndez, ustedes hicieron que todo este proceso de aprendizaje fuera siempre más divertido y ameno dentro y fuera de clase, sin ustedes no hubiera sido lo mismo.

A todos mis profesores de la maestría, porque de cada uno de ellos aprendí y contribuyeron en mi formación académica.

A mis compañeros (as) de ECOSUR, espero que sus metas se cumplan.

Resumen:

En este trabajo se abordan algunos aspectos sobre las representaciones sociales, percepciones y prácticas curativas que los padres y madres de familia de Paraíso del Grijalva, Chiapas construyen y reproducen para atender los problemas de salud primarios (es decir, aquellos de gravedad leve y que se presentan cotidianamente). Se identifica si estas ideas, creencias y saberes en torno a la salud, la enfermedad así como sus causas determinan las prácticas observadas. Así mismo se evalúan los aspectos del entorno sociocultural y económico que determinan que las mujeres sean en lo general quienes toman un rol importante en el diagnóstico y búsqueda inicial de atención a los problemas primarios de salud. De igual manera se aborda si el papel que desempeñan los padres de familia en la atención a la salud está determinado por dichas percepciones y representaciones sociales.

Palabras clave: proceso salud/enfermedad/atención, representaciones sociales, prácticas curativas, percepción, Paraíso del Grijalva, Chiapas.

CAPÍTULO I: Introducción

La familia constituye el grupo social, institución y unidad de análisis que establece en forma estructural el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso salud/enfermedad/atención (S/E/A). Es además el lugar donde se da la mayor frecuencia y recurrencia de padecimientos y enfermedades. También es donde se da el mayor número de detecciones, diagnósticos, actividades de atención y a veces de curación. Por lo tanto es la unidad a partir de la cual se constituyen y/o se organizan y/o se articulan las principales redes sociales respecto al proceso S/E/A.

Es la esposa/madre la encargada de detectar, diagnosticar y establecer los primeros tratamientos incluyendo la búsqueda de ayuda, de tomar parte en las decisiones o directamente decidir, vigilar la continuidad del tratamiento, etc. (Nathanson, 1975 en Menéndez, 1993: 138-139).

Este reconocimiento nos lleva a problematizar y preguntarnos si el rol que tiene la madre de familia es así de preciso e inamovible o podemos observar matices al interior del grupo familiar, sobre todo pensando en otros miembros de la familia y dependiendo de las particularidades históricas, económicas y sociales de cada lugar de acuerdo a las formas de aprehender y percibir la realidad. La poca o a veces nula participación de los varones con respecto a la relación del grupo familiar y el proceso S/E/A ha sido verificada por un conjunto de investigaciones, dicha ausencia ha adquirido significación diferencial según el problema tratado (Menéndez, 1993).

En algunos es de importancia marginal y en otros se convierte hasta en explicación central de la patología familiar. Lo que se constata en todos los sectores sociales es que el padre/esposo está *ausente* o interviene limitadamente en el proceso S/E/A.

Esta estructura es referida a la existencia de una división del trabajo al interior del grupo familiar (Menéndez, 1993: 139).

En lo general poco se precisa acerca del papel que juegan las experiencias que vive un varón con respecto a la enfermedad, las percepciones, las creencias, los saberes, conocimientos y las prácticas curativas que aplican en este proceso de atención a la salud personal y de su familia.

Una manera de estudiar y entender el papel que juega el padre de familia en estos procesos es analizar sus saberes y prácticas curativas en interacción con su pareja, su familia y el colectivo donde esta insertado. Lo anterior puede registrarse y estudiarse a partir de observar, identificar y analizar las creencias, saberes, percepciones, formas de diagnóstico, sintomatología, causalidad y prácticas de atención de los problemas de salud que experimentan desde un ámbito y espacio social, compartido, reconocido como familiar.

Esta investigación tiene como interés abordar algunos de los aspectos sobre las percepciones, representaciones sociales y prácticas curativas que utilizan las familias para atender sus problemas de salud primarios. Así como identificar qué aspectos del entorno sociocultural y económico están determinando que las mujeres sean en lo general quienes tomen un rol importante en el diagnóstico y búsqueda inicial de atención a los problemas primarios de salud y conocer cuál es el papel del padre de familia en el proceso S/E/A en la comunidad de Paraíso del Grijalva, Chiapas.

1.1 Objetivos

1.1.1 General

Identificación, registro y análisis de representaciones, percepciones y prácticas curativas al interior de las familias de Paraíso del Grijalva, Chiapas.

1.1.2 Particulares

- Conocer por qué y bajo qué circunstancias la madre de familia juega el papel preponderante durante el proceso de atención a la salud en entorno familiar.
- Conocer cuál es el papel del padre de familia en el proceso S/E/A a nivel familiar y en su experiencia cotidiana al enfermarse y buscar atención.
- Analizar las principales enfermedades, padecimientos, causalidades y tratamientos aplicados a los problemas de salud más frecuentes que los integrantes de las familias de Paraíso del Grijalva atienden.
- Identificar los principales factores socioculturales asociados a los problemas de salud, padecimientos y enfermedades.

1.2 Antecedentes:

Paraíso del Grijalva es una comunidad perteneciente al municipio de Venustiano Carranza en el estado de Chiapas. El municipio cuenta con 52,833 habitantes. El 21.44% de sus habitantes son indígenas, de los cuáles el 4.94% son monolingües; la etnia predominante es la tzotzil (INEGI XII Censo General de Población y Vivienda de 2000) y es una región con índices de marginalidad que van del índice medio al alto. Su carácter poblacional indígena le confiere una dinámica sociocultural muy interesante y particular que se desarrolla entre aspectos de una cultura milenaria y

los nuevos restos y procesos de vida adversos con los que tienen que lidiar. El estudio de las formas de atención a la salud ha sido un tema que no se ha explorado de manera profunda en el municipio de Venustiano Carranza, por lo que el presente trabajo, realizado con las familias de la comunidad de Paraíso del Grijalva, es un primer acercamiento para conocer cómo se dan los procesos de salud y enfermedad a partir del uso de los recursos con los que cuentan y utilizan las familias.

Respecto a los antecedentes de estudio en la región en donde se lleva a cabo esta investigación encontramos trabajos relativos a las formas de organización y confrontación social:

Arthur Rubel, *Changing Processes of Landership Recruitment in San Bartolomé de los Llanos, Chiapas*, tesis de maestría en la Universidad de Chicago, 1957, y el de Michael Salovesh, *The Political System of the Highland Maya Community: a study of methodology of political analisis*, tesis de Doctorado en la Universidad de Chicago, 1971, en ambos el tema central son los mecanismos del poder en la comunidad indígena.

Marcelo Díaz de Salas (1963) en *Notas sobre la visión del mundo entre los tzotziles de Carranza Chiapas*, señala algunos aspectos importantes de la concepción indígena sobre el mundo tanto físico como espiritual.

Las pautas de referencia y estratificación social son analizadas desde un enfoque multidimensional en el trabajo de Michael Salovesh (1965). En este estudio se hace una descripción de los patrones de poblamiento de San Bartolomé de los Llanos, así como de las pautas de residencia y de estratificación interna en los grupos sociales.

Las relaciones inter-étnicas son tema del trabajo de Carlos F. Verduzco: *Los factores que han propiciado e inhibido el proceso de aculturación en Venustiano Carranza, Chiapas*, tesis de maestría presentada en la Escuela Nacional de Antropología e Historia en 1966

En 1976 Virginia Molina con *San Bartolomé de los Llanos: una urbanización frenada*, lleva a cabo una investigación en las comunidades que fueron inundadas por la construcción de la Presa La Angostura. El propósito de dicha investigación fue efectuar el cambio de los poblados en las condiciones más provechosas para sus habitantes. Aunque San Bartolomé de los Llanos no se encontraba dentro del área del embalse, la autora decidió estudiarlo dado su carácter de centro rector. Por lo tanto este estudio puede considerarse como uno de los primeros trabajos regionales sobre el estado de Chiapas.

Juan María Morales Avendaño (1985) con *San Bartolomé de los Llanos en la Historia de Chiapas* presenta una monografía del municipio de Venustiano Carranza producto de los años que se dedicó al rescate y difusión de la historia y cultura de su pueblo.

En el anuario de 1998 del Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica se rescata un importante trabajo sobre la familia y el grupo doméstico en Venustiano Carranza, en esta investigación se analizan y describen las principales condiciones materiales de vida de una comunidad perteneciente al municipio en la década de 1960 (Días de Salas, 1998).

En *Los llanos en llamas: San Bartolomé, Chiapas* (2008), Cristina Renard expone el problema de las luchas agrarias. Su trabajo es el reconocimiento puntual de los

procesos por los que actúan los caciques, los funcionarios que los respaldan y las reacciones que provocan en los comuneros.

De manera similar, los trabajos de Pedraza: *Los olvidados de Dios: Faccionalismo político en Venustiano Carranza, Chiapas. La alianza de San Bartolomé de los Llanos* (2004) y *Los hijos del Sol, un acercamiento desde la identidad, los tzotziles de tierra caliente*, (inédita), abordan el tema de la dotación y adquisición de las tierras comunales en tiempos de la Reforma Agraria.

Por último Bolom (2008), con *Algunas notas sobre la relación de los tzotziles de Carranza, Chiapas, con su entorno natural* presenta datos preliminares sobre notas etnobiológicas de los tzotziles totiques. El objetivo del trabajo es contar con datos que conduzcan a la formulación de futuros marcos de investigación etnobotánica para este grupo indígena tzotzil.

Como podemos observar nos encontramos ante una situación privilegiada y a la vez compleja ya que la falta de mayores datos y estudios acerca de las condiciones de vida y salud en la zona nos ofrece un campo abierto para nuevas investigaciones.

1.3 El proceso salud/enfermedad/atención en Chiapas:

En el estado de Chiapas, el proceso S/E/A ha sido abordado desde distintas temáticas por diferentes autores:

Graciela Freyermunth (2000) sugiere que las cuestiones como la desigualdad étnica, de género y generacionalidad deben ser incluidos en el análisis del proceso S/E/A. Propone considerar dichas cuestiones no como características eminentemente biológicas, sino como formas de relacionarse con el mundo. Estas relaciones pueden o no generar desigualdades entre los individuos, lo cual lleva a

que vivan una situación particular frente al riesgo de enfermedad, y la búsqueda de atención dependiendo del contexto sociocultural en particular.

Estudillo y colaboradores (2004) analizaron diversos indicadores de salud y auto-percepción en mujeres urbanas y rurales en la región fronteriza de Chiapas, en su trabajo titulado *La salud y el uso de servicios de salud por las mujeres de las áreas urbanas y rurales en las zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica de la región fronteriza de Chiapas*, concluyen que es necesario evaluar los programas de atención materno-infantil en la región y realizar investigaciones sobre las percepciones de riesgo a la salud y su relación con el uso de los servicios respectivos.

Con el proyecto *Antropología Médica: un primer estudio que documenta el papel de la mujer en la participación social*, Sergio Lerín (2004), describe y analiza los procesos sociales en los que la mujer-madre opera en el primer nivel de atención al cuidado de la salud. Se incluyen también aspectos sobre la alimentación, la enfermedad y los padecimientos que aquejan a los distintos componentes del grupo familiar y social.

La cosmovisión y la religión son objeto de análisis en el trabajo de Jaime Page (2007), porque supone que estos dos factores son determinantes de las formas de prevención para la salud entre los tzotziles

En *Ritual y simbolismo en los procesos salud-enfermedad-atención en la configuración de la persona tseltal del municipio de Yajalón, Chiapas*, Oscar Sánchez (2008) documenta y sistematiza las actividades en los procesos rituales, analiza los sistemas simbólicos y su relación para la configuración de la noción de la

persona tseltal inmersa en la cosmovisión y prácticas de la medicina tradicional tseltal del municipio de Yajalón.

No identifiqué a la fecha estudios sobre representaciones sociales, percepciones y prácticas curativas en la región del municipio de Venustiano Carranza que se enfocaran en la familia diferenciando y teniendo como objetivo el estudio el papel del hombre y la mujer en relación con la atención a la salud, por lo tanto como mencioné anteriormente nos encontramos ante una situación compleja, ya que la falta de mayores datos y estudios acerca del papel y participación que tiene cada uno de los integrantes de la familia al enfrentarse ante un problema de salud nos ubica frente a un campo abierto para nuevos trabajos.

CAPITULO II. Marco teórico

La posición teórica para abordar y analizar el estudio de las representaciones, percepciones y prácticas curativas que se llevan a cabo los padres y madres de familia en la comunidad de Paraíso del Grijalva parte de una perspectiva fenomenológica experiencial.

Según Van Manen (1990), la investigación fenomenológica es la descripción de los significados vividos. Procura explicar los significados en los que estamos inmersos en nuestra vida cotidiana. Es decir, busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, lo importante es aprehender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia. La fenomenología intenta ver las cosas desde el punto de vista de otras personas, describiendo, comprendiendo e interpretando (En Rodríguez *et. al.* 1996: 41-42).

Los siguientes son ejes de análisis¹ que me permitieron abordar las experiencias, representaciones y prácticas que realizan las madres y padres de familia para atender problemas de salud primarios:

- a) El proceso salud/enfermedad/atención (S/E/A).
- b) La distinción entre enfermedad y padecimiento.
- c) Las representaciones sociales de los sujetos de estudio (saberes y creencias).
- d) Las percepciones (formas de significar, valorar e interpretar las experiencias vividas).

¹ Los conceptos y categorías se encuentran definidos más adelante.

e) Las prácticas curativas.

f) La familia (espacio donde se llevan a cabo interacciones, acciones y toma de decisiones).

Estos ejes de análisis son medulares en mi investigación y contribuyen a guiar y dar cuenta del papel que tiene el sujeto (madre y padre) en la familia respecto al proceso S/E/A. De igual manera me permitieron analizar y explicar desde su perspectiva, las formas de experimentar y significar sus experiencias, sus saberes y formas de atención enmarcados dentro un contexto material y social particular. Esta perspectiva de situar al sujeto de manera central, tomando en cuenta sus puntos de vista en un contexto social e histórico ha sido reconocida como enfoque interpretativo (Castro, 2002) y albergan corrientes como el interaccionismo simbólico² y etnometodología³

Autores como Herzlich 1973 (En Castro, 2000) mencionan que las representaciones sociales son el reflejo del individuo tanto con la salud y la enfermedad como con la sociedad, por lo tanto es de mi interés concentrar el análisis de estas interacciones en el ámbito de la relación que se da entre los padres y madres de familia para con a sus hijos e integrantes más ancianos que forman parte del grupo familiar partir de las experiencias y narraciones que encontré con respecto a:

² Según Denzin 2000 el interaccionismo simbólico supone tres cosas: 1) que en las interacciones todos los seres humanos definen situaciones sociales; 2) que esta interacción conlleva "un comportamiento pensado y auto reflexivo"; y 3) que al adoptar su propio punto de vista y adaptarlo al comportamiento de los demás, los humanos interactúan entre sí. La interacción es simbólica porque interviene los procesos de significación de símbolos como palabras, objetos y lenguajes. Nuestro mundo se hace posible gracias a que podemos manipular, otorgar e interpretar, un conjunto de amplios significados

³ La etnometodología pretende describir el mundo social tal y como se está continuamente construyendo, emergiendo como realidad objetiva, ordenada, inteligible y familiar. Desde este punto de vista, la etnometodología recomienda no tratar los hechos sociales como cosas, sino considerar su objetividad como una realización social. Considera además, que ésta auto organización del mundo social no se sitúa en el Estado, la política o cualquier superestructura abstracta sino en las actividades prácticas de la vida cotidiana de los miembros de la sociedad. Estas actividades se realizan conjuntamente en las interacciones; y la gente las realiza ateniéndose a los presupuestos y a los tipos de conocimiento propios de la "actitud natural".

- a) El diagnóstico/causalidad/sintomatología (representaciones sociales y percepciones) atribuidas a los padeceres y enfermedades de las madres y los padres de familia, así como de algunos familiares;
- b) El cuidado y relación de los padres con los hijos y entre los familiares;
- c) Uso y experiencias al ser atendidos por un médico tradicional o alópata;
- d) La toma de decisiones para la búsqueda de atención a la enfermedad.

A partir de lo anterior pude evaluar las interpretaciones y formas de actuar de los sujetos, sus experiencias y las de los otros con quienes interactúan.

En dichas experiencias y representaciones, las referencias hablan de interacciones sociales, que diversifican los roles y actividades de los miembros de la familia, pero que también pueden generar desigualdades en el proceso S/E/A ya sea entre los integrantes de la familia o con su comunidad. De acuerdo a Herzlich: *“El lenguaje que se usa para expresar la salud y la enfermedad no es un lenguaje del cuerpo ni de hechos orgánicos, sino el lenguaje de la relación del individuo con el exterior socializado, es decir con la sociedad”* (Herzlich, 1995: 161 en Castro, 2002).

Las narrativas son importantes en mi trabajo y se complementan con la observación participativa que tuve en campo y con la descripción y análisis de la trayectoria de la enfermedad.

2.1 Consideraciones previas:

El ámbito familiar es un espacio de la vida social que resulta privilegiado para observar el proceso de S/E/A en la vida cotidiana, ya que es ahí donde generalmente se inicia la búsqueda de la atención, y donde las decisiones

adquieren una importancia muchas veces decisiva para una solución oportuna y adecuada de los problemas de salud (Osorio, 2001).

Por lo tanto el proceso S/E/A es el resultado y síntesis de las condiciones materiales y simbólicas que los grupos y sociedades construyen, estructuran y en donde transcurre la vida de las poblaciones (López y Blanco, 2006: 15).

Es por esto que cada comunidad se forja una representación propia del mundo que le rodea y de los hombres y mujeres que la componen. Lo anterior define en buena medida las formas de existencia de su organización social y cultural.

Para abordar algunos aspectos sobre las percepciones, representaciones y prácticas curativas cotidianas que utilizan las familias para atender su salud es importante diferenciar en primer lugar el uso de los conceptos de enfermedad y padecer.

2.2 Diferenciando la enfermedad y el padecimiento:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad, está a su vez ha sido definida como la anormalidad en la estructura y/o función del órgano o sistema de órganos.

Sin embargo, los problemas de salud que el paciente⁴ le presenta al médico no consisten solamente en la existencia de una enfermedad ni de los síntomas que le son propios; comprende también la manera en que estos síntomas son vividos o experimentados por el paciente debido a sus características personales de orden psíquico, cultural, autobiográfico, social, etc. El conjunto de molestias corporales,

⁴ Paciente es un término que viene del latín *pati* que significa padecer, sufrir. En el lenguaje de la medicina se le llama paciente a la persona que padece o sufre por un problema de salud y que, por tal razón busca atención médica (Martínez, 2002).

temores, angustia, etc. que el paciente comunica al médico durante la consulta ha sido denominado *padecer* (Martínez, 2002).

Todo padecer está constituido por dos planos: el primer plano es el de las molestias o de los síntomas tales como dolores, disnea (dificultad respiratoria o falta de aire), astenia (sensación generalizada de cansancio, fatiga o debilidad física) etc. Este primer plano del padecer le sirve al médico para ir construyendo su hipótesis sobre el diagnóstico, la cual confirmará o descartará con la información que obtenga al ahondar y precisar sobre lo que le comunica el paciente al realizar la exploración física de su cuerpo. Por otra parte, el segundo plano del padecer es el de las interpretaciones y significados personales de estos fenómenos (Martínez, *op. cit.*)

La antropología médica distingue dos dimensiones del fenómeno enfermedad: enfermedad (*disease*) y padecimiento (*illness*).

Las enfermedades en el sistema biomédico se construyen por un conjunto de signos y síntomas, con una etiología, un diagnóstico y un tratamiento; estos conceptos son aprendidos en las escuelas de medicina, y muchas veces se ven confrontados en la práctica, ya que en la relación médico-paciente, muchas veces los enfermos expresan sus síntomas desde una construcción social y cultural que puede estar muy alejada de los conceptos biomédicos (Arganis, 1993).

El padecimiento es la experiencia subjetiva de síntomas y del sufrimiento, es decir, es la forma en que la persona enferma expresa y vive un problema, la forma en que reacciona ante síntomas y limitaciones que se desprenden tras cualquier evento o problema de salud. Los propios miembros de su familia y el entorno comunitario en el que se desarrolla el sujeto forman parte relevante de la manera de significar e interpretar lo que se vive y en los recursos de atención a la salud que se utilizan. Por

lo tanto los padecimientos se refieren al conjunto de conceptos, experiencias y sentimientos comunes de un determinado grupo social, constituidos de manera múltiple, y que relacionan el contexto social e histórico con la experiencia biopsíquica del sujeto que vive el problema (Berenzon-Gorn *et .al.*2006: 47).

En esta investigación me resultó de vital importancia abordar las experiencias y vivencias que narra la persona cuando experimenta un problema de salud de acuerdo a cómo interpreta y reconoce lo sucedido. Me interesó conocer y abordar el punto de vista del sujeto, en este caso el de la madre y padre de familia, pues ellos son quienes experimentan y aplican diferentes formas y estrategias de atención de acuerdo al contexto histórico, cultural y socioeconómico de referencia. Aunque el padecer es un punto sustancial, en mi análisis la definición de enfermedad está determinada no solo por las instituciones oficiales, sino son las madres y padres de la comunidad de estudio quienes también muchas veces reflejan un discurso oficial que domina sus propias prácticas y saberes. Así mismo las personas en ocasiones significan y crean estrategias de atención a la salud y experiencias derivadas de los tratamientos recibidos. En dichos procesos reconocen enfermedades que la biomedicina determina, pero reflejan otras formas de entender el problema. También debo señalar que en los saberes y prácticas curativas populares existen denominaciones de la enfermedad que van de acuerdo a la cultura a la que se pertenece, en antropología médica son llamados síndromes de filiación cultural o enfermedades de la medicina tradicional.

2.2.1 La atención a la salud desde la perspectiva oficial y los modelos alternativos de atención a la salud:

En México, el sistema nacional de salud está constituido por la Secretaría de Salud (SSA); el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el Instituto de Salud y

Seguridad para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA); la Secretaría de Marina (SEDEMAR); y Petróleos Mexicanos (PEMEX). De manera particular los dos primeros, la SSA y el IMSS poseen esquemas de atención a "población abierta", es decir población no afiliada a esquemas de seguridad social⁵. Se concibe el sistema de salud como una forma de respuesta social organizada para hacer frente a las acechanzas de la enfermedad, el accidente, el desequilibrio y la muerte (Zolla, 2004).

Este sistema reconocido como medicina académica occidental alopática corresponde a lo que Eduardo Menéndez (1992) ha definido como el modelo médico hegemónico (MMH), el cual *"Supone un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la denominada medicina científica, el cual desde finales del siglo XVIII logró dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como una única forma de entender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado"*. Algunas de las principales características de este modelo son: Biologicismo, individualismo, y una marcada concepción de la enfermedad como una ruptura o desviación y una concepción de la salud como una normalidad estadística.

Pero este sistema de atención a la salud no es el único, hay por lo menos otros cuatro sistemas que se encuentran presentes en la realidad de muchos mexicanos: medicina doméstica o casera, medicina tradicional (medicina indígena tradicional); medicina homeopática y medicinas alternativas o complementarias (acupuntura, naturismo, digitopuntura, etc.) (Zolla, 2004).

⁵ En el caso del IMSS, a través del Programa IMSS-Oportunidades.

Este tipo de sistemas de atención a la salud se ubican dentro de lo que lo que Menéndez (1981) ha denominado como Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS) el cual integra todas las prácticas médicas reconocidas como tradicionales, así como otras prácticas médicas alternativas, tales como la herbolaria, naturismo, espiritismo, acupuntura etc. Algunas de las principales características que se identifican en este modelo son: concepción globalizadora de los padecimientos y problemas (las acciones terapéuticas suponen casi siempre la eficacia simbólica y asociabilidad con condicionantes de eficacia), tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimización comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a excluir a otros de su "saber y prácticas curativas" y una tendencia reciente a la mercantilización. (Menéndez, 1992: 102-103).

Por otro lado la atención que se da en el ámbito familiar puede ubicarse dentro del denominado Modelo de Auto-Atención (AA), el cual se basa en el diagnóstico atención llevado a cabo por la propia persona o persona inmediatas de sus grupos parentales o comunales, y en el cual no actúa directamente un curador profesional. Supone desde acciones "conscientes" de no hacer nada, pero encaminadas a la cura, hasta el uso de equipos de determinado grado de complejidad. Este modelo supone el primer nivel real de atención y es estructural a toda sociedad. Los caracteres básicos son: eficacia pragmática, concepción de la salud como bien de uso y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía, estructuración de una participación simétrica y homogeneizante, legitimidad grupal y comunal, concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación de las prácticas médicas,

tendencia sintetizadora, tendencia a asumir la subordinación inducida respecto a otros modelos. (Menéndez, 1992: 104-106).

De esta manera los modelos y formas de atención a la salud que se utilizan en las familias de muchas regiones de nuestro país permiten por un lado estructurar y clasificar algunas prácticas curativas para su estudio y análisis y por otro lado es una contribución a entender que en los saberes y prácticas curativas de México encontramos relaciones y saberes de hegemonía y subalteridad, es decir formas dominantes y alternas que las poblaciones o familias reproducen bajo contextos de atención a la salud que son de convivencia, complementariedad o contraposición.

2.3 El proceso salud/enfermedad/atención:

El proceso S/E/A, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) de los mismos. Este proceso histórico está caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos (Menéndez, 1994: 73).

El proceso S/E/A constituye un universal que opera estructuralmente en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. Aún cuando ésta es una afirmación casi obvia debe subrayarse que la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde su nacimiento –cada vez más

“medicalizado”—, se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso S/E/A. (Menéndez, 1994: 71)

Considerado en términos estructurales, el proceso S/E/A supone la existencia, en toda sociedad, de representaciones y prácticas para entender, enfrentar y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud (Menéndez, 1994).

La respuesta social a la incidencia de enfermedad y padecimientos es también un hecho cotidiano y recurrente, pero además constituye una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad.

Es decir que tanto los padecimientos como las respuestas hacia los mismos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social, y que, en consecuencia, dichos sistemas y conjuntos sociales no sólo generarán representaciones y prácticas, sino que estructurarán un saber para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos.

2.4 Representaciones sociales:

Partimos del supuesto de que en las interacciones de la vida cotidiana los sujetos representan roles o papeles y a su vez ofrecen conceptos e imágenes de sí mismos, para lo cual necesitan ciertos referentes que les permiten actuar.

A estos referentes Goffman los llama *estándares de comportamiento* y los define como: la recíproca accesibilidad regulada en los encuentros sociales es una accesibilidad para recibir y transmitir estos flujos de representaciones y comunicaciones que describen personajes y acciones (citado por Wolf 1986 en Patiño 2005: 167).

Las significaciones de estas acciones son identificadas como representaciones sociales, las cuales pueden ser definidas como las ideas que son utilizadas consciente o inconscientemente en la vida cotidiana; es la manera de ver, entender, interpretar o concebir una realidad, no son un producto casual ni se encuentran aisladas (Yañez 1998: 33).

Estas referencias pueden ser objetivas o subjetivas. Objetivas como las condiciones económicas, materiales y sociales en las que viven las familias "elementos que se desprenden de la estructura en que el actor establece sus prácticas vitales. Son factores objetivos o condiciones materiales ya que son externos y no controlables por los individuos. Las subjetivas, se construyen a partir de las aspiraciones, expectativas, significados y valoraciones del grupo humano" (Goicoechea, 2003, 9). Son subjetivas: las imágenes, ideas, creencias que desarrollan los sujetos respecto a su condición de vida, en este caso la salud y la enfermedad.

Denise Jodelet (1989) plantea que las representaciones sociales son un conjunto de imágenes, significados o sistemas de referencias y permiten explicar ciertos fenómenos sociales. Por lo tanto, las representaciones sociales son entidades casi tangibles. Circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro. La mayor parte de las relaciones sociales estrechas, de los objetos producidos o consumidos, de las comunicaciones intercambiadas están impregnadas de ellas. Sabemos que corresponden, por una parte, a la sustancia simbólica que entra en su elaboración y, por otra, a la práctica que produce dicha sustancia (Moscovici, 2002).

De acuerdo a los planteamientos de Laplantine, los sistemas de representaciones sociales se sitúan siempre en tres dominios: el campo del conocimiento (es un saber

que no duda de sí mismo), el campo del valor (implica una evaluación); y en el campo de la acción (expresa y construye lo social), por lo tanto las representaciones no son un medio de conocimiento, sino un instrumento de acción (Jodelet, 1989 citado en Osorio, 2001)

Así, el sistema de representaciones se halla en constante retroalimentación con el sistema de prácticas, en tanto que las moldean y orientan, de manera que pueden ser reproducidas y transformadas a partir de la experiencia y el aprendizaje (Osorio, 2001: 15).

Para fines de esta investigación, se retoma la propuesta de Osorio (2001), por lo que las representaciones sociales se entienden como el conjunto de nociones, conocimientos, creencias, actitudes y valoraciones, a través de las cuales se viven y aprehenden los padecimientos, se toman las decisiones y se ejecutan las acciones que conllevan a significados y sentidos particulares que tiene repercusiones concretas y específicas en la salud de los integrantes de las familias.

El proceso S/E/A ha sido y sigue siendo una de las áreas de la vida donde se estructuran la mayor cantidad de representaciones sociales en todas las sociedades. Las representaciones sociales suelen expresar los principios básicos de integración étnica y comunitaria; más aún, dada la importancia que este proceso tiene para los conjuntos sociales, no sólo se carga de una notable variedad de significados, sino que los sujetos y grupos refieren dichos significados a otras áreas de la realidad (Menéndez, 2002).

Se considera la vida cotidiana como los microcosmos donde se producen y reproducen las representaciones sociales; estas constituyen el conjunto de relaciones y prácticas que reflejan una cultura o modo particular de ver el mundo y actuar en él (Patiño, 2005, 169).

2.5 Prácticas curativas:

Cuando hablamos de atender los padecimientos, se habla en términos de prácticas sociales, las cuales se han definido como:

“Conjunto organizado de conductas pautadas culturalmente, rutinarias o eventuales, que adquieren diferentes niveles de complejidad y expresan la acción del sujeto en la realidad, a través de una distribución de roles, funciones e interacciones con el mundo social” (Osorio, 2001:15).

En la presente investigación hago referencia de manera concreta a las prácticas curativas que desarrollan las madres y padres de familia ante un padecimiento o malestar específico y están orientadas a resolver, disminuir, prevenir o controlar los daños en la salud en alguno de los integrantes del conjunto familiar.

Las prácticas curativas se desarrollan sobre una estructura de recursos disponibles a nivel intra y/o extra familiar donde además del propio enfermo, pueden participar los miembros de la familia, las redes sociales, los terapeutas profesionales, alopáticos o populares (Osorio, 2001).

2.6 Creencias:

Las creencias son todos aquellos elementos del dominio cultural que el individuo utiliza sin comprobar. Son elementos cognitivos que influyen directamente en la conducta diaria de las personas, sin ser sometidas a comprobación empírica aún en sus formas más simples. Dentro del hogar el manejo de la salud de la familia está determinado por las ideas, las creencias y las prácticas de las madres (Bernard, 1994). Es decir, toda comunidad, a partir de sus vivencias, genera creencias y tradiciones que cristalizan en actividades hábitos y prácticas que tienen que ver con la salud individual y colectiva (Icaza, 1990) y que se manifiestan de manera diferenciada en las personas que la integran.

En términos de salud los sistemas de creencias están relacionados con el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento y la expectativa de que cierta creencia o acción posible de realizar prevendrá o mejorará el proceso.

De acuerdo a lo propuesto por Soto y colaboradores (1997), el sistema de creencias para la salud se basa en tres premisas:

- La creencia de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración.
- La creencia de que uno es vulnerable a ese problema.
- La creencia de que la decisión tomada producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

Por lo tanto dentro del sistema de creencias en salud la concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta que conduzcan a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir las enfermedades dentro del grupo familiar.

2.7 Saberes:

El concepto saber supone la existencia de un proceso de síntesis continua que integra aparentes incongruencias (entre las representaciones y prácticas, entre las representaciones entre sí y en las propias prácticas) a partir de lo que lo sustantivo es el efecto de saber sobre la realidad. El contexto, la situación, el problema específico puede conducir a que se utilice más de un contenido representativo o práctico que otro, lo importante es determinar si las diferenciaciones aluden a una estructuración dominante (Menéndez y Di Pardo, 1996, citado en Osorio, 2001: 16).

El saber en los grupos sociales se nutre del "saber cotidiano" dicho en otras palabras, de la suma de conocimientos que todo sujeto debe interiorizar para poder existir y moverse en su ambiente. El saber cotidiano constituye el fundamento de

todo saber y surge de la necesidad y de las experiencias personales (Heller, 1998 citado en Barragán, 2007).

El saber de los conjuntos sociales respecto al proceso S/E/A se ha desarrollado dentro de procesos históricos en los cuales se construyeron las interpretaciones de las causas específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos de significación. Este proceso histórico se caracteriza por las relaciones de hegemonía/subalteridad que se desarrollan entre los diferentes sectores sociales que transaccionan sus saberes en torno a la enfermedad y su atención (Menéndez, 2002).

De esta manera una de las intenciones de este trabajo es constituir través de los saberes de las madres y los padres de familia la manera en que atienden los padecimientos de algún integrante del grupo familiar y ubicar las principales determinantes estructurales que influyen en las percepciones y prácticas curativas.

2.8 Hablado de la percepción:

El concepto de percepción me permitió identificar los valores y significados que otorgan las personas a las experiencias de vida, en este caso, las causalidades del padecer y la enfermedad, así como las experiencias que se viven cuando busca y recibe atención a la salud.

Algunos autores han definido la percepción como el proceso cognitivo que consiste en el reconocimiento, interpretación y revestimiento de significados de las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social. Sin embargo la percepción es un proceso que no puede reducirse exclusivamente al ámbito biológico ni se explica solamente desde su dimensión cultural, sino que deben integrarse ambas dimensiones ya que las vivencias corporales humanas son aprehendidas al

atribuirles significado, lo cual permite que la información obtenida por el individuo facilite su relación con el entorno; para ello se echan a andar , en un nivel individual, procesos psíquicos consientes e inconscientes que se estructuran de acuerdo con las formas de pensamiento social (Vargas, 1998: 14-29).

Desde un punto de vista antropológico, la percepción es entendida como la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tienen como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos. A través de la vivencia, la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos contruidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad (Vargas, 1994:29).

Al considerar que la percepción juega un papel importante en el cuidado y tratamiento de nuestro cuerpo, entramos en un ámbito de análisis en donde la opinión y la narración ofrecen una alternativa de discusión y análisis cualitativo sobre el sentido que los padres y madres de familia atribuyen a sus actos y a su entorno (Castro, 1996).

En otras palabras, cuando percibimos, seleccionamos y significamos las experiencias que vivimos en la cotidianidad⁶ , damos atribuciones y cualidades a sujetos o circunstancias mediante referentes que se construyen o reconstruyen en el grupo al que pertenecemos (Huicochea, 2009:36).

⁶ La cotidianidad es la experiencia de apropiación, en la que se constituyen contenidos conformadores de visiones de mundo, saberes y prácticas. Puede mirarse como una dinámica humana y social heterogénea, en la que se trasminan, enlazan o coexisten determinantes sociales, comportamientos y vivencias culturales y psicosociales que, en su movimiento formativo, dan cuenta de la historicidad de los sujetos en su vivir de todos los días (León, 1999 en Huicochea, 2009: 35).

Para fines de esta investigación tomé como premisa básica la concepción de la percepción desde la visión de la fenomenología que establece que la percepción es una comunicación entre “nuestro cuerpo, el cuerpo de los otros sujetos y los cuerpos de las cosas” (Chauí, 1995 en Benez, 2008:). Se trata de una comprensión holística de la relación ser humano-ambiente, donde “todo el ambiente que envuelve el ser humano, sea físico, social, psicológico o hasta el mismo imaginario, influencia la percepción y la conducta (Río, 1996 en Benez 2008). Esto conlleva a decir que las percepciones deben ser entendidas como relativas a la situación social pues tienen una ubicación espacial y temporal, y dependen de las circunstancias cambiantes que influyen en el proceso perceptivo, modificándolo y adecuándolo a las condiciones (Merleau-Ponty, 1975).

2.9 La familia como unidad explicativa:

La decisión de enfocarme en las familias, particularmente en los padres y madres de las mismas, deriva de que la familia constituye el grupo social, institución y unidad de análisis que establece en forma estructural el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso S/E/A. Es además el lugar donde se da la mayor frecuencia y recurrencia de padecimientos y enfermedades. También es donde se da el mayor número de detecciones, diagnósticos, actividades de atención y a veces de curación. Constituye de esta manera la unidad donde en forma directa o como mediadora operan algunos de los principales determinantes de la morbilidad y mortalidad de los diferentes grupos etáreos y en particular en menores de cinco años. Por otra parte es la unidad a partir de la cual se constituyen y/o se organizan y/o se articulan las principales redes sociales respecto al proceso S/E/A.

La investigación socio antropológica ha constatado que es la mujer, básicamente la que desempeña el papel de esposa/madre, es la encargada de realizar la mayoría de las actividades del proceso S/E/A. La madre de familia es la encargada de detectar, diagnosticar, establecer los primeros tratamientos incluyendo la búsqueda de ayuda, de tomar parte de las decisiones o directamente decidir, de dar continuidad al tratamiento, etc.

Por lo tanto, en la mayoría de los casos es la mujer la encargada de asumir las actividades referentes al proceso S/E/A. Esto es fácil de observar frecuentemente en trabajos de tipo clínico, epidemiológico y socio antropológico. La mujer es casi siempre la más frecuente informante del médico; también es la principal informante a nivel epidemiológico y es además el sujeto del cual los antropólogos obtenemos la mayor cantidad de información sobre el proceso S/E/A (Menéndez, 1993: 139).

Este reconocimiento nos lleva a problematizar y a preguntarnos en torno a los matices que podemos observar en los roles que tienen las madres y padres de familia en torno a la atención de la salud de su familia, pero también en su propia salud, enfermedad y atención.

Este mismo reconocimiento es el que me llevó a cuestionarme sobre las razones por las cuáles las madres de familia presentan el papel preponderante en la atención de la salud doméstica respecto al rol que pueden jugar otros miembros de la familia.

La ausencia del varón respecto a la relación unidad doméstica y el proceso S/E/A ha sido verificada por el conjunto de las investigaciones, dicha ausencia ha adquirido significación diferencial según el problema tratado. En algunos es de importancia marginal y en otros se convierte hasta en explicación central de la patología familiar.

Lo que se constata en todos los sectores sociales es que el padre/esposo es un *ausente* o interviene limitadamente en el proceso S/E/A. Esta estructura es referida a la existencia de una división del trabajo al interior del grupo familiar (Menéndez, 1993: 139). Sin embargo, poco se ha profundizado sobre las vivencias y las experiencias que viven los padres de familia, la forma de concebir y explicar el proceso S/E/A y las prácticas curativas que aplican y a las que se recurren y si esto puede ser determinante en la forma como se observa su participación a la hora de atender su salud y la de quienes integran su familia.

Identificar cuáles son las funciones o posiciones en cuanto a sus formas de vivir la enfermedad y el padecer, cómo lo experimentan y perciben y la manera en cómo y cuándo reciben la atención me permitió determinar algunas diferencias entre los roles que tienen las madres y padres de familia.

CAPÍTULO III. Marco referencial

3.1 Caracterización de la zona de estudio

La investigación se realizó en la comunidad de Paraíso del Grijalva localizada en el municipio de Venustiano Carranza, perteneciente al estado de Chiapas.

3.1.1 Caracterización del estado de Chiapas

Aspectos geográficos

El estado de Chiapas se localiza al sureste de México, sus coordenadas geográficas son: al norte 17°59', al sur 14°32' de latitud norte; al este 90°22', al oeste 94°14' de longitud oeste. Colinda al norte con el estado de Tabasco, al este con la República de Guatemala; al sur con la República de Guatemala y el Océano Pacífico y al oeste con el Océano Pacífico, Oaxaca y Veracruz.

La extensión territorial del estado es de 74,415 km², área que lo sitúa en el octavo lugar con respecto a las demás entidades de la República Mexicana. El estado de Chiapas representa el 3.8% de la superficie del país.

Por motivos históricos y geográficos en el estado de Chiapas se distribuye en nueve regiones: Centro, Altos, Frailesca, Norte, Selva, Sierra, Soconusco e Istmo y Costa.

Chiapas está constitucionalmente dividido en 118 municipios. La capital del estado es Tuxtla Gutiérrez. El estado ocupa el primer lugar del país en marginación por localidad. De los 118 municipios, 109 padecen de una marginación que va de media, alta o muy alta. 33 de los 44 municipios con alta marginación son predominantemente indígenas (población indígena de por lo menos un 40%).

Más de la mitad del territorio chiapaneco presenta clima Cálido húmedo (54%), el 40% clima Cálido sub-húmedo, el 3% Templado húmedo y el 3% restante tiene clima Templado sub-húmedo.

La temperatura media anual, varía dependiendo de la región, de 18°C en los Altos de Chiapas, a 28°C en la Llanura Costeña. La temperatura promedio más alta es de 30°C y la mínima de 17.5°C.

La región norte del estado presenta lluvias todo el año, en el resto de la entidad, abundantes lluvias en verano. La precipitación total anual varía, dependiendo de la región, de 1,200 mm a 4,000 mm.

El clima de Chiapas favorece el cultivo de café, por lo que es el primer productor nacional, también se cultiva: el maíz, sandía, café, mango, plátano, aguacate, cacao, algodón, caña de azúcar y frijol, entre otros

3.1.2 Aspectos socioeconómicos

Según el INEGI, en el 2005 el estado de Chiapas contaba con 4,293,459 habitantes, de los cuales 2,184,629 son mujeres y 2,108,830 son hombres. Chiapas ocupa el lugar siete a nivel nacional por el número de habitantes.

El 48% de la población del estado vive en la zona urbana, mientras que el 52% restante vive en localidades rurales.

3.2 Caracterización del Municipio de Venustiano Carranza:

El Municipio de Venustiano Carranza tiene una superficie de 1,396.1 km², y una altitud de 780 msnm; su temperatura media anual es de 19°C.

Geográficamente se encuentra localizado en la región centro del estado y sus coordenadas geográficas son 16°21 N y 92°34 W. Limita al norte con Totolapa, Nicolás Ruíz y Teopisca, al noreste con Amatenango del Valle, al este con Las Rosas y Socoltenango, al sur con La Concordia, al oeste con Villa Corzo y Chiapa de Corzo, al noroeste con Acala.

El clima es cálido subhúmedo con lluvias en verano, la vegetación es de selva baja. El principal río es el Grijalva que aquí forma el embalse de la presa Belisario Domínguez, también conocida como la Angostura; entre sus afluentes, destacan los ríos Blanco y San Vicente, así como los arroyos Siquilhó (Agua Fría), Agua Zarca, Pisholtón.

La flora característica del municipio se compone principalmente de: barbasco, cacho novillo, camero, lombricero, nanche, roble, caoba, ciprés, pino, romerillo, sabino, manzanilla, camarón, cepillo, cupapé, guaje, huizache, ishcanal, mezquite y sospó.

La fauna representativa del municipio lo integran: la culebra ocotera, nauyaca de frío, ardilla voladora, gavián golondrino, picamadero ocotero, murciélago, venado, jabalí, boa, zorrillo espalda blanca, falsa nauyaca, iguana de roca, cantil, correcaminos, iguana de ribera, chachalaca olivácea, gavián coliblanco, urraca copetona, comadreja, tlacuache y zorrillo rayado.

El Municipio está conformado por un total de 297 localidades. El número de habitantes que Venustiano Carranza registró en el censo del año 2000 es de 52,833; de los cuales 26,727 son hombres y 26,106 mujeres. La cantidad de población del municipio constituye el 1.35% de la población total del estado.

La población que habla alguna lengua indígena en el municipio asciende a 9,495 personas que equivale al 20.8% del total de la población de 5 años y más, lo que

convierte a Venustiano Carranza en un territorio con una presencia indígena considerable.

Dentro de la población indígena, la etnia Tzotzil ocupa el primer lugar, ya que representa el 68.04%; seguida de la etnia Tzeltal con 31.73%.

La población del municipio de Venustiano Carranza profesa en su mayor parte la religión católica ya que el 84.2% así lo manifestó, proporción por encima al promedio estatal que es de 63.8%, la religión bíblicas no evangélicas concentran al 6.08%, y 4.6% de la población manifestó no pertenecer a ninguna religión (Consejo Estatal de Población, 2002).

En Venustiano Carranza el 32.2% de la población mayor de 15 años no sabe leer ni escribir, cifra por encima a la que guarda el promedio estatal que es de 22.9%. El analfabetismo en las mujeres está por encima al promedio de los hombres, ya que existen 5,834 mujeres analfabetas (56.3%), en comparación con 4,527 hombres (43.7%).

El promedio de años de estudio de la población de Venustiano Carranza es de 3.7 años; cifra inferior al promedio estatal. En cuanto al sexo, los hombres del municipio superan en años de estudio a las mujeres (3.95 y 3.42 años respectivamente).

Las principales actividades económicas a las que se dedica la población en el municipio de Venustiano Carranza se concentran en el sector agropecuario donde labora el 59.2% de los habitantes de 12 años y más ocupados, 11.0% se dedica al industria manufacturera, 6.8% al comercio, y el resto se subdivide en ocupaciones diversas. Debido a que la población de 12 años y más ocupada se emplea en economías familiares, el 27.5% no recibe ingresos monetarios, un 36.1% percibe menos de un salario mínimo, 19.9% gana de uno a dos salarios mínimos. Sólo el 2.6% de la población recibe entre 5 y 10 salarios mínimos.

El municipio de Venustiano Carranza en el año 2000 se clasificó en la categoría de *marginación media*.

La tasa bruta de mortalidad para la población del municipio de Venustiano Carranza en el periodo 1998-2000 es de 3.3 defunciones por cada mil habitantes, cifra inferior a la registrada en la entidad (4.0 defunciones por cada mil habitantes). Es posible que en los municipios de la región donde la proporción de muertes sea menor que la media estatal se deba a que no todos los fallecimientos se registran (Consejo Estatal de Población, 2002).

Las diez principales causas de muerte en el municipio de Venustiano Carranza son: Fiebre (No especificada), Senilidad, Exposición a factores no específicos (incluye accidentes), Diabetes Mellitus (No Insulinodependiente), Tumores malignos del estómago, Dolor abdominal (Localizado en parte superior), Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, Diabetes mellitus (No especificada), Infarto agudo del miocardio (Sin otra especificación), Tumor maligno del útero (SSA, 2005).

Según la Secretaría de Salud (2005) las diez principales causas de enfermedad son: Infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales por otros organismos, infecciones de vías urinarias, úlceras (incluye gastritis y duodenitis), amebiasis intestinal, otitis media aguda, candidiasis urogenital, otras helmintiasis, paratifoidea y ascariasis.

En cuanto a la mortalidad infantil, es decir, las defunciones de menores de 5 años el municipio de Venustiano Carranza en el 2000, registró una tasa de 2.6 defunciones por cada diez mil nacidos vivos, cifra ligeramente inferior a la del estado. En el caso de los municipios que tienen baja mortalidad infantil es posible que se deba a que no

existe un registro adecuado que contabilice la muerte y la causa de la muerte de los niños (Perfil Demográfico y Socioeconómico de Venustiano Carranza, 2000).

En el Municipio de Venustiano Carranza impactan a la familia la pobreza y la marginación⁷, por ello, las políticas de asistencia social están enfocadas al desarrollo del individuo como miembro de una familia y de una comunidad. Éstas promueven, con la participación de los sectores público, privado y social, programas que incrementan los niveles de vida de los sectores más vulnerables: niños, jóvenes, mujeres, adultos mayores y discapacitados.

Para prestar atención médica el municipio cuenta con una clínica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia SSA la cual es atendida por un médico general, cinco enfermeras y un prestador de servicio social. Ofrecen el servicio de consulta de primer nivel y para esto cuenta con un consultorio, una farmacia, una sala de curación, una sala de medicina preventiva, una sala de cedathos (rehidratación oral) y un departamento administrativo. (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 2002).

Por otra parte se cuenta con una clínica de campo que pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social, siendo esta la de mayor importancia en la zona por los servicios que presta a la población. Es atendida por un director general, cuatro médicos residentes con especialidad en medicina familiar, seis médicos generales, nueve enfermeras, un promotor de salud comunitaria, un licenciado en nutrición, dos trabajadores sociales y un departamento administrativo. La atención que brinda es de primero y segundo nivel. El servicio médico es abierto a toda la población (Diagnóstico municipal Venustiano Carranza, 2002).

⁷ Según el Consejo Estatal de Población (2005), Paraíso del Grijalva tiene un grado medio de marginalidad (-0.5858).

La principal vía de comunicación para llegar al municipio de Venustiano Carranza es la carretera Tuxtla-Angostura-Comitán que se encuentra en regulares condiciones de pavimentación.

La cabecera municipal está comunicada por la línea de *Transportes Cuxtepeques y Anexas S.A de C.V* con salidas cada quince minutos.

Existe también en la cabecera municipal *U.S. Transportes Río Blanco*, el tipo de servicio que presta la empresa es de pasajeros mediante combis y microbuses, existen varias rutas que van a las diferentes localidades al interior de la cabecera municipal.

3.3 El contexto histórico de la comunidad

Venustiano Carranza es la denominación moderna del pueblo que en tiempos coloniales fue conocido Bartolomé de los Llanos, es uno de los pocos pueblos para los que sólo se conoce un nombre tzotzil: *Copanahuastla* "Lugar de las Culebras" (Pedraza, 2004).

El pueblo de San Juan Bartolomé de los Llanos fue fundado en la segunda mitad de siglo XVI. En 1821, se formó el municipio de San Bartolomé de los Llanos, pero el 7 de junio de 1833, fue elevado a la categoría de villa por el Gobernador Joaquín Miguel Gutiérrez. El 27 de mayo de 1852, fue elevado a la categoría de ciudad por el Gobernador Fernando Nicolás Maldonado. El 13 de febrero de 1934, fueron cambiados los nombres de los santos a las poblaciones del Estado y al de San Bartolomé se le cambió por el de Venustiano Carranza, siendo Gobernador Víctorico R. Grajales. En 1972, y sin saberse por qué, se elevó nuevamente a la categoría de ciudad por el Gobernador Manuel Velasco Suárez. En 1978, se instalaron en el parque los bustos de Fray Matías Antonio de Córdoba y Ordóñez, doctor Belisario

Domínguez, Corazón de Jesús Borráz y Ángel Francisco Santiago Borráz (*Perfil Demográfico y Socioeconómico, Venustiano Carranza, Chiapas, 2000*).

A mediados de los años 60, Venustiano Carranza, situado en la región central de Chiapas, no era más que una pequeña cabecera municipal rodeada de cinco barrios (El Calvario, El Convento, San Sebastián, El Señor del Pozo y San Pedro). Además, sus autoridades gobernaban sobre tres parajes que se explayaban como hongos en las riberas del río Grijalva: Vega del Paso, Vega de Chachín y Yuxén.

En 1967, merced a una resolución presidencial, los habitantes recibieron en propiedad comunal 51 mil 150 hectáreas y constituyeron su primer órgano agrario, nombrando autoridades de bienes comunales. Sin embargo, en 1970 el gobierno federal, a través de la Comisión Federal de Electricidad, decidió expropiar una porción de esos terrenos para construir la presa de La Angostura, aprovechando el vigoroso cauce del río Grijalva.

Así, tuvieron que ser desalojadas las comunidades Vega del Paso, Vega de Chachín y Yuxén, cuyos habitantes fueron reubicados en un valle donde fundaron Paraíso del Grijalva, su nuevo pueblo:

“La colonia Paraíso se genera con la construcción de la presa de la Angostura. Había unas 80 hectáreas de vega, la gente empezó a trabajar. Las tierras de lo que ahora es Paraíso eran utilizadas por gente rica de Comitán, que la usaba para sus animales. Paraíso se funda como colonia en los años 70, la gente empezó a subir cuando empezó a integrarse bien la colonia. Los que no se querían ir de sus antiguas colonias el ejército los iba a sacar porque ya iban a aventar el agua para inundar las colonias. Andaban los soldados en helicópteros, los viejitos no querían salir, preferían morir ahí a dejar sus tierras....pero los sacaron con la fuerza” (Comunicación personal, hombre de 47 años).

La primera indemnización económica (7 millones de pesos) por las tierras expropiadas y los árboles frutales de los parajes ribereños llegó seis años después.

Sin embargo, las autoridades municipales, tanto como las agrarias, decidieron que ese dinero debía integrarse al patrimonio del Comisariado de Bienes Comunales, en vez de ser entregada a los campesinos afectados.

Fueron adquiridas en 1977, 800 cabezas de ganado, vehículos, maquinaria agrícola y maquinaria pesada y el dinero se agotó. La organización "Casa del Pueblo" considera que fue lo justo. Pero los comuneros de Paraíso del Grijalva y del barrio El Convento (situado en la cabecera municipal y cuyos habitantes tenían *trabajaderos* donde fue construida la presa) se sintieron despojados, pues creen que la indemnización les correspondía.

Desde entonces, la división ha costado decenas de muertos, varios despojos y secuestros, un severo deterioro de la economía en la región y un desarrollo atrofiado. Paulatinamente, en un proceso que dura casi un cuarto de siglo, los comuneros inconformes fueron expulsados de la "Casa del Pueblo" y marginados de las decisiones.

Actualmente Venustiano Carranza es el centro regional de un área agropecuaria, cuenta con algunas hectáreas de vega y de riego. Está ubicada en la zona limítrofe de dos áreas completamente diferentes. Al norte limita con los Altos, área montañosa accidentada, con vegetación de tierra fría. La mayor parte de su población pertenece a algún grupo indígena, generalmente asentado en rancherías dispersas, con una economía orientada a la autosuficiencia. Al sur de Carranza se encuentra la parte central de la Depresión Central de Chiapas, región geográfica en la que predominan los Llanos. Estos son cruzados por varios afluentes del Grijalva. La vegetación de la depresión es de tierra caliente y la actividad económica

principal es la ganadería extensiva, con especialidad en ganado vacuno (Molina, 1976).

Las principales fiestas religiosas que se celebran en la cabecera municipal son: San Sebastián, el 20 de enero; San Bartolomé, el 24 de agosto y el Señor del Pozo, que es la fiesta más renombrada en los alrededores, se festeja el tercer viernes de Cuaresma. La fiesta de San Sebastián se circunscribe al mismo barrio. La del San Bartolomé es la fiesta de la ciudad, básicamente es una fiesta civil, con exposición ganadera, juegos mecánicos, cantinas etc. A esta fiesta acuden bastantes personas de las colonias cercanas. La mayor fiesta es la del Señor del Pozo, que consiste en una gran feria comercial a la que acude mucha gente de Acala, Totolapa, Aguacatenango, Amatenango de Valle, Villa las Rosas, Socoltenango, La Concordia, además de las personas del municipio. Es además la feria que se celebra en fecha cercana al recibo del pago de la cosecha.

La imagen del Señor del Pozo es considerada regionalmente como muy milagrosa. Se dice que salvó al municipio de la peste que lo invadió en 1882, y de otra que hubo en 1918. Varias veces ha liberado al municipio de la sequía, incluso hoy día, cuando las lluvias no se presentan a tiempo, se hace una peregrinación con la imagen del Señor del Pozo por las calles de la cabecera municipal, hasta llegar a templo parroquial.

“Cada año, todos los que nos dedicamos al campo hacemos una peregrinación hacia el cerro para hacerle ofrendas al señor del Pozo para que no le falta agua a nuestras cosechas” (Hombre de 36 años)

3.4 Paraíso del Grijalva:

La comunidad de Paraíso del Grijalva se localiza en el municipio de Venustiano Carranza. Limita al norte con la comunidad de San Francisco, al este con el poblado de Pujilic y al suroeste con el río Grijalva. Cuenta con 2033 habitantes de los cuales 1037 son hombres y 996 son mujeres, según el censo de población y vivienda de 2005, tiene una tasa de crecimiento poblacional del 2%.

La población de Paraíso del Grijalva se distribuye de la siguiente manera:

Cuadro 1. Pirámide poblacional general de Paraíso del Grijalva 2008.

Grupos de edad (en años)	Masculino		Femenino		Total	
	n=	%	n=	%	n=	%
Menos 1	26	2.5	28	2.8	54	2.6
1	29	2.7	18	1.8	47	2.3
2	25	2.4	27	2.7	52	2.5
3	25	2.4	34	3.4	59	2.9
4	35	3.3	33	3.3	68	3.3
5 a 9	151	14.6	143	14.4	294	14.5
10 a 14	124	11.9	132	13.2	256	12.6
15 a 19	105	10.1	106	10.6	211	10.4
20 a 24	95	9.1	102	10.2	197	9.6
25 a 29	105	10.1	81	8.1	186	9.1
30 a 34	73	7.0	78	7.8	151	7.4
35 a 39	56	5.4	55	5.5	111	5.4
40 a 44	51	4.9	38	3.8	89	4.3
45 a 49	36	3.5	28	2.8	64	3.1
50 a 54	19	1.8	26	2.6	45	2.2
55 a 59	26	2.5	23	2.3	49	2.4
60 y más	56	5.4	44	4.4	100	4.9
Total	1037	51.0	996	49.0	2033	100

Fuente: Censo poblacional (INEGI, 2005).

El clima predominante en la región es cálido-sub húmedo con lluvias en verano; los meses más calurosos son marzo y abril; los meses más lluviosos son de mayo a septiembre.

El régimen de precipitación pluvial es de 1,526.9 mm al año, los vientos se dirigen de norte a sur generalmente. Se presenta una estación seca de octubre a mayo y una húmeda de junio a septiembre (Molina, 1976). Durante los últimos años los habitantes esperan las primeras aguas al inicio del mes de mayo, sin embargo este año las lluvias se retrasaron casi un mes, provocando que gran cantidad de la cosecha estuviera en riesgo de perderse (Comunicación personal, hombre de 42 años).

La comunidad de Paraíso del Grijalva se encuentra localizada a solo 21 km de Venustiano Carranza, la carretera se encuentran en buen estado por lo que el acceso a la colonia es relativamente fácil. Se puede llegar en transporte público desde las 6 am. hasta las 4 pm. El costo es de 12 pesos desde la cabecera municipal. Antes o después de estas horas el acceso tiene que realizarse con auto particular o esperar a algún vecino que se dirija hacia allá para obtener un *aventón*, el costo aproximado de este servicio es de entre 5 y 8 pesos.

La comunidad cuenta con 194 viviendas habitadas. Las viviendas cuentan con los siguientes servicios: energía eléctrica, agua entubada, drenaje y caseta telefónica. Solo una casa cuenta con teléfono propio.

Paraíso del Grijalva cuenta con un jardín de niños, una escuela primaria y una telesecundaria, si desean seguir estudiando el bachillerato los jóvenes deben transportarse a la cabecera municipal, el bachillerato es de tipo tecnológico con un enfoque agropecuario (Comunicación personal, Madre de familia de 36 años).

La comunidad cuenta con una iglesia católica, la cual actualmente se encuentra en remodelación, sin embargo continúa oficiando servicios. Las bodas se efectúan sólo

una vez al año y de manera colectiva, las parejas se preparan con varios meses de anticipación para recibir la bendición mediante retiros espirituales. De la misma manera los bautizos sólo se festejan una vez al año, el requisito para bautizar a un niño es que tanto los padres como los padrinos estén casados por la iglesia. Este año fueron efectuados el 18 de febrero (Comunicación personal con mujer de 35 años y observación directa).

Desde hace aproximadamente 7 años la comunidad cuenta con la presencia de un número de miembros pertenecientes al Ministerio Internacional Vida Nueva, Jesús Paraíso de Dios, adscritos a la Iglesia Evangélica. Cuenta con un espacio donde se ofician cultos los días miércoles y domingo. La duración de los mismos es de dos horas aproximadamente y pueden llegar a reunirse hasta 50 personas. Una vez cada 15 días un Pastor representante de la Iglesia *Paraíso de Dios* viaja desde el municipio de Socoltenango, Chiapas para intercambiar opiniones y predicar la palabra de Jesucristo (Comunicación personal con mujer de 30 años y observación directa).

De manera adicional los domingos es común observar testigos de Jehová provenientes de la cabecera municipal predicando casa por casa (Observación directa).

De manera complementaria a las fiestas religiosas que se celebran en la cabecera municipal, en Paraíso del Grijalva festejan el carnaval (24 de febrero), para la celebración hombres y niños se disfrazan con cobijas amarradas al cuerpo, usan máscaras y bailan a pleno rayo de sol frente al kiosco de la iglesia de la comunidad, es un evento muy sencillo pero muy divertido y sólo participan las personas de

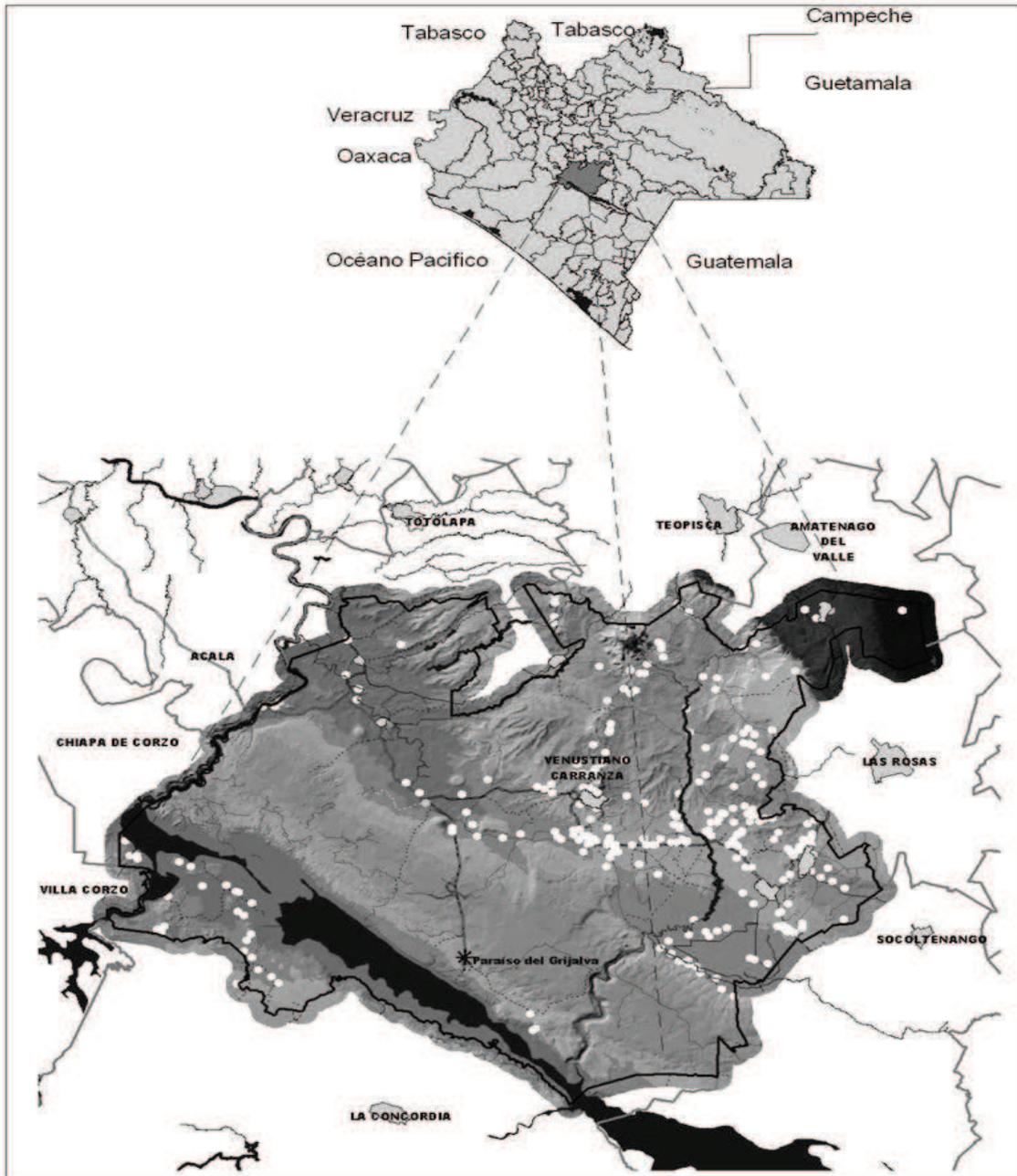
religión católica. Todos bailan al compás de la música sin importar el calor y las pesadas ropas que utilizan para ocasión (Observación directa).



Foto 1. El carnaval en Paraíso del Grijalva. Foto: M. Balderas 2009.

Como mencioné en párrafos anteriores la imagen del Señor del Pozo es muy venerada en la región y también tiene un fuerte arraigo en Paraíso del Grijalva, sobre todo entre los agricultores, quienes al no presentarse las lluvias necesarias para su cosechas, oran a la imagen y marchan en peregrinación rumbo al cerro para pedir por las aguas (Comunicación personal, hombre de 36 años).

Ilustración 1. Ubicación geográfica de Paraíso del Grijalva, Chiapas.



Fuente: Laboratorio de Análisis de Información Geográfica y Estadística, ECOSUR, 2009

CAPÍTULO IV. Materiales y métodos

Para responder las preguntas ¿Por qué y bajo qué circunstancias la mujer/madre de familia juega el papel preponderante durante el proceso de atención a la salud en su entorno familiar en Paraíso del Grijalva? y ¿Cuál es el papel del hombre o padre de familia en el proceso S/E/A a nivel familiar y en su experiencia cotidiana al enfermarse y buscar atención? Busqué identificar las creencias y saberes de la salud y la enfermedad así como registrar las prácticas cuando buscan y reciben atención a la salud.

Aunque inicialmente partí de una visión fenomenológica y experiencial también busqué conocer la forma en que los sujetos interpretan sus vivencias, por ello un enfoque interpretativo basado en las narrativas de experiencias representaciones, percepciones y prácticas culturales me resultó útil. Me interesó abordar las formas en que los sujetos significan y valoran sus experiencias porque en esa medida evalué una potencialidad o capacidad de acción de las diferencias y desigualdades de acuerdo a lo que ellos mismo experimentan y valoran.

Evalué lo anterior desde la categoría de análisis reconocida como percepción, una percepción social, pues me interesaba analizar las valoraciones y significados⁸ que hombres, mujeres y niños dan desde los procesos de interacción abordables desde las narrativas acerca de la causalidad de la enfermedad, sobre el diagnóstico-sintomatología en el padecer y/o enfermedad, en las búsquedas de atención, en la experiencia vivida tras recibir atención y tratamiento médico y las vivencias/prácticas

⁸ Más allá que el paciente exprese interpretaciones correctas o no sobre las causas de su padecer, interesa su interpretación y no tanto las condiciones objetivas que explican la enfermedad; interesa el significado que el sujeto y su grupo dan al proceso S/E/A (Menéndez, 2002).

registradas en la trayectoria que sigue la persona cuando padece un problema de salud.

De tal manera que la edad, el sexo y las condiciones materiales y sociales de los grupos de estudio contribuyeron a que mi análisis tuviera una perspectiva sociocultural del fenómeno de las representaciones sociales y prácticas curativas.

Todos estos procesos me remitieron a interacciones entre los padres y madres, a desigualdades y diferencias con la familia y/o o con la comunidad como primeras experiencias que tienen los sujetos cuando padecen o enferman.

Por ejemplo, ya podremos observar más adelante cómo las narrativas sobre la causalidad de la enfermedad dan cuenta de las experiencias que hablan de descuidos hacia algún miembro de la familia; la enfermedad debida a la desintegración del grupo o en el cumplimiento de los deberes propios de sus roles sociales etc. Aspectos que si bien señalan dinámicas a partir de las cuales los sujetos experimentan problemas de salud, también indican aspectos de desigualdad, diferencia o valores familiares y sociales importantes de entender.

4.1 Las narrativas de la enfermedad, el padecimiento y la atención a la salud por parte de los pobladores de Paraíso del Grijalva, Chiapas:

Las corrientes interpretativas han propuesto que las experiencias de padecimiento, pueden expresarse en forma significativa a través de narraciones. La narrativa no solo constituye un instrumento de investigación, sino que puede cumplir también funciones terapéuticas. La narración permite comprender cómo el paciente y también el curador construyen sus saberes, es decir, cómo se articulan la experiencia del padecimiento, las formas simbólicas de una cultura y las estrategias de atención de la enfermedad. Es a través de la narración, que la experiencia es

presentada y relatada, además de que los eventos son presentados en un orden significativo y coherente para los sujetos, siendo descritos junto con las experiencias asociadas con ellos y la significación y el sentido que tienen para las personas involucradas (Cortés, 1997).

De manera específica sistematicé la información de las narrativas a partir de las causalidades que las madres y los padres de familia atribuyen a sí mismos y su familia, el diagnóstico, los síntomas y recursos usados para atender la salud, la enfermedad y el padecer.

Al hablar de las narrativas debemos entender que las palabras no son únicamente el vínculo social entre los individuos, ni tampoco la prueba exclusiva de su pertenencia al género humano, las palabras son también esta materia blanda desigualmente compartida que autoriza infinitos juegos de traducción, reinterpretación e invención. Las palabras constituyen una reserva de exterioridad la cual posibilita a una disciplina como la antropología esculpir al otro con la descripción e interpretación de sus costumbres, ritos, vida cotidiana y formas de organización. El texto antropológico o etnográfico, es una reconstrucción del universo social de un otro diferente (Lutz, 2008).

La utilización del método etnográfico me permitió observar, registrar, conocer entender y compartir en diferentes ocasiones y temporadas a lo largo de un año cómo se viven, experimentan, perciben y qué decisiones se toman al interior de los grupos familiares en torno al proceso S/E/A. Me permitió además identificar la participación de algunos factores económicos y sociales que influyen en la forma en que se vive y atiende la salud.

Las técnicas etnográficas utilizadas fueron el diario de campo, la observación participativa, las entrevistas semiestructuradas y como complemento trabajé con niños de la comunidad de entre 3 y 12 años de edad en la elaboración de dibujos para registrar la percepción que tiene ellos de la enfermedad. Esta herramienta cualitativa se utilizó para profundizar y comparar con los datos obtenidos de las madres y padres de familia.

La decisión de enfocarme en las madres y los padres de familia como sujetos de investigación parte en primer lugar de reconocer que la mujer en su rol de madre-esposa desempeña un papel estratégico en la atención de la salud familiar, y en segundo lugar porque era de mi interés evaluar y conocer el papel del hombre o padre de familia en el proceso S/E/A. Así mismo el trabajar con ellos y ellas me permitieron indagar sobre la salud de sus familiares (niños y ancianos).

Durante las entrevistas se rescataron aspectos referentes a las representaciones sociales, percepciones y prácticas curativas utilizadas por las familias de Paraíso del Grijalva

Para conocer sobre las representaciones sociales la información se obtuvo a partir de preguntas referentes sobre la salud y la enfermedad. Las preguntas fueron realizadas de manera directa a los entrevistados. También se rescató información de los diarios de campo.

Para obtener datos sobre las percepciones (formas de simbolizar, significar, valorar experiencias de salud y enfermedad) utilicé preguntas sobre el origen de las enfermedades, sobre las enfermedades que son desconocidas por los médicos, y

sobre la auto-percepción de la salud. Registré también datos y observaciones sobre las causas, síntomas y signos más comunes de padecimiento y enfermedad.

Los datos a las prácticas curativas buscaron el registro de todos los tratamientos y terapéuticos que usan incluyendo el uso de recursos naturales, de flora y fauna usados por las familias de Paraíso del Grijalva así como datos sobre la trayectoria o carrera del enfermo⁹. Para obtener datos sobre la atención a la salud en el ámbito doméstico usé preguntas sobre la utilización de remedios caseros y la automedicación, así como la toma de decisiones por parte de los padres y madres de familia cuando alguien se enferma. El sistema alopático se evaluó mediante el registro de información sobre la utilización de los servicios de salud proporcionados tanto por la clínica como por los médicos que se encuentran en los alrededores de la comunidad.

El sistema tradicional se evaluó con preguntas sobre la atención que dan los curanderos y curadores tradicionales de la zona. Se cuenta también con la entrevista de una curadora tradicional reconocida en la comunidad.

4.2 Primeras incursiones en la comunidad:

Durante las primeras incursiones a la comunidad realicé algunas visitas exploratorias para identificar a las posibles familias que participarían a lo largo de la investigación.

El acercamiento a la comunidad se dio gracias al apoyo de un colega y amigo, cuyos familiares son originarios de la misma. Durante la primera visita tuve el gusto de platicar con una madre de familia quien a lo largo del tiempo que duró el trabajo de

⁹ La trayectoria del enfermo cuando padece o percibe un daño en su salud, es un dato sumamente importante porque el inicio de lo ha sido llamada "carrera curativa o trayectoria de atención", se marca con la detección y/o diagnóstico de algún malestar; el desarrollo de la misma incluye una serie de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer; con el cual se puede obtener una evaluación del proceso y un aprendizaje que retroalimenta las futuras experiencias de salud, enfermedad y atención (Osorio, 2001)

campo siempre mostró un gran interés, siendo un apoyo fundamental para el acercamiento con nuevas personas para la aplicación de las guías de entrevista. Además de brindarme su hospitalidad recibíéndome en su casa cada vez que visitaba la comunidad.

Durante este primer acercamiento, me presenté y comente los motivos de mis posteriores visitas a la comunidad, al principio pensaron que se trataba de algún proyecto de gobierno y se mostraron un poco renuentes por miedo a perder apoyos económicos tipo *Oportunidades*, pero durante la plática dejé muy en claro que el objetivo es hacer una breve reseña de la historia de la salud de la comunidad a lo largo del tiempo, así como la importancia de la toma de decisiones al presentarse un episodio de enfermedad. Realicé recorridos por el poblado para ubicar los sitios de interés, así como la localización de los domicilios de los nuevos referidos para la aplicación de las guías de entrevista.

Con la información obtenida de la primera visita procedí en primer lugar con la elaboración de un croquis de la comunidad con el cual posteriormente comencé con la ubicación aleatoria de las familias y sus hogares para conocer y dimensionar las denominaciones, conocimientos, sujetos y prácticas generales de atención a la salud en la comunidad, para de ahí realizar los ajustes y definición de los instrumentos para el trabajo de campo, así como la selección de las familias e informantes clave. Con el croquis localice las casas de las personas entrevistadas y evité la concentración de mis entrevistas en una zona o rincón de la comunidad. Dicho croquis se fue modificando a lo largo de la investigación.

Estas primeras incursiones en campo también me permitieron conocer las formas, maneras, momentos, tiempos y modos que tienen las personas de la comunidad para expresar lo que sienten y piensan.

Cabe destacar que al acercarme a las autoridades municipales para conseguir un mapa detallado de la comunidad, solo pudieron proporcionarme uno municipal, argumentando que no tenían ninguno de las colonias, pero que probablemente podría obtenerlo de la página del INEGI, cosa que también fue imposible porque el dato no se encontraba disponible.

4.3 La elaboración del guión de entrevista:

Después de las primeras visitas exploratorias a la comunidad, comencé con la elaboración del primer instrumento para trabajo de campo, se trataba de una pequeña encuesta que estaría acompañada de una entrevista corta. La encuesta se construyó con preguntas cerradas que permitieron recabar los datos socioeconómicos del entrevistado y la entrevista corta de preguntas abiertas siguiendo una semiestructura a la hora de entrevistar. Esta segunda parte posibilitó la interacción con los entrevistados, permitiendo reformular y/o aclarar preguntas, así como profundizar en algún aspecto considerado de interés para la investigación.

Las preguntas incluidas en el guión de entrevista tomaron en cuenta cuestiones relativas a la forma de vivir la enfermedad dentro del grupo familiar identificando enfermedades y/o padecimientos, además de conocer las acciones y razones que llevan a la madre o padre de familia a tomar una decisión al momento de elegir un tratamiento. Se incluyeron también preguntas sobre padecimientos y enfermedades que no atienden los médicos. Se buscó identificar también los recursos para la salud

que utilizan las familias de Paraíso del Grijalva, el lugar que ocupan y saber si son recursos que se contraponen, complementan o se usan paralelamente.

El guión utilizado está presentado en el anexo 1 y consta de 59 preguntas. La parte A del guión compuesta por las preguntas 1 a la 22, tuvo por objetivo recabar información personal de las personas entrevistadas. A partir de la pregunta 23, se inicia la parte B del guión, subdividido en temas que tratan de cuestiones de interés directo para la investigación. Los temas se distribuyeron conforme al cuadro 2:

Cuadro 2. Distribución de preguntas del guión de entrevistas por temas

Temas	Preguntas
Conceptos generales sobre salud y enfermedad	23 al 28
Enfermedades de acuerdo a género y edad	29
Nociones y prácticas generales de atención a la salud	30 al 35
Percepción personal de la salud	36 al 39
Nociones generales sobre medicina alopática	39 al 40
Nociones generales sobre medicina tradicional	42 al 52
Toma de decisiones en torno al proceso salud/enfermedad/atención	52 al 59

Fue ideal aplicar una entrevista corta porque permitió explorar el tema de una manera más abierta y al contar con pocas preguntas el entrevistado podía explayarse a la hora de expresar sus opiniones, en su narración podía explicar y expresar otros eventos asociados y dar cuenta de su posición y sentimientos, así mismo que me permitió identificar temas y subtemas de interés sobre los cuáles pude profundizar más adelante con una entrevista a profundidad con algunas familias y personas.

En resumen la entrevista corta cumplió varias funciones. Su primer papel fue asegurar que tuviera una visión general de todo el tema de mi interés en orden semiestructurado para cada entrevistado, preservando de manera consistente el contexto conversacional de cada entrevista, tener cierta dirección y delimitación del

discurso, además de permitirme prestar una buena atención al testimonio del entrevistado (Guber, 2001).

Esta guía se aplicó por igual a padres y madres de familia.

De manera paralela se elaboraron dos guías adicionales para producir información en campo:

- Guía de entrevista para médicos alópatas (anexo 2).
- Guía de entrevista para curadores tradicionales (anexo 3).

El proceso S/E/A no puede entenderse si no se abordan al menos los tres principales estrategias de atención a la salud: el sistema alopático, el sistema tradicional y el doméstico, pues partimos del hecho de que el proceso S/E/A es una relación de hegemonía y alteridad, es decir que existen sistemas médicos dominantes y otros dominados, y la interacción entre ellos está en lucha permanente, el análisis de su interacción el cual realicé a partir de la etnografía, me permitió saber si los recursos se complementan, se contraponen o si trabajan de manera paralela en relación a las enfermedades y a las búsquedas de atención de acuerdo a las creencias, saberes y experiencias de quienes fueron entrevistados.

Es por esto que el interés de aplicar una guía a los curadores tradicionales y alópatas que operan en la comunidad reside en la importancia de conocer si tienen una perspectiva diferente a la que expresaron las madres y padres de familia, para así comparar y analizar si utilizan los recursos de manera paralela, complementaria o existen diferencias. Esta información me permitió establecer analogías de interés.

4.4 El trabajo de campo:

El trabajo de campo fue realizado por una única entrevistadora para que la recolección de los datos tuviera el mismo procedimiento. A pesar de que todas las personas entrevistadas hablaban español, siempre conté con el apoyo de dos niñas de la comunidad para aclarar cualquier duda entre el español y el tzotzil lengua materna de los personas de Paraíso del Grijalva.

Durante el primer contacto verbal con los entrevistados, obtuve siempre alguna información de carácter general (edad, escolaridad y características personales) del informante. Esta información me ayudó a incursionar paulatinamente en el acontecer cotidiano de la comunidad y sus dinámicas familiares para posteriormente ubicarlo en las dimensiones socioculturales y económicas de análisis. Al final de la obtención de esta información se le comunicaba que toda la plática sería anotada en una libreta que a la vez me servía como guía para elaborar mi diario de campo.

Durante la entrevista siempre busqué no interferir en las respuestas. En algunas entrevistas las personas manifestaron no saber la respuesta correcta, en ese momento le informaba que no había respuestas buenas o malas, sino que se buscaba conocer la manera en que ellos entendían y percibían el proceso analizado y que su respuesta, era muy importante para la investigación.

Como todas las entrevistas se realizaron en las casas de las personas, fue posible entender un poco más la dinámica de cómo se vive y experimenta la salud, la enfermedad y la atención de los integrantes de la familia. Además la estancia en la casa del entrevistado permitió que los padres y madres de familia se desarrollaran de manera natural y espontánea al momento de dar sus respuestas.

Cabe mencionar que durante algunas de mis visitas me tocó viajar con síntomas de resfriado y las mismas madres de familia me prepararon algunos remedios caseros e incluso compartieron conmigo algunos otros para que yo pudiera prepararlos en mi casa.

Desde la primera visita a la comunidad utilicé de manera complementaria la observación participativa, dicha técnica me permitió conocer más de cerca las condiciones materiales de vida de los grupos familiares de Paraíso del Grijalva y sobre todo entender cómo se vive y experimenta la enfermedad al interior de los grupos familiares cuando alguno de sus integrantes se encuentra enfermo mediante el registro de las percepciones, causas, síntomas, diagnósticos y tratamientos. Esta información me permitió generar datos sobre los saberes, creencias y significados de la salud y la enfermedad que tienen los pobladores de Paraíso del Grijalva.

El trabajo de campo se dividió en dos temporadas:

4.4.1 Primera temporada de trabajo de campo:

Entre los meses de febrero y octubre de 2009 llevé a cabo la primera temporada de trabajo de campo, durante la cual realicé visitas periódicas a la comunidad, las visitas se realizaron de manera semanal con una duración de uno a tres días o en su defecto de manera quincenal.

El primer paso consistió en la aplicación de la guía general de entrevista. Inicialmente la apliqué a diez madres de familia, posteriormente una de ellas me dirigió a otras madres y padres de familia. A mediados de septiembre pude identificar que el número de entrevistas realizadas a madres de familia superaba en número a las realizadas a los padres de familia, por lo que durante el mes de octubre dediqué esfuerzos a obtener las entrevistas con los padres de familias.

Es necesario mencionar que durante los primeros meses de la primera temporada de campo el acercamiento con los hombres de la comunidad fue casi nulo, ya que labores de campo los mantienen casi todo la mañana fuera de su casa y les dejan poco tiempo libre y cuando regresan a sus casas lo único que quieren es descansar.

En la cuarta semana de octubre se concluyó la primera temporada de campo, durante esta semana conté con el apoyo de una persona de sexo masculino para llevar a cabo las entrevistas con los padres de familias de la comunidad. Dicha acción facilitó el acercamiento con los hombres, quienes se sentían más a gusto platicando con una persona de su mismo sexo. La dinámica procedió de la siguiente manera: el entrevistador comenzaba con una breve explicación de los propósitos de la charla y los temas que se abordarían durante el transcurso de la misma, para la cual se requería de su cooperación durante un tiempo mínimo de treinta minutos. Asimismo les explicaba que yo estaría presente durante la charla y estaría anotando la conversación en un formato impreso. A continuación comenzaba con la entrevista semiestructurada, el entrevistador, previamente aleccionado, permitía que la entrevista fluyera de manera natural buscando no intervenir en las respuestas, mientras tanto yo registraba toda la plática buscando no omitir ningún dato importante.

En total se aplicaron 75 entrevistas, 41 fueron aplicadas a madres de familia y 34 a padres de familia, la aplicación de las mismas se detuvo porque ya comenzaba a presentarse saturación teórica y porque los datos obtenidos proporcionaban información suficiente para cumplir con los objetivos la investigación.

Con los resultados obtenidos de las entrevistas pude identificar los tipos de familia presentes en la comunidad.

De acuerdo a que uno de los principales objetivos de mi investigación era conocer cuál es el papel de los padres de familia en el proceso S/E/A decidí realizar una clasificación de las familias a partir de dos criterios que sobresalían al observar las características de las familias de la comunidad de Paraíso del Grijalva, estas eran la presencia o ausencia del padre de familia (Algunos han migrado a los Estados Unidos y otros al estado de Quintana Roo) y los ingresos económicos. Si bien podía considerar otras variables deseaba que la clasificación me permitiera agrupar sin obtener una tipología tan diversa o grande que complejizara mi análisis. Pero sobre todo elegí variables que me permitieran caracterizar a *grosso modo* a los padres de familia. Tomé en cuenta únicamente estos dos indicadores debido a que todas las familias entrevistadas contaban con la presencia de una madre de familia y no encontré diferencias significativas culturalmente hablando entre ellas y para los fines de investigación, sin embargo esta condición fue de suma importancia al momento de evaluar otro de los objetivos, que era conocer por qué y bajo qué circunstancias la madre de familia juega el papel preponderante durante el proceso de atención a la salud en el entorno familiar.

Durante la primera temporada de campo busqué el acercamiento con las autoridades de salud, pero no tuve resultados positivos, ya que la médico encargada del centro de salud siempre manejó alguna objeción impidiendo así obtener una entrevista

Durante todo el periodo que duró el trabajo de campo busqué siempre respetar los tiempos y espacios de cada uno de los entrevistados, muchas veces las madres de

familia se encontraban ocupadas en las labores del hogar y en el cuidado de sus hijos o bien se encontraban fuera de su hogar por haber salido a la cabecera municipal para realizar algún pendiente por lo que había que esperar o regresar más tarde o incluso otro día

La aplicación de la guía de entrevista durante estos meses me permitió la familiarización con términos, palabras, conocimientos, creencias, saberes y prácticas curativas de los pobladores de Paraíso del Grijalva para evaluar sus experiencias en el proceso S/E/A, así como la identificación de nuevas categorías de análisis relevantes encaminadas a registrar las determinantes para el posterior trabajo a profundidad en el guión de entrevistas a informantes clave.

4.4.2 Segunda temporada de trabajo de campo:

Durante las últimas dos semanas del mes de noviembre de 2009 llevé a cabo la segunda temporada de campo.

En este periodo de quince días realicé las entrevistas a profundidad con las familias clave, es decir, familias quienes durante la primera temporada de campo habían manifestado enfermedades o padecimientos por parte de alguno de sus miembros o bien que habían relatado situaciones de enfermedad y padecer sobresalientes para mis objetivos.

Se llevaron a cabo entrevistas a profundidad con padres y madres de familia, donde alguno de los miembros del grupo familiar presentó algún padecimiento o enfermedad, ya fuera presente o pasada. Con la información obtenida de estas entrevistas llevé a cabo la elaboración de dos carreras del enfermo.

A través de la reconstrucción de episodios de enfermedad y atención concretos que identifiqué en los grupos familiares, analicé el proceso a través del cual las madres y padres de familia elaboran una determinada construcción social que se expresa en la conducta frente al padecer: es decir, cómo perciben y reconocen los malestares, detectan síntomas y signos, establecen diagnósticos hipotéticos, se asocian causalidades, se toman decisiones para brindar atención y/o cuidado, o bien, los buscan en otras instancias curativas (Osorio, 2001:14).

Para los fines de esta investigación retomo la propuesta de Osorio (2001), que sugiere que la construcción social de las conductas que las familias experimentan frente al padecer puede ser estructurada a partir de reconstruir la trayectoria de atención o carrera del enfermo seguida en cada episodio, analizando las prácticas realizadas (qué, cómo, cuándo y por qué se hace), así como la serie de estructuras, recursos de atención y terapeutas que participan y/o son utilizados durante dichos eventos (quién atiende, por qué se elige, que tratamientos se utilizan, qué resultados se obtienen y cómo se evalúan).

Por otra parte apliqué una entrevista a profundidad a un curandero y una sobadora de la comunidad. La información obtenida de estos actores fue de gran utilidad, porque se trata de actores reconocidos por las familias de la comunidad y mediante sus narraciones y descripciones se indagué cuestiones relativas a su quehacer terapéutico, tratamientos, problemas, remedios utilizados, razones y atribuciones otorgadas al origen de los daños por los que son más comúnmente visitados.

Por último, realicé una entrevista a profundidad con la enfermera de campo del centro de salud de la comunidad, la información obtenida de esta entrevista resultó de suma importancia, ya que expresa una perspectiva muy diferente a la rescatada

por parte de las familias y de los curadores tradicionales permitiendo así establecer analogías de interés.

4.5 El registro de la información:

El registro de la información consistió en la transcripción y organización de todas las entrevistas realizadas con sus narraciones y testimonios.

En campo todas las entrevistas fueron registradas en una libreta pasta dura, junto con algunas observaciones relevantes para el diario de campo. Dicha información fue de suma utilidad para la reconstrucción de las condiciones materiales de vida de la comunidad.

Las entrevistas de la segunda temporada de campo fueron anotadas de manera individual en un formato impreso, para facilitar el manejo de los datos. En dichos formatos también se incluyó información relevante mencionada durante la entrevista.

Se cuenta también con un registro fotográfico de la mayoría de las visitas de campo. Se registraron imágenes de las condiciones materiales de vida de la comunidad, así como de la infraestructura educativa, política y de salud.

4.6 Sistematización de la información:

Para el análisis de las representaciones sociales, percepciones y prácticas curativas las familias de Paraíso del Grijalva el primer paso a seguir fue el registro, vaciado, organización y análisis de las entrevistas.

Cada una de las entrevistas se transcribió en un procesador de textos Word versión 2007. Posteriormente y en función de la entrevista se diseñó una base de datos en el programa Excel, la cual permitió agrupar todas las entrevistas en un solo documento.

De acuerdo a las respuestas obtenidas en las entrevistas elaboré una categorización que incluía los temas y subtemas de interés: representaciones (creencias, saberes, ideas, imágenes sociales), percepciones (qué se siente, cómo lo vive, experimenta, qué causas atribuye, sintomatología y diagnóstico) prácticas curativas (tipo de tratamiento que busca, recibe, con quién va, en qué momento, qué hace, lo cura o no etc.). La categorización se fue complementando de manera sistemática a través de patrones primarios como frases, palabras o comportamientos que se repiten y sobresalieron durante el transcurso de las entrevistas.

Una vez elaboradas las categorías procedí a la codificación y la creación de una base de datos en el programa SPSS versión 17 para Windows Vista para llevar a cabo un análisis de frecuencias de respuestas relativas al proceso S/E/A.

Las categorías también se organizaron de acuerdo al sexo (padre de familia o madre de familia) y edad (niños, adultos y ancianos) y condiciones sociales y materiales de vida que en lo general han sido señaladas en el apartado de marco referencia. Una vez terminada la base de datos, el siguiente paso fue obtener un análisis descriptivo de la información donde pude identificar un perfil de comportamiento de los entrevistados y sobre las representaciones, percepciones y prácticas curativas que influyen sobre la toma de decisiones cuando alguno de los integrantes de la familia se enferma.

De manera complementaria utilicé técnicas como la observación directa de los escenarios donde fueron realizadas las entrevistas. De esta manera fue posible cotejar los datos obtenidos en las entrevistas.

4.7 Sobre las limitaciones de la investigación:

La presente investigación parte del reconocimiento del sujeto, esta aproximación metodológica centrada en los actores, constituye uno de los rasgos diferenciales del estudio antropológico a la hora de abordar el proceso S/E/A, ya que pretende dar palabra a los sujetos sociales y supone que dar esa voz no implica solo escucharlos sino asumir que esta voz es correcta y verdadera. Reconozco que estudiar desde esta perspectiva implica necesariamente considerar una gran cantidad de aspectos subjetivos que la persona le otorga a la experiencia de vivir y experimentar una enfermedad o padecimiento pero que se convierten en una realidad subjetiva. Una manera de comprender estas situaciones pero sobre todo evitar grandes sesgos en la información explorando el significado de la enfermedad y el padecimiento contrastándolo y comparándolo con el contexto social y cultural de los actores en cuestión, esto es la realidad objetiva, para de esta manera conocer todo lo que pudiera estar participando al momento de compartir las experiencias y de llevar a cabo mi investigación.

Para poder hablar sobre las representaciones sociales, percepciones y prácticas, conocer el punto de vista del otro es esencial, pero debo aclarar que tuve que hacer un esfuerzo adicional ya que mi propia situación como investigador influía, es decir, sabía que mis propios supuestos personales, culturales e ideológicos podían interferir en la interpretación de los resultados.

Una forma de evitar lo que llamo grandes sesgos a la hora de obtener la información fue preguntando muchas veces sobre las mismas cosas, incluso comparando y compartiendo con los sujetos algunos datos obtenidos. Algo que me fue de mucha utilidad a la hora de aplicar las entrevistas fue aclararle al entrevistado que no había

respuestas buenas o malas, sino que lo que me interesaba era conocer su punto de vista y que todo lo que pudiera compartirme era valioso, de esta manera la persona sentía que estaba siendo tomada en cuenta y adquiría un estatus de importancia, así, la plática fluía de una manera más natural y espontánea, al sujeto no le interesaba comparar sus respuesta con las de otra persona o tratando de quedar bien conmigo, estaba compartiendo su experiencia real y no diciéndome lo que creía que yo quería escuchar por temor de estar diciendo algo que pudiera considerarse malo o fuera de lugar.

De manera adicional con la lectura exhaustiva de los datos, la observación participativa en campo, siendo crítica conmigo misma a la hora de hacer las interpretaciones, haciendo uso de los estadísticos para el análisis las mismas, pero sobre todo conviviendo con ellos, compartiendo paso a paso lo que iba haciendo, diciéndoles para que me serviría, pude contar con resultados cercanos a la realidad de los sujetos y su contexto además de lograr que las personas no se sintieran utilizados sino más bien como parte de la investigación. Reconozco que este tipo de trabajos siempre contiene sesgos pero asumo que parte de todo lo que hice no fue realizado como un ente aislado que solo miraba y registraba.

Sobre las limitaciones del presente documento, considero que la principal estuvo marcada durante el trabajo de campo, ya que la barrera provocada por el lenguaje pudo influir un poco; como mencioné anteriormente los pobladores Paraíso del Grijalva son hablantes de tzotzil casi en su totalidad y aunque la mayoría es bilingüe, al momento de realizar sus actividades cotidianas se expresan únicamente en su lengua. Para tratar de sobrellevar esta situación conté con el apoyo de dos niñas de la comunidad, las cuales siempre estaban presentes en el momento de

realizar las entrevistas. Pero debo reconocer que es muy probable que información importante pudiera haberse perdido debido a esta barrera lingüística. Sin embargo considero que los datos obtenidos en campo fueron suficientes para los fines que la presente investigación perseguía.

CAPÍTULO V. Resultados

En este capítulo se presentan y analizan los resultados de la investigación, así como la discusión de los mismos con la intención de mostrar el alcance de las preguntas de investigación y la valoración del estudio con relación a los objetivos

De acuerdo al análisis de los datos obtenidos y sobre todo de acuerdo a la información que requiero, podemos observar que el grupo de madres y padres entrevistados se distribuye de la siguiente manera:

5.1 Datos básicos:

5.1.1 Sexo:

El 55% (41/75) de nuestras entrevistadas son mujeres, mientras que el 45% (35/75) restante corresponde a personas de sexo masculino.

A pesar de que el número de hombres entrevistados fue menor en comparación al número de mujeres, estos proporcionaron la información suficiente para los fines de la investigación. Los hombres entrevistados actualmente residen en la comunidad. Durante el trabajo de campo tuve contacto telefónico con un hombre que radica en los Estados Unidos, el cual también fue entrevistado y proporcionó información valiosa para la investigación.

Cabe mencionar que en algunas ocasiones fue difícil entrevistar a los hombres, dado que trabajan desde muy temprano en sus milpas y cuando regresan a casa lo único que quieren es descansar, o en algunas ocasiones el simple hecho de mujer limitaba un poco la comunicación con ellos, para solucionar este inconveniente, conté con la ayuda de una persona de sexo masculino, la cual realizó las entrevistas con los hombres mientras que yo capturaba todos los detalles de la charla. Dicha persona

contó con un entrenamiento previo sobre el tipo de información a recabar, la manera de abordar y platicar con las personas y sobre los objetivos de mi proyecto.

5.1.2. Edad:

La mayoría de los padres de familia entrevistados se ubicó entre los 25 y 29 años de edad. Por otro lado, la mayor parte de las madres de familia entrevistadas se ubicó en el grupo de entre 20 y 24 años de edad.

Cuadro 3. Grupos de edad de los padres y madres de familia de Paraíso del Grijalva, Chiapas.

	Grupos de edad												Total
	10-14 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	45-49 años	50-54 años	55-59 años	60-64 años	65-69 años	
Sexo Femenino	0 0,0%	7 9,3%	12 16,0%	7 9,3%	7 9,3%	3 4,0%	2 2,7%	2 2,7%	1 1,3%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	41 54,7%
Masculino	1 1,3%	0 0,0%	3 4,0%	10 13,3%	6 8,0%	4 5,3%	2 2,7%	3 4,0%	2 2,7%	1 1,3%	1 1,3%	1 1,3%	34 45,3%
Total	1 1,3%	7 9,3%	15 20,0%	17 22,7%	13 17,3%	7 9,3%	4 5,3%	5 6,7%	3 4,0%	1 1,3%	1 1,3%	1 1,3%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

5.1.3 Estado civil:

El 95% de las mujeres entrevistadas en Paraíso del Grijalva se encuentran casadas y son madres de familia, mientras que los hombres ocupan un 97% en la misma categoría, los porcentajes restantes en ambas categorías son personas solteras y estudiantes a las cuales decidí entrevistar por formar parte de las familias clave.

5.1.4 Lugar de nacimiento:

Cuadro 4. Lugar de nacimiento de los padres y madres de familia de Paraíso del Grijalva, Chiapas

	Lugar de nacimiento				Total
	Paraíso del Grijalva	Venustiano Carranza	Pujilic, Chiapas	Vega de Paso, Chiapas	
Sexo Femenino	35 46,7%	5 6,7%	1 1,3%	0 0,0%	41 54,7%
Masculino	21 28,0%	10 13,3%	0 0,0%	3 4,0%	34 45,3%
Total	56 74,7%	15 20,0%	1 1,3%	3 4,0%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

El 75% de los entrevistados es originario de la comunidad de estudio, los porcentajes restantes corresponden a personas originarias de las comunidades mencionadas en el cuadro 4, pero que ya radican en la comunidad de manera fija.

El motivo más común de la emigración a Paraíso del Grijalva es el matrimonio (es mayor el número de hombres que llegan a radicar a la comunidad debido al matrimonio, cabe mencionar que se trata de primeros matrimonios tanto para los hombres como para las mujeres), seguido por la evangelización religiosa y la reubicación de antiguas comunidades durante la construcción de la presa Belisario Domínguez en los años de la década de 1970.

5.1.5 Lengua:

El 91.2 % de los hombres entrevistados son bilingües, hablantes de tzotzil y español. El porcentaje restante corresponde a hombres jóvenes que solo hablan español:

“En mi casa solo me enseñaron a hablar español, mis papás si saben la lengua pero ya no nos enseñaron” (Padre de familia de 23 años).

En el caso de las mujeres ocurre algo similar ya que un 95.1% de las entrevistadas es bilingüe. El restante corresponde a mujeres que hablan solo en español¹⁰:

“Yo no nací aquí, soy de Pujilic, Chiapas y allá no hablamos la lengua” (Madre de familia de 36 años).

Resulta ser una ventaja el manejo de los dos idiomas, ya que cuando se trasladan a la cabecera municipal o a la capital del Estado requieren el manejo del español. Sin embargo se expresan únicamente en tzotzil al realizar sus actividades cotidianas:

¹⁰ El Tzotzil es la lengua materna de los pobladores de la comunidad de Paraíso del Grijalva, por lo que es muy raro encontrar personas que no lo hablen. Cuando llega a suceder se trata de personas procedentes de otras regiones del estado o bien, de personas quienes argumentan que sus padres ya no se los enseñaron. Una gran mayoría de los pobladores es bilingüe, sin importar el sexo o la edad, por lo que es común ver niños de menos de cinco años hablando perfectamente los dos idiomas (tzotzil y español).

“Así nos enseñaron nuestros padres, y así queremos enseñar a nuestros hijos, para que no se pierda la tradición, pero debemos saber hablar en español, porque cuando vamos a Tuxtla nos mal miran y no nos entienden, allá son muy alzados” (Madre de familia de 35 años).

El hablar español resulta ser una necesidad básica a la hora de presentarse algún problema de salud grave:

“Cuando vamos con la doctora le tenemos que hablar en español, si le hablamos en la lengua no nos contesta, es más, la enfermera de campo que habla bien la lengua, tiene prohibido hablarnos así, sino la regañan también y no se diga si tenemos que ir al hospital regional en Tuxtla, allá puro en español nos hablan” (Madre de familia de 35 años).

5.2 Condiciones materiales de vida en Paraíso del Grijalva, Chiapas:

Los materiales predominantes en los pisos de las viviendas de Paraíso del Grijalva son 37.30% de tierra y 53.63% de cemento firme. Las paredes son 46.23% de tabique y 14.11% de embarro y bajareque. La mayoría de las casas están construidas con paredes y pisos de cemento, solo las cocinas se construyen con materiales regionales como adobe, “bajareque” o zacate y tienen piso de tierra y se encuentran alejadas de la casa, esto debido a la costumbre que predomina de cocinar con leña:

“Yo tengo estufa de gas, pero no me gusta usarla, siento que mi comida sabe feo, sabe a gas, además tarda mucho en hacerse...las tortillas tardan más...prefiero mi fogón” (Madre de familia de 32 años).

“Tenemos las cocinas afuera porque no queremos que se ahúmen los techos y las paredes de nuestras casas, todas cocinamos con leña, nos gusta como sabe la comida, si la cocina estuviera adentro se mancharían las paredes y el techo de nuestras casas” (Madre de familia de 35 años).

El baño también se encuentra fuera de la casa y consta de dos pequeñas habitaciones, una es para dar lugar al excusado y la otra es utilizada por integrantes de la familia para bañarse.

Los desechos inorgánicos son quemados al aire libre o son desechados en áreas comunes, mientras que los orgánicos son arrojados en los huertos familiares para servir como abono natural o bien son utilizados para alimentar a algunos animales de traspatio como perros y cerdos (Comunicación personal, Madre de familia de 32 años).

El 92% de las familias encuestadas vive en casa propia, el 8% vive en casas rentadas o prestadas por algún familiar.

El 97.3% de las casas de las familias entrevistadas cuenta con techo de losa, el 2.7% restante tiene vive en casas de techo de lámina (se trata de las familias que viven en terrenos prestados, no han querido construir porque el lugar no es suyo).

Solo el 2.7% vive en casas de piso de tierra (se trata de las mismas familias con techo de lámina que viven en terrenos prestados). El resto (97.3%) vive en casas con pisos de cemento.

Con el acceso al agua ocurre algo similar, el 97.3% de las familias cuenta con agua entubada, el resto tiene que acarrearla del río. Las personas que acarrean agua, lo hacen de acuerdo a la necesidad y es utilizada únicamente para labores domésticas, para consumo personal compran agua embotellada.

El agua, tanto entubada como acarreada se utiliza sólo para lavar ropa y trastes, para el baño, para cocinar y para los animales. Para beber utilizan agua embotellada, la cual se consigue en la comunidad por un costo de \$9 por garrafón. Paraíso del Grijalva no cuenta con embotelladora, por lo cual es agua se traída de la cabecera municipal. Se consigue fácilmente en las tiendas.

Las familias son nucleares, cuando un pareja contrae matrimonio se muda a su propio terreno, este puede ser comprado, heredado o rentado por algún familiar.

Solo me tocó observar el caso de una familia extensa, la madre de familia entrevistada vive en casa de sus padres junto con sus hermanos ya que su marido está en la cárcel desde hace 2 años.

5.3 Datos socioeconómicos de Paraíso del Grijalva:

5.3.1 Educación:

Paraíso del Grijalva cuenta con dos jardines de niños, una escuela primaria y una telesecundaria, para bachillerato los jóvenes deben transportarse a la cabecera municipal, el bachillerato es de tipo tecnológico con un enfoque agropecuario (Comunicación personal, Madre de familia de 35 años.

Cuadro 5. Escolaridad de los padres y madres de familia de Paraíso del Grijalva, Chiapas.

	Escolaridad						Total
	Primaria incompleta	Primaria concluida	Secundaria incompleta	Secundaria concluida	Carrera técnica	Sin estudios	
Sexo Femenino	14 18,7%	19 25,3%	1 1,3%	3 4,0%	0 ,0%	4 5,3%	41 54,7%
Masculino	13 17,3%	13 17,3%	3 4,0%	2 2,7%	1 1,3%	2 2,7%	34 45,3%
Total	27 36,0%	32 42,7%	4 5,3%	5 6,7%	1 1,3%	6 8,0%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

El 42.7% de las personas entrevistadas cuenta con estudios de educación primaria concluidos, seguido del 36% de personas que cuentan con estudios de educación primaria incompletos.

El motivo de deserción escolar más común es el ingreso al mercado laboral para apoyar a la familia. Los hombres ayudan a sus padres en las labores de la milpa y

cuidan a los animales. Las mujeres se quedan en la casa para ayudar a sus mamás y para aprender a elaborar tortillas y tejer en el telar de cintura.

Las nuevas generaciones se preocupan más por mandar a sus hijos a la escuela, sin importar el sexo, de lo contrario dejarían de contar con el apoyo proporcionado por el programa Oportunidades¹¹. Los montos entregados como parte del componente educativo se observan en el cuadro 6.

¹¹ El Programa de Desarrollo Humano Oportunidades es un programa federal que promueve el desarrollo humano de la población en pobreza extrema. Para lograrlo, ofrece los siguientes apoyos:

1. Componente educativo:

El componente educativo del programa Oportunidades consiste en la entrega de un apoyo monetario. A principio de cada año escolar, en primaria, secundaria y media superior se entrega un apoyo monetario para la compra de útiles escolares. Se entregan en efectivo bimestralmente una vez que se ha comprobado el cumplimiento de corresponsabilidades de la familia. La titular beneficiaria recibe directamente el apoyo monetario. Se entrega en la Clínica de Salud de Paraíso del Grijalva.

Las becas educativas están dirigidas a niños, niñas y jóvenes menores de 18 años, miembros de familias beneficiarias e inscritos en escuelas de modalidad escolarizada, en grados escolares entre 3º de primaria y 3º de secundaria. En educación media superior las becas están dirigidas a los jóvenes entre 14 y 21 años, miembros de familias beneficiarias e inscritos en escuelas de modalidad escolarizada, en algún grado de educación media superior. A partir de la secundaria las niñas reciben una beca mayor que los niños para incentivar su permanencia en la escuela.

2. Componente de salud:

El componente salud opera bajo cuatro estrategias específicas:

a. Se proporciona de manera gratuita el Paquete Básico de Servicios de Salud a través de las Estrategias de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida o PREVENIMSS, de acuerdo con la edad, sexo y evento de vida de cada persona.

b. Se promueve la mejor nutrición de la población beneficiaria, para prevenir y atender especialmente la desnutrición de los niños desde la etapa de gestación y de las mujeres embarazadas o en lactancia, mediante la entrega de complementos alimenticios, la vigilancia y el monitoreo de la nutrición de los niños menores de cinco años, de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, el control de los casos de desnutrición y la educación alimentario-nutricional.

c. Se fomenta y mejora el autocuidado de la salud de las familias y de la comunidad mediante la comunicación educativa en materia de salud, nutrición e higiene, a través de Talleres Comunitarios para el autocuidado de la Salud.

d. Se refuerza la oferta de servicios de salud para satisfacer la demanda adicional.

Los servicios del Paquete Básico de los Servicios de Salud y Estrategias de Línea de Vida y Prevenimss, proporcionados a las familias beneficiarias del Programa son los siguientes:

- Saneamiento básico a nivel familiar.
- Planificación familiar.
- Atención prenatal, del parto y puerperio y del recién nacido.
- Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil.
- Inmunizaciones.
- Manejo de casos de diarrea en el hogar.
- Tratamiento antiparasitario a las familias.
- Manejo de infecciones respiratorias agudas.
- Prevención y control de la tuberculosis pulmonar.
- Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.
- Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones.
- Capacitación comunitaria para el auto-cuidado de la salud.
- Prevención y detección del cáncer cérvico-uterino.

3. Componente alimentario:

El Programa otorga apoyos monetarios directos de manera bimestral a las familias beneficiarias para contribuir a que mejoren la cantidad, calidad y diversidad de su alimentación, buscando por esta vía elevar su estado de nutrición. Asimismo, la entrega bimestral de complementos alimenticios y la educación alimentario-nutricional buscan reforzar la alimentación infantil y de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

4. Componente Energético.

A partir del año 2007 la Coordinación Nacional entrega un subsidio de apoyo para el gasto del consumo de fuentes de energía. En este año la Coordinación Nacional entregó un apoyo bimestral a las familias beneficiarias del Programa por un monto de \$50.00 mensuales (SEDESOL, 2010).

Cuadro 6. Montos entregados por el programa Oportunidades como parte del componente educativo.

Primaria	Hombres y mujeres		Útiles escolares
Tercero	\$140		Primera entrega \$185
	\$165		
Cuarto			
Quinto	\$210		
Sexto	\$280		
			Segunda entrega \$95
Secundaria	Hombres	Mujeres	Útiles escolares
Primero	\$410	\$430	Única entrega \$350
Segundo	\$430	\$480	
Tercero	\$455	\$525	
Educación media	Hombres	Mujeres	Útiles escolares
Primero	\$690	\$790	Única entrega \$350
Segundo	\$740	\$845	
Tercero	\$785	\$895	

Fuente: Secretaría de Desarrollo Social 2010.

Para tener derecho a todos los beneficios ofrecidos por el Programa Oportunidades las familias de Paraíso del Grijalva deben registrarse en la unidad de salud, los pagos son efectuados en la misma. Todos los integrantes de la familia deben asistir a las citas programadas en los servicios de salud, de lo contrario serán sancionados con descuentos en el monto total recibido. La frecuencia de las citas está determinada por la edad, sexo y evento de vida, así como por las estrategias de prevención y promoción de la salud durante la Línea de Vida o Prevenimss.

5.3.2. Religión:

Paraíso del Grijalva cuenta con una iglesia católica, actualmente se encuentra en remodelación, sin embargo continúa oficiando servicios. Las bodas se efectúan solo una vez al año y de manera colectiva, las parejas se preparan con varios meses de anticipación para recibir la bendición mediante retiros espirituales. De la misma manera los bautizos solo se festejan una vez al año, el requisito para efectuarse es que tanto los padres como los padrinos estén casados por la iglesia. Este año fueron

efectuados el 18 de febrero (Comunicación personal de Padre de familia de 36 años).

Desde hace aproximadamente 7 años la comunidad cuenta con la presencia de un número de miembros pertenecientes al Ministerio Internacional Vida Nueva, Jesús Paraíso de Dios, adscritos a la Iglesia Evangélica. Cuenta con un espacio donde se ofician cultos los días miércoles y domingo. La duración de los mismos es de dos horas aproximadamente y pueden llegar a reunirse hasta 50 personas. Una vez cada 15 días un Pastor representante de la Iglesia *Paraíso de Dios* viaja desde el municipio de Socoltenango para intercambiar opiniones y predicar la palabra de Jesucristo.

De manera adicional los domingos es común observar testigos de Jehová provenientes de la cabecera municipal predicando casa por casa (Observación y comunicación personal. Trabajo de campo María Eugenia Balderas 2009).

El 90.2% de las madres de familia que entrevisté profesan la religión católica, el 7.3% es practicante de la religión evangélica. Solo una persona es Testigo de Jehová. Por otra parte, los padres de familias que practican la religión católica representan un 76.5%, el 17.6% restante profesa la religión evangélica y solo dos personas pertenecen a la congregación de los Testigos de Jehová.

Los practicantes de la religión evangélica utilizan la oración como una estrategia de curación, durante los cultos religiosos se acostumbra pedir por la salud de algún hermano enfermo:

“En el culto oramos todos juntos para pedir si alguno de nosotros o algún familiar está enfermo, la fe que tenemos en Dios hace que se curen” (Madre de familia de 35 años)

Las personas que son Testigos de Jehová se trasladan a la comunidad de Laja Tendida para sus reuniones religiosas, dicha comunidad se encuentra a solo 14 km de distancia. Acuden los domingos a sus reuniones bíblicas.

5.3.3. Actividades económicas en Paraíso del Grijalva, Chiapas:

a) Actividades económicas de las mujeres de Paraíso del Grijalva:

Las mujeres tienen a su cargo todas las actividades domésticas: cuidados de los hijos, limpieza de la casa, lavado de ropa, preparación del pozol, tortillas y demás alimentos. El trabajo más pesado que desempeñan las mujeres es la preparación de las tortillas y el pozol, actividad que comienza a veces desde las 4 de la madrugada. Tienen que desgranar las mazorcas y cocer el maíz muy temprano para después molerlo en casa en un molino manual o bien llevarlo a la tortillería para que lo muelan (cobran un peso por cubetita de maíz, generalmente mandan a los niños pequeños a realizar dicha actividad). Normalmente tortean dos veces al día, una cuando los hijos y el marido regresan a la hora de la comida y una vez más en la noche si los hijos tienen hambre después de regresar con los animales del río. Para realizar estas actividades la madre de familia recibe ayuda de las hijas mayores de 6 años, pero lo hacen al regresar de la escuela.

Una actividad exclusiva de las mujeres es la artesanía, que consiste en la elaboración de telas utilizando el telar de cintura. Las telas obtenidas son comercializadas en forma de lienzo o confeccionadas en prenda de vestir y bolsas. El dinero obtenido es utilizado por las madres de hogar para apoyar a los gastos del hogar, sobre todo para la alimentación y educación de los hijos:

“Vendo mis telas para tener una paguita extra, así mantengo mejor a mis hijos, a veces les piden cosas en la escuela, con eso me ayudo” (Madre de familia de 33 años).

La mayoría de las mujeres combina las labores de la casa con estas actividades artesanales, dicha actividad puede remunerarles hasta \$200 por cada blusa tejida. Algunas otras venden alimentos preparados y verduras de sus huertos en la puerta de sus casas para ayudar a sostener la economía familiar.

“A veces matamos una res o algún pollo y lo vendemos aquí mismo en la casa, lo malo es que la mayoría de las veces hay que dar fiado y luego tardan en pagar...pero hay que hacer varias cosas, sino no alcanza la paga” (Madre de familia de 35 años).

b) Participación de los niños y niñas en la economía familiar:

Las niñas y niños pequeños apoyan ocasionalmente a sus padres en algunos mandados. Generalmente pasan el día jugando con sus hermanos y/o vecinos o viendo a los animales de traspatio. Es común que estos niños tengan a su cargo algunos animales para criar, tales como pollos, patos, conejos o incluso un chivo o borrego, las madres se los dan para que empiecen a adquirir responsabilidades.

Después de los seis años los niños se incorporan de manera paulatina a las actividades socialmente asignadas a su sexo: los niños comienzan a ir a la milpa con su papá o bien son los encargados de llevar a los animales a pastar y tomar agua, también pueden ir a pescar al río. Dichas actividades son realizadas una vez que regresan de la escuela y después de comer.

Las niñas se integran a las labores del hogar. La edad de inclusión a dichas actividades varía de acuerdo a cada familia, hay niñas que desde los cuatro años les ayudan a sus mamás a lavar los trastes, mientras que hay niñas de más edad solo ayudan con mandados.

Cuadro 7. Actividades económicas en Paraíso del Grijalva, Chiapas.

		Actividad							Total
		Ama de casa	Ama de casa y artesana	Agricultor	Estudiante	Chofer	Migrante ¹²	Sastrería	
Sexo	Femenino	27	13	0	1	0	0	0	41
		67%	32%	,0%	1%	,0%	,0%	,0%	100%
	Masculino	0	0	30	1	1	1	1	34
		,0%	,0%	88%	3%	3%	3%	3%	100%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas Correa, 2009.

El 67 % de las mujeres entrevistadas se dedican únicamente al hogar y a sus hijos, de manera eventual venden algún producto obtenido de la milpa o del traspatio de su casa, pero no es una actividad fija. Los productos son comercializados en sus propias casas, lo cual les permite obtener un dinero extra sin descuidar las labores domésticas. Esto significa que dependen del dinero que les otorga su esposo, es decir no cuentan con recursos e independencia económica, sin embargo, son independientes en cuanto a decidir cómo administrar el dinero de la familia.

Los animales domésticos (pollos, jolotes, pijijis, patos, puercos y conejos) son de vital importancia para las familias de Paraíso ya que constituyen uno de los pocos recursos que cuentan como reserva económica para alguna emergencia y están destinados principalmente para el autoconsumo o bien para intercambiar con algún familiar.

Una de las entrevistadas viaja cada semana a San Cristóbal de las Casas y compra verduras para venderlas en la comunidad. Además le revende a una de sus hijas para que ella a su vez revenda en su casa

¹² En este caso se trata de un hombre de 34 años que migró a los Estados Unidos desde marzo de 2006. Actualmente vive en Nueva York, se comunica con su familia por lo menos 3 veces a la semana (Cuentan con línea telefónica propia) y envía giros de dinero cada mes. Desde que migró no ha regresado a México y hasta la fecha no tiene planes de hacerlo. La entrevista fue realizada vía telefónica, accedió a tomar la llamada porque sus hijos y su esposa le hablaban mucho de mí y quería conocerme.

“Lo malo es que no muy se vende, tarda mucho en salir...algunas mujeres llevan solo de una cosa y lo piden para pagar después” (Madre de familia de 35 años).

c) Actividades económicas de los hombres de Paraíso del Grijalva, Chiapas:

Una de las principales actividades económicas de Paraíso del Grijalva es la agricultura, para la cual la fuerza de trabajo de la familia, principalmente la de los hombres es fundamental.

Un 88% de los hombres entrevistados se dedican al campo, siembran principalmente maíz y frijol, una parte del producto obtenido del trabajo es comercializado y la otra es utilizada en el consumo doméstico.

La actividad agrícola se realiza de forma tradicional utilizando únicamente las herramientas necesarias como azadón, coa, pala, bastón de siembra, machete etc. Esto se debe a que las actividades no se realizan en grandes áreas (además de que la mayoría de los agricultores no cuentan con la maquinaria adecuada y los recursos económicos suficientes).

Para el maíz utilizan semilla criolla y es seleccionada por ellos mismo de la cosecha anterior, esta semilla se caracteriza por ser un grano blanco, pequeño y de bajo rendimiento. En la misma proporción se utilizan también las variedades de semillas V-507, V-524, V-526 y V-534¹³, las cuales tienen un rendimiento favorable por el tipo de clima que predomina en la región.

Para el cultivo de frijol se utiliza semilla criolla, seleccionada de la cosecha anterior.

¹³ Se trata de tipos de semillas híbridas certificadas. Una práctica común de los agricultores de la región Centro de Chiapas es la compra de semilla certificada de maíz (*Zea mays L.*) para un año de siembra, de cuya cosecha obtienen semilla para los siguientes años, con la consecuente disminución de rendimientos y ganancias netas (Comité de Planeación para el Desarrollo Regional, 1995)

Las familias siembran maíz y frijol. El frijol se usa única y exclusivamente para autoconsumo, el maíz se vende:

“Lo vendemos a quien mejor lo pague, aquí en la colonia llegan varios coyotes a comprarlo, antes solo podíamos venderlos a Conasupo o Sumasa porque no había libre comercio. Nos pagan hasta \$200 por costal de 80 kg.” (Padre de familia de 37 años).

“Yo trabajo en el campo porque aquí es la única cosa que hay para comer, no hay otra cosa que hacer, solo el campo, pero me gusta. Eso sí hay que trabajar mucho, yo me voy todos los días a las 4 de la mañana, la milpa está lejos y hay que ir caminando. Solo me llevo mi pozol por si me da hambre. Depende de la temporada son las actividades. Sembramos junio y julio y cosechamos de noviembre a diciembre. Este año fue difícil no hubo mucha agua, entonces nos fuimos toda la hombrada a pedir agua al cerro de Laja Tendida, es efectivo, pero depende de la fe que le pongas, por lo general es el único ritual en el que yo creo” (Padre de familia de 29 años).

Cabe mencionar que existen varias plagas que atacan los diferentes tipos de cultivo y causan problemas en el rendimiento de las cosechas, en la mayoría de los casos estas plagas no se han podido erradicar, sino únicamente controlar. El maíz es atacado por el gusano cogollero *“spodoptera frugiperda”* (ataca el cogollo de las plantas y hojas) y la gallina ciega *“phyllophaga spp”* (ataca la raíz). El frijol es atacado por la mosquita blanca *“bemisia tabaci”* (Extrae la sabia de las hojas) y la doradita o moscas minadoras *“liriomyza sp”* (Afecta las hojas).

Para optimizar el rendimiento de las plantas los agricultores emplean UREA 46-00-00, Sulfato de 18-46-00 y sulfato de amonio. Para combatir las plagas utilizan Baylofan y Grongren.

Los padres de familia combinan la agricultura con actividades como pesca y ganadería.

La actividad ganadera no es de gran importancia en cuanto a la ocupación de fuerza de trabajo, pero genera ingresos complementarios. Las principales razas de ganado

son: criollo, cebú suizo y cebú suizo-americano. El propósito de esta actividad es la engorda y en menor escala la producción de leche. El manejo del ganado es el libre pastoreo

“Yo tengo cebú y holandesa, los cuido y les doy de comer, los uso para producción y venta, de repente pagan bien por mis animales, pagan por kilo, el barraco es mejor pagado que la hembra” (Padre de familia de 39 años).

La piscicultura comienza a tomar una gran importancia en Paraíso del Grijalva ya que el pescado obtenido es un complemento importante para la dieta de las familias. Los principales productos obtenidos del río son: mojarra, macabil y bagre.

La pesca es realizada en el afluente del río Grijalva, el cual se encuentra a solo veinte minutos a pie, lo obtenido en la pesca es utilizado para el autoconsumo o intercambio con algún familiar o amigo.

d) Migración como actividad económica de los hombres de Paraíso del Grijalva, Chiapas:

En el estado de Chiapas el saldo neto migratorio es negativo¹⁴ (1.42). El 1.40% de su población total proviene de otros Estados y 2.82% emigró de Chiapas en el período 1990-2000. El XII Censo General de Población y Vivienda 2000 del INEGI, hasta el momento no muestra datos de migración a nivel municipal, ni mucho menos a nivel comunidad.

Sin embargo, el trabajo de campo ha permitido observar que buen número de los varones de entre 16 y 32 años de edad de la comunidad han migrado a los Estados Unidos, principalmente a los estados de Georgia, Virginia, California, Nueva York, Florida, Arizona y Carolina del Norte (Comunicación personal de Padre de familia de

¹⁴Saldo migratorio: Es el saldo resultante de restar a los dos tipos de inmigración (interior y exterior) la emigración interior. El saldo es positivo cuando la inmigración es superior a la emigración, y negativo cuando la emigración supera a la inmigración. (Consejo Nacional de Población, 2000).

21 años). Los movimientos poblacionales de Paraíso del Grijalva se caracterizan por ser desplazamientos muy variables, es decir ir y venir de la misma persona en un año o bien tener estancias largas de hasta cuatros años, durante las cuales la comunicación con la familia se da únicamente por vía telefónica.

Durante el trabajo de campo pude realizar una entrevista con un hombre que migró hace 3 años a los Estados Unidos. Su familia es de las pocas que cuenta con línea telefónica propia, por lo cual se comunica por lo menos 3 veces por semana con ellos, además de mandar dinero puntualmente cada mes.

Se observa también una migración nacional a las ciudades de Playa del Carmen y Cancún en el estado de Quintana Roo, se trata de hombres que viajan por periodos de 6 meses para desempañarse en los sectores de la industria de la construcción, restaurantes y hoteles que demandan trabajadores eventuales y poco calificados.

5.4 Infraestructura para la salud en Paraíso del Grijalva, Chiapas:

Como parte de las políticas de asistencia social, Paraíso del Grijalva cuenta con una unidad de salud que maneja la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, donde se promueve el Seguro Popular y el programa OPORTUNIDADES, la clínica cuenta con un médico general y una enfermera de núcleo. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 de la mañana a 3 de tarde, pero es bastante común no encontrar a la doctora los días de consulta.

Desde el mes de septiembre se integró al personal de la clínica una enfermera de campo que labora de lunes a viernes, sus labores son chequeo de signos vitales, toma de datos antropométricos y consultas a sanos.

El centro de salud tiene la facultad de referenciar casos severos a los distintos hospitales que circundan la zona.

Por otra parte, la comunidad es visitada una vez a la semana por un vendedor ambulante que ofrece distintos productos para la salud que prometen curar todo tipo de enfermedades a precios accesibles. La mayoría de estos productos son de origen natural y con características milagrosas:

“Ungüento de roble, por solo \$30 este maravilloso unguento promete aliviar en los adultos la mala circulación, várices y cualquier tipo de dolor. A los niños les ayuda a dejar de mojar la cama con un sencillo masaje en la espina dorsal y el ombligo durante dos semanas, ya que de esta manera se elimina la frialdad que les provoca este malestar. Es un producto 100% natural, el cual no requiere dieta adicional, no es riesgoso ni tiene efectos secundario” (Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009).

“Tónico nueva vida, con tan solo \$50 y bebiendo una copa antes de cada alimento aliviara sangre cristalizada, diabetes, cambios de carácter, insomnio, nervios alterados, dolor de cerebro, dolor de espalda, pulmones, cansancio producido por “trabajos”, dolor muscular, reumatismo, inflamación de vientre, ácido úrico etc. “deje de gastar, este es el remedio para todos sus malestares”. (Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009).

De manera paralela los habitantes de Paraíso del Grijalva utilizan también otros recursos locales para la atención de la salud y las enfermedades. Entre ellos pude identificar el uso de la medicina tradicional (identifiqué la presencia de cuatro curadores tradicionales reconocidos por la comunidad: una partera, una sobandera y dos curanderos), la medicina doméstica (remedios caseros, auto-atención) y la utilización de médicos particulares.

La utilización de estos recursos es explicada a mayor detalle en el apartado 5.9

5.5 Tipos de Familias en Paraíso del Grijalva:

¿Cómo están participando los varones, los padres de familia en la conformación de sus familias? ¿Esto podría determinar algunas prácticas curativas y estrategias de atención? Consideré importante abordar estas consideraciones, porque si bien ni estadísticamente hablando, ni por investigaciones realizadas en la región, se sabe

con certeza el porcentaje o los índices de migración para la comunidad de Paraíso del Grijalva, fue a través del trabajo de campo que pude constatar que los varones migraban o salían a buscar trabajo fuera de la comunidad.

Esta situación al ser frecuente podía determinar de alguna manera sus experiencias y acciones inmediatas cuando se presenta algún problema de salud. De acuerdo a estos indicadores procedí a identificar los tipos de familia presentes en Paraíso del Grijalva.

De tal manera, la presencia o ausencia del padre en el hogar podría ser una variable útil para encontrar relaciones que existen en el proceso S/E/A al interior del grupo familiar. Así tomé en cuenta el ingreso familiar promedio del grupo y la presencia o ausencia del padre para agrupar a las familias de Paraíso del Grijalva y ver si había algún resultado de interés en relación a la toma de decisiones al momento de presentarse cualquier problema de salud en alguno de los integrantes de la familia.

Las familias encuestadas se distribuyeron de la siguiente manera:

Cuadro 8. Tipos de familia en Paraíso del Grijalva, Chiapas.

Tipo	Características	No. de familias
I	Bajo ingreso familiar	45/75
	Padre de familia presente	60%
II	Bajo ingreso familiar	7/75
	Padre de familia ausente	9%
III	Alto ingreso familiar	16/75
	Padre de familia ausente	22%
IV	Alto ingreso familiar	7/75
	Padre de familia presente	9%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Nota: Todas las familias cuentan con la presencia de la madre de familia, no se notó ninguna diferencia entre ellas.

Como podemos ver el mayor porcentaje de familias pertenece al Tipo I. Se trata de familias con ingresos bajos (menores a un salario mínimo)¹⁵ y cuenta con la presencia del padre de familia. En la mayoría de los casos, se trata de hombres que se dedican a la agricultura y su ingreso depende casi enteramente de su cosecha. A su vez realizan actividades alternas como pesca o realizan trabajos de albañilería dentro de la comunidad. Asimismo la mayoría de las familias cuenta con animales de traspatio como: gallinas, patos, borregos, puercos, conejos, cabras, chivas y guajolotes y pijijis de los cuales pueden obtener dinero mediante su venta, algún otro producto necesario para la casa mediante el trueque o bien, servir como alimentos para los integrantes del grupo familiar. Algunas familias cuentan con caballo, el cual resulta ser un animal de mucha ayuda para las labores agrícolas.

Las mujeres se desempeñan como artesanas, tejiendo telas en el telar de cintura con las cuales confeccionan prendas que posteriormente venden o utilizan para su indumentaria.

Por otra parte, el 22% de las familias encuestadas pertenece al tipo III, estas familias están conformadas únicamente por la madre de familia y los hijos, cuenta con un ingreso mayor a un salario mínimo, y el padre de familia es migrante. La comunicación es únicamente por vía telefónica y envían dinero de manera mensual para sus esposas e hijos. Las casas de estas familias cuentan un mayor número de aparatos electrodomésticos como: dvd, horno de microondas, estufa de gas, lavadora y juguetes importados, incluso hay una familia que tiene teléfono propio, computadora e impresora. La mayoría de estos artículos son enviados por los padres de familia mediante algún pariente que regrese a la comunidad o son

¹⁵ Chiapas cuenta con un salario mínimo de \$51.95 el cual entró en vigor desde el 1 de enero de 2009, y fue establecido por la Comisión Nacional de Salarios Mínimos. (Servicio de Administración Tributaria, 2009).

comprados por la madre de familia en la cabecera municipal o bien en la capital del estado. Periódicamente, en promedio una vez por mes reciben giros de dinero, los cuales son cobrados en la cabecera municipal. El monto recibido varía entre los \$1000 y \$3000 mensuales. Cabe mencionar que estas familias también cuentan con animales de traspatio y son utilizados de manera similar a las familias descritas con anterioridad.

La distribución de las entrevistas aplicadas se puede observar en el mapa 1. La numeración de los cuadros grises corresponde al número seriado dado a cada encuesta en la base de datos de Excel.

5.6 Los saberes, percepciones y la experiencia de enfermarse de los padres y madres de familia en Paraíso del Grijalva, Chiapas:

Una de las primeras inquietudes de la investigación era conocer cuál era la percepción que las personas tenían acerca de estar enfermo.

De acuerdo con los resultados, estar enfermo es una experiencia subjetiva individual y colectiva que involucra aspectos cotidianos, lo que implica que la persona suele referirse a que enfermarse es aburrirse por no poder realizar sus actividades de manera normal o incluso preocuparse por el gasto médico que supone estar en esta condición

Cuadro 9. ¿Para usted qué es estar enfermo (a)?

	¿Qué es estar enfermo?				Total
	Tristeza ¹⁶	Estar aburrido por no poder hacer mis actividades	Tener síntomas de malestar	Preocupación, se necesita dinero	
Sexo Femenino	11 14,7%	6 8,0%	20 26,7%	4 5,3%	41 54,7%
Masculino	5 6,7%	3 4,0%	23 30,7%	3 4,0%	34 45,3%
Total	16 21,3%	9 12,0%	43 57,3%	4 9,3%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

¹⁶ La tristeza fue entendida como un sentimiento que manifiestan los entrevistados al saberse enfermos. Se sienten tristes porque la enfermedad les limita a realizar sus actividades cotidianas.

Un 57.3% de los entrevistados asocian el estar enfermo con los síntomas de malestar que provoca la enfermedad en cuestión (dolor de cabeza en caso de fiebre, diarrea y vómito en casos de infecciones estomacales etc.). Sin embargo no lo asocian a ninguna enfermedad en particular, por ello al enfermarse, inicialmente no saben exactamente qué tienen.

El 21.3% de los entrevistados asocia directamente la enfermedad con tristeza, ya que para ellos el estar enfermo afecta gravemente su estado de ánimo, se sienten decaídos, tristes, no les dan ganas de hacer nada, incluso no pueden comer bien ni tampoco descansar.

Otro 12% de los entrevistados representa el estar enfermo con conceptos que hacen alusión al "aburrimiento", estar enfermo es "*estar aburrido porque no puedo hacer mis cosas*" es decir, tener que abstenerse de realizar sus actividades cotidianas, teniendo a la larga como consecuencia un atraso con sus deberes. Las mujeres lo asocian con el no cumplimiento que tienen como esposas y madres. Es decir si ellas están enfermas, los hijos no tendrán comida ni ropa limpia para ir a la escuela y el marido no tendrá quien lo atienda cuando regrese cansado de la milpa. Si la mujer se dedica también a la artesanía se verá atrasada en sus labores, dando como consecuencia no poder contar con un ingreso económico extra para la familia.

Por último, el 9.3% de la muestra entrevistada opina que enfermarse:

"Es algo duro, pero no por los síntomas físicos, sino más bien las preocupaciones, ya que se necesita dinero para curarse" (Madre de familia de 27 años).

Como podemos observar la idea de enfermedad está asociada directamente con la imposibilidad de trabajar y con el costo monetario asociado los lleva a estados de intranquilidad.

Me pareció interesante profundizar sobre los aspectos que le disgustan a la gente cuando se enferma, los resultados indican lo siguiente:

Un 53.7 % de las personas entrevistadas en Paraíso del Grijalva coinciden en que lo que más les molesta es no poder realizar sus actividades de manera normal:

“Me enoja mucho no poder realizar mis labores cotidianas como hacer mi comida, limpiar mi casa, tejer o cuidar a mis hijos, me siento inútil” (Madre de familia de 36 años).

Por el contrario el 25.3% de los entrevistados dice que lo que más le disgusta es trabajar si se siente mal:

“ A veces me he sentido mal, incluso he tenido fiebre y dolor de cabeza, quisiera acostarme a descansar, pero no puedo...sino quien le da de comer a mis hijos, ellos están chicos, no se pueden hacer su tortilla, la vida de las mujeres es más traqueteada que la de los hombres, no hay tiempo de descansar” (Madre de familia de 27 años).

5.6.1 La enfermedad.... ¿Un castigo?:

Se les preguntó a las personas entrevistadas si consideraban que la enfermedad fuera un tipo de castigo, los resultados son los siguientes:

El 90% de las personas entrevistadas en Paraíso del Grijalva coincide que la enfermedad no es un castigo, sino una consecuencia de nuestro papel de seres humanos, según ellos, nadie es inmune a la enfermedad y es algo que debemos experimentar por lo menos alguna vez en nuestra vida.

El 8% argumenta que la enfermedad no es castigo, sino consecuencia de los descuidos que tenemos muchas veces las personas con respecto a nuestra propia salud. Por ejemplo las mujeres mencionan que muchas veces por preocuparse de las cosas de la casa y estar pendiente de sus hijos dejan de lado su salud, se descuidan, comen mal, porque todo lo mejor es para el marido y los hijos.

Solo un 2% de los entrevistados considera que enfermarse es una disciplina que impone Dios por falta de fe, una especie de recordatorio para no olvidar las obligaciones morales. Las tres personas que dieron esta respuesta son hombres y practican la religión evangélica:

“Debemos acordarnos de Dios y aprender a ser humildes, cuando uno está sano, ni quién se acuerde que Dios existe, pero eso sí, cuando estamos enfermos luego luego pedimos que nos cure o peor aún le reclamamos...”
(Padre de familia de 42 años).

5.6.2 Percibiendo la salud en Paraíso del Grijalva, Chiapas:

Otro objetivo de mi investigación era conocer cómo perciben la salud las personas, los resultados se muestran en el cuadro 10. Para obtener información, se les preguntó directamente qué era para ellos tener buena salud. Los resultados son los siguientes:

Cuadro 10. ¿Para usted que es tener buena salud?

							Total
	No estar enfermo y poder trabajar	Estar en paz con Dios	No tener síntomas de malestar	Estar en buen estado físico y mental	Estar limpio	Estar contento y sin preocupaciones	
Sexo Femenino	12 16,0%	2 2,7%	4 5,3%	16 21,3%	7 9,3%	0 ,0%	41 54,7%
Masculino	14 18,7%	2 2,7%	4 5,3%	5 6,7%	0 ,0%	9 12,0%	34 45,3%
Total	26 34,7%	4 5,3%	8 10,7%	21 28,0%	7 9,3%	9 12,0%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Cómo se mencionó en párrafos anteriores, la preocupación más grave que se manifiesta con la enfermedad es no poder trabajar y por lo tanto dejar de cumplir con las obligaciones y actividades cotidianas. El 34.7% de la muestra entrevistada utiliza conceptos como "estar sano es poder trabajar":

"Es muy duro no poder trabajar, yo mantengo a mi familia, soy el corazón de la casa, cuido a mis hijos, si me enfermo sé que mi esposo no lo hará igual que yo" (Madre de familia de 37 años).

Hay concordancia entre los puntos de vista de cómo se percibe la enfermedad y cómo se percibe la salud, sin embargo es muy notoria la diversidad de percepciones y experiencias cuando se piensa y habla en términos de salud.

Básicamente puedo señalar que aparecen expresiones relativas a lo divino y a la falta de preocupaciones como experiencias que determinan un estado óptimo de salud. La falta de preocupaciones como manifestación de buena condición de salud es referido únicamente por los padres de familia, es muy probable que esta concordancia de experiencias se deba a que ellos viven como un problema latente, las preocupaciones económicas.

Por otro lado las respuestas de las madres de familia acerca de que la salud es "estar limpio" (ellas se refieren a que su cuerpo debe estar limpio por dentro y por fuera, es decir, bañarse, usar ropas limpias, consumir alimentos limpios y beber agua embotellada o hervida) y estar en un equilibrio en los estados corporales son percepciones que en buena medida han sido producto de la influencia del discurso biomédico, ya que son ellas quienes tienen una mayor y estrecha cercanía con el sector salud.

Por lo tanto, la salud en Paraíso del Grijalva puede evaluarse en función de qué tanto pueden desempeñar y explotar sus capacidades para desempeñar sus roles sociales. Dicho en otras palabras, es tener un cuerpo sano y explotable, valorado para desempeñar un trabajo y sobrevivir.

Para poder evaluar esta afirmación hice una comparación de acuerdo a la actividad económica de los entrevistados, los resultados fueron los siguientes:

Cuadro 11. Concepto de buena salud en relación con la actividad económica en Paraíso del Grijalva, Chiapas

Actividad	Buena salud y actividad económica						Total
	No estar enfermo y poder trabajar	Estar en paz con Dios	No tener síntomas de malestar	Estar en buen estado físico y mental	Limpieza, tener la casa limpia, estar limpio uno	Estar contento	
Ama de casa	6 8,0%	2 2,7%	4 5,3%	8 10,7%	7 9,3%	0 ,0%	27 36,0%
Ama de casa y artesana	5 6,7%	0 ,0%	0 ,0%	8 10,7%	0 ,0%	0 ,0%	13 17,3%
Agricultor	13 17,3%	1 1,3%	4 5,3%	3 4,0%	0 ,0%	9 12,0%	30 40,0%
Estudiante	1 1,3%	0 ,0%	0 ,0%	1 1,3%	0 ,0%	0 ,0%	2 2,7%
Chofer	1 1,3%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 1,3%
Migrante	0 ,0%	1 1,3%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 1,3%
Sastrería	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 1,3%	0 ,0%	0 ,0%	1 1,3%
Total	26 34,7%	4 5,3%	8 10,7%	21 28,0%	7 9,3%	9 12,0%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Como podemos observar en el cuadro 11 el concepto de tener buena salud está asociado directamente a ideas y representaciones relativas a "poder trabajar". La enfermedad se vive más allá de tener o no signos y síntomas de enfermedades específicas, es decir, estos son una manera de saber que algo anda mal pero decidir vivir con la enfermedad o atenderla está determinado por cuánto les impide o no realizar las actividades que consideran valiosas.

“Cuando no estoy enferma tengo la fuerza para realizar todas las actividades que debo hacer todos los días sin que perjudique o altere mi vida diaria, yo tengo a mis hijos y tengo que ver por ellos, tengo que estar activa y trabajar” (Artesana de 36 años).

“Tener buena salud es tener ánimos para poder trabajar, trabajar en la milpa es pesado, tengo que estar sano para aguantar y llevar comida a la casa” (Agricultor de 29 años).

Por último, fue de mi interés conocer si la religión influye en la percepción de la salud:

Cuadro 12. Concepto de buena salud en relación con la religión en Paraíso del Grijalva, Chiapas.

	Buena salud y religión						Total
	No estar enfermo y poder trabajar	Estar en paz con Dios	No tener síntomas de malestar	Estar en buen estado físico y mental	Limpieza, tener la casa limpia, estar limpio uno	Estar contento	
Religión Católica	23 30,7%	0 ,0%	8 10,7%	20 26,7%	7 9,3%	5 6,7%	63 84,0%
Testigos de Jehová	1 1,3%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 2,7%	3 4,0%
Evangélica	2 2,7%	4 5,3%	0 ,0%	1 1,3%	0 ,0%	2 2,7%	9 12,0%
Total	26 34,7%	4 5,3%	8 10,7%	21 28,0%	7 9,3%	9 12,0%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

El concepto de buena salud no está determinado en la mayoría de los entrevistados (as) por la adscripción religiosa, tener buena salud es la experiencia de vivir y experimentar ciertas sensaciones físicas y anímicas que determinan estar o no saludable (Cuadro 12).

Una vez definido el concepto de buena salud por parte de los entrevistados, me pareció importante conocer su opinión acerca de lo que consideraban podía ser lo peor que podía pasarle a una persona, los resultados indican lo siguiente:

El 37.3% de los hombres y mujeres entrevistados opina que lo peor que le puede pasar a una persona es la enfermedad, debido a la incapacidad que representa para realizar sus labores cotidianas. Los hombres manifiestan verse sumamente

afectados por la enfermedad, ya que en la mayoría de los hogares son los principales proveedores.

El 34.7% de los entrevistados opina que la muerte es lo peor que le puede pasar a una persona. La inquietud radica en lo que significaría dejar solos y desprovistos a sus hijos en caso de fallecer.

Las pérdidas económicas son otro factor de preocupación entre los pobladores de Paraíso del Grijalva:

“La situación está bien difícil, cuesta mucho trabajo ganarse las cosas y llevar dinero a la casa, si le sumamos a esto que alguno de mis hijos se enferme...es mucho gasto, no hay dinero que alcance” (Padre de familia de 36 años).

Algo similar ocurre cuando no hay dinero para curarse, fue mencionado por el 5.3% de los entrevistados:

“No tener dinero para curarnos es muy triste, uno como quiera se aguanta, pero cuando se enferman los niños hay que llevarlos al doctor” (Madre de familia de 32 años).

Otras ideas y conceptos usados, aunque en menor porcentaje, pero no por ello poco significativos culturalmente hablando son: No tener la conciencia tranquila (5.3%), la ausencia de los hijos (2.7%), la separación de las parejas (2.7%), el abuso sexual (2.7%) y la invalidez total (4%).

Me interesó conocer si estas variables están relacionadas con el tipo de actividad económica, los resultados se observan en la siguiente tabla:

Cuadro 13. Qué es lo peor que le puede pasar a una persona de acuerdo a su actividad Económica en Paraíso del Grijalva, Chiapas.

		Que es lo peor que le puede pasar a una persona									Total
		No tener la conciencia tranquila	La muerte	La enfermedad	Pérdidas económicas	La ausencia de un hijo	Separarse de la pareja	Quedar inválido	El abuso sexual	No tener dinero para curarse	
Actividad	Ama de casa	2 2,7%	6 8,0%	13 17,3%	1 1,3%	1 1,3%	1 1,3%	1 1,3%	2 2,7%	0 ,0%	27 36,0%
	Ama de casa y artesana	1 1,3%	7 9,3%	3 4,0%	1 1,3%	1 1,3%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	13 17,3%
	Agricultor	0 ,0%	12 16,0%	10 13,3%	2 2,7%	0 ,0%	0 ,0%	2 2,7%	0 ,0%	4 5,3%	30 40,0%
	Estudiante	0 ,0%	0 ,0%	1 1,3%	0 ,0%	0 ,0%	1 1,3%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 2,7%
	Chofer	0 ,0%	0 ,0%	1 1,3%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 1,3%
	Migrante	1 1,3%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 1,3%
	Sastrería	0 ,0%	1 1,3%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 1,3%
	Total	4 5,3%	26 34,7%	28 37,3%	4 5,3%	2 2,7%	2 2,7%	3 4,0%	2 2,7%	4 5,3%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Las amas de casa opinan que la enfermedad es lo peor que le puede pasar a una persona porque les impide realizar sus actividades cotidianas:

“Cuando estoy enferma no me dan ganas de hacer las cosas y me atraso en mis actividades, además no puedo atender a mis hijos, y tienen que comer” (Madre de familia de 29 años).

Los agricultores consideran que lo peor que le puede pasar a una persona es la muerte, es algo que les preocupa mucho, porque implicaría dejar desamparados a sus hijos y a su esposa.

De manera general podemos decir que la muerte y la enfermedad son equiparables en la percepción de las mujeres y los hombres, ya la imposibilidad de realizar actividades remunerativas es vista como una situación tan dramática que resulta casi tan grave como la llegada de la misma muerte.

Resultó muy pertinente poder analizar las respuestas de los sujetos entrevistados considerando sus actividades, ya que pude identificar algunos resultados significativos en términos socioculturales.

Por ejemplo, las amas de casa describen una variedad de situaciones y vivencias que les preocupan y angustian, desde las cargas morales hasta la pérdida de la pareja o la ausencia de los hijos pasando por el abuso sexual, situaciones y experiencias que los varones no expresaron o señalaron como vivencias significativas culturalmente hablando. Los agricultores centran sus respuestas en acontecimientos que involucran por los general las carencias y pérdidas económicas.

5.6.3 La auto-percepción de la salud:

Para conocer cómo perciben su propia salud, se les hizo una pregunta directa a los entrevistados: ¿usted cómo considera su estado de salud?

Cuadro 14. Cómo considera su estado de salud?

		Bueno	Regular	Malo	Total
Sexo	Femenino	22 29,3%	18 24,0%	1 1,3%	41 54,7%
	Masculino	18 24,0%	13 17,3%	3 4,0%	34 45,3%
Total		40 53,3%	31 41,3%	4 5,3%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

El 53.3% de los entrevistados considera que tiene buena salud, el 41.3% restante dice tener un estado regular de salud, solo un 5.3% de los entrevistados menciona tener mala salud, se trata de personas que padecen enfermedades crónico-degenerativas como diabetes y presión alta.

“No puedo decir que tenga un excelente estado de salud, muchas veces no como bien por andar en el trabajo, pero no me quejo, hay gente que está peor, al menos puedo trabajar y llevar dinero a mi casa para que coman mis hijos” (Padre de familia de 36 años con un estado de salud regular).

En el testimonio anterior, el hombre atribuye su buen o mal estado de salud al solo hecho de no comer, pero sobrevalora el desempeño laboral, lo cual determina si hay algún malestar que pueda ser superado o controlado.

5.7 Las formas de diagnosticar y las sintomatologías de la enfermedad en Paraíso del Grijalva:

Para conocer un poco sobre las sintomatologías y las maneras de diagnosticar la enfermedad entre las familias de Paraíso del Grijalva, les pregunté directamente a los entrevistados como se daban cuenta que estaban enfermos. Los resultados arrojaron lo siguiente:

Cuadro 15. ¿Cómo sabe que está enfermo?

		Por los signos y síntomas que se presentan	Cuando no me dan ganas de hacer nada	Dolor avisa	Total
Sexo	Femenino	15 20,0%	15 20,0%	11 14,7%	41 54,7%
	Masculino	22 29,3%	6 8,0%	6 8,0%	34 45,3%
Total		37 49,3%	21 28,0%	17 22,7%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Diarrea, vómito y temperatura elevada son algunos de los síntomas de enfermedad que los entrevistados representan al preguntarles ¿cómo sabe usted que está enfermo? (49.3%). Las personas entrevistadas manifestaron una asociación directa entre enfermedad y síntomas, es decir para ellos los síntomas son las enfermedades.

Otro aspecto a resaltar es la concordancia entre todas las respuestas y formas de referentes sobre la salud, la enfermedad y la forma de identificar que está enfermo fue que la respuesta generalizada es que se reconoce a partir de los síntomas, es decir, sobre su propia experiencia, más que sobre un concepto que maneja el sector salud, no quiero decir con esto que el "concepto enfermedad" es un concepto subjetivo sobre el cual se busca evaluar qué respuesta es adecuada y cual yo, pero con los resultados puedo identificar que la experiencia de vivir el problema de salud es el que determina qué se vive como enfermedad.

Un 28% de los entrevistados representa el enfermarse utilizando conceptos asociados a estados de ánimo:

"No me dan ganas de hacer nada, a veces no quiero ni comer" (Madre de familia de 28 años).

Esto sugiere que para un porcentaje de la población la atención se dirige a ciertos síntomas que les afectan cuando el estado de ánimo recae o es afectado, es decir la mayoría percibe la enfermedad y la salud en función de sus propios estados de ánimo.

Por lo tanto, cuando se les pregunta sobre ello y contestan que su estado de salud es bueno es porque probablemente su estado de ánimo no sea tan malo. Si realizáramos un estudio acerca del estado de salud en las personas de Paraíso del Grijalva desde una perspectiva clínica y biomédica observaríamos seguramente que hay enfermedades diversas y contrastaría con la percepción y las experiencias manifestadas por los entrevistados, esto se debe en buena medida a que hay una serie de enfermedades en la óptica biomédica que son impredecibles o bien

comparten sintomatología con padeceres que los habitantes de Paraíso experimentan.

Otro dato interesante en los resultados es que cuando se les pidió explicar sus percepciones acerca de situaciones que involucran la enfermedad desde la vivencia o la experiencia hay diversidad de opiniones y formas de externar lo que piensan. Cuando las preguntas son muy conceptuales cómo ¿qué es estar enfermo? las respuestas son más concretas y suelen asociarse al discurso biomédico.

El 22.7% restante de los entrevistados se percata de su enfermedad cuando le comienza a doler algo:

“El dolor me avisa, me duele el cuerpo, los huesos, no puedo levantarme...”
(Madre de familia de 37 años).

5.7.1 Sobre el origen de las enfermedades:

Otra de las interrogantes fue conocer las creencias que los pobladores de la comunidad tienen sobre el origen de las enfermedades. Las respuestas se observan en el siguiente cuadro:

Cuadro 16. ¿De dónde cree que vienen las enfermedades?

	De donde viene las enfermedades							Total
	Envidias ¹⁷	De la mala higiene	Cambios de clima	Malos hábitos	Descuido	Bajas defensas del organismo	Contaminación ¹⁸	
Sexo Femenino	2 2,7%	15 20,0%	5 6,7%	4 5,3%	8 10,7%	2 2,7%	5 6,7%	41 54,7%
Masculino	2 2,7%	10 13,3%	7 9,3%	3 4,0%	3 4,0%	0 ,0%	9 12,0%	34 45,3%
Total	4 5,3%	25 33,3%	12 16,0%	7 9,3%	11 14,7%	2 2,7%	14 18,7%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

¹⁷ La enfermedad es originada por las envidias que una persona puede tener de otra, cuando su posición socioeconómica alcanza un nivel más elevado del común; por ejemplo tener mejores tierras, mayores cosechas, un trabajo mejor remunerado, una casa más linda, etcétera, todo lo cual estimula la envidia de los demás. Esta atmósfera de maledicencia que se genera alrededor del sujeto lo afecta negativamente, y finalmente repercute en su salud (Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, 2009).

¹⁸ La contaminación a la que hacen alusión los entrevistados esta directamente ligada al uso de agroquímicos para la producción de alimentos. Los residuos de estos productos contaminan la tierra, el agua y aire. Los alimentos obtenidos con ayuda de estos productos pueden ser nocivos para la salud.

La mayoría de los entrevistados (33%) en Paraíso del Grijalva coinciden que las enfermedades se originan a partir de la mala higiene:

“Mucha gente toma agua que no está hervida no se lava las manos para hacer su comida o peor aún no limpian su casa y el baño está muy sucio”
(Madre de familia de 28 años).

Ante un concepto como “enfermedad” que suele ser del dominio del discurso biomédico y ante el tipo de pregunta aplicada se esperaba una respuesta asociada a factores como la higiene, estos resultados concuerdan con la pregunta del cuadro 10.

También quiero señalar que por lo general son ellas quienes manejan términos e ideas relativas a la mala higiene, baja de defensas del organismo como factores asociados a la causa de las enfermedades, conceptos que experimentan y manejan cotidianamente en buena medida por su cercanía con el sector salud.

En cambio, los varones asocian la enfermedad más a cuestiones relativas al clima y a la contaminación de sus tierras, esto debido obviamente a las actividades que realizan en el campo, dichas actividades implican pasar muchas horas bajo los rayos del sol y las inclemencias del tiempo. El uso de agroquímicos que se usan hoy en día en el campo también afecta directamente la salud, sobre todo la de los hombres que son los que los manejan directamente en sus milpas:

“Se quiere mucho fertilizante para que la tierra de, muchos no tienen los cuidados necesarios, yo creo que también hace daño en la salud, los viejitos de antes no se enfermaban tanto, comían más natural” (Padre de familia de 38 años)

Los cambios de clima también provocan enfermedades entre los pobladores de Paraíso del Grijalva (16%)

“Pienso que aquí si nos enfermamos mucho es por el clima, es una región muy calurosa, pero de repente llueve mucho y nos mojamos, imagínate estamos todo la mañana a pleno rayo de sol en la milpa, sudamos...y de repente llueve mucho” (Padre de familia de 25 años).

Los descuidos son considerados como otro factor causante de enfermedades, sobre todo entre las madres de familia:

“Muchas veces no le damos importancia a lo que comemos o de plano no nos cuidamos por andar pensando en otras cosas y descuidamos nuestra salud” (Madre de familia de 30 años).

El 5.3% de las personas entrevistadas cree que las enfermedades pueden ser provocadas por otros factores sociales que afectan en lo individual el estado anímico, emocional y físico , un ejemplo de esto, es el caso de la envidia, el testimonio de este padre de familia de 36 años lo deja muy claro:

“Yo me enfermé por causa de las envidias... yo trabajaba demasiado y siempre tenía mi paguita, pero de repente de la nada me salieron nacidos¹⁹ por todo el cuerpo, mi cuerpo se paralizaba, me dolía la cabeza y me daban convulsiones, mi esposa me llevó a la clínica pero solo me dieron paracetamol, yo me sentía muy mal, había días en que no me levantaba en todo el día, deje de trabajar, no podía ni comer. Me llevaron al doctor en Carranza, me mando a hacer unos análisis, pero no salió nada malo, solo me mando una pomada para los nacidos, pero mi espalda me seguía doliendo mucho. Como no vi mejoría me llevaron a otro doctor particular, pero igual solo gastamos paga y yo seguía bien malo. Un vecino le dijo a mi esposa que porque no me llevaban con un curandero que hay en Laja, pero como ni mi esposa ni yo creemos en eso no fuimos, dudamos mucho. Pero ya me sentía muy mal, el dolor de la espalda era insoportable, fue que mi esposa decidió llevarme, el curandero me dijo que me habían aventado un trabajito porque me tenía envidia me limpió con huevo y albahaca mientras hacía eso iba como rezando cosas que yo no entendía, me echaba trago en el cuerpo y unas cosas con olores bien fuertes. Me paso un huevo por todo el cuerpo, después lo reventó en un vaso con agua, el huevo estaba todo con espuma, bien feo, me dijo que eran las envidias. Seguí yendo a que me limpiara, no me cobraba nada, solo le tenía que llevar mis hierbas y alguna vela. Después de muchas visitas y limpieas se me quitaron

¹⁹ Un nacido es una bolita roja, hinchada y dolorosa, parecida a un barro o grano grande que se forma bajo la piel. Muchas veces los nacidos aparecen cuando se infecta la raíz de un vello. Las bacterias de la infección crean un absceso o bolsa de pus. El absceso puede volverse grande y causar dolor. Los nacidos aparecen con mayor frecuencia en las áreas donde hay vellos y donde la piel roza, por ejemplo en la cara, cuello, axilas, pecho, ingles, espalda y nalgas. (Comunicación persona con Madre de familia de 35 años).

los nacidos, el dolor de espalda también, aunque de vez en cuando me duele, sobre todo cuando hay frío, se puede decir que me curé”.

Este tipo de enfermedades puede entenderse como un idioma o lenguaje que expresa, de manera bastante coherente, algunas de las tensiones sociales que son resultado de los intercambios cotidianos entre los pobladores de una comunidad. Estas tensiones se producen en el contexto de competencia por escasos recursos, entre agentes sociales desigualmente ubicados en el espacio social en cuestión. Por medio de este lenguaje de la enfermedad, los pobladores participan e inciden en el curso y desenlace de los conflictos diarios (Imberton, 2002).

Por último, los malos hábitos son conductas que afectan a la persona y que son muy mal vistas por la familia y el grupo social al que pertenecen, constituyen además otro factor relevante como causante de las enfermedades, las mujeres mencionan que vicios como el alcohol, el cigarro y las drogas son algo que afecta muchas veces a sus esposos.

5.8 Las causas de enfermedad en la pareja, los hijos y los ancianos: el punto del vista del otro:

Me pareció importante abordar las causas de la enfermedad y las vivencias de los distintos integrantes de las familias (pareja, hijos y parientes cercanos, específicamente ancianos) visto desde la perspectiva de los padres y las madres de familia como una forma de evaluar sus vivencias preocupaciones ante un evento de enfermedad.

Por lo mismo, fue de mi interés conocer si los entrevistados consideraban que las personas enferman de la misma manera o existen variantes de acuerdo al sexo y la edad. Los resultados son los siguientes:

a) ¿De qué se enferman las mujeres?

Cuadro 17. ¿De qué se enferman las mujeres?

	Causas de enfermedades en las mujeres						Total
	Cansancio ²⁰	Uso de anticonceptivos	Consecuencia del embarazo	Enojos con el marido	Preocupaciones por los hijos	Descuidos	
Sexo Femenino	10 13,3%	2 2,7%	2 2,7%	2 2,7%	11 14,7%	14 18,7%	41 54,7%
Masculino	4 5,3%	1 1,3%	1 1,3%	2 2,7%	6 8,0%	20 26,7%	34 45,3%
Total	14 18,7%	3 4,0%	3 4,0%	4 5,3%	17 22,7%	34 45,3%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Como se observa en el cuadro 17, los entrevistados consideran que el principal factor causante de enfermedades en las mujeres son los descuidos (45.3%), ya que consideran que muchas veces por estar más preocupadas por marido e hijos, hacen a un lado su propia salud:

“La vida que llevamos no es adecuada, descuidamos hasta nuestra alimentación por dejarles lo mejor a los hijos y al marido” (Madre de familia de 23 años).

“Nos enfermamos por no tener cuidados en nuestras cosas íntimas, pero a veces no da tiempo, yo conozco a una vecina que no la deja su marido que la revisen de ahí...su marido dice que nadie le debe meter mano, solo él” (Madre de familia de 48 años).

Las preocupaciones por los hijos, el cansancio y los enojos con el marido son factores que alteran las relaciones sociales y familiares y pueden afectar los estados emocionales, provocando así la enfermedad en las mujeres:

“Nos enfermamos por estar enojadas con el marido, por maltrato. Nos dan cólicos y enojos por culpa de los hombres que nos provocan disgustos cuando agarran el trago. A veces tenemos partos de 4 días y ellos se la pasan ahogados en el alcohol” (Madre de familia de 37 años).

²⁰ En el caso de las mujeres el cansancio está asociado directamente con las labores domésticas que realizan todos los días desde muy temprano. Son ellas quienes se encargan de todas las labores de limpieza de la casa, lavado de ropa, preparación de alimentos y tortillas, así como el cuidado de sus hijos.

"Nos enfermamos de cansancio, todo el día estamos ocupadas en la casa, la vida de las mujeres es más traqueteada que la de los hombres" (Madre de familia de 27 años).

Los descuidos que mencionaron las mujeres pero también y mayoritariamente los varones tienen que ver con el estado de abandono en que las mujeres dejan su cuerpo al preocuparse siempre antes por sus hijos y sus maridos. Incluso cuando se trata de la alimentación son estos últimos los que reciben las mejores y mayores porciones.

Las mujeres son consientes de que este tipo de situaciones les perjudican e identifican muy bien que cumplir con sus deberes familiares y sociales las somete a un estado delicado de salud. Las situaciones en las que ellas resultan afectadas son el resultado del cumplimiento de sus deberes como mujeres y madres de familia y debido a condiciones meramente femeninas como el embarazo, parto y puerperio. Me parece muy interesante identificar que son los hombres los que indican el estado vulnerable de las mujeres al vivir experiencias domésticas y sociales. Ellos tienen claridad acerca de que el descuido y la mala atención a la salud se debe por cumplir sus roles sociales domésticos y los derivados de la relación que llevan con ellos como esposos.

Otro dato relevante es que las madres de familia refieren entrar en un estado delicado de salud por el cuidado de los hijos, ya que descuido y el cansancio son dos experiencias que viven como una enfermedad, la pregunta fue precisa y la manifestación fue la vulnerabilidad por atender un deber que para ellas es prioritario.

b) ¿De qué se enferman los hombres?:

Cuadro 18. Principales causas de enfermedad de los hombres en Paraíso del Grijalva, Chiapas.

	Causas de enfermedad en los hombres					Total
	Trabajo en la milpa ²¹	Consecuencia de alcoholismo y drogas	Trabajo pesado ²²	Accidentes ²³	Por andar con otras mujeres	
Sexo Femenino	8 10,7%	10 13,3%	13 17,3%	1 1,3%	9 12,0%	41 54,7%
Masculino	9 12,0%	1 1,3%	12 16,0%	6 8,0%	6 8,0%	34 45,3%
Total	17 22,7%	11 14,7%	25 33,3%	7 9,3%	15 20,0%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Las mujeres y hombres entrevistados sugieren que el trabajo pesado es la principal causa de las enfermedades que padecen los hombres de Paraíso del Grijalva (33.3%):

“A los hombres por el trabajo pesado nos falla el organismo, a mí me dio gastritis porque me traspaso mis comida por andar todo el día en la camioneta” (Padre de familia de 36 años, chofer).

El trabajo en la milpa también es un factor a considerar dentro de las causas que enferman a los hombres (22.7%):

“Cuando hacemos milpa, pasamos muchas horas bajo el sol y muchas veces no tenemos ni agua, mucho menos comida, además manejamos agroquímicos y son muy peligrosos” (Padre de familia de 27 años).

“El uso de agroquímicos es peligroso, si no lo sabes usar te puedes intoxicar, te das cuenta que estás malo porque te empieza a doler la cabeza, te duele el cuerpo y te da calentura. Lo malo es que no tenemos equipo para protegernos, los usamos nada más así, yo creo que por eso afecta más a los más débiles, a los que están malnutridos, cuando te intoxicas lo único que puedes hacer es correr al doctor” (Padre de familia de 39 años).

El 13.3% de las mujeres cree que los hombres se pueden enfermar por consecuencia del uso de alcohol y drogas; así como también por andar con otras

²¹ El trabajo en la milpa incluye actividades que van desde el traslado a los trabajadores, pasar muchas horas a pleno rayo del sol (muchas veces sin agua y comida), uso de fuerza humana, hasta el uso de agroquímicos, dichas labores son realizadas solo por hombres.

²² Dentro del trabajo pesado refiero actividades que sólo son realizadas por los hombres tales como: llevar a pastar a los animales, ir al río por agua y pescar, trabajos que se realizan fuera de casa, albañilería etc.

²³ Las causas de accidentes mencionadas entre los entrevistados en Paraíso del Grijalva van desde caídas, cortadas por el machete y riñas ocasionadas por el consumo de alcohol.

mujeres (12%), esto es de suma importancia para ellas, porque piensan que sus esposos las pueden contagiar de alguna enfermedad:

“Se enferman por andar de bolos y por andar con otras y no se cuidan, les puede dar SIDA, luego llegan a su casa y contagian sus esposas” (Madre de familia de 27 años).

Uno aspecto sumamente interesantes en estos resultados es que al preguntar a las mujeres sobre lo que acontece en las experiencias de vida de ellos, se abre la posibilidad de identificar cómo se perciben unos y otros, qué están “significando” o valorando de aquello que vive y experimenta el género opuesto y que él o ella no está expresando o manifestando como significativo.

Por ejemplo, ante la pregunta de causas de enfermedad es particularmente notorio que los problemas derivados de accidentes no son “significativos” en la percepción de las mujeres, pero quien lo vive sí lo es.

El resultado en si mismo indica una experiencia de vida significativa que solo puede ser referida por quien resulta afectado, seguramente por un sinnúmero de problemas asociados a estas situaciones pero además e igualmente pertinente resulta señalar que metodológicamente hablando incluir a los varones en un estudio sobre el proceso S/E/A en el ámbito doméstico es vital e indispensable pues sus experiencias de vida y percepciones están determinadas por sus propios anhelos y necesidades. De esta manera toman sus decisiones y buscan entender, conocer, explicar y actuar sobre lo que es la salud y la enfermedad desde un ámbito compartido. La convivencia no garantiza el desciframiento de la explicación de lo que pasa en cada miembro de la familia, pero se pueden obtener acercamientos ya que la convivencia genera percepciones y atenciones particulares derivadas de la interacción social,

pero hay otras que si bien se derivan igualmente de la interacción familiar su manifestación debe ser rescatada de manera personal e individual.

Así mismo debo ejemplificar el caso de problemas de salud que se ponen evidencia desde la perspectiva de la pareja o de algún integrante de la familia con respecto a quien la padece. Es el caso de las enfermedades y padecimientos asociados al consumo y uso de drogas y alcohol, ya que resultan ser un problema importante y significativo para los integrantes de las familias que no se expresa en los involucrados directamente, pero se manifiesta en quienes resultan afectados indirectamente, en este caso las mujeres.

Otro dato relevante es que en las respuestas y percepciones referidas a las causas de enfermedad de los varones no aparecen estados anímicos como cansancio, preocupaciones o descuidos como lo observamos en el caso de las mujeres. Las causas están concentradas en sus roles sociales y en actividades que los varones desarrollan fuera del ámbito doméstico.

c) ¿De qué se enferman los niños?

Cuadro 19. Principales causas de enfermedad en los niños de Paraíso del Grijalva, Chiapas.

	Causas de enfermedad en los niños					Total
	Descuido de sus padres	Por el polvo	Infecciones	Falta de vacunas	Mala alimentación	
Sexo Femenino	12 16,0%	1 1,3%	22 29,3%	2 2,7%	4 5,3%	41 54,7%
Masculino	22 29,3%	0 ,0%	6 8,0%	0 ,0%	6 8,0%	34 45,3%
Total	34 45,3%	1 1,3%	28 37,3%	2 2,7%	10 13,3%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Según los padres y madres de familia entrevistados sugieren que la principal causa enfermedades en los niños de Paraíso del Grijalva es el descuido (45.3%). El descuido de los padres puede provocar que los hijos enfermen:

“Los niños se enferman de tos, calentura y dolor de estomago, todo esto les da porque sus mamás no los cuidan bien, si uno como padre no está pendiente es muy fácil que los pichitos se enfermen” (Madre de familia de 27 años).

La segunda causa de enfermedades en los niños son las infecciones, es muy común que tengan diarreas y vómitos:

“Los niños siempre andan metiendo cosas en su boca, no se fijan si está limpio o sucio y eso les provoca infecciones” (Madre de familia de 25 años).

La mala alimentación es otro factor causante de enfermedades en los niños ya que le provoca una baja en sus defensas, el 13.3% por cierto de los encuestados cree que esto puede venir desde el embarazo si la madre no está bien alimentada

“Los niños deben de comer bien, sino crecen todos desnutridos y malitos, pero nosotras como mamás debemos cuidarlos desde que estamos esperando, si la mamá no come bien mientras está de encargo, el pichi nacerá todo enfermo y sequito” (Madre de familia de 30 años).

La falta de vacunas y el polvo fueron mencionados en menor proporción (2.7% y 1.3% respectivamente):

“Los niños se enferman por el polvo, les provoca problema en sus pulmoncitos y les da gripa y tos” (Madre de familia de 32 años).

En la percepción de las madres de familia, el principal factor que causa enfermedad en los hijos son las infecciones, respuesta que contrasta con la opinión de los varones, quienes atribuyen al descuido paterno como la principal causa. Al hablar de descuidos, ellos se refieren a que:

“Es imposible seguirle el paso a los niños a los papás les cuesta trabajo estar todo el día tras ellos, y más si trabajan, por lo cual ellos pueden mojarse, caer, o comer algo que pueda enfermarlos” (Padre de familia de 29 años).

Muy probablemente al igual que los resultados observados en los cuadros 11 y 14, la opinión de las mujeres acerca de las "infecciones como causantes de las enfermedades" esté fuertemente cargada de las recomendaciones que se supone deben tener para el cuidado de los hijos y que el sector salud se preocupa por explicar.

Los padres de familia son quienes señalan "los descuidos" como factores que determinan problemas de salud en los niños, no son ellas quienes lo manifiestan, como se supone debería de ser.

d) Los niños de Paraíso del Grijalva, Chiapas y sus representaciones sociales entorno a su salud:

Como venimos mencionando anteriormente, las representaciones sociales son el conjunto de creencias, actitudes y valoraciones a través de las cuales se viven y aprehenden los padecimientos, se toman las decisiones y se ejecutan las acciones que conllevan a significados y sentidos particulares que tiene repercusiones concretas y específicas en la salud de los miembros de las familias.

Por lo tanto, me pareció sumamente interesante conocer la opinión que los niños tienen con respecto a los temas de salud y enfermedad, independientemente de que el registro de sus padeceres suele registrarse en la opinión y percepción de sus madres. Esto me permitió además de contrastar la opinión de los padres respecto a la salud de sus hijos y evaluar por ejemplo si los "descuidos" estaban presentes en sus percepciones

Para llevar a cabo este objetivo reuní a un grupo de seis niños de entre 3 y 12 años de edad, dos de sexo femenino y cuatro de sexo masculino.

Se trata de los hijos de algunas de las familias con las que trabajé entrevistas a profundidad, por lo que la interacción resultó muy accesible ya que encontraban muy familiarizados tanto con el tema como conmigo.

Los niños fueron reunidos en el patio de la casa de una de las familias, procedí a darles una breve plática acerca de las enfermedades, seguida de una breve introducción sobre lo que haríamos, enfatizando mi interés en conocer lo que ellos sabían acerca de lo que era enfermarse. Posteriormente entregué a cada uno de ellos una hoja blanca y crayolas de colores. Les pedí que dibujaran un niño enfermo y un niño sano. Los niños comenzaron a dibujar inmediatamente, estaban muy contentos y realizaron con mucho gusto la actividad. Una vez terminado el dibujos nos reunimos en círculo y cada uno explicó las causas por la que su niño enfermó.

Los resultados fueron los siguientes:

Cuadro 20. Causas comunes de enfermedad para los niños de Paraíso del Grijalva, Chiapas.

Datos del niño:	Causas de enfermedad:
Niña, 7 años	<i>"La niña se enfermó porque jugó tierra...no se lavó las manos y así se fue a comer"</i>
Niña, 10 años	<i>"La niña se enfermó porque jugó agua, cuando terminó de jugar no se cambió la ropa...le dio mucha tos, no se cuidó y murió"</i>
Niño, 3 años	<i>"Al niño le dio diarrea y se enfermó"</i>
Niño, 6 años	<i>"Al niño le dio calentura y dolor de cabeza"</i>
Niño 10 años	<i>"El niño estuvo jugando todo la tarde en la lluvia, no se quitó los zapatos...le dio tos y gripa"</i>
Niño, 12 años	<i>"El niño jugó mucho rato en el sol, no tenía la playera puesta ni tomó agua....le dio mucha fiebre y su piel se quemó"</i>

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Como podemos observar las respuestas son muy diversas, ninguno de los *niños* se enfermó por la misma causa, cada uno de ellos expresó una opinión diferente.

Si hacemos una comparación entre los cuadros 19 y 20, podemos identificar que las principales causas de enfermedad mencionadas por los niños coinciden con las mencionadas en el discurso de los adultos, por ejemplo:

"La niña se enfermó porque jugó tierra...no se lavó las manos y así se fue a comer", "El niño estuvo jugando todo la tarde en la lluvia, no se quitó los zapatos...le dio tos y gripa", "El niño jugó mucho rato en el sol, no tenía la playera puesta ni tomó agua....le dio mucha fiebre y su piel se quemó".

Los testimonios antes mencionados pueden ligarse con los conceptos que identificamos en la percepción de los padres. Los problemas por “descuidos como causa de enfermedad” están latentes cuando los menores hablan por ejemplo de aspectos como “no traía playera puesta ni tomó agua (después de jugar mucho tiempo bajo el sol)” (Cuadro 19). Así mismo concuerdan con los padres al expresar problemas de salud relativos a infecciones.

Con estos datos podemos afirmar que la percepción que los niños tienen sobre su propia salud coincide con la reportada por los padres y madres de familia.

Como reconocimiento por haber participado en esta actividad les hice de entrega de varios artículos escolares (libretitas, colores de madera, juegos de geometría, plumas, lápices, gomas y sacapuntas) en muestra de agradecimiento por el apoyo brindado.



Foto 2. Dibujando en Paraíso del Grijalva, Chiapas. Foto: M. Balderas 200

e) ¿De qué se enferman los ancianos?

Cuadro 21. Principales causas de enfermedad de los ancianos de Paraíso del Grijalva, Chiapas.

	Enfermedades de ancianos					Total
	Por la edad	Falta de defensas	Malos cuidados	Por el aire	Mala alimentación	
Sexo Femenino	33 44,0%	4 5,3%	0 ,0%	2 2,7%	2 2,7%	41 54,7%
Masculino	22 29,3%	0 ,0%	8 10,7%	1 1,3%	3 4,0%	34 45,3%
Total	55 73,3%	4 5,3%	8 10,7%	3 4,0%	5 6,7%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

La edad resulta ser la variable más mencionada como causante de las enfermedades que aquejan a las personas en edades avanzadas (73.3%), los habitantes de Paraíso del Grijalva piensan que las enfermedades de este sector de la población son "normales" y que son consecuencia de su edad:

"Por la edad, la rutina de vida es diferente, no tienen las defensas necesarias, su organismo cambia, se hacen más débiles y enferman" (Padre de familia de 25 años).

Los malos cuidados y la mala alimentación también repercuten en la salud de los ancianos:

"Los tíos se pueden enfermar por el maltrato familiar, el mal comer y el mal aseo" (Madre de familia de 37 años).

El aire también puede causar enfermedades a los ancianos, ya que de acuerdo a los datos obtenidos, puede provocarles reumas (6%):

"Por viejos, viene el aire²⁴ y les salen reumas" (Padre de familia de 26 años).

"Las reumas le salen a la gente con la edad, sienten mucho dolor en sus huesos, lo malo es que cuando te salen ya no se quitan, queda uno propenso para toda la vida, dan dolor y fastidio. Aquí en Paraíso usamos algunos remedios caseros por ejemplo machacamos ajo, que quede bien machucado"

²⁴ Cabe aclarar que cuando los entrevistados hicieron referencia al aire se hace alusión a un "aire natural" y no a un aire producto de alguna "entidad sobrenatural".

y lo pones en alcohol a reposar por unos días. Después con ese alcohol se soba la reuma, también se puede hacer con tabaco seco. Esas canijas reumas dan por no cuidarse, muchas veces está el cuerpo caliente y se bañan con agua fría, o se quitan los zapatos y pisan el piso frío con los pies descalzos. La pomada del viejito también sirve para los dolores de las reumas, bañarse con hojitas de eucalipto también. Me dijeron que también hay unas inyecciones, pero de eso no se mucho” (Madre de familia de 35 años).

En el cuadro 21 nuevamente observamos que son las mujeres quienes asocian la causa de las enfermedades de los ancianos a un concepto influenciado por el discurso biomédico: “la falta de defensas”, y en los varones nuevamente la atribución a la falta de cuidados en donde el maltrato familiar está presente como lo deja ver un testimonio recabado. El descuido es un factor desencadenante que mayoritariamente refirieron los varones como causa de enfermedad en los ancianos, esto fortalece la percepción de los varones en cuanto a manifestar esta causalidad para grupos vulnerables.

5.8.1 Sobre la duración de las enfermedades:

Se analizaron también las creencias que tienen los entrevistados de acuerdo al tiempo que perduran las enfermedades.

Independiente del sexo y del grupo de edad, los habitantes de Paraíso del Grijalva creen que no existen personas que nunca enfermen (95%), ya que: “*todos enfermamos, es algo natural*”. El porcentaje restante (5%) corresponde a quienes dicen que es posible evitar la enfermedad siempre y cuando existan hábitos saludables a lo largo de la vida.

Por lo contrario opinan que existen personas que están enfermas casi todo el tiempo, las causas son las siguientes:

Cuadro 22. Causas de enfermedades "prolongadas o permanentes"²⁵ en Paraíso del Grijalva, Chiapas.

	Enfermedades crónico-degenerativas	Consecuencia de la hechicería	Defectos genéticos	Sugestión	Mala alimentación	Total
Sexo Femenino	25 33,3,0%	3 4,0%	4 5,3%	4 5,3%	5 6,7%	41 54,7%
Masculino	17 22,6%	2 2,7%	6 8,0%	5 6,7%	4 5,3%	34 45,3%
Total	34 45,3%	5 6,7%	10 13,3%	9 12,0%	9 12,0%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Las enfermedades crónico-degenerativas (diabetes, cáncer, artritis etc.) son consideradas por los entrevistados como causas de enfermedad permanente, ya que consideran que aunque la persona que la padece esté en tratamiento la enfermedad siempre está presente (45.3%).

"Hay personas que están como yo...tengo presión alta y azúcar, voy al doctor, tomo mis medicinas, pero solo me controlan, la enfermedad siempre está presente" (Madre de familia de 45 años).

Los defectos genéticos también confieren a la persona el estatus de "persona que siempre está enferma":

"Conozco a una señora que desde que nació le salieron malos los pulmones, siempre esta mala y tiene que ir al doctor muchas veces, toma mucha medicina" (Madre de familia de 37 años).

Hay quienes opinan que estar siempre enfermo puede ser debido a causas psicológicas, el 12% de los entrevistados dicen que muchas veces las personas se sugestionan e inventan enfermedades que no tienen:

"Una vecina mía se la pasa diciendo que está enferma, siempre le duele algo... toma mucha medicina, pero creemos que solo lo hace para llamar la atención de sus hijos..." (Madre de familia de 36 años).

²⁵ Se hace mención aparte de las que decidí llamar enfermedades "prolongadas" porque fueron definidas por los entrevistados como una situación de enfermedad constante que da a la persona el estatus de estar enfermo de manera permanente. Un ejemplo de esto serían las enfermedades crónico-degenerativas, que muchas veces están controladas pero están presentes en la vida de las personas y se auto-perciben como enfermas.

El 6.7% considera que las enfermedades provocadas por la hechicería dan como resultados personas que siempre están enfermas:

“Tienen debilidad, siempre están cansadas, no comen, ni los doctores saben a qué se debe” (Padre de familia de 34 años).

El 12% de los entrevistados cree que una mala alimentación también da como resultado que las personas estén constantemente enfermas:

“Si no comemos bien, nuestras defensas estarán bajas, así cualquier virus puede enfermarnos” (Madre de familia de 23 años).

5.9 Las prácticas de atención a la salud en la comunidad de Paraíso del Grijalva, Chiapas:

En la siguiente tabla podemos observar donde se atienden las personas que viven en Paraíso del Grijalva cuando se tiene algún problema de salud.

Cuadro 23. Principales opciones de atención en caso en enfermedad en Paraíso del Grijalva, Chiapas.

	Centro de Salud	Médico particular	Curandero	Auto-atención ²⁶	No se atiende	Depende de la enfermedad	Total
Sexo Femenino	15 20,0%	19 25,3%	1 1,3%	2 2,7%	3 4,0%	1 1,3%	41 54,7%
Masculino	19 25,3%	11 14,7%	1 1,3%	1 1,3%	2 2,7%	0 ,0%	34 45,3%
Total	34 45,3%	30 40,0%	2 2,7%	3 4,0%	5 6,7%	1 1,3%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Como podemos observar, el 45.3% de los entrevistados declaró que cuando tienen algún problema de salud se dirigen al centro de salud de la comunidad. Un 40%

²⁶ La auto-atención supone la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a la reproducción biológica y social a partir del grupo familiar. Dichas actividades en lo que respecta a los procesos de salud/enfermedad integran alimentación, limpieza e higiene, curación y prevención de las enfermedades. Para fines de esta investigación la auto-atención incluye el diagnóstico, la selección y prescripción de un tratamiento y su administración, el mismo puede incluir acciones físicas, procedimientos mentales, medicamentos de patente, uso de remedios caseros, etc.

prefiere trasladarse hasta la cabecera municipal y pagar un médico particular, ya que dicen que la atención prestada en el centro de salud es ineficiente y de mala calidad.

Sin embargo resultó interesante profundizar en la identificación de las razones por las cuáles las personas deciden acudir al centro de salud. El motivo de profundizar fue debido a las constantes alusiones a lo largo de la entrevista acerca del mal servicio que proporcionan en dicho centro.

Cuadro 24. Motivos de visita al Centro de Salud en Paraíso del Grijalva, Chiapas.

		Atención médica	Citas de oportunidades	Nunca voy, no hay medicina y nos atienden mal	A veces	Total
Sexo	Femenino	11 14,7%	11 14,7%	10 13,3%	9 12,0%	41 54,7%
	Masculino	20 26,7%	2 2,7%	11 14,7%	1 1,3%	34 45,3%
Total		31 41,3%	13 17,3%	21 28,0%	10 13,3%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

El 41.3% de los entrevistados manifiesta acudir al centro de salud en busca de algún tratamiento alopático:

“Cuando me siento mal, voy con la doctora, ella me revisa y me da medicina, a veces se enoja, pero a veces es culpa nuestra porque no le hacemos caso” (Madre de familia de 32 años).

“Una vez hace algunos años me dio dengue, tenía mucha fiebre y sentía un dolor insoportable en las articulaciones y mis músculos, me llevaron con la doctora y me dio medicinas y me mando a reposar a la casa” (Padre de familia de 37 años).

Otro 28% prefiere recibir atención de un médico particular, aunque esto implique trasladarse hasta la cabecera municipal y pagar por el servicio. Dicen que el centro de salud de su comunidad ofrece muy mal servicio y además nunca tienen medicina:

“Nos atienden muy mal y solo paracetamol nos quieren dar....” (Madre de familia de 36 años).

El 17.3% de los entrevistados solo acude al centro de salud por las citas reglamentarias del programa Oportunidades, ya que si acumulan faltas les aplicaran descuentos en el monto total del apoyo económico:

“Tenemos que ir cuando nos toca cita, si no vamos es falta, también hay que llegar temprano, porque sino la doctora nos pone retardo, si tenemos faltas y retardos nos descuentan dinero del apoyo, en ocasiones también tenemos que ir a limpiar el centro de salud y hacer labores en la escuela” (Madre de familia de 35 años).

El 13.3% restante solo acude a veces, ya sea por falta de dinero o por considerar que se trata de una enfermedad fácil de curar.

El centro de salud cuenta con una enfermera que está de planta en la unidad médica. El 73% de los encuestados manifiestan nunca acudir con la enfermera en busca de un tratamiento, solo acuden con ella cuando se trata de aplicar vacunas a los niños (23%). El porcentaje restante (3%) solo acude con la enfermera en caso de alguna emergencia o curación sencilla.

5.9.1 El Médico particular:

Como mencioné en párrafos anteriores, para recibir la atención de un médico particular, las personas deben de trasladarse hasta la cabecera municipal o bien hasta la capital del estado.

Un 40% de los padres y madres de familia entrevistados manifestaron que acuden al médico particular sólo en caso de que sus hijos estén muy graves, si es para su propia atención muchas veces prefieren esperar, tomar algún remedio casero o no hacer nada para evitar el gasto.

Otro 55% de los entrevistados manifiesta acudir al médico particular para casos personales es la última opción por los altos costos que implica la consulta médica y las medicinas.

“Siempre probamos primero con algo en la casa, algún té o hierbita depende de los que tengamos, si vemos que no funciona, pues no vamos hasta Carranza al doctor” (Madre de familia de 25 años).

Los entrevistados consideran que los médicos tienen fallas y muchas veces esto es una limitante al momento de tomar una decisión si un integrante de la familia enferma. Los errores de los médicos mas mencionados fueron:

Cuadro 25. Principales fallas de los médicos según los pobladores de Paraíso del Grijalva, Chiapas.

		Mal diagnostico	Mala medicación	Mal trato al paciente	Negligencia	Altos costos	Total
Sexo	Femenino	5 6,7%	24 32,0%	8 10,7%	2 2,7%	2 2,7%	41 54,7%
	Masculino	3 4,0%	3 4,0%	8 10,7%	17 22,7%	3 4,0%	34 45,3%
Total		8 10,7%	27 36,0%	16 21,3%	19 25,3%	5 6,7%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

La mala medicación es la causa de quejas más mencionada por los entrevistados:

“A veces dan medicamentos equivocados, que no son efectivos, muchas veces no nos revisan bien, parece que no quieren tocarnos, por eso la gente pierde la confianza” (Madre de familia de 27 años).

Algunas personas entrevistadas hicieron alusión a ideas relativas a la negligencia con respecto a la atención médica que reciben, argumentando por ejemplo que :

“hacen malas costuras y eso causa infecciones”:

“Yo he escuchado de doctores que dejan las herramientas en la panza de uno....o hacen malas costuras y eso causa infecciones, la gente se puede morir por algo así” (Padre de familia de 47 años).

El maltrato al paciente es otra idea que gira en torno a los tratamientos recibidos cuando los atienden, las personas que entrevisté usaron conceptos como “no atienden bien a la gente”:

“No atienden bien a la gente, son malos y mañosos, algunos son abusivos y nos quieren cobrar más porque somos indígenas” (Madre de familia de 37 años).

5.9.2 Los remedios caseros:

Los remedios caseros son un recurso altamente demandado entre las familias de Paraíso del Grijalva, el uso se distribuye de la siguiente manera:

Cuadro 26. Frecuencia de utilización de remedios caseros en las familias de Paraíso del Grijalva, Chiapas.

		¿Utiliza remedios caseros?		Total
		Si	No	
Sexo	Femenino	37 49,3%	4 5,3%	41 54,7%
	Masculino	28 37,3%	6 8,0%	34 45,3%
Total		65 86,7%	10 13,3%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Como podemos observar las mujeres son quienes tienen un mayor porcentaje en la utilización de los remedios caseros, ya que piensan que es algo que está asociado directamente con las labores del hogar y la cocina. Los padres de familias los utilizan, pero son preparados por sus esposas:

“En mi casa si usamos remedios caseros y plantitas pero mejor pregúntale a mi esposa ella es la que sabe...” (Padre de familia de 28 años).

Generalmente el uso de remedios caseros es una tradición que se hereda de padres a hijos y el uso es indistinto entre los integrantes de la familia. Puede ser aplicado para padre, la madre o para alguno de los hijos.

A continuación presento una breve lista con los remedios caseros más utilizados entre las familias de Paraíso del Grijalva. Los mismos son desglosados de acuerdo al sexo de los entrevistados.

Cuadro 27. Remedios caseros mencionados por las mujeres de Paraíso del Grijalva, Chiapas.

Gripe*	Té de zacate limón
Dolor de estómago*	Té de manzanilla
Para alejar las malas energías**	Albahaca para ramear y huevo para limpiar
Dolor intestinal**	Hoja de cancerina con hoja de tinto y cáscara de palo mulato, se hierve y se toma como agua de uso.
Para tener hijos**	Preparado de calentamiento de pomadas con vaporub, manzanilla, hoja de higuera, aceite de comer, aceite de olivo y ajo. Se masajea la panza con el preparado
Gripa	Té de limón con canela acompañado de una sobada de vaporub en pecho y espalda
Para evitar la frialdad de los huesos**	Frotado con alcohol en articulaciones y pies.
Dolor de cabeza**	Ruda, se licua con agua y se toma.
Para la vesícula**	Hoja y raíz de tronafuente junto con verbena, se toman las dos previamente hervidas.
Tos	Té de limón con manzanilla
Fiebre y diarrea infantil**	Té de manzanilla con ajeno. Darlo a tomar a cucharaditas.
Gripa y tos*	Té de limón endulzado con miel Té de bugambilia con sábila y canela
Dolor de garganta**	Miel con rábanos
Tos	Jarabe casero elaborado a base de naranja agria. Poner hervir el jugo de la naranja agria con azúcar, mover constantemente hasta obtener un líquido espeso.
Tos	Té de hojas de cola de alacrán.
Calentura**	Ruda en horchata. Se licua la hierba fresca, se cuele y se toma. Lo que queda del colado se usa para bañarse.
Tos	Té de limón, agregar tres dedos de sábila, tres ciruelas de pasa. Hervir y tomar lo más caliente posible, endulzar con miel.
Nervios*	Té de tila.
Gastritis*	Té de copalchi ²⁷ . Tomarlo en ayunas y a medio día
Cicatrización**	Hoja de copalchi. Se pone a dorar la hoja en un comal, cuando quede completamente seca se hace un polvo fino. Aplicar el polvo en la herida previamente lavada.
Para desinflamar**	Albahaca, hervir. Tomar el líquido como agua de uso.
Diabetes**	Planta de lengua de toro ²⁸ . Se consigue en Comitán, me dijeron que curaba 40 enfermedades. En este caso la persona la usa para la diabetes. Se toma licuada con agua.
Dolor de estómago infantil**	Té de anís, se da a tomar a cucharaditas al niño
Diabetes**	Hoja de chaperna, se le agrega laurel y uva silvestre, se toma en forma de té

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

*Usados por los padres y las madres de familia

**Usados por las madres de familia

***Usados por los padres de familia

²⁷ Copalchi: *Croton niveus* Jacq. En Yucatán esta especie es usada para aliviar cortadas y hemorragias. Además se le atribuyen propiedades como hipoglucemiante (Distrito Federal), oftálmico, antiescabiático y antiséptico (Oaxaca), aunque se menciona que puede ser irritante (Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, 2010). Sin embargo, en Chiapas menciona al copalchi como auxiliar en el tratamiento de la gastritis y como auxiliar en la cicatrización de herida (Comunicación personal con madre de familia de 29 años).

²⁸ Lengua de Toro: *Plumeria rubra* L. Toda la planta contiene alcaloides que actúan como estimulantes cardiacos pero no han sido bien estudiados. La infusión de la corteza se emplea para curar contusiones internas. El jugo se usa para curar heridas. El jugo cáustico que mana del jugo puede ser venenoso (Conabio, 2010)

Cuadro 28. Remedios caseros mencionados por los hombres en Paraíso del Grijalva, Chiapas.

Dolor de riñón***	Hoja de riñonina (Es una planta que se encuentra en el campo) se toma en forma de té.
Tos*	Té de limón con eucalipto y vaporub.
Dolor de estomago*	Flor de compasúchil hervida.
Gastritis*	Té de copal. (Es una planta que se encuentra en las milpas).
Gripa*	Té de limón con canela y magueyito morado.
Nervios*	Té de tila
Próstata***	Té de cola de caballo, tomarlo cuando se siente el dolor, ayuda a desinflamar.
Dolor de estómago*	Té de manzanilla
Gripa y tos*	Té de limón.

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

*Usados por los padres y las madres de familia

**Usados por las madres de familia

***Usados por los padres de familia

5.9.3 El uso de medicamentos:

El 64% de los entrevistados dice no tomar ningún tipo medicamentos de manera regular. Las mujeres son las que más suelen utilizarlos (22.7%) los más comunes son las aspirinas, neomelubrina y vaporub.

“Yo uso naproxeno para desinflamar y ambroxol para la tos” (Madre de familia de 36 años).

Solo el 13.3% de los hombres entrevistados utiliza medicamentos:

“Yo sufro de presión alta, cuando vivía en Estados Unidos me atendían y tomaba mis medicinas, pero desde que regrese acá ya no, el dinero no alcanza” (Padre de familia de 26 años).

5.9.4 Los curadores tradicionales:

Paraíso del Grijalva cuenta con cuatro curadores tradicionales reconocidos por sus pobladores: una partera, una sobandera y dos curanderos.

Los curanderos son un recurso menormente demandado en comparación con la atención médica y el uso de remedios caseros, sin embargo no puedo decir que no sea importante por los porcentajes observados en el cuadro 29, ante la pregunta directa de *ha consultado o no a un curandero*. Los resultados son marcadamente diferenciales.

El 42.7% de los entrevistados dice haber visitado por lo menos una vez a este tipo de especialistas, cabe aclarar que sólo tomé en cuenta su percepción, es decir qué tan significativo es o no acudir con un curandero. El porcentaje de respuestas relativas a la consulta con un curandero no es un porcentaje bajo pero la mayoría argumenta que no acude con ellos (52%). El 5.3% restante ni siquiera los contempla como una opción de acceso a la salud, ya que manifiesta no creer en esas cosas, p. Este resultado me indica que las personas de Paraíso del Grijalva acuden con los curanderos, qué tan frecuente lo es para cada persona y en qué proporción no puedo decirlo, pero su uso, demanda y su valoración está claramente identificado.

Cuadro 29. Consulta de curanderos en Paraíso del Grijalva, Chiapas.

		¿Ha consultado a algún curandero?			Total
		Si	No	No creo en eso	
Sexo	Femenino	14 18,7%	26 34,7%	1 1,3%	41 54,7%
	Masculino	18 24,0%	13 17,3%	3 4,0%	34 45,3%
Total		32 42,7%	39 52,0%	4 5,3%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Para confirmar esta afirmación entrevisté a una sobadora reconocida como curadora tradicional por parte de los pobladores de la comunidad:

“A mi viene a visitarme todo tipo de gente solo que ahora ya no muy sobo porque no quiero que luego hablen mal de mí, mis hijos ya se están haciendo grandes y no quiero que se burlen de ellos. Me acuerdo que una vez vino a verme una señora que tenía una zafadura de mano, ella llevaba 26 años con la manita zafada, porque se golpeó con un balón, no tenía nada de movimiento y solo trabajaba con una mano. Le dije que la iba a curar con tres sobadas, al principio no me creía. Pero aceptó que la curara, cuando empecé con la primera sesión se escuchó como tronó el hueso, le dolió mucho, pero poco a poco pudo verse como se le iba acodando la huesamenta. Volvió puntual a las otras dos sobadas. Puedo decir que quedó buena con la tercera sobada. Ella quedó muy agradecida conmigo” (Sobadora de 36 años).

Profundizando en relación a las respuestas relativas al uso y búsqueda de atención con un curandero, me pareció interesante considerar la adscripción religiosa de los entrevistados, pues sabemos que ciertas iglesias protestantes prohíben acudir con este tipo de terapeutas, así que había que identificar si este aspecto está presente o no en la percepción y creencias de los hombres y mujeres de la comunidad, las respuestas obtenidas fueron las siguientes:

Cuadro 30. Consulta de curanderos de acuerdo al tipo de religión en Paraiso del Grijalva, Chiapas.

		Religión			Total
		Católica	Testigos de Jehová	Evangélica	
Ha consultado a alguno	Si	24 32,0%	3 4,0%	5 6,7%	32 42,7%
	No	35 46,7%	0 ,0%	4 5,3%	39 52,0%
	No creo en eso	4 5,3%	0 ,0%	0 ,0%	4 5,3%
Total		63 84,0%	3 4,0%	9 12,0%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

El mayor porcentaje de visita a los curanderos lo tienen las personas que practican la religión católica, el 32% de ellos manifiesta haber acudido por lo menos una vez a consulta con estos especialistas. Es significativo observar que el acudir o no con algún curandero está en la decisión de personal y no está determinado por la adscripción religiosa (Cuadro 30).

En ocasiones la decisión de acudir con los médicos tradicionales se da ante los pocos resultados satisfactorios de atención recibida por los médicos alópatas, es decir se da de acuerdo a la experiencia vivida sobre cómo resultó la atención y qué "tan eficaz" fue la medicina alopática.

"Mi abuelo llevaba mucho tiempo enfermo, visitamos varios médicos, pero ninguno encontraba una explicación médica para su mal...cada día se ponía

peor. Un conocido nos recomendó llevarlo con un curandero en Carranza, lo llevamos, el brujo lo limpio y la curó con hierbas, huevos y rezos, nos dijo que alguien le había deseado el mal por envidia” (Padre de familia de 28 años).

El 6.7% de las personas que profesan la religión evangélica admiten haber visitado al curandero en alguna ocasión de su vida, pero argumentan que fue antes de convertirse a su religión actual:

“Mi hija siempre estuvo muy enferma desde que nació, estuvimos llevándola con muchos doctores, nos regañaban siempre porque decían que estaba desnutrida y no la cuidábamos, pero ella no quería comer, lo poco que le entraba lo devolvía...estaba muy mal. Mi esposo y yo ya estábamos muy mal, peleábamos todo el tiempo, el tomaba mucho. Nos recomendaron llevarla con un curandero, para curarla le pasaban hojas, huevos, me pedían azúcar, lociones extrañas etc. La rameaban. Se curó por un rato pero el mal regreso de nuevo. Por esos tiempos fue cuando nos acercamos a Dios, le pedimos por la salud de nuestra hija, oramos mucho. Gracias a esto mi hija se curó y jamás volvió a enfermarse” (Madre de familia de 43 años).

Finalmente los tres testigos de Jehová que entrevisté, manifestaron haber visitado por lo menos una vez con un curandero antes de ser testigos.

Para profundizar aún más en relación a las respuestas relativas al uso y búsqueda de atención con un curandero, consideré también la actividad económica de los entrevistados, las respuestas obtenidas fueron las siguientes

Cuadro 31. Consulta de curanderos de acuerdo a la actividad económica en Paraíso del Grijalva, Chiapas

	Actividad							Total	
	Ama de casa	Artesana	Agricultor	Estudiante	Chofer	Migrante	Sastrería		
Ha consultado a alguno	Si	10 13,3%	4 5,3%	15 20,0%	1 1,3%	1 1,3%	0 .0%	1 1,3%	32 42,7%
	No	16 21,3%	9 12,0%	12 16,0%	1 1,3%	0 .0%	1 1,3%	0 .0%	39 52,0%
	No creo en eso	1 1,3%	0 .0%	3 4,0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	4 5,3%
Total	27 36,0%	13 17,3%	30 40,0%	2 2,7%	1 1,3%	1 1,3%	1 1,3%	75 100,0%	

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Como observamos en el cuadro 31 los agricultores son los que mencionan mayoritariamente haber consultado alguna vez a los curanderos en caso de presentar enfermedad. Debo señalar que las referencias son tanto para experiencias vividas personalmente como para aquellas en las que indican haber llevado a algún familiar.

“Cuando mis hijos eran bebés pasaba que de repente lloraban mucho, no se calmaban con nada, cuando esto pasaba los llevábamos con el curandero, ahí nos enteramos que tenían mal de ojo. Ahora que tengo a este bebé no le ha pasado nada porque estamos previniendo con su ojo de venado que le pusimos en la manita” (Agricultor de 39 años).

Algunas amas de casa también han tenido experiencias con este tipo de curadores:

“Una vez me enferme de susto, me sentía muy nerviosa y lloraba mucho, la cabeza me dolía muchísimo, no quería ni levantarme ni comer. Mi suegra al darse cuenta me llevó con un curandero a Carranza. El señor me curó con barridas, usaba blanquillos y hierbas, pero no me acuerdo como se llaman. Fueron en total tres limpias, después de eso me sentí mejor” (Ama de casa de 27 años).

Me pareció interesante conocer qué piensan las personas sobre las razones del por qué existen los curanderos, al preguntarles sobre la existencia de estas personas y tratamientos que usan esto fue lo que respondieron:

Cuadro 32. ¿Por qué existen los curanderos?

								Total
	Yo no creo en eso	Dios los dejó en su paso por la tierra para curar a la gente	Porque así como existe el bien existe el mal	Porque hay enfermedades que solo ellos pueden curar	No sé	Por la ignorancia de la gente	Porque es más barato que un médico	
Sexo Femenino	3 4,0%	3 4,0%	5 6,7%	19 25,4%	6 8,0%	3 4,0%	2 2,7%	41 54,7%
Masculino	3 4,0%	3 4,0%	11 14,7%	10 13,3%	4 5,3%	3 4,0%	0 ,0%	34 45,3%
Total	6 8,0%	6 8,0%	16 21,3%	29 38,7%	10 13,3%	6 8,0%	2 2,7%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Como podemos observar las respuestas son muy variadas y con significaciones diversas, algunas se inclinan hacia las valoraciones negativas "no creo en eso", "así como existe el bien, existe el mal" "por la ignorancia de la gente", pero hay otras que expresan sentidos valorativos positivos en términos de ser una atención alternativa, necesaria y hasta indispensable: "Dios los dejó....". "Porque hay enfermedades que solo ellos curan", "Porque es más barato que un médico".

Así que, por los resultados mostrados en los cuadros 27,28 29 y 30 puedo señalar con claridad que las opiniones y experiencias con los curanderos están diversificadas, hay quienes argumentan su experiencia vivida, su presencia y su atención personal y hay quienes cuentan experiencias vividas por algún familiar o amigo cercano:

"Mi abuelo, según me platicó, tenía un trabajo de brujería, y lo curaron mediante un ritual que no recuerdo bien, pero implicaba animales y sustancias extrañas dentro de un frasco que después debía enterrar con una foto en determinado lugar" (Padre de familia de 27 años).

La gente que consulta a este tipo de especialistas coincide en decir que fueron al no encontrar alivio con los tratamientos alopáticos:

"de repente los bebés lloran mucho, no se calman con nada. Al llevarlos con el médico nos dicen que no tienen nada. Los llevábamos al doctor y nos decía que no tenían nada. Un conocido me dijo que los llevara con un curandero, ahí me enteré que era el mal de ojo. Le paso un huevo por todo su cuerpecito e inmediatamente de quedó dormido y descansó " (Padre de familia de 39 años).

Aunque no todos los entrevistados que han visitado a los curanderos han tenido buenas experiencias, esto es algo de lo que compartieron:

"Mi esposa consulto uno, siempre tenía vómito y dolor de cabeza, la llevamos con un curandero, la barrieron con albahaca y la limpiaron con huevo, fueron ocho limpias pero ella siguió igual. La llevamos al doctor y nos dijo que lo que tenía era problema de la vesícula" (Padre de familia de 26 años).

“Yo tenía muchos dolores de cabeza y siempre tenía sueño, me llevaron con el curandero y me dio a tomar unas pastillas, me las tome un mes, no sé de qué eran. No me sentí mejor...” (Madre de familia de 19 años).

5.10 La trayectoria curativa de la enfermedad en Paraíso del Grijalva:

Como se mencionó en capítulos anteriores las experiencias de padecimiento, pueden expresarse de manera significativa a través de narraciones. La narración proporciona una vía de acceso totalmente diferente a lo que implica la interrogación explícita y directa. A través de la narración de una enfermedad no sólo se ordena, sino que también se descubre, esto se produce precisamente porque la narración está dirigida a *otro* (Cortés, 2007).

En este trabajo, haré la presentación de la narración de dos experiencias de enfermedad. En estas dos narraciones traté de identificar cómo a partir de la narración se articulan las instancias donde los pacientes se ubican como tal en la relación médico/paciente, y cómo esta relación puede convertirse en una parte decisiva de la experiencia del padecimiento, en la búsqueda de atención de un tipo de recurso médico u otro, teniendo siempre en cuenta que la enfermedad irrumpe en la vida de un sujeto y se re-significa a partir de los sucesivos encuentros con las diferentes estrategias de atención a la salud utilizadas a lo largo de la carrera del paciente.

Así mismo, permite descubrir quién y en qué momento decide qué hacer, los determinantes estructurales (condiciones económicas, políticas, ideológicas) y subjetivas que guían la acción no solo en la búsqueda de atención sino en la significación de lo que se vive y sienten los sujetos, en entendimiento de porqué ciertas enfermedades están ligadas a la cultura y porque son tan relevantes de

entender bajo el contexto en que se gestan, para finalmente comprender por qué se explica y entiende de tal o cual manera un padecer y una enfermedad.

Caso 1: Bartolomé:

Yo me dedico al campo, antes trabajaba mucho y me iba muy bien, empecé a levantar mi casa y a comprar animales para criar, trabajaba de sol a sol para poder mantener a mi esposa y mis cuatro hijos, pero un día descubrí que mi cuerpo estaba cubierto de nacidos, mis brazos y mis piernas se me paralizaban por momentos y sentía un dolor de cabeza cada vez más insoportable. Al verme así, mi esposa comenzó a darme paracetamol, ya que según con eso iba dejar de dolerme y me iba a sentir mejor, ella pensó que lo que tenía era un enfriamiento de huesos....pero los días pasaban y cada vez tenía dolores más seguidos e insoportables, me dejaban tirado todo el día, no podía trabajar, un día mi esposa me encontró tirado en el patio de la casa, dice que me azotaba y gritaba.

Mi esposa decidió llevarme a la clínica, pero la doctora me mandó solo mas paracetamol, cada día me sentía peor, había días en los que no podía ni levantarme ni para ir al baño, dejé de trabajar y hubo veces que no podía ni comer ni mucho menos dormir.

Al verme así de mal mi esposa y mis hijos mayores decidieron llevarme con un doctor allá en Carranza, los doctores me recibieron y me mandaron a hacerme bastantes análisis, pero ninguno me decía que era lo que tenía, gastamos mucho dinero y seguíamos en las mismas, pero yo me sentía cada vez peor. Esa vez solo me recetaron una pomada para que yo me pusiera en los nacidos, pero seguía con fuertes dolores de espalda en toda mi espalda.

Como casi no dormía, siempre estaba de malas, les gritaba a mi esposa y a mis hijos, la situación en la casa era cada vez peor, teníamos muchos gastos y a veces no había ni para comer. Mi esposa se las arreglaba como podía, vendiendo algún animalito o vendiendo sus telas.

Un día un vecino le recomendó a mi esposa que me llevaran con un que hay en Laja Tendida, pero nosotros nunca habíamos creído en esas cosas, por lo que no fuimos.

Llegó el día en que el dolor de la de espalda era simplemente insoportable, no podía estar acostado, ni sentado ni parado, me quejaba todo el tiempo, hasta ganas de llorar tenía, mi esposa ya no sabía qué hacer, por eso después de mucho dudar decidí llevarme con el curandero.

Llegamos a la casa del señor, nos paso a un cuartito donde había una mesa con muchas imágenes de santos, flores y veladoras encendidas, se respiraba un olor raro...entre trago y perfumes. Cuando me vio, con el simple hecho de mirarme a los ojos nos dijo que me habían aventado un trabajito porque me tenían envidia...luego luego y sin decir nada comenzó a pasarme un huevo por todo mi cuerpo, después agarró unas hierbas que mojaba con algo como trago y perfume, me pegaba por todas partes, la cabeza, las piernas, la espalda los brazos...el señor rezaba algo que no entendía mientras me hacía todo esto...después de mucho rato rezando me acuerdo que hubo un rato de silencio, todo callado...nadie decía nada....el señor agarró el huevo que me había pasado y lo rompió y echó lo de adentro en un vaso de agua, se miraba mucha espuma y como pelos, todo se veían bien feo, el curandero me dijo que así se miraban las envidias....

Esa noche cuando regresé a mi casa sentí un alivio que no había experimentado en muchos días, por fin después de mucho tiempo pude dormir de corrido toda la noche.

Como me empecé a sentir mejor, seguí yendo con el señor para que me hiciera más limpias, no me cobraba nada, solo me pedía que le llevara las hierbitas y huevos que usaba para curarme, muy de vez en cuando me pedía que le llevara velas o un poco de trago.

Después de varias veces de llegar a su casa a que me hiciera as curaciones se me fueron quitando todos los nacidos de mi cuerpo, el dolor de espalda y de la cabeza casi se quitó por completo, de vez en cuando me llega a doler, pero yo digo que es porque hay frío. El curandero me ayudó a aliviar mi cuerpo y eso es algo que no había podido hacer ningún doctor”

El tiempo que abarca la experiencia de esta narración supone casi un año completo, en donde los primeros meses prácticamente no hubo cambios que supongan mejoría y solo llevan al límite la situación económica de la familia. El alivio llega por fin cuando deciden consultar al médico tradicional.

Como podemos observar, esta narración no se refiere a una enfermedad crónica o terminal, sino se refiere a un síndrome de filiación cultural denominado “*Envidia*”, la cual se entrelaza con varios ámbitos vitales del sujeto, y lo enferma.

Por un lado están los problemas de salud que involucran su cuerpo en forma y función: los “nacidos” y los dolores de cabeza y cuerpo, parálisis (no mueven brazos y piernas); por otro lado están las experiencias de vida que generan angustia y desesperanza: incapacidad para desempeñar actividades diarias como el trabajo, la

falta de apetito, de ánimo, sueño y el gasto económico que aparece a lo largo de este relato como un fuerte generador de preocupación.

En esta trayectoria curativa identificamos los pasos que da el enfermo y la familia, la esposa es quien decide inicialmente qué hacer, sin embargo, tanto ella como el esposo atienden posteriormente la sugerencia de un vecino de ir con un curandero, La decisión es tomada por ambos esposos, los determinantes de buscar una u otra atención son las experiencias corporales y existenciales negativas que viven el sujeto y la familia. También influyeron la falta de eficacia curativa de la medicina alópata, el gasto económico que se generó a lo largo del tiempo que duró el padecimiento y finalmente las propias creencias/saberes/prácticas culturales de los involucrados y la misma comunidad.

Observo que aún con la atención médica, la presencia del sector salud en la atención de signos y síntomas, y la credibilidad inicial que otorgan los pacientes a la medicina alópata, las personas experimentan un proceso complejo que involucra no solo males y problemas morfo-fisiológicos sino existenciales y económicos que los llevan a decidir más allá de sus determinantes culturales (representaciones y discursos hegemónicos). Deciden en función de las condicionantes económicas y aspectos subjetivos en los que encuentran congruencia, claridad explicativa (causa de su enfermedad relacionada con lo que viven día a día) y el retorno a los estados vivenciales ideales, esto es, el alivio, la cura, la ausencia y término del dolor corporal, la integración de sus actividades diarias. Lo anterior bajo un contexto de ausencia de paga o gastos debido a que el curandero puede o no cobrar y hay una participación activa del sujeto en la curación (buscar y llevar algunos de los recursos con los que van a ser curados). Estos elementos nos recuerdan el significado del

alivio y la sanación de un paciente. Es así como se restablecen no solo estados morfo-fisiológicos sino las experiencias personales y familiares que le dan sentido y equilibrio existencial al sujeto en ámbitos donde ha quedado fuera (Le Breton, 1991).

Según el Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana, *la envidia* es un sentimiento o emoción negativa bajo la cual un individuo puede enfermar a otra persona o dañar sus propiedades.

Foster (1974) afirma que es incuestionable que la envidia es un sentimiento presente en todas las sociedades y sería equivocado decir que es propia del algún grupo en especial. Sin embargo afirma que por medio de diversos mecanismos, como los cumplimientos y las expresiones de admiración, los grupos grandes y complejos parecen ser capaces de neutralizar más esta emoción que las sociedades campesinas.

Es muy común que el afectado sufra fiebre, dolor de cabeza, vómito, pérdida del apetito, debilidad y sueño. El método para su diagnóstico es variable, pero la mayor de las veces el curandero somete al enfermo a una limpia con huevo y procede a verter su contenido en un vaso con agua; su juicio lo establece de acuerdo a lo que observa en el recipiente. Si corrobora la enfermedad, realiza una nueva limpia utilizando diversas especies vegetales y reza oraciones para anular los achaques (Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional, 2010).

Este tipo de narraciones señala conflictos emocionales individuales y colectivos a los que se enfrentan las familias. Los daños y brujerías son el resultado de codiciar lo que otros tienen, por tierras, por cosechas etc. Son enfermedades emocionales que hablan de las condiciones de vulnerabilidad e inestabilidad en que viven. Por su

origen y por la causa del problema, el tratamiento solo puede ser aplicado por un curandero quien intentará restablecer los estados anímicos perdidos, a congregar a la familia afectada y conciliar las relaciones entre la persona dañada, su ambiente y el ser o entidad que se introdujo en la persona. El ritual curativo previene futuros males, en ese sentido el tratamiento es preventivo, además de diagnosticar y aliviar el mal. Se hace una limpia y se intercambian artículos como alcohol, velas o comida con la entidad maligna que provoca al sujeto todos sus problemas. Dependiendo de la gravedad del daño será el tamaño de las ofrendas, así como los días que hay que atender al paciente (Huicochea, 2009).

Caso 2: Alicia²⁹

Alicia tiene 19 años y es soltera. Se dedica a la artesanía y es ferviente devota de la Virgen de Guadalupe:

“Como cada 12 de diciembre acudí a la peregrinación que hacen en honor de la Virgen de Guadalupe, salimos de Carranza muy temprano con rumbo a la Iglesia de Guadalupe allá en Tuxtla. Íbamos mucha gente en la peregrinación junto con un grupo de ciclistas, cuando de repente se escuchó mucho ruido....al parecer un camión pasó a traer a algunos de los que iban en las bicicletas. Uno de los que cayó era mi amigo desde niños, se murió en el lugar....ya no llegamos a Tuxtla, regresamos a la colonia con los cuerpos y los heridos.

Un par de días después lo enterraron a mi amigo, todos fuimos al panteón, estábamos muy tristes. Cuando estaban bajando la caja, se repente empecé

²⁹ Se ha cambiado el nombre real de la informante.

a sentir una "presencia muy extraña", como si alguien estuviera mirándome de lejos, pero al principio no le di mucha importancia.

Pasaron algunos días y seguía sintiendo la presencia extraña, era muy raro...pero a la vez me sentía muy débil. Pasaban mas días la debilidad era cada vez mayor...sentía mis nervios alterados y me la pasaba temblando aunque afuera de la casa hacía calor...me empezó a doler mi cabeza cada rato, y ya no podía dormir de corrido toda la noche. No me daba hambre, y solo sentía que una gran tristeza llenaba mi corazón, lloraba todo el tiempo.

Mis papás comenzaron a preocuparse, pero no sabían que hacer...mi mamá me llevó a la clínica de salud, la doctora me revisó, pero dijo que lo que tenía era un resfriado común, solo me mandó paracetamol y reposo.

Mi estado anímico empeoraba cada día, seguía llorando sin tener motivos, además de que un miedo inexplicable se apoderaba de mí. La presencia incómoda seguía atormentándome de día y de noche, cada vez la sentía más cerca, como si respirara a mi lado, como si caminara a lado mío.

Al ver que no mejoraba, mis papás me llevaron con otro doctor allá en Carranza, le comentaron al doctor todos los síntomas que yo tenía pero el doctor no hizo más que vernos con incredulidad, casi se reía. El doctor me revisó y le dijo a mis padres que lo que yo tenía era debilidad y que lo que tenía se llamaba anemia. Me mando una cajita de vitaminas y les dijo a mis papás que me dieran de comer bien.

Empecé a tomar las vitaminas, pero yo me sentía cada vez peor, ya no comía absolutamente nada, si de repente llegaba a poder comer algo, lo sacaba

luego luego, no dormía, y cuando podía hacerlo me daban pesadillas. Mis nervios me estaban llevando al borde de la locura.

Ante esta situación tan desesperada y no ver ninguna mejoría en mí, mis papás decidieron llevarme con un curandero allá en Carranza. Llegamos a una casa de la orillada, mi debilidad era tanta que mis papás tenían que ayudarme a caminar. Mi mamá le contó al curandero todos lo que yo tenía, el señor oía atento, mis papás sintieron que por vez primera alguien los escuchaba con atención

El curandero nos dijo que lo yo tenía era "espanto de muerto"³⁰, nos dijo también que yo estaba enferma porque un difunto capturó mi sombra probablemente en el panteón mientras se realizaba el entierro de mi amigo.

Nos dijo que para realizar la curación teníamos que ir al panteón para que me limpiaran. Al otro día temprano nos reunimos en el panteón, el señor prendió muchas velas y copal. Nos había pedido que lleváramos albahaca, copal, agua bendita, huevos y una gallina de rancho. El curandero empezó a rezar mientras le pedía al muerto que se fuera. A la vez que rezaba me iba pegando con las hierbas empapadas de trago. Después me pasó un huevo, según para retirar cualquier mal que pudiera quedar. Después de que el señor terminó de hacer esto, nos fuimos todos a mi casa, ahí siguió limpiándome, con mas trago y mas albahaca.

Una vez que se fue el curandero, me quedé bien dormida, mis papás no lo podían creer, pero se sintieron aliviados y pudieron descansar también.

³⁰ Tipo de susto causado por el encuentro con el espíritu de una persona fallecida (Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana, 2010).

Con el paso de los días todos comenzaron a notar que mi salud mejoraba poco a poco, empecé a comer y pude dormir por las noches, mis nervios casi habían desaparecido y poco a poco pude ir haciendo otra vez mis cosas, pude volver a vivir sin miedo. Estaba curada por completo”.

Nos encontramos nuevamente ante un síndrome de filiación cultural, denominado susto, en una de sus variantes denominada *Susto Preternatural* (Zolla et. al. 1998). Este padecimiento es causado por sombras de muertos y difuntos. La sintomatología está caracterizada por falta de apetito, debilidad, depresión, palidez, apatía, sobresaltos durante el sueño, adelgazamiento, insomnio, ataques de ira y en algunas ocasiones diarrea y vómito. Se recomienda que la curación sea practicada por un médico tradicional mediante una limpia, pues se cree que esta enfermedad escapa a la competencia de la medicina hegemónica.

La limpia tiene como principal objetivo expulsar agentes extraños que se han posesionado del enfermo y establecer una relación de respeto con los seres sobrenaturales que se encuentran en el ambiente físico que rodea a las familias. Es una forma de mantener el respeto y entendimiento con los recursos y el medio donde se vive (Huicochea, 2009).

En este testimonio encontramos cosas similares al caso anterior. Las primeras decisiones son tomadas por la madre de familia y posteriormente ambos padres buscan apoyo y atención con el médico alópata que da servicio público, también buscan atención con el médico privado, pero el diagnóstico y prescripción médica es ineficaz. Tras la carencia de alivio morfo-fisiológico y existencial recurren al médico tradicional que por su explicación y tratamiento a la enfermedad reconocida por la paciente, sus familiares y el propio curandero encuentran alivio y sanación. Así

mismo, observo que efectivamente la atención alopática es uno de los primeros recursos de atención que usan, y el médico tradicional está presente cuando hay falta de eficacia curativa, cuando la economía personal y familiar se ve amenazada y cuando no se encuentra alivio y sanación con la medicina alopática.

Por otra parte es importante observar que hay enfermedades y padecimientos que solo pueden ser referidos registros como la trayectoria curativa del enfermo.

5.11 Estrategias de atención a la salud doméstica, tradicional y alopática en Paraíso del Grijalva:

Hasta el momento puedo hablar de tres formas de atender la salud en Paraíso del Grijalva: la alopática que aplica la médica del centro de salud y los médicos de los consultorios privados y las clínicas del municipio de Venustiano Carranza. La doméstica, usada por las madres de familia y padres de familia la tradicional, usada por los curanderos.

Para hacer el análisis de morbilidad es necesario saber si estas tres estrategias de atención a la salud se complementan, contraponen o conviven.

En el cuadro 33 hago una comparación de las enfermedades que son atendidas por los médicos, las madres de familia y los curanderos.

De acuerdo a la morbilidad identificada para cada estrategia de atención y basándome en los resultados identifiqué si algunos de los problemas o padecimientos pueden ser atendidos por las tres estrategias, por dos o solo por una:

Según los entrevistados, las enfermedades respiratorias y gastrointestinales pueden ser atendidas por los médicos alópatas o bien por las madres y padres de familia.

Los médicos tradicionales también pueden atender infecciones gastrointestinales sobre todo por su relación con el susto.

Las causas están asociadas directamente a los descuidos y la mala higiene al momento de preparar los alimentos, pero también por la intrusión de entidades sobrenaturales en los casos de susto.

Las enfermedades y padecimientos propios de las mujeres, tales como embarazo, parto, puerperio y menopausia son atendidos por los médicos y por las parteras. Sin embargo las nuevas estrategias para la prevención a la salud del gobierno federal recomiendan un seguimiento mensual de la embarazada en el centro de salud.

El susto, el mal de ojo, la envidia, la tristeza y las "zafaduras" son padecimientos que pueden ser atendidos sobre todo por los curanderos y los sobadores.

Los problemas de la piel pueden ser atendidos por el médico, por los curadores tradicionales, pero también pueden ser tratados en casa. Las causas están asociadas a problemas de envidia.

Es común entre los pobladores de Paraíso aplicar algún medicamento o remedio para aliviar los síntomas de las enfermedades y los padecimientos; muchas veces estas estrategias son aprendidas de los curanderos y son transmitidas por la tradición oral de padres a hijos.

La diabetes es una enfermedad que puede ser atendida por los médicos alópatas, pero también puede ser controlada en el hogar, ya sea por medio de la alimentación o mediante algunos remedios caseros.

Cuadro 33. Morbilidad médica, doméstica y tradicional en Paraíso del Grijalva, Chiapas.

Médica	Doméstica	Tradicional
Infecciones respiratorias	Gripa, tos, dolor de garganta	
Infecciones gastrointestinales	Diarrea, dolor de panza	Susto
Enfermedades de la Madre de familia	Dolor de cabeza, Fiebre, Dolor de cintura	Mal de ojo, Envidia
Enfermedades de la Piel	Quemaduras de sol, Nacidos	Mal de ojo, Envidia
Accidentes: Machetazos, Caídas de caballo, Quemaduras, Riñas callejeras.	Cortadas, Torceduras, Heridas por machete	Zafaduras, Enfriamientos
Diabetes	Azúcar	
Fiebre	Dolor de cabeza, escalofrío, Inapetencia	Tristeza
Migraña	Dolor de cabeza	Mal de ojo
Infecciones vías urinarias	Dolor de riñón	Envidia

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas 2009.

Las infecciones de vías urinarias pueden ser atendidas por cualquiera de las tres estrategias curativas: el alópata con medicamentos, el doméstico mediante remedios caseros que van desde tomar mucha agua, hasta la toma de tés preparados a base de *riñonina*³¹, y el sistema tradicional mediante limpias y barridas.

Todas estas estrategias de atención a la salud son expresiones socioculturales que responden a las formas de relacionarse con el ambiente y han cambiado a través de los años, de la misma manera que se van adecuando a nuevas circunstancias.

³¹ La *riñonina* (*Ipomoea pes-caprae* (L.) R. Br.) es una hierba postrada. Hojas acorazonadas de consistencia carnosa; flores de color rosa o morado con forma de campana muy vistosas. Los frutos son esponjosos y al secarse se abren, contienen abundantes semillas. A la *riñonina* se le emplea principalmente para curar afecciones de los riñones, especialmente cuando hay inflamación o dolor (V. dolor de riñón); aunque también se indica contra el mal de orín, las reumas, la lumbalgia, la disentería, el asma, el dolor de cintura, así como en piquetes ocasionados por animales ponzoñosos; cuando hay inflamación vaginal y para bajar la fiebre. Además, la gente le atribuye cualidades como purgante y antiséptico urinario. De todos estos usos, no se hace referencia a su forma de preparación ni de administración (Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, 2010).

5.12 Toma de decisiones en el proceso S/E/A en las familias de Paraíso del Grijalva, Chiapas.

Una manera más de abordar cómo las mujeres y hombres que encabezan una familia en Paraíso del Grijalva viven la salud y la enfermedad es conocer cuáles son los pasos que siguen en el momento en que alguno de los integrantes de la familia o ellos mismos sufre alguna enfermedad.

Para conocer un poco acerca de esta problemática les hice la siguiente pregunta: *¿Qué hace cuando alguno de los integrantes de la familia se enferma?*

Cabe mencionar que las respuestas hacen mayor alusión a la búsqueda de atención para algún miembro de la familia, casi nunca se refieren a ellos mismos. Las respuestas de los entrevistados fueron las siguientes,

El 50.7% de los entrevistados dice acudir directamente con el médico cuando alguno de sus hijos se enferma, las dos opciones con las que cuenta es llevarlo directamente a la cabecera municipal o acudir al centro de salud de la comunidad.

Solo el 11% acude al médico en caso de presentarse alguna enfermedad personal, debido al fuerte gasto que representa. Para ellos prefieren la auto-atención.

Un 30.6% recurre a la auto-atención en caso de que algún miembro de la familia se encuentre enfermo, esta puede ser mediante un remedio casero (9%) o la toma del algún medicamento recetado con anterioridad (14%) o la combinación de ambos (7.6%). Cabe mencionar que esto es considerado solo como una primera instancia, pero si no ven u observan mejorías con la automedicación acuden al centro de salud o al médico particular.

El 9.3% de los entrevistados elige un modelo de atención a la salud de acuerdo a los síntomas que presenta su hijo.

Un elemento importante en la toma de decisiones cuando alguno de los integrantes de la familia se enferma consiste en reconocer cómo y cuando los padres identifican que el hijo tiene un problema de salud.

Por un lado, tenemos a quienes se enteran de la enfermedad de sus hijos a través de los síntomas de la misma (32%), es decir presencia de diarrea, vómitos, dolor de cabeza, incremento de la temperatura; el grado de expresión y la frecuencia de estos síntomas es determinante para sospechar alguna enfermedad o al menos algún problema de salud.

Pero hay quienes se percatan de la enfermedad de sus hijos solo con el estado de ánimo, incluso sin que haya síntomas visibles de enfermedad:

“Me doy cuenta que están enfermos porque andan molestos, se quejan de todo, están aburridos...” (Madre de familia de 32 años).

“Su carita cambia, sus ojos se ven llorosos, es como si estuvieran muy tristes” (Padre de familia de 25 años).

Conocer quién es la persona que toma las decisiones en caso de que algunos de los miembros de la familia se encuentre enfermo, y cuál es el papel que juega el padre de familia en esta toma de decisiones, fue otro de los intereses de la presente investigación.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Cuadro 34. Toma de decisiones en el proceso S/E/A en Paraíso del Grijalva, Chiapas.

		¿Quién toma las decisiones cuando un miembro de la familia se enferma?			Total
		Madre de familia	Padre de familia	Los dos	
Sexo	Femenino	17 22,7%	12 16,0%	12 16,0%	41 54,7%
	Masculino	7 9,3%	8 10,7%	19 25,3%	34 45,3%
Total		24 32,0%	20 26,7%	31 41,3%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Si tomamos en cuenta los resultados desde su porcentaje más alto identificamos que el 32% de los entrevistados comentaron que las decisiones al momento de atender a los hijos corresponden a las madres de familia, porque piensan que son las que conviven más con ellos y las que se encuentran encargadas del cuidado de los mismos.

El 26.7% dice que son los padres de familias quienes toman las decisiones, ya que ellos al ser los principales proveedores del hogar son los que deben elegir.

Pero un porcentaje alto (41.3%) menciona que las decisiones son tomadas por ambos padres de familia:

“Los dos, mi esposa y yo lo consultamos, los hijos son de los dos” (Padre de familia de 39 años).

Si observamos los resultados a partir de lo que ellos y ellas opinan de sus parejas en la pregunta sobre ¿Quién decide la atención a seguir? Encontramos datos muy significativos culturalmente hablando. La madres de familia responden mayoritariamente que son ellas quienes deciden qué hacer (22.7%), su opinión sobre si son ellos los que pueden o no intervenir se observa en un porcentaje bajo, pero dividido, pues algunas piensan que si participan en la decisión (12%), y otras que son ambos (12%). Lo interesante es que ellas no tienen identificada la noción de que *“ambos deciden”*.

Si analizamos las respuestas de los padres de familia observamos lo contrario, su respuesta no se dirige a señalar que sean ellas las que deciden, para ellos son los dos quienes participan (25.3%), con mayor consenso y en la opinión de otros son ellos quienes deciden qué hacer.

Me parece que en buena medida esta diferencia de opiniones se debe a las formas distintas de concebir lo que es una buena o mala atención a la salud. Para los

hombres la atención a la salud es un concepto que está más asociado a resolver la enfermedad desde sus costos que va en proporción al tipo e ideal de atención que se quiere recibir, así lo he venido observando con sus percepciones, experiencias y decisiones relativas al proceso S/E/A. esto lo pude confirmar cuando les pregunté *¿quién cubre los gastos?* (Cuadro 37). Ellas y ellos respondieron con toda claridad que son los padres de familia quienes se responsabilizan de esto.

En la trayectoria curativa de los casos presentados con anterioridad, observo igualmente que el factor económico es tan determinante en el logro del alivio que va guiando al paciente y su familia a buscar distintos recursos médicos u otorgarle un alto valor cuando la ayuda y apoyo curativo prescinde de él como se observa en la trayectoria curativa de *Bartolomé*, en donde se narra que el curandero no cobró por el alivio que otorgó su tratamiento.

Mientras tanto ellas conciben la buena atención a la salud desde que tan eficaz sea el tratamiento para atender los problemas anímicos, fisiológicos y morfológicos que padecen sus hijos. Ellas perciben que hacer nada puede generar mayores problemas.

Cuadro 35. Toma de decisiones en el proceso S/E/A en Paraíso del Grijalva, Chiapas de acuerdo al tipo de religión

		¿Quién toma las decisiones?			Total
		Madre de familia	Padre de familia	Los dos	
Religión	Católica	23 30,7%	15 20,0%	25 33,3%	63 84,0%
	Testigos de Jehová	0 ,0%	3 4,0%	0 ,0%	3 4,0%
	Evangélica	1 1,3%	2 2,7%	6 8,0%	9 12,0%
Total		24 32,0%	20 26,7%	31 41,3%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Por último, decidí analizar la toma de decisiones durante el proceso S/E/A de acuerdo a la actividad económica de los entrevistados, los resultados fueron los siguientes:

Cuadro 36. Toma de decisiones en el proceso S/E/A en Paraíso del Grijalva, Chiapas de acuerdo a la actividad económica.

		¿Quién toma las decisiones?			Total
		Madre de familia	Padre de familia	Los dos	
Actividad	Ama de casa	11 14,7%	6 8,0%	10 13,3%	27 36,0%
	Artesana	5 6,7%	6 8,0%	2 2,7%	13 17,3%
	Agricultor	6 8,0%	8 10,7%	16 21,3%	30 40,0%
	Estudiante	2 2,7%	0 ,0%	0 ,0%	2 2,7%
	Chofer	0 ,0%	0 ,0%	1 1,3%	1 1,3%
	Migrante	0 ,0%	0 ,0%	1 1,3%	1 1,3%
	Sastrería	0 ,0%	0 ,0%	1 1,3%	1 1,3%
	Total	24 32,0%	20 26,7%	31 41,3%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

El 21.3% de los agricultores cree que la toma de decisiones cuando un integrante de la familia se encuentra enfermo debe ser tomada por ambos padres, la opinión de ambos deber ser escuchada para llegar al mejor acuerdo:

“Siempre que alguno de nuestros hijos se enferma platico con mi esposa para ver que vamos a hacer, los dos nos preocupamos mucho, también son mis hijos y quiero que estén bien por eso es importante elegir la mejor opción entre los dos” (Agricultor de 27 años).

El 14.7% de las amas de casa mencionan que las decisiones son tomadas por ellas mismas ya que son las que pasan más tiempo en la casa con los hijos:

“A veces si mis hijos se enferman de repente, tengo que decidir qué hacer, no puedo esperar hasta que regrese mi esposo, porque se podría poner peor,

pero cuando él llega le comento lo que hice, él me dice que está bien” (Ama de casa de 27 años)

“Si alguien en la casa se enferma, eso lo ve mi esposa, a mí no me interesan esas cosas, si necesita paga yo se la doy, pero que ella decida, yo tengo mejores cosas que hacer” (Agricultor de 47 años).

Otra cuestión de interés fue conocer quién es el que cubre los gastos en este tipo de eventualidades, el resultado fue el siguiente:

Cuadro 37. Gastos en caso de enfermedad.

		¿Quién cubre los gastos?			Total
		Madre de familia	Padre de familia	Los dos	
Sexo	Femenino	3 4,0%	31 41,3%	7 9,3%	41 54,7%
	Masculino	1 1,3%	27 36,0%	6 8,0%	34 45,3%
Total		4 5,3%	58 77,3%	13 17,3%	75 100,0%

Fuente: Trabajo de campo María Eugenia Balderas, 2009.

Como podemos observar la cuestión quedo totalmente clara, el 77.3% de los padres de familia son los que cubren los gastos en caso de presentarse problemas de salud (sin importar que se encuentren presentes o no, como mencioné anteriormente, muchos de los padres de familia se encuentran laborando en los Estados Unidos, pero siempre envían dinero para cubrir los gastos de sus hijos y esposas).

Solo el 17.3% de los entrevistados dice que los gastos son cubiertos por ambos padres (Algunas de las mujeres entrevistadas son artesanas, venden sus telas para ayudar a los gastos del hogar).

Solo el 5.3% de los entrevistados coincide en que las mujeres son las que cubren los gastos que se generan cuando algún miembro de la familia enferma. Cabe mencionar que se trata de estudiantes que contestaron la guía general de entrevista.

Discusión

Para facilitar la discusión de los resultados, la información se agrupó en cinco apartados:

a) La experiencia de enfermarse en Paraíso del Grijalva, Chiapas:

De manera general puedo afirmar que la enfermedad es vivida por los padres y madres de familia como un estado de tristeza, aburrimiento incapacidad laboral y gran preocupación, sobre todo de índole económica. Estas situaciones les generan problemas por el simple hecho de no poder desempeñar sus actividades diarias, cumplir sus roles sociales asignados y hacer las cosas que gustosamente realizan día a día. Tan angustiante es vivir la enfermedad bajo tales características que en su percepción y la equiparan con la muerte.

La salud para los pobladores de Paraíso del Grijalva es un concepto que contrasta y se complementa con la enfermedad y la muerte, la salud es percibida y experimentada como un estado óptimo que contribuye a desempeñar sus actividades cotidianas.

La capacidad para trabajar es detectada como uno de los principales indicadores de salud. Los problemas de salud que preocupan se valoran en la medida que el individuo sea capaz o no de trabajar.

Los datos obtenidos en esta investigación sugieren que los síntomas son enfermedades para los entrevistados. De la misma manera puedo decir que el medio social que rodea a los individuos puede determinar la manera en que perciben y sienten, y por consiguiente la manera en la que *"le dan nombre"* a sus síntomas.

Según Castro (2000) el bagaje cultural se presenta como el principal factor determinante y es responsable de esta variabilidad.

Los entrevistados perciben y determinan lo que pueden o no padecer de acuerdo a la influencia hegemónica del discurso biomédico, de acuerdo a normas, estigmas sociales y de género, por ejemplo, los varones suelen no mencionar como problemas de salud aquellos asociados con el alcoholismo, drogadicción o relaciones sexuales extramaritales, pero estos son acontecimientos mal calificados o mal vistos por el grupo familiar y social. Sin embargo si manifiestan padecer por accidentes derivados de sus actividades laborales, resultado estos mismos como expresiones de la enfermedad que solo ellos pueden manifestar y reconocer.

En Paraíso del Grijalva la enfermedad no es el único factor que desencadena una condición de vida vulnerable, dolorosa o angustiante; para las madres de familia las cargas morales, la pérdida o ausencia de la pareja o de sus hijos, así como el abuso sexual representan en su vida situaciones de gran preocupación. Mientras que para los padres de familia, las carencias económicas y las pérdida monetarias son su mayor motivo de angustia.

Resultó muy pertinente poder analizar las respuestas de los sujetos entrevistados considerando sus actividades económicas, pude identificar algunos resultados significativos en términos socioculturales. Por ejemplo, las amas de casa describen una variedad de situaciones y vivencias que les preocupan y angustian, estas situaciones van desde las cargas morales hasta la pérdida de la pareja o la ausencia de los hijos pasando por el abuso sexual, cabe aclarar que estas situaciones y experiencias no fueron señaladas por los varones como vivencias significativas

culturalmente hablando. Los padres de familia centran sus respuestas en acontecimientos que involucran por lo general las carencias y pérdidas económicas.

Con estos datos puedo afirmar que son las madres de familia quienes manejan términos e ideas relativas a *la mala higiene* y la *baja de defensas del organismo* como factores asociados a la causa de las enfermedades, estos son conceptos que experimentan y manejan cotidianamente en buena medida por su cercanía con el sector salud. Los varones en cambio, describen situaciones que están determinadas más que nada por sus experiencias inmediatas y más vitales, como son por ejemplo los accidentes relacionados con sus labores diarias.

Por lo tanto la enfermedad se vive más allá de tener o no signos y/o síntomas de enfermedades específicas, es decir estos son una manera de saber que algo anda mal pero decidir vivir con la enfermedad o atenderla está determinado por cuánto les impide realizar las actividades que consideran valiosas o cuánto sus problemas (sean económicos o de salud) les preocupan al grado de angustiarlos.

La enfermedad en Paraíso del Grijalva es un proceso complejo que involucra el malestar, las limitaciones físicas, el dolor, la incertidumbre, la ineficacia curativa por parte de la medicina alópata y sus altos costos monetarios.

b) Las formas de diagnosticar, las causalidades y sintomatologías en el proceso S/E/A de las madres y padres de familia de Paraíso del Grijalva:

La mayoría de los padres y madres de familia entrevistados identifican que están enfermos a partir de los síntomas que presentan (diarrea, temperatura elevada etc.)

es decir identifican a partir de su propia experiencia más que de un concepto aprendido del sector salud.

Una forma más de diagnosticar la enfermedad está asociada con el estado de ánimo de las personas. Es decir, ponen atención a ciertos síntomas que les afectan solo cuando su estado de ánimo recae o se ve afectado, de igual forma, las madres identifican que alguno de sus hijos se encuentra enfermo solo con analizar su estado de ánimo incluso sin que haya síntomas visibles de enfermedad.

Acerca del origen de las enfermedades, los padres y madres de familia coinciden que las enfermedades se originan a partir de la mala higiene, aunque cabe aclarar que son mayoritariamente ellas quienes manejan términos e ideas relativas a la mala higiene, debido a la cercanía que tienen con el sector salud. Por otro lado ellos el origen de las enfermedades con el clima y la contaminación, ya que esta en estrecha relación con sus actividades laborales.

La enfermedad también puede ser provocada por factores sociales que pueden llegar a afectar a los individuos en su estado anímico, emocional y físico. Un ejemplo de este tipo de enfermedades es la *"envidia"*. De acuerdo con Imberton (2002), estas enfermedades corresponden a un lenguaje que expresa las tensiones sociales que se producen en un contexto de competencia por los recursos disponibles.

Por último, se identifica a los malos hábitos como causantes de enfermedades sobre todo en los hombres. El consumo de alcohol, drogas e incluso las relaciones fuera del matrimonio resultan ser conductas que son muy mal vista por la familia y el grupo social y que pueden llevar incluso a la estigmatización del individuo.

Por último, los malos hábitos son conductas que afectan a la persona y que son muy mal vistas por la familia y el grupo social al que pertenecen, constituyen además otro factor relevante como causante de las enfermedades, las mujeres mencionan que vicios como el alcohol, el cigarro y las drogas son algo que afecta muchas veces a sus esposos.

c) Representaciones sociales sobre las causas de la enfermedad, el punto de vista del otro:

Las representaciones sociales de las causas de la enfermedad en la pareja, los hijos y parientes cercanos (en este caso los ancianos) a partir de la percepción de las madres y padres de familia nos acerca a las ideas, creencias e imágenes que se crean alrededor de las enfermedades que se viven en la comunidad.

Este fue un recurso interesante para profundizar sobre problemas de salud, prácticas curativas, conflictos, carencias, ideales y preocupaciones familiares y sociales. Los resultados permitieron fortalecer y dar congruencia a lo expresado previamente por los padres y madres de familia.

En Paraíso del Grijalva las mujeres en opinión de los padres de familia enferman porque se descuidan y no se atienden a tiempo por estar al pendiente del cuidado de sus hijos y cumplir sus roles sociales. Ellas confirman que efectivamente enferman por descuidarse al atender a sus hijos y esposos, lo cual puede estar generando muy probablemente otros problemas al interior del grupo familiar.

Los hombres en la opinión de las madres de familia enferman por desempeñar sus actividades laborales, las cuales pueden resultar muy pesadas. También pueden enfermar por tener actividades fuera de casa, tales como el consumo de alcohol y

drogas o por sostener relaciones sexuales fuera del matrimonio, situación que incluso puede poner en riesgo la salud de las mujeres. Por su parte, ellos identifican que sus problemas de salud se deben sobre todo a los accidentes derivados de sus actividades laborales, por el ejemplo los que pueden ser provocados por el mal manejo de los fertilizantes utilizados en el campo. Nunca manifestaron estados de ánimo como cansancio o descuido como causa de sus propias enfermedades.

De acuerdo a la opinión de los padres y madres de familia de Paraíso del Grijalva los hijos se enferman debido a los descuidos de los padres. Las mujeres argumentan que la causa principal de enfermedad para los niños son las infecciones, en cambio los varones argumentan que los hijos enferman por culpa de los descuidos de los padres.

Para los padres y madres de familia los ancianos enferman por causas naturales como la edad. Ellas piensan que es porque les faltan “defensas”, por otra parte, ellos opinan que las enfermedades de los viejos son el resultado de los descuidos y el maltrato que pueden vivir por parte de sus familiares.

Encontré diferencias culturales significativas entre las madres y los padres de familia tanto en la forma de percibir y entender la salud/enfermedad, así como en el tipo de atención que se busca. Ellas reciben una fuerte influencia por parte de los conceptos del discurso biomédico y determinan el tipo de búsqueda de atención. La enfermedad de sus hijos es más preocupante que la de ellas mismas y es diagnosticada a partir de problemas anímicos y morfo-fisiológicos. Se apegan a normas sociales en las cuales el consumo de alcohol, drogas y las relaciones sexuales extramaritales son mal vistos y por lo tanto pueden desencadenar

problemas en la salud y en sus relaciones sociales, ellos no reconocen este hecho como una causa que pueda afectar su salud y la de sus familias.

Por otro lado, ellos identifican que los descuidos y el maltrato familiar están presentes y forman parte de las circunstancias de vida que se viven al interior de la familia, sin embargo ellas no reconocen este hecho. Los padres de familia tienden a expresar sus percepciones a partir de experiencias de vida y de trabajo, perciben y dimensionan los problemas de salud a partir de los costos y tipo de atención recibida y tienden a reconocer que el "*descuido o maltrato familiar*" trae como consecuencia problemas de salud en niños y ancianos.

d) Búsquedas y experiencias vividas en la atención a la salud:

En Paraíso del Grijalva la atención alopática es un recurso buscado cuando hay un problema de salud que no puede resolverse en casa. Las madres de familia buscan ante todo la atención médica en el centro de salud de la comunidad, porque de lo contrario tiene que trasladarse hasta la cabecera municipal y pagar por el servicio privado.

La medicalización es una de las razones más importantes por las cuales acuden al médico para atender la salud, sobre todo cuando son sus hijos los que requieren ese apoyo. Si consideran que el médico las atendió mal o el tratamiento recibido fue ineficaz, piensan que el mal resultado de su curación fue por culpa de un mal diagnóstico y la falta de una buena prescripción médica.

Las madres de familia son las que se encuentran más familiarizadas y en estrecha cercanía con el discurso y atención biomédica, ya que están más en contacto con el centro de salud debido a las citas obligatorias del programa Oportunidades.

Los padres de familia están más distanciados del discurso y atención biomédica y detectan conceptos como “*negligencia médica*” como causante de problemas de salud, aunque pareciera que su percepción no depende tanto de su experiencia propia, sino de la de alguien más.

Los médicos son percibidos como profesionales que les “roban” el dinero, que no informan sus diagnósticos, que no transmiten las causas de enfermedad en un lenguaje comprensible para el paciente, que no se hacen responsables de sus pacientes, en pocas palabras contribuyen de manera significativa en hacerles percibir una sensación de incertidumbre y vulnerabilidad.

Los recursos de atención a la salud domésticos en Paraíso del Grijalva son un recurso y estrategia de atención muy usada y supera en búsqueda y uso a la medicina alopática y tradicional. Los remedios van desde el uso de tés preparados a base de hierbas con propiedades curativas, hasta el uso de medicamentos prescritos con anterioridad por algún médico y que alguna vez fueron eficaces en la curación de algún padecimiento o enfermedad.

Son las madres de familia quienes conocen una mayor variedad de hierbas medicinales, estas son utilizadas para curar los problemas de salud primarios que pudieran presentar ellas mismas, sus hijos o algún familiar.

Según Huicochea (2009), la ineficiencia de la alopátia no es la única razón por la cual un enfermo recurre a un curandero. En muchas ocasiones se busca apoyo con los médicos tradicionales o se usan recursos domésticos como primera opción.

Acudir con un médico tradicional o curandero es una de las estrategias de atención a la salud que las familias tienen como una segunda o tercera opción pero no puedo

decir que sea poco demandada. Considero que más bien hay problemas para confesar y mencionar su utilidad y uso. Al parecer son los agricultores quienes tienen menos problema por manifestar su uso o acudir con mayor frecuencia con algún curandero.

Las enfermedades en las cuales la medicina alopática fue poco efectiva y determinó el uso de recursos tradicionales y domésticos fueron: *el "susto", "mal de ojo", "los nacidos"*; el dolor de estómago, dolor de cabeza y los problemas de riñón.

Las personas con una adscripción religiosa diferente a la católica manifestaron haber recibido por lo menos en alguna ocasión este tipo de atención, pero eso sí, dejando muy en claro que fue antes de su conversión.

e) Toma de decisiones en la búsqueda de atención a los problemas de salud que se viven en paraíso del Grijalva:

De acuerdo a la opinión generalizada de los entrevistados, las madres de familia son quienes por lo regular y de manera inicial deciden qué hacer cuando algún integrante de su familia enferma. Sin embargo en un análisis más fino y profundo sobre lo que es enfermarse, y aludiendo a que la enfermedad es un proceso largo que involucra experiencias, emociones, puntos de vista, creencias, prácticas culturales y condiciones económicas que pueden llevar a empeorar el estado de salud un paciente, pude identificar que los padres de familia también toman decisiones tan determinantes como las madres de familia.

Sus decisiones pueden conducir al familiar o a sí mismos a usar recursos alternativos que terminan por definir la causalidad de la enfermedad o padecimiento así como de los tratamientos requeridos. Son ellos quienes perciben que ambos

padres son quienes deciden que hacer en toda la trayectoria curativa que sigue un enfermo.

Fue muy significativo identificar que los varones son quienes señalan factores como la negligencia, la mala prescripción y atención, así como el maltrato por parte de los médicos como causas que determinan la búsqueda y trayectoria de atención y va más allá del contexto doméstico.

Conclusiones

Los resultados de esta investigación me permitieron comprender como se articulan los conceptos médicos modernos en la racionalidad comunitaria preexistente de los pobladores de Paraíso del Grijalva, esta racionalidad se nutre de otros elementos de la realidad, como son los saberes médicos provenientes de las estrategias de atención a la salud encontradas en las familias y sus condiciones materiales de vida.

En Paraíso del Grijalva se encontraron tres estrategias de atención a la salud. En caso de enfermedad, las familias utilizan recursos procedentes tanto de la medicina alópata como de la medicina tradicional, aunque la estrategia de atención más utilizada es la doméstica.

Gracias a los conocimientos que mantienen y reproducen las madres y padres de familia y los curanderos, las familias pueden combinar cuidados y tratamientos de las tres estrategias de atención de manera paralela. Este proceso se lleva a cabo por las mismas experiencias de enfermedad, los saberes y prácticas domésticas y tradicionales son eficaces y su reproducción permite que todas las formas de atención convivan con las circunstancias socioculturales y económicas de las familias de Paraíso del Grijalva.

Las percepciones y representaciones sociales del proceso S/E/A están determinadas en buena medida por el discurso biomédico, sobre todo en las madres de familia. Sin embargo a pesar de esta hegemonía discursiva, la eficacia y calidad de atención prescrita no cubre las necesidades y demandas de los habitantes de Paraíso y a veces solo controla momentáneamente el problema.

Algunos de los entrevistados manifestaron acceder solo inicialmente al servicio médico público, pero en realidad identifican la atención brindada es precaria, otros señalaron que recibieron apoyo de médicos particulares de la cabecera del municipio, pero que dicho apoyo no fue necesariamente un alivio para sus males. De esta manera el médico alópata forma parte de un complejo sistema de estrategias de atención a la salud a las cuales pueden recurrir un enfermo y su familia. La atención recibida les permitirá evaluar, medir y conocer la causa de sus males, pero sobre soto obtener el tratamiento más eficaz.

Pero la enfermedad es un proceso tan complejo que no logra aliviarse solo con buenos medicamentos, sino que acontecen experiencias diversas, determinantes socioculturales y carencias económicas. En conjunto, estos factores deben considerarse al momento de buscar y/o mejorar la salud de las familias.

Así mismo, ellas y ellos manifestaron una diversidad de conflictos personales/maritales que conducen a reconocer una diversidad de problemas de salud que suelen ignorarse o minimizarse, por ejemplo, el alcoholismo, la drogadicción y la actividad sexual fuera del ámbito marital en los varones o bien el descuido o maltrato a los más vulnerables de la familia, situaciones que requerirán un estudio y análisis más profundo.

Así mismo identifiqué fuertes conflictos entre las familias de Paraíso del Grijalva derivados de la escasez de recursos económicos y materiales en los que viven, lo cual deriva en competencias, rivalidades y traiciones que llenan de tensión la vida cotidiana de la comunidad.

Para concluir, puedo decir que las madres de familia efectivamente son quienes inicialmente y solo inicialmente deciden qué hacer y qué pasos seguir cuando algún integrante de la familia se enferma, pero dado que la enfermedad no es episodio bien delimitado sino que es todo un largo proceso que involucra malestares, limitaciones físicas y dolor, las creencias y prácticas culturales, así como los determinantes económicos aunado a las vivencias personales, familiares y las que se desprendan de la relación con los diferentes médicos a los que se recurre, el padre de familia resulta ser una pieza determinante en toda esta trayectoria de búsqueda de atención a la enfermedad.

Propongo que en vez de hablar de una figura femenina o masculina, se hable de la serie de experiencias recibidas en los tratamientos, las creencias, los saberes o prácticas culturales de los sujetos, así como las condicionantes económicas e ideológicas en la comunidad como las que determinan qué pasos y caminos hay que seguir cuando un integrante de la familia enferma.

Literatura citada:

- Arganis, E. 1993. Las enfermedades desde un enfoque antropológico: epidemiología sociocultural y síndromes de filiación cultural. *YOLPAHTLI. Servicios de salud con calidad Intercultural en pueblos Amerindios*. México.
- Benez, M. 2008. Percepciones de la calidad y de la gestión de las aguas superficiales de la cuenca de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México. *Tesis de Doctorado en Ciencias en Ecología y Desarrollo Sustentable. El Colegio de la Frontera Sur*. México 146 p.
- Barragán, A. 2007. La enfermedad como experiencia: problema de investigación de la antropología física. En: León, B., F. Peña (Coord.) *Antropología física, salud y sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos. X Aniversario de la línea de investigación. PROMEP, ENAH, INAH, CONACULTA*. México. 97-116 pp.
- Berenzon-Gorn, S., E. Ito-Sugiyama, L.A. Vargas. 2006. Enfermedades y padeceres por los que se recurre a terapeutas tradicionales de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 48: 45-56.
- Bernard, H. 1994. Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches. *SAGE, 2da Edition, California*. 112-122 pp.
- Bolom, F. 2008. Algunas notas sobre la relación entre los tzotziles de Carranza, Chiapas, con su entono natural. *PROIMMSE-IIA.UNAM*. México
- Castro, R. 2002. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. Cuernavaca, Morelos. 539 p.
- Comisión Nacional para el Conocimiento y uso de la biodiversidad, 2010. Índice de especies. México.
- Consejo Estatal de Población de Chiapas. 2002. Diagnóstico Sociodemográfico y Económico; elementos para una planeación municipal: Venustiano Carranza, Chiapas, México.
- Consejo Nacional de Población 2005. Índices de marginación a nivel localidad. Chiapas, México.
- Cortés, B. 2007. Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. *Nueva Antropología*, XVI. México. pp. 89-115.
- Denzin K. 2000. Un punto de vista interpretativo. En: Denman C. y Haro A. (Comp.) *Por los rincones, Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. El Colegio de Sonora. pp. 147-206

Díaz de Salas, M.

1963 Notas sobre la visión del mundo entre los tzotziles de Venustiano Carranza. *La palabra y el Padre de familia*. V. 26, Abril-Junio. Xalapa, México. 253-267 pp.

1998 La familia y el grupo doméstico en Venustiano Carranza, San Bartolomé de los Llanos, Chiapas. *Anuario 1998. Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas*, México. 264-282 pp.

Estudillo, M. L.; H. J. Sánchez, H. Ochoa, G. Freyermuth, J. A. Flores, M. Martín-Mateo, 2004. La salud y el uso de los servicios de salud por las Madres de familiaes de las áreas urbana y rural en las zonas de alta y muy alta marginación socioeconómica de la región fronteriza de Chiapas. *Estudios Demográficos y Urbanos, Vol. 20, 2: 59*. México. 309-339 pp.

Frenk, J.; J.L. Bobadilla, C. Stern, T. Frejka, R. Lozano, 1991. Elementos para una teoría de la transición en salud. *Salud Pública de México*. Vol. 33: 448-462.

Freyermuth, G. 2000. Morir en Chenalhó: Género, etnia y generación, factores consecutivos del riesgo durante la maternidad. *Tesis de Doctorado en Antropología. Universidad Nacional Autónoma de México*. México. 565 p.

Foster, G. M. 1974. La sociedad campesina y la imagen del bien limitado. En Leopoldo J. B. y E. Gorostiaga (Compiladores) Estudio sobre el campesinado Latinoamericano: La Perspectiva de la Antropología Social. Ediciones Periferia. Argentina.

Goicochea, A. 2003. Los imaginarios migratorios, el caso ecuatoriano. Editorial Abya-Yale. Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, Perú.

Guber, R. 2001. La etnografía: Método, campo y reflexividad. Grupo Editorial Norma. Bogotá, Colombia. 146 p.

Huicochea, L.

2009 Cuerpo, percepción y enfermedad: un análisis sobre las enfermedades musculoesqueléticas en Maltrata, Veracruz. *UNAM- IIA, El Colegio de la Frontera Sur*. México.

2009 Experiencias y prácticas curativas de las familias de cuatro comunidades de Calakmul, Campeche. Búsqueda y uso de recursos de atención alopáticos, tradicionales y domésticos. En: *Estudios de Antropología Biológica, XIV-II*. México. 449-469.

Icaza, M. 1990. La organización comunitaria y la promoción de la salud. En: Zubirán S. H. Ávila (Coord.) La nutrición y la salud de las madres y los hijos

mexicanos. De la atención de la salud y la formación de la pareja al parto y al puerperio. Fondo de Cultura Económica. México. 33-40 pp.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2005. II Censo de Población Vivienda. Perfil Sociodemográfico, Chiapas, México

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2000. XII Censo General de población y vivienda. Chiapas, México.

Imberton, G. 2002. La vergüenza: enfermedad y conflicto en una comunidad chol. Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y Sureste. UNAM. México. 165 p.

Le Breton, D. 1991. Antropología del cuerpo y modernidad. Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina.

Lerín, S. 2004. Antropología Médica: un primer estudio que documenta el papel de la Madre de familia en la participación social. *PROIMMSE-IIA-UNAM*. México.

Litmaman, T., M. Venters. 1979. Research on health care and the family: A methodological review. *Social Science Medicine*, 13: 379.

López, O., J. Blanco. 2006. Salud y nuevas políticas sociales en México. En: Alonso, L., F. Peña (Coords.) *Cambio social antropología y salud*. CONACULTA, INAH, Promep. México, 15-26.

Lutz, B. 2008. Escribir la Antropología: del texto al contexto. En Revista MAD No. 19, Septiembre de 2008. Departamento de Antropología. Universidad de Chile. pp. 1-16

Martínez, F. 2002. Enfermedad y padecer: Ciencia y humanismo en la práctica médica. *Anales Médicos del Hospital ABC*. Vol. 47:2. Abril-Junio. 112-117 pp.

Merleau-Ponty, M. Fenomenología de la percepción. *Fondo de Cultura Económica*, España.

Menéndez, E.

1984 Hacia una práctica médica alternativa: Hegemonía y auto atención (gestión) en salud. *CIESAS*. México.

1992 Auto atención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes. En: Campos, R. *La antropología médica en México. Tomo 1. Antologías Universitarias, nuevos enfoques de las ciencias sociales. Instituto Mora. Universidad Autónoma Metropolitana, México*. 141-185 pp.

1992 Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto atención. Caracteres estructurables. En: Campos, R. *La antropología médica en México. Tomo 1. Antologías Universitarias, nuevos enfoques de las*

- ciencias sociales. Instituto Mora. Universidad Autónoma Metropolitana. México, 97-114.*
- 1993 Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica. En: Mercado, F., Denman, C., Escobar, A., Infante, C., Robles, L. (Coords.) Familia, salud y sociedad. *Experiencias de investigación en México. Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, CIESAS, El Colegio de Sonora.* México, 130-162.
- 2002 La parte negada de la cultura: Relativismo, diferencias y racismo. Ediciones Bellaterra. Barcelona 367 p.
- Molina, V. 1976. San Bartolomé de los Llanos, una urbanización frenada. *Centro de Investigaciones Superiores, INAH.* México. pp. 239.
- Morales, J.M. 1985. San Bartolomé de los Llanos en la historia de Chiapas. *UNACH.* México. 463 p.
- Moscovici, S. 2002. La representación social, un concepto perdido. En: Moscovici, S. *El psicoanálisis, su imagen y su público. Editorial Huemul. Buenos Aires.* 27-44 pp.
- Osorio, R. M.
- 2001 Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. *Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. INI. CIESAS, CONACULTA-INAH.* México. 275 p.
- Page, J. 2007. Cosmovisión y religión como determinantes de las formas que adquiere la prevención de la salud entre los tzotziles tradicionalistas de Chamula, y Chenalhó, Chiapas. En: Ramírez, J.L. (Coordinador) *Enfermedad y religión, el vínculo de la metáfora entre lo mórbido y lo religioso. Universidad del Estado de México.* 139-165 pp.
- Patiño, M. 2005. Representaciones sociales, percepciones e imaginarios de jóvenes ecuatorianos artesanos/indígenas y artistas/estudiantes, inmigrantes en Francia. En: Alternativas: Cuadernos de Trabajo social. No. 13. Universidad de Alicante. España. pp. 165-195.
- Pedersen, D. 1989. Curanderos, Divinidades, Santos y Doctores. *América Indígena. XLIX: 4. Octubre-Diciembre,* México. 635-663 pp.
- Pedraza, R. 2004. Los olvidados de Dios, Fraccionalismo Político en Venustiano Carranza, Chiapas. La alianza San Bartolomé de los Llanos. *Tesis de Licenciatura en Etnohistoria. Escuela Nacional de Antropología e Historia.* México. 149 p.
- Renard, M. C. 1998. Los Llanos en llamas, San Bartolomé, Chiapas. *Claves Latinoamericanas, Universidad Autónoma Chapingo.* México. 300 pp.

- Rodríguez, G.; J. Gil, E. García. 1996. Metodología de la investigación cualitativa. *Ediciones Aljibe*. Málaga. 378 p.
- Rubel, A. J. 1976. Changing processes of Leadership recruitment in San Bartolome de los Llanos, Chiapas. *Universidad Nacional Autónoma de México*. México. 43 p.
- Salovesh, M. 1965. Pautas de residencia y estratificación entre los mayas: algunas perspectivas de San Bartolomé, Chiapas. *Estudios de Cultura Maya*. V. UNAM. México. 317-337 pp.
- Sánchez, O. 2008. Ritual y simbolismo en los procesos de salud/enfermedad/atención en la configuración de la persona tzeltal del municipio de Yajalón, Chiapas. PROIMMSE-IIA-UNAM.
- Secretaría de Desarrollo Social, 2010. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. En línea: <http://www.oportunidades.gob.mx>
- Secretaría de Salud, 2005. Información Epidemiológica de Mortalidad. Chiapas. Versión Ejecutiva. México.
- Servicio de Administración Tributaria, 2009. Salarios mínimos. Chiapas, México.
- Soto, F.; J. Lacoste, R. Papenfuss, A. Gutiérrez, 1997. El modelo de creencias de salud: Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Salud Pública de México*. Vol. 71, 4 Julio- Agosto. México. 335-341 pp.
- Vargas, L. M. 1998. Los colores lacandones: la percepción visual de un pueblo maya. *Colección Científica. Instituto Nacional de Antropología e Historia*. México. 117 p.
- Verduzco, C. 1966. Los factores que han propiciado e inhibido el proceso de aculturación en Venustiano Carranza, Chiapas. *Tesis de Maestría en Ciencias Antropológicas, Escuela Nacional de Antropología e Historia*. México. 105 p.
- Yáñez, C. 1998. Sociología de la vida cotidiana. Ediciones Cátedra, 2º Edición. Madrid, España.
- Zolla, C. 2004. La salud de los pueblos indígenas de México, en http://www.crmsv.org/Presentaciones/Carlos_ZollaSaluden_Poblaciones_Indigenas.ppt
- Zolla, C.; S. del Bosque, A. Tascon, V. Mellado. 1988. Medicina tradicional y enfermedad. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México.
- Zolla, C. y Mata, S. 2010 Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. En línea: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/>

ANEXOS

ANEXO 1

LAS FAMILIAS Y EL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN EN PARAÍSO DEL GRIJALVA, MUNICIPIO DE VENUSTIANO CARRANZA, CHIAPAS.

Guía general de entrevista sobre el proceso salud-enfermedad-atención

Datos socioeconómicos:

Fecha de registro:
Registró:
Lugar:
Encuestador:
Dirección:
1. Nombre:
2. Sexo:
3. Edad:
4. Fecha de Nacimiento:
5. Lugar de Nacimiento:
6. Años de residencia en la comunidad:
7. Estado civil:
8. Escolaridad:
9. Actividad:
10. Lengua:
11. ¿Qué miembro de la familia es?
12. Número de personas que viven en casa:
13. Régimen de tenencia: Propietario Alquiler Prestado
14. Materiales de techo:
15. Piso:
16. Tipo de servicio de agua:
17. Eliminación de la basura:
18. Número de miembros de la familia que trabajan:
19. Actividades:
20. Religión:
21. Ingreso familiar aproximado:
22. Hijos:

23. ¿Para usted que es estar enfermo?
24. ¿Cuándo se siente mal? ¿Qué es lo que más le disgusta, Porqué?
25. ¿Qué es lo peor que le puede pasar a una persona?
26. ¿Cree que enfermarse es un castigo?
27. ¿De dónde vienen las enfermedades?, ¿Por qué?
28. ¿Qué es tener buena salud?
29. ¿Por qué cree se enferma una persona?

Madre de familia:
Padre de familias:
Niños:
Ancianos

30. ¿Es difícil que se curen o de qué depende?
31. ¿Cree usted que pueden haber personas que no se enfermen, por qué?

32. ¿Cree que hay personas que siempre estén enfermas, Por qué?
33. ¿Hay enfermedades raras o desconocidas por un médico, que solo usted las conozca, Cómo cual, Cómo la nombra, Cómo se siente, Cómo se cura?
34. ¿Cree usted que siempre han habido las mismas enfermedades todo el tiempo o han cambiado, Por qué, Cómo cuál?
35. ¿Hay alguna enfermedad que no se cure con nada, Por qué, Qué hace?
36. ¿En general cómo es su estado de salud?
37. ¿Cómo sabe que usted está enfermo?
38. ¿Cuál es la enfermedad más grave que ha padecido?

De niño:
De adolescente:
De joven:
De adulto:
Últimamente:

39. ¿Con quién acude cuando tiene problemas de salud?

Clínica
Médico particular:
Enfermera:
Curandero:
Utiliza remedios caseros
Ejemplos:
Medicamentos:

40. ¿Sabe qué hace un médico?
41. ¿Cuáles son las fallas del médico?, ¿por qué hay gente que no confía? ¿Sabe que hace un curandero?
42. ¿Sabe usted qué hacen, qué curan, cómo lo hacen?
43. ¿Sabe por qué hay curanderos?
44. ¿Usted o alguien de su familia ha consultado a un curandero y por qué, cómo lo curó?
45. ¿Cómo supo que tenía que ir con alguno de ellos?
46. ¿Es fácil encontrar alguno?
47. ¿Siempre han habido curanderos?
48. ¿Lo conoce de hace tiempo?
49. ¿Cuántos conoce?
50. ¿Va mucho con curanderos?
51. ¿Antes de ir con ellos va con un médico, por qué?
52. ¿Qué hace usted cuando alguno de sus hijos se enferma?
53. ¿Cómo reconoce que algún miembro de su familia está enfermo?
54. ¿Qué les da cuándo se enferman?, si no funciona lo que les da ¿a dónde lo lleva?
55. ¿De qué se enferman más en Paraíso del Grijalva?
56. ¿Quién es el que toma las decisiones cuando alguien de la familia se enferma?
57. ¿Quién cubre los gastos?
58. ¿Ahorran algún dinero para imprevistos de salud?

ANEXO 2

LAS FAMILIAS Y EL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN EN PARAÍSO DEL GRIJALVA, MUNICIPIO DE VENUSTIANO CARRANZA, CHIAPAS.

Guión de entrevista para médicos alópatas.

No. de cédula	Fecha de registro:	Registró:	Lugar:
---------------	--------------------	-----------	--------

DATOS GENERALES DE ENTREVISTADO

Nombre:	Edad:	Sexo:
Fecha de nacimiento:	Lugar de origen:	Lugar de residencia:
Escolaridad:	Estado civil:	Tiempo de ejercer:

1. ¿Cuánto tiempo tiene trabajando en este centro de salud?
2. ¿Usted eligió trabajar en este lugar, por qué?
3. ¿Cuáles son sus actividades dentro del centro de salud?
4. ¿Qué horario de servicio tiene el centro de salud?
5. ¿Cuenta con los medios y recursos básicos para trabajar?
6. ¿Qué tipo de población es la que acude con usted para ser atendida?
7. ¿Cuáles son los principales problemas de salud en niños, jóvenes, adultos y ancianos de ambos sexos?
8. ¿Hay enfermedades que se presenten de manera diferencial durante el año, por qué?
9. ¿Cuál considera que sea el principal problema de salud en la comunidad?
10. ¿Por qué?
11. ¿Qué hace el sector salud para atender estos problemas?
12. ¿Cuál ha sido el principal problema al que se están enfrentando como sector salud?
13. ¿De qué manera considera que se podrían mejorar las condiciones de salud de la comunidad?
14. ¿Qué otras actividades desempeña dentro del centro de salud?
15. ¿La gente tiene que cubrir algún tipo de costo para acceder al servicio?
16. ¿Considera que la atención que brinda el centro de salud es de calidad?
17. ¿Si estuviera en sus manos que haría para mejorar el servicio?
18. ¿Para usted que es estar enfermo?
19. ¿Cuando usted se enferma a donde acude?
20. ¿De qué se ha enfermado usted últimamente?
21. ¿Qué síntomas presentó?
22. ¿Donde se atendió?
23. ¿Qué tipo de atención recibió?

ANEXO 3

LAS FAMILIAS Y EL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN EN PARAÍSO DEL GRIJALVA, MUNICIPIO DE VENUSTIANO CARRANZA, CHIAPAS.

Guión de entrevista para médicos tradicionales.

No. de cédula	Fecha de registro:	Registró:	Lugar:
---------------	--------------------	-----------	--------

DATOS GENERALES DE ENTREVISTADO

Nombre:	Edad:	Sexo:
Fecha de nacimiento:	Lugar de origen:	Lugar de residencia:
Escolaridad:	Estado civil:	Tiempo de ejercer:

1. ¿Qué es lo peor que le puede pasar a una persona?
2. ¿Cree que enfermarse es un castigo?
3. ¿De dónde vienen las enfermedades, Por qué?
4. ¿Qué es enfermarse?
5. ¿Qué es tener buena salud?
6. ¿Por qué se enferma una persona: mujer, hombres, niño o anciano?
7. ¿Es difícil que se curen o de qué depende?
8. ¿Cree usted que pueden haber personas que no se enfermen, por qué?
9. ¿Cree que hay personas que siempre estén enfermas, Por qué?
10. ¿Hay enfermedades que no son enfermedades?
11. ¿Hay enfermedades raras o desconocidas por un médico, que solo usted las conozca, Cómo cual, Cómo la nombra, Cómo se siente, Cómo se cura?
12. ¿Cree usted que siempre han habido las mismas enfermedades todo el tiempo o han cambiado, Por qué, Cómo cuál?
13. ¿Hay alguna enfermedad que no se cure con nada, Por qué, Qué hace?
14. ¿En general cómo es su estado de salud?
15. ¿cómo sabe que está enfermo?
16. ¿Cuál es la enfermedad más grave que ha padecido?

De niño:
De adolescente:
De joven:
De adulto:
Últimamente:

17. ¿Con quién acude cuando tiene problemas de salud?

Clinica
Médico particular:
Enfermera:
Curandero:
Utiliza remedios caseros
Ejemplos:
Medicamentos:

18. ¿Sabe qué hace un médico?
19. ¿Cuáles son las fallas del médico?, ¿por qué hay gente que no confía?
20. ¿Antes de ir con ellos va con un médico, por qué?
21. ¿Cómo se hizo Curandero- huesero?
22. ¿Sus conocimientos son parecidos al de un médico? ¿Por qué?

23. ¿De esto vive?
24. ¿Le gustaría que alguien de sus parientes o familiares se hiciera curandero-huesero?
25. ¿Sabe que hace un médico?
26. ¿Cuáles son las fallas del médico?, ¿por qué hay gente que no confía?
27. ¿Sabe que hacen otros curanderos? ¿Por qué hay hueseros?
28. ¿Se dedica mucho tiempo a curar?
29. ¿Le gusta? ¿Qué no le gusta?
30. ¿Hace cosas o tiene conocimientos que otros curanderos no tienen?
31. ¿Viene mucha gente a visitarlo? ¿Quiénes vienen?
32. ¿Por qué y para qué?
33. ¿Cuáles son los problemas que más trata?
34. ¿Cuándo es la época en que más trabaja?
35. ¿Los más difíciles?
36. ¿De qué depende su curación?
37. ¿Cuáles son las causas de sus problemas? ¿Qué refiere la gente?
38. ¿Cómo empieza a tratarlos?
39. ¿Qué cosas no cura?
40. ¿Qué remedios o tratamientos da? ¿De qué depende? ¿Cuánto tiempo?

ANEXO 4

Ilustración 2. Croquis de los hogares encuestados en Paraíso del Grijalva, Chiapas.



ANEXO 5.

Representaciones sociales, prácticas curativas y el papel de las madres y padres de familia en la atención a la salud en Paraíso del Grijalva, Chiapas.

María Eugenia Balderas Correa^{*}, Laura Huicochea Gómez^{**} Angélica Aremy Evangelista García^{***}

Resumen

En este trabajo hacemos referencia a las representaciones sociales, percepciones y prácticas curativas de las madres y padres de familia de Paraíso del Grijalva. Se analiza si el papel que desempeñan las madres y los padres de familia en la atención a la salud está determinado por dichas representaciones y prácticas curativas.

El cumplimiento de los roles y actividades cotidianas, la presencia de la perspectiva biomédica en la comunidad, la movilidad que hay por parte de los varones hacia ciudades y centros turísticos, la presencia de iglesia no católicas y los valores y/o normas sociales de algunos padres determinan algunas de las representaciones de la salud y la enfermedad de los hombres y mujeres que encabezan las familias de Paraíso del Grijalva, Chiapas.

Palabras clave: representaciones sociales, prácticas curativas, salud-enfermedad, Paraíso del Grijalva, Chiapas.

Introducción

Por lo regular la madre de familia es quien inicialmente diagnostica y decide qué hacer o a dónde dirigirse cuando de problemas de salud primarios se trata sobre todo de sus hijos más pequeños. Ella suele tomar parte de las decisiones o es frecuentemente quien decide y da continuidad al tratamiento (Osorio, 2001). La poca participación o ausencia del hombre durante el proceso salud/enfermedad/atención (S/E/A) ha sido verificada por varias

^{*} . Estudiante de Maestría en Ciencias Recursos Naturales y Desarrollo rural. . El Colegio de la Frontera Sur. Licenciatura en Antropología Física. Correo-e: maebac@hotmail.com

^{**} Profesora-investigadora. Doctorado en Antropología. Área de Investigación Culturas y educación. El Colegio de la Frontera Sur. Correo-e: lhuicochea@ecosur.mx

^{***} Técnica académica. Doctorado en Ciencias Sociales y Humanísticas. Área de investigación Género y políticas públicas. El Colegio de la Frontera Sur. Correo-e: aevangel@ecosur.mx

investigaciones (Browner, 1989; Dean, 1986; Litman, 1979 en Osorio 2001). Lo que constata en todos los sectores sociales es que el padre/esposo es un ausente o interviene limitadamente debido a la existencia de una división del trabajo al interior del grupo familiar (Menéndez, 1993:139). Sin embargo no se ha hecho una evaluación respecto a si esos roles sociales que juegan la madre y el padre en el proceso S/E/A son así de determinantes, presentan matices o bien si están definidos por el contexto en que viven y presentan la salud y la enfermedad.

El presente estudio se realizó en la comunidad de Paraíso del Grijalva del municipio de Venustiano Carranza, Chiapas. Según el INEGI (2000) La mayor parte de la población es hablante de de lengua tzotzil (4.226 hablantes). A partir de una serie de entrevistas cortas aplicadas a 75 madres y padres de familia acerca de su percepción sobre la salud, la enfermedad, sus causas, síntomas y la atención que buscan y reciben pudimos registrar las representaciones sociales, percepciones y prácticas curativas de algunas familias.

La información obtenida es de carácter cualitativo y cuantitativo, se complementó con la elaboración de dibujos realizados por seis niños de entre 3 y 12 años de edad. Los resultados dieron cuenta de las experiencias, representaciones, percepciones y prácticas que las familias de Paraíso del Grijalva viven, reproducen, significan y valoran. Observamos que los roles sociales que desempeñan en la sociedad, la presencia imperante del sistema biomédico en la comunidad, la movilidad de algunos varones que trabajan esporádicamente en centros turísticos o grandes ciudades, la presencia de iglesias protestantes y las actividades que desempeñan cotidianamente son el marco social que acompaña a las representaciones sociales, percepciones y prácticas curativas que determinan en buena medida el papel que juegan los hombres y mujeres en Paraíso del Grijalva, Chiapas en el proceso S/E/A.

Características generales del área de estudio

La comunidad de Paraíso del Grijalva se localiza en el municipio de Venustiano Carranza, en el estado de Chiapas. Limita al norte con la comunidad de San Francisco, al este con el

poblado de Pujiltic y al suroeste con el río Grijalva. Cuenta con 2033 habitantes, 1037 son hombres y 996 son mujeres, según el censo de población y vivienda de 2005, tiene una tasa de crecimiento poblacional del 2%. El clima predominante en la región es cálido-sub húmedo con lluvias en verano; los meses más calurosos son marzo y abril; los meses más lluviosos son de mayo a septiembre. El régimen de precipitación en el municipio es de una precipitación pluvial de 1,526.9 mm al año, los vientos se dirigen de norte a sur generalmente. Se presenta una estación seca de octubre a mayo y una húmeda de junio a septiembre (Molina, 1976). Se localiza a solo 21 km de la cabecera municipal. La principal vía de comunicación para llegar al municipio de Venustiano Carranza es la carretera Tuxtla-Angostura-Comitán que se encuentra en regulares condiciones de pavimentación.

La comunidad cuenta con un jardín de niños, una escuela primaria y una telesecundaria. Hay una iglesia católica, así como también la presencia de miembros pertenecientes al Ministerio Internacional Vida Nueva, Jesús Paraíso de Dios, adscritos a la Iglesia Evangélica.

Condiciones materiales de vida en Paraíso del Grijalva Chiapas

Paraíso del Grijalva cuenta con 194 viviendas habitadas, las cuales tienen energía eléctrica, agua entubada y drenaje. El servicio de agua suele ser muy irregular, por lo que las personas tienen que acarrearla del río de acuerdo a la necesidad. El agua, tanto entubada como acarreada sólo es utilizada únicamente para labores domésticas. El agua de consumo personal se adquiere embotellada o bien la hierven. Los desechos inorgánicos son quemados al aire libre o son desechados en áreas comunes, mientras que los orgánicos son arrojados en los huertos familiares para servir como abono natural o bien son utilizados para alimentar a algunos animales de traspatio como perros y cerdos. Estas condiciones de vida propician que proliferen problemas de salud infecciosos respiratorios y gastrointestinales. La comunidad de Paraíso del Grijalva se dedica a la agricultura, la fuerza de trabajo de la familia, sobre todo la de los hombres es fundamental. Las familias se dedican principalmente al cultivo de maíz y

frijol. El trabajo asalariado es en su gran mayoría para los hombres. Las mujeres atienden el hogar, se encargan de la preparación de alimentos y del cuidado de los hijos. Algunas mujeres elaboran telas utilizando el telar de cintura, las cuales son comercializadas en forma de lienzo o confeccionadas en prendas de vestir y bolsas. El dinero obtenido es utilizado por las mamás para apoyar a los gastos del hogar, sobre todo para la alimentación y educación de los hijos. Las familias combinan la agricultura con actividades como pesca, ganadería y crianza de animales de traspatio como cerdos, pollos y jolotes. Según el INEGI, en el año 2000 el municipio de Venustiano Carranza se clasificó en la categoría de *marginación media*. Paraíso del Grijalva es una comunidad donde muchos varones entre 16 y 32 años de edad migran a los Estados Unidos de Norte América (comunicación personal hombre de 21 años). Sin embargo los movimientos poblacionales son muy variables pues una persona puede ir y venir varias veces en un año y hay quienes permanecen hasta cuatro años fuera de la localidad. También hay una migración al interior de los estados del país, los hombres viajan hacia Playa del Carmen y Cancún en Quintana Roo, por periodos de 6 meses para emplearse en proyectos de la industria de la construcción, restaurantes y hoteles que demandan trabajadores eventuales y poco calificadosⁱ.

La presencia o ausencia del padre aunque variable y los ingresos económicos que perciben nos parecieron dos aspectos que podrían caracterizar a las familias que se estudiaron en la comunidad de Paraíso del Grijalva (N=75) de tal manera que en función de ello las clasificamos y encontramos que la mayoría son familias en donde el ingreso económico es bajo 45(60%) y por lo regular el padre de familia permanece más tiempo en la localidad que fuera de ella.

La comunidad cuenta con una unidad de salud que maneja la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, donde se promueven el Seguro Popular y el programa Oportunidadesⁱⁱ.

Materiales y métodos

El registro de representaciones, percepciones y prácticas curativas que tiene las madres y padres de familia de Paraíso del Grijalva acerca de la salud, la enfermedad y su atención permitió conocer la forma en que los sujetos perciben, interpretan sus experiencias al estar enfermos, las formas en que significan y valoran lo que viven y las acciones que llevan a cabo para atender su salud. Partimos del supuesto de que en la vida cotidiana las personas presentan roles sociales y además están sus percepcionesⁱⁱⁱ acerca de lo que viven, en este caso problemas de salud. Estas referencias pueden ser objetivas o subjetivas. Objetivas como las condiciones económicas, materiales y sociales que viven las familias *“elementos que se desprenden de la estructura en que el actor establece sus prácticas vitales”*. Son factores objetivos o condiciones materiales ya que son externos y no controlables por los individuos. Los subjetivos se construyen a partir de las aspiraciones, expectativas y valoraciones del grupo humano. Son subjetivas las imágenes, ideas creencias que desarrollan los sujetos respecto a su condición de vida, en este caso, la salud, la enfermedad y la atención que reciben. Estas referencias sociales pueden definirse como representaciones *“ideas que son utilizadas consciente o inconscientemente en la vida cotidiana. Es la manera de ver, entender, interpretar o concebir una realidad, no son causales ni se encuentran aisladas”* (Yáñez, 1998:33). Denisse Jodelet (2000), plantea que las representaciones sociales son un conjunto de imágenes, significados o sistemas de referencias y permiten explicar ciertos fenómenos sociales.

Para fines de esta investigación, se retoma la propuesta de Osorio (2001), por lo que por representaciones sociales se entienden como el conjunto de nociones, conocimientos, creencias, actitudes y valoraciones, a través de las cuales las personas viven y aprehenden los padecimientos, toman las decisiones y se ejecutan las acciones que conllevan a significados y sentidos particulares que tiene repercusiones concretas y específicas en la salud de los

miembros de las familias. Nos interesa conocer como las madres y padres de familia de Paraíso del Grijalva, interpretan, significan, definen la enfermedad y bajo que creencias, significados e interpretaciones buscan atención y si estos referentes subjetivos y objetivos determinan el papel que ellos juegan en el proceso S/E/A.

El trabajo de campo se realizó de enero a octubre de 2009 y consistió en la aplicación de 75 entrevistas cortas^{iv} a hombres y mujeres. Las preguntas giraron en torno a qué es la salud, la enfermedad, causas, síntomas y qué se hace cuando se vive un problema de salud. Así mismo se hicieron preguntas relativas a la percepción que tienen ellas de las enfermedades de sus esposos y qué percepción tienen ellos de las enfermedades de sus esposas. Si bien las madres de familia son quienes pueden hablar de la salud de sus hijos menores de edad (Osorio, 2001), les pedimos a seis niños entre 3 y 12 años (hijos de familias clave en la investigación) que representaran problemas de salud a partir de dibujos para fortalecer el dato de las representaciones de la salud/enfermedad en menores de edad y en la familia. Las narrativas^v que obtuvimos nos remitieron a interacciones entre los cónyuges, a diferencias, conflictos y desigualdades en ellos, su familia y la comunidad.

Estados anímicos y los roles domésticos

La división sexual del trabajo, los roles domésticos y los estereotipos de lo que es ser un hombre o una mujer se reconstruyen y tienen una continuidad con cada espacio de sociabilidad en el que están inmersos los sujetos, sean la casa, la escuela, el trabajo, el templo, los espacios públicos, el transporte etc. y cada una de las instituciones que se desenvuelven en los espacios de sociabilidad contribuyen a normar las prácticas (Ramírez, 2002). Los roles paternos y maternos en el ámbito doméstico pueden presentar diferencias y no ser los esperados, por ejemplo, las mujeres de Paraíso del Grijalva se dedican a hacer artesanías para contar con cierto ingreso económico y contribuir con ello al gasto familiar y la sobrevivencia de los integrantes de la familia. Los varones están preocupándose por los hijos, por encontrar

alternativas para una mejor atención en la salud, sin embargo, pesa el desempeño de los roles domésticos que si bien son derivados de una división sexual del trabajo no es un hecho natural sino una construcción cultural y social que aunque reconoce que los cuidados y atenciones a la salud domésticos tienen una connotación simbólica positiva también genera o parte de diferencias y desigualdades (Hernández, 2009).

En Paraíso del Grijalva las madres cumplen con los roles domésticos habituales, se dedican al cuidado de los hijos pequeños y las labores de la casa; por lo tanto, permanecen en el hogar. Por su parte, los padres son los proveedores económicos mayoritarios, los que deben encontrar un trabajo que de suficiente solvencia económica, los que se dedican a las labores públicas y no domésticas y los que son resistentes al trabajo físico y a las enfermedades^{vi}. Las representaciones e ideas en torno a lo que “*debe ser*”, “*el papel que debe desempeñar un hombre o una mujer*” producen una presión individual, familiar y social por cumplir estos roles que lleva a diferencias y relaciones desiguales que se podrán observar en las siguientes representaciones sobre los estados de salud y enfermedad entre las madres y padres de familia.

Los problemas de salud primarios (es decir aquellos problemas de gravedad leve) entre las madres y padres de familia entrevistados son padecimientos^{vii} tales como dolores de cabeza, estómago, fiebre, diarrea o vómito que frecuentemente los incapacitan, causan dolor y generan estados de ánimo desmotivantes. Por lo regular las madres y padres de familia al describir un problema, recurren a la descripción de lo que viven y sienten:

“Cuando estoy enferma me siento muy triste, no me dan ganas de hacer nada, no puedo comer bien ni mucho menos descansar” (Mujer de 28 años).

“Estar aburrido porque no puedo hacer mis cosas” (Mujer de 32 años)

“Enfermarse es algo duro, pero no por los síntomas físicos, sino más bien las preocupaciones, ya que se necesita dinero para curarse” (Mujer de 27 años).

La representación social del vivir un problema de salud en los entrevistados está ligada a la “tristeza”, “el aburrimiento” y “las preocupaciones”. Las mujeres expresan sus problemas de salud a partir de “no cumplir sus deberes como esposas(os), madres(es)”. Por ejemplo, si ellas están enfermas, los hijos no tendrán comida ni ropa limpia para ir a la escuela y el marido no tendrá quien lo atienda cuando regrese cansado de la milpa.

Al preguntarles acerca de lo que significa *la salud* las madres y padres de familia recurrieron a términos como “tener ánimos para trabajar”, “tener fuerza para realizar las actividades” conceptos que hablan sobre estados óptimos para el desempeño de sus roles y actividades diarias.

“Tener buena salud es tener ánimos para poder trabajar, trabajar en la milpa es pesado, tengo que estar sano para aguantar y llevar comida a la casa” (Hombre de 29 años).

“Cuando no estoy enferma tengo la fuerza para realizar todas las actividades que debo hacer todos los días sin que perjudique o altere mi vida diaria, yo tengo a mis hijos y tengo que ver por ellos, tengo que estar activa y trabajar” (Artesana de 36 años).

Así mismo, las mujeres refirieron sus estados de salud como “bienestar físico y mental. Los varones recurrieron al uso de términos relativos a “no tener preocupaciones económicas” y “poder realizar tu trabajo”.

“No puedo decir que tenga un excelente estado de salud, muchas veces no como bien por andar en el trabajo, pero no me quejo, hay gente que está peor, al menos puedo trabajar y llevar dinero a mí casa para que coman mis hijos” (Hombre de 36 años).

Esta diferencia entre las ideas de las madres y padres de familia venimos observándola en las representaciones que se han hecho de la enfermedad. Una distinción es que las madres de familia recurren a explicar estados de salud a partir de términos que hacen alusión a la instrucción médica la cual es cercana a sus demandas y necesidades que más adelante observaremos.

“Mucha gente toma agua que no está hervida no se lava las manos para hacer su comida o peor aún no limpian su casa y el baño está muy sucio” (Mujer de 28 años).

Los varones, mayoritariamente agricultores utilizan conceptos que hacen alusión a ideales para el óptimo desempeño de sus quehaceres y puesto que enfermarse tiene un costo social (representación de roles domésticos) y económico (costos para la atención médica) estar sanos es no tener problemas o preocupaciones que giren en torno ante todo de su economía.

Las causas de la enfermedad en la pareja, los hijos y los ancianos. El punto de vista del otro.

Las representaciones sociales de las causas de la enfermedad en la pareja, los hijos y parientes cercanos (ancianos) a partir de la percepción de los papás, las mamás y de algunos niños nos permitió profundizar y observar contradicciones y diferencias en la pareja derivados no solo de sus representaciones sobre la salud y la enfermedad, sino de las presiones sociales al cumplir o no con sus roles domésticos. Resultados interesantes si consideramos que las preguntas no sobrevaloraron el papel de uno de los cónyuges, ni partió del hecho de observar cómo los varones podían ser los perpetradores de algún comportamiento particular^{viii} o ser ellas las que recibieran las consecuencias de los actos de los esposos. El registro de las representaciones buscó primero la percepción de sus experiencias de salud y enfermedad y en consecuencia encontramos lo siguiente.

Las mujeres desde el punto de vista de sus parejas, se enferman por “descuidos” en el cuidado de sus cuerpos o en la atención de los hijos:

“Las preocupaciones por los hijos, el cansancio y los enojos con nosotros, pueden llegar a enfermar a las mujeres” (Hombre de 40 años).

Mientras que en la opinión y creencia de ellas, los esposos se enferman de una mayor diversidad de males que ellos no mencionaron:

“Se enferman por andar de bolos y por andar con otras y no se cuidan, les puede dar SIDA, luego en su casa contagian sus esposas” (Mujer de 27 años).

“Nos enfermamos por estar enojadas con el marido, por maltrato. Nos dan cólicos y enojos por culpa de los hombres que nos provocan disgustos por el alcohol. A veces tenemos partos de 4 días y ellos se la pasan ahogados en el alcohol” (Mujer de 37 años).

“El trago y las drogas son una enfermedad solo de ellos y lo peor es que no tiene curación, les altera totalmente los nervios y los vuelve agresivos y no trabajan” (Mujer de 35 años)

Así mismo, podemos reconocer experiencias que solo pueden ser referidas por quienes lo viven. Por ejemplo, ante la pregunta *¿cuál es la causa de las enfermedades de su esposo?* fue particularmente notorio que los problemas derivados de accidentes no fueron nombrados o al menos insinuados por ellas. Los varones si mencionan o utilizan el concepto de “accidentes” como causas de sus enfermedades. El resultado en si mismo indica una experiencia de vida significativa en los padres de familia que solo puede ser referida por quienes resultan afectados^{ix}.

No todos los problemas de salud suelen representarse por quien lo experimenta y padece, menos si esos problemas pueden exhibir o atentar contra el estereotipo o rol que representa la persona, por ejemplo los varones al parecer experimentan problemas de salud debido al consumo de alcohol, uso de sustancias tóxicas y relaciones extramaritales, sin embargo son las esposas y no ellos quienes representan los problemas de salud de los varones a través de expresiones como *“se enferman por andar bolos”*, *“están ahogados en alcohol”*, *“por andar con otras”*. ¿Por qué no son éstos problemas de salud expresados mayoritariamente por los varones? Quizás la dificultad se deba a un estigma^x familiar y social^{xi}, al temor por ver desvalorizado un estereotipo (Ramírez,2002), a un rechazo y sanción familiar (es claro que haya un rechazo familiar pues son las esposas quienes denuncian estos comportamientos)^{xii} o más probablemente como lo constataremos más adelante --al evaluar las representaciones que tienen los cónyuges acerca de la salud de los hijos y los ancianos, en donde ahora la opinión de los papás pareciera poner en duda el *“rol doméstico femenino”*, además del registro de las propias representaciones de los niños acerca de su salud-- por una presión familiar y social al no cumplir con los roles domésticos asignados.

Los niños de Paraíso del Grijalva, Chiapas y los problemas de salud derivados de “los descuidos” en la percepción de los padres de familia

Al preguntarles a los padres de familia acerca de los problemas de salud de sus hijos las respuestas giraron en torno al concepto de “descuido”.

“Los niños se enferman de tos, calentura y dolor de estomago, todo esto les da porque sus mamás no los cuidan bien, si uno como padre no está al pendiente es muy fácil que los pichitos se enfermen” (Mujer de 27 años).

Así mismo conceptos como “*las infecciones*”, “*las diarreas, los vómitos*” y “*la mala alimentación*” fueron comunes en la opinión en este caso de las mamás:

“Los niños siempre andan metiendo cosas en su boca, no se fijan si está limpio o sucio y eso les provoca infecciones” (Mujer de 25 años).

“La mala salud puede venir desde el embarazo sobre todo si la madre no está bien alimentada” (Mujer de 36 años).

Otros conceptos recurrentes aunque en menor proporción fueron “La falta de vacunas” y “el polvo”:

“Los niños se enferman por el polvo, les provoca problema en sus pulmoncitos y les da gripa y tos” (Mujer de 32 años).

“Antes los papas escondían a sus hijos. Mi papá nos escondía para que no nos vacunaran porque decía que llorábamos mucho, pero mi mamá nos llevaba a la vacuna (Mujer de 31 años).

En la opinión de los varones sus hijos enferman por “descuidos” refiriéndose a:

“Es imposible seguirle el paso a los niños a los papás les cuesta trabajo estar todo el día tras ellos, y más si trabajan, por lo cual ellos pueden mojarse, caer, o comer algo que pueda enfermarlos” (Hombre de 29 años).

“Los niños se enferman de tos, calentura, dolor de estomago. Esto les da porque sus mamás no los cuidan bien. (Hombre de 27 años)

El uso de conceptos relativos a las “*infecciones*”, “*las diarreas, vómitos*”, “*la mala alimentación*”, “*la falta de vacunas*” y “*el polvo*” como causantes de las enfermedades de los hijos muestra cierta influencia del sector salud, su instrucción y recomendaciones permiten que en la práctica haya un apego al sector salud por parte de las madres de familia que así lo

deciden y demandan. Mientras tanto los papás al recurrir con frecuencia al uso de conceptos como “los descuidos” para explicar los problemas de salud de sus hijos revelan una diferencia de valoraciones entre ellos y ellas que resulta muy significativo. Las madres de familia son consideradas por antonomasia y *solo de acuerdo a los roles domésticos asignados y a una percepción social estereotipada* quienes “cumplen el rol de atender a los hijos”, al observar que no son ellas quienes expresan-- como causas de enfermedad en los hijos a “los descuidos” – pareciera que su rol social asignado estuviera siendo cuestionado pues quizás se pone en evidencia “la falta por parte de ellas a una norma social” a la cual no se ajustan, ni se sienten totalmente identificadas (Montoya y Harold, 2009).

Al preguntarles a los niños la percepción que tienen de sus problemas de salud, pudimos observar y corroborar si sus representaciones sobre la salud y la enfermedad daban cuenta de esos “descuidos” y problemas que identificamos en las opiniones de sus padres.

Los seis niños (2 niñas y 4 niños) con los que se trabajó (de entre 3 y 12 años de edad) realizaron dibujos de niños enfermos y sanos y encontramos respuestas como:

“La niña se enfermó porque jugó tierra...no se lavó las manos y así se fue a comer” (Niña de 7 años).

“La niña se enfermó porque jugó agua, cuando terminó de jugar no se cambió la ropa...le dio muchos tos, no se cuidó y murió” (Niña de 10 años).

“Al niño le dio diarrea y se enfermó” (Niño de 3 años).

“Al niño le dio calentura y dolor de cabeza” (Niño 6 años).

“El niño estuvo jugando todo la tarde en la lluvia, no se quitó los zapatos...le dio tos y gripa” (Niño 10 años).

“El niño jugó mucho rato en el sol, no tenía la playera puesta ni tomó agua....le dio mucha fiebre y su piel se quemó” (Niño 12 años).

Fue muy revelador encontrar que los conceptos usados por los niños se asociaran a la idea de “descuidos” como causa de sus enfermedades o problema de salud y lo corroboramos a partir de ciertas prácticas que ellos enfatizaron.

Si los niños son un grupo vulnerable y que demanda cuidados para su óptimo desarrollo ¿qué sucede con las personas ancianas? Las causas de los problemas de salud de las personas ancianas, en la opinión sobre todo de las madres de familia entrevistadas, están asociadas a conceptos como “la edad”, “mala alimentación” y “falta de defensas”.

“Las reumas le salen a la gente con la edad, sienten mucho dolor en sus huesos, lo malo es que cuando te salen ya no se quitan, queda uno propenso para toda la vida dan dolor y fastidio. Aquí en Paraíso usamos algunos remedios caseros por ejemplo machacamos ajo, que quede bien machucado y lo pones en alcohol a reposar por unos días. Después con ese alcohol se soba la reuma, también se puede hacer con tabaco seco. Esas canijas reumas dan por no cuidarse, muchas veces esta el cuerpo caliente y se bañan con agua fría, o se quitan los zapatos y pisan el piso frío con los pies descalzos. La pomada del viejito también sirve para los dolores de reuma, bañarse con hojitas de eucalipto también. Me dijeron que también hay unas inyecciones, pero de eso no se mucho”. (Mujer de 35 años).

Significativamente, los papás usaron el concepto de “maltrato” para representar lo que eran las causas de problemas de salud en los ancianos.

“Muchas veces, los tíos quedan solos mucho tiempo, nosotros salimos al campo y las mujeres andan en sus cosas, hay un viejito que se murió su esposa, quedó solito, todos sus hijos están casados, a veces le van a llevar comida, pero hay días que no veo que vaya nadie” (Hombre de 23 años).

“Los tíos se enferman porque sus familias los descuidan, si los llevaran al doctor no se enfermarían” (Hombre de 29 años).

“Ellos se enferman de gripa, cáncer, problemas de sus pulmones y artritis. Se pueden enfermar por maltrato familiar, mal comer y mal aseo. Los viejos no se enfermarían si sus familias los llevaran con especialistas, así se cura la gente” (Hombre de 27 años).

Ancianos y niños son dos grupos que necesitan cuidados, apoyo y vigilancia continua, procurarles atención es una actividad demandante y las mujeres suelen conceptualizar en menor medida dicha idea. Muy probablemente de acuerdo a las representaciones de las mamás sobre lo que es “estar enfermo” y puesto que en sus roles domésticos el cuidado a los menores de edad y quizás a los ancianos sea una actividad tradicionalmente ligada a sus “deberes”. No expresarse o pronunciarse en relación a situaciones de “descuidos y maltrato” pueda deberse a que no desean exhibir el no cumplimiento de una norma moral y un rol doméstico socioculturalmente asignado.

Las prácticas de atención a la salud. El discurso biomédico y la necesidad de atender los problemas de salud de los hijos de manera inmediata y a bajo costo

Las madres de familia manejan conceptos e ideas respecto a su salud que nos llevan a pensar que hay un apego importante a las recomendaciones de carácter biomédico promovidas a través del sector salud. De tal manera que los adultos de ambos sexos, comentan recurrir inicialmente al médico del centro de salud de su localidad (43.3%) o bien se dirigen al médico particular de la cabecera municipal (40.0%) sobre todo en casos graves.

“Cuando me siento mal, voy con la doctora, ella me revisa y me da medicina, a veces se enoja, pero a veces es culpa nuestra porque no le hacemos caso” (Mujer de 32 años).

“Una vez hace algunos años me dio dengue, tenía mucha fiebre y sentía un dolor insoportable en las articulaciones y mis músculos, me llevaron con la doctora y me dio medicinas y me mando a reposar a la casa” (Hombre de 37 años).

Al profundizar sobre las causas o razones que atribuyen las (los) entrevistados a la búsqueda de atención médica alópata local o municipal regularmente utilizaron ideas como *“por la atención que recibo”*, *“por mi cita de oportunidades”*.

“Tenemos que ir cuando nos toca cita, si no vamos es falta. También hay que llegar temprano, porque sino la doctora nos pone retardo, si tenemos faltas y retardos nos descuentan dinero del apoyo. En ocasiones también tenemos que ir a limpiar el centro de salud y hacer labores en la escuela” (Mujer de 35 años).

La búsqueda de atención médica alópata local o municipal es alta y va en correspondencia con sus preocupaciones por atender la salud de las (los) hijos y cumplir con sus quehaceres y roles sociales cotidianos. Son las mamás quienes deben acudir al centro de salud a recibir las becas de sus hijas (os) menores de edad (Programa Oportunidades) y atender las revisiones, valoraciones y recomendaciones médicas para la entrega de los recursos económicos: *“voy al centro de salud por la cita de oportunidades por mis hijos”*. Esta situación genera un estrecho vínculo entre el sector salud y las mamás, sin embargo el vínculo no presenta un total reconocimiento. Algunas mujeres y varones respondieron con un *“no, nunca voy, no hay*

medicina” “*nos atienden mal*” cuando se les preguntó acerca de las razones por las cuales no acuden con un médico.

Una expresión recurrente entre las mamás y los papás fue “*Solo si mis hijos se enferman de algo grave voy al particular porque cuesta mucho dinero*”

“*Siempre probamos primero con algo en la casa, algún té o hierbita depende de los que tengamos, si vemos que no funciona, pues no vamos hasta Carranza al doctor*”. (Mujer de 25 años).

Otras mujeres respondieron que acuden con con el personal médico del municipio porque en su centro de salud local hay “*mala medicación*”:

“*A veces dan medicamentos equivocados, que no son efectivos, muchas veces no nos revisan bien, parece que no quieren tocarnos, por eso la gente pierde la confianza*”. (Mujer de 27 años).

La expresión de “*mala medicación*” nos llevó a pensar que muy probablemente se acude con el médico del centro de salud bajo la percepción de una eficacia curativa atribuida a los medicamentos y la respuesta inmediata de los mismos a ciertos males, entonces ¿hasta dónde el recurso medicamentoso forma parte de la atención que se busca con los médicos y hasta dónde es parte de la auto-atención?^{xiii}. Al preguntarles enfáticamente acerca del uso de medicamentos sin acudir con el médico la mayoría respondió que no utiliza alguno (64%). Sin embargo, son particularmente las madres de familia (23%), quienes mencionaron usar con frecuencia aspirinas, neomelubrina y vaporub^{xiv}. Los padres de familia suelen no usar términos alusivos a medicamentos.

“*Yo uso naproxeno para desinflamar y ambroxol para la tos*” (Mujer de 36 años).

“*Yo sufro de presión alta, cuando vivía en Estados Unidos me atendían y tomaba mis medicinas, pero desde que regrese a Chiapas ya no, el dinero no alcanza*” (Hombre de 26 años).

En la opinión y en el concepto de los padres de familia el problema está asociado con el maltrato al paciente y la negligencia.

“*Yo he escuchado de doctores que dejan las herramientas en la panza de uno...o hacen malas costuras y eso causa infecciones, la gente se puede morir por algo así*” (Hombre de 47 años).

“Casi no me gusta ir con los doctores, son muy groseros, a veces ni nos revisan y ya nos están mandando a comprar medicinas bien caras (Hombre de 32 años).

“Muchas veces ni saben lo que tiene uno, a veces solo le atinan, hay demasiada negligencia, pero que podemos hacer” (Hombre de 25 años).

“Los médicos parece que trabajan con flojera, no tienen interés en su trabajo y nosotros somos los que pagamos las consecuencias” (Hombre de 29 años).

“No atienden bien a la gente, son malos y mañosos, algunos son abusivos y nos quieren cobrar más porque somos indígenas” (Mujer de 37 años).

Observamos que son las madres de familia quienes suelen tener más apego a los cuidados y tratamientos biomédicos y los varones encuentran que la atención médica es costosa, hay negligencia y maltratos.

El uso de los recursos médico tradicionales, la presencia de las iglesias no católicas y la poca eficacia curativa de la biomedicina

Puesto que la atención médica alopática representa para los habitantes de Paraíso un recurso útil pero cuestionable por las experiencias vividas y sus representaciones sociales, buscamos evaluar las representaciones que tienen acerca de la atención y práctica médico tradicional^{xv}. La presencia de curanderos sugería cierta demanda o al menos reconocimiento. La pregunta que hicimos a las madres y padres de familia fue *¿en algún momento ha recurrido o buscado atención con un curandero?* La mayoría respondió que no (52%) aunque muchos también manifestaron que algunas ves lo atendió alguno (43%) de éstos la mayoría son varones, agricultores quienes expresaron haber acudido en algún momento con alguno de ellos.

“Cuando mis hijos eran bebés pasaba que de repente lloraban mucho, no se calmaban con nada, cuando esto pasaba los llevábamos con el curandero, ahí nos enteramos que tenían mal de ojo. Ahora que tengo a este bebé no le ha pasado nada porque estamos previniendo con su ojo de venado que le pusimos en la manita” (Agricultor de 39 años).

Este resultado señala que las personas de Paraíso del Grijalva acuden con los curanderos, qué tan frecuente lo es para cada persona y en qué proporción no podemos precisarlo. Podemos decir que su uso, su demanda y su valoración están claramente identificados.

Es muy probable que la presencia de las Iglesias Evangélicas y de Testigos de Jehová influya en la respuesta y opinión que obtuvimos acerca del uso de la medicina tradicional pues muchas de estas iglesias prohíben creer o acudir con quienes practican. Pudimos identificar que la mayoría de las personas que reconocieron y valoraron el trabajo de los curanderos se reconocen como católicas. Mientras que padres y madres de familia que profesan la religión evangélica admiten haber recurrido alguna vez a la medicina tradicional antes de convertirse a la nueva religión.

“Mi hija siempre estuvo muy enferma desde que nació, estuvimos llevándola con muchos doctores, nos regañaban siempre porque decían que estaba desnutrida y no cuidábamos, pero ella no quería comer, lo poco que le entraba lo devolvía...estaba muy mal. Mi esposo y yo ya estábamos muy mal, nos recomendaron llevarla con un curandero, le pasaban hojas, huevos, me pedían azúcar, lociones extrañas etc. La rameaban. Se curó por un rato pero el mal regreso de nuevo. Por esos tiempos fue cuando nos acercamos a Dios, le pedimos por la salud de nuestra hija, oramos mucho. Gracias a esto mi hija se curó y jamás volvió a enfermarse” (Mujer de 43 años).

Reflexiones finales:

Encontramos diferencias culturales significativas entre las madres y padres de familia tanto en la forma de percibir y entender la salud/enfermedad, como en la atención que se busca. Ellas reciben una fuerte influencia por parte del discurso biomédico en sus conceptos y búsqueda de atención. La enfermedad de sus hijos es más preocupante y se diagnostica a partir de problemas anímicos y morfo-fisiológicos. Determinan normas y valores maritales y familiares donde el consumo de alcohol y relaciones sexuales extramaritales son mal vistos y desencadenan problemas en la salud y sus relaciones familiares, estos males no resultan ser representados por los propios varones muy probablemente por no experimentar la descalificación y exhibición del no cumplimiento de los roles sociales y domésticos asignados. Esta falta de expresión en ellos sobre los problemas de alcoholismo y relaciones extramaritales o en las madres de familia cuando no hablan de “descuidos y maltratos” en los hijos y ancianos nos lleva a plantear que hay una falta de adecuación y aceptación de las mamás y papás a los roles domésticos y sociales asignados

Las madres de familia buscan ante todo la atención médica en el centro de salud de la comunidad, porque de lo contrario tienen que trasladarse hasta la cabecera municipal y pagar por el servicio privado, ambos padres de familia deciden buscar atención privada cuando son sus hijos los que requieren ese apoyo. Si el personal médico los atendió mal o el tratamiento recibido fue ineficaz, las mamás piensan que el mal resultado de su curación fue por un mal diagnóstico y la falta de una buena prescripción médica. El personal médico es percibido por los varones como profesionales que “*cuestan dinero*”, que no informan sus diagnósticos, son mañosos y abusivos esto es, contribuyen de manera significativa en hacerles percibir una sensación de incertidumbre. Acudir con un médico tradicional o curandero es una de las alternativas de atención a la salud en Paraíso. Sin embargo hay problemas por confesar y mencionar su utilidad y uso.

Conclusiones:

Las carencias económicas, los roles domésticos y las actividades desempeñadas, los valores y normas familiares, la hegemonía biomédica, la movilidad de algunos hombres para trabajar fuera de la comunidad, la presencia de algunas iglesias no católicas y las experiencias curativas que viven los padres y madres de familia determinan las representaciones sociales observadas. Las expresiones que obtuvimos al entrevistar a 75 padres y madres de familia revelaron así mismo una serie de diferencias o conflictos maritales y familiares y un rechazo a los roles domésticos y sociales asignados.

Efectivamente las representaciones sociales determinan en buena medida el papel que juega la madre y padre de familia, pero no solamente son los roles domésticos asignados como se ha reportado sino todos los aspectos anteriormente señalados. Podemos decir que las mujeres efectivamente son quienes inicialmente y solo inicialmente deciden qué hacer y qué pasos seguir cuando algún miembro de la familia se enferma, sin embargo al ser la enfermedad todo un proceso que lleva por lo común varios días y que involucra la propia evolución morfo-

fisiológica de la enfermedad, dados los determinantes económicos de marginalidad y pobreza de las familias de Paraíso del Grijalva y derivado de las creencias, saberes y vivencias personales, familiares y aquellas que se desprendan de la relación con los diferentes médicos a los que se recurren ambos padres de familia, concluimos que los varones son una pieza determinante en toda esta trayectoria de búsqueda y apoyo médico. Proponemos hablar más que de una figura femenina o masculina como aquella que determina los pasos a seguir cuando algún miembro de la casa enferma si hablar de sujetos que actúan dependiendo de la diversidad de experiencias y representaciones personales, familiares y sociales que desarrollan al enfermar, al diagnosticar, al buscar y recibir algún tratamiento.

Referencias

Bonino, L. 2000.

Varones, género y salud mental. Decostruyendo la “normalidad” masculina. En Nuevas masculinidades, Segarra, M y Carabí A. (Editores), Barcelona. <http://www.luisbonino.com/pdf/Varones%20genero%20salud%20mental.pdf>

Bringiotti M. I.

2005. Las familias en “situación de riesgo” en los casos de violencia familiar y maltrato infantil, *Texto & Contexto Enfermagem*, año/Vol. 14, número especial, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis- SC-, Brasil pp 78-85

Cortés, B.

1997. Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. *Nueva Antropología*, XVI. México. pp. 89-115

Hernández, A.

2009. “El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad gerencia y políticas de salud, vol.8, núm.17, junio-diciembre, 2009, pp. 173-185 Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

2000. XII Censo General de población y vivienda. México.

Jodelet, D.

2000. Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras. En Jodelet D. y A. Guerrero, *Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales*, México, UNAM, pp.7-30.

Menéndez, E.

1993 Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica. En: Mercado, F., Denman, C., Escobar, A., Infante, C., Robles, L. (Coords.) Familia, salud y sociedad. *Experiencias de investigación en México. Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, CIESAS, El Colegio de Sonora*. México, 130-162.

Molina, V.

1976. San Bartolomé de los Llanos, una urbanización frenada. *Centro de Investigaciones Superiores, INAH*. México. pp. 239

Montoya E.; Harold J.

2009. “La articulación de las categorías género y salud: un desafío inaplazable”, *Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 8, núm. 17, Junio-Diciembre, 2009, pp. 106-122, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

Osorio, R.

2001 Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. *Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. INI. CIESAS, CONACULTA-INAH*. México. 275 p. Ramírez J.C.

2001 “Pensando la violencia que ejercen hombres contra sus parejas: problemas y cuestionamientos, *Papeles de población*, enero-marzo, número 031 Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, 219-241pp.

Secretaría de Desarrollo Social.

2010. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. <http://www.oportunidades.gob.mx>

Vargas, L. M.

1998. Los colores lacandones: la percepción visual de un pueblo maya. *Colección Científica. Instituto Nacional de Antropología e Historia*. México. 117 p.

Yáñez, C. 1998. Sociología de la vida cotidiana. Ediciones Cátedra, 2º Edición. Madrid, España.

Zolla, C.; S. del Bosque, A. Tascon, V. Mellado.

1988. Medicina tradicional y enfermedad. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México.

ⁱ En el estado de Chiapas el saldo neto migratorio es negativo (1.42). El 1.40% de su población total proviene de otros Estados y 2.82% emigró de Chiapas en el período 1990-2000. El XII Censo General de Población y Vivienda 2000 del INEGI no muestra datos de migración a nivel municipal, ni mucho menos a nivel comunidad, hasta el momento del presente trabajo.

ⁱⁱ El Programa Oportunidades busca incrementar capacidades y alternativas para mejorar los niveles de bienestar, condiciones socioeconómicas y calidad de vida de la población, por medio del apoyo en salud, educación, nutrición e ingresos, además de contribuir a la vinculación con nuevos servicios y programas de desarrollo (SEDESOL, 2010).

ⁱⁱⁱ El concepto de percepción me permitirá identificar los valores y significados que otorgan las personas a las experiencias de vida, no significa que esta percepción no tenga un carácter social, enfatizamos el uso del concepto percepción para dar cuenta del interés por registrar y analizar ese ámbito personal del sujeto en las causalidades del padecer, la enfermedad, así como las experiencias que viven cuando buscan y reciben atención a la salud.

De tal manera que entenderemos como percepción a una conducta humana que a través de la vivencia, atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos construidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad (Vargas, 1998).

^{iv} 41 entrevistas fueron aplicadas a madres de familia y 34 a padres de familia, la aplicación de las mismas se detuvo porque ya comenzaba a presentarse saturación teórica y porque los datos obtenidos proporcionaban información suficiente para cumplir con los objetivos la investigación.

^v Las corrientes interpretativas han propuesto que las experiencias de padecimiento, pueden expresarse en forma significativa a través de narraciones. La narrativa no solo constituye un instrumento de investigación, sino que puede cumplir también funciones terapéuticas. La narración permite comprender cómo el paciente y también el curador construyen sus saberes, como se articulan la experiencia del padecimiento, las formas simbólicas de una cultura y las estrategias de atención de la enfermedad. Es a través de la narración, que la experiencia es presentada y relatada, además de que los eventos son presentados en un orden significativo y coherente para los sujetos, siendo descritos junto con las experiencias asociadas con ellos y la significación y el sentido que tienen para las personas involucradas (Cortés, 1997).

^{vi} Luis Bonino (2000) retoma de Brannon y David (1976) “los cuatro imperativos de la masculinidad” planteamiento resultante de un estudio que identifica a partir de frases comunes el reflejo de diversas creencias-ideales-mandatos acerca del “ser masculino”.

^{vii} El padecimiento es la experiencia subjetiva de síntomas y del sufrimiento, es decir, es la forma en que la persona enferma expresa, vive un problema, y la forma en que reacciona ante síntomas y limitaciones que se desprenden tras cualquier evento o problema de salud.

Los síndromes de filiación cultural son aquellos complejos mórbidos que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación de los procedimientos de eficacia simbólica para lograr la recuperación del enfermo (Zolla *et al*, 1988:31)

^{viii} Aun en los estudios de género relativos a violencia doméstica e intrafamiliar se plantea que se requiere incluir en toda investigación sobre el tema a los varones sin considerarlos *per se* como perpetradores de agresiones o violencia física y emocional con las mujeres. Se propone reflexionar de forma problematizadora, relacional y no como una dicotomía en donde uno es el agente activo y otro el pasivo (Ramírez, 2002)

^{ix} Metodológicamente hablando incluir a los varones en un estudio sobre el proceso S/E/A en el ámbito doméstico es vital e indispensable pues sus experiencias de vida y percepciones están determinadas por los propios anhelos y necesidades y de esta manera tomar sus decisiones y buscan entender, conocer, explicar y actuar sobre lo que es la salud y la enfermedad desde un ámbito compartido. La convivencia no garantiza el desciframiento de la explicación de lo que pasa en cada miembro de la familia pero se tienen acercamientos ya que la convivencia genera percepciones y atenciones particulares derivadas de la interacción social pero hay otras que si bien se derivan igualmente de la interacción familiar su manifestación debe ser rescatada de manera personal e individual.

^x El estigma es la desaprobación social severa de características personales o creencias que van en contra de las normas culturales. El estigma social conduce a menudo a marginalización.

^{xi} Nos parece que independientemente de los resultados la pregunta hacia las mujeres acerca de qué perciben de sus parejas es por ende igualmente vital en un análisis sobre procesos de S/E/A en las familias.

^{xii} Quizás al tener las mujeres de Paraíso del Grijalva un mayor desempeño en las esferas públicas (venta de artesanías) y una pareja que permanentemente está saliendo para desempeñar actividades laborales, ellas tengan una fuerte carga de trabajo doméstico y extradoméstico pero que también les facilite una creciente conciencia de sus capacidades para auto valerse del hogar y sus hijos. Este hecho repercute en su

inserción social y roles habitualmente desempeñados (Bringiotti,2005) e incide sobre los roles de sus parejas varones suscitándose un ambiente de desvalorización de quehaceres, actitudes o ideas.

^{xiii} La auto-atención supone la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a la reproducción biológica y social a partir del grupo familiar. Dichas actividades en lo que respecta a los procesos de salud/enfermedad integran alimentación, limpieza e higiene, curación y prevención de las enfermedades.

Para fines de esta investigación la auto-atención incluye el diagnóstico, la selección y prescripción de un tratamiento y su administración, el mismo puede incluir acciones físicas, procedimientos mentales, medicamentos de patente, uso de remedios caseros, etc.

^{xiv} Montoya y Harold (2009) mencionan que por lo regular las mujeres consumen de tres a cuatro veces más analgésicos y tranquilizantes que los hombres y se automedican frecuentemente tratando de aliviar los malestares de la cotidianidad. Por otro lado La medicalización de finales del siglo XIX en el mundo occidental, implicó por un lado mayor acceso a servicios médicos y por otro, la influencia de los preceptos higiénicos en todos los ámbitos de la vida y de la muerte, tanto en la sexualidad, la alimentación y diversión, el estudio y el trabajo como en los sueños, creencias y deseos. Para una mayor revisión de los hechos y situaciones históricas, sociales, económicas e ideológicas como la intervención del Estado para marcar las pautas de limpieza e higiene en comunidades o poblados con problemas económicos en donde se diera la extensión de peligrosas patologías sociales contextos que se han presentado en torno a la “medicalización en países de América Latina”.

^{xv} En la comunidad hay cuatro curadores tradicionales reconocidos por sus pobladores: una partera, una sobandera y dos curanderos