



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

MAESTRÍA EN CIENCIAS SOCIALES

PROYECTO TERMINAL

**UNA MIRADA INTERCULTURAL DE LAS
REPRESENTACIONES SOCIALES DE LAS
PRÁCTICAS DE BIOMEDICINA Y MEDICINA
TRADICIONAL. TETLA, YAHUALICA; HIDALGO.
2020 – 2021**

**Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Sociales**

PRESENTA

Alma Odett López Zepeda

Director (a)

Dra. Lydia Josefa Raesfeld

Codirector

Dr. Gerardo Hurtado Arriaga

Comité tutorial

Dra. Silvia Mendoza Mendoza
Dra. Rosa Elena Durán González

Pachuca de Soto, Hidalgo., octubre, 2022

**UNA MIRADA INTERCULTURAL DE LAS REPRESENTACIONES
SOCIALES DE LAS PRÁCTICAS DE BIOMEDICINA Y MEDICINA
TRADICIONAL. TETLA, YAHUALICA; HIDALGO. 2020 – 2021**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades

School of Social Sciences and Humanities

MTRO. JULIO CÉSAR LEINES MEDÉCIGO
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
PRESENTE.

Estimado Maestro:

Sirva este medio para saludarlo, al tiempo que nos permitimos comunicarle que una vez leído y analizado el proyecto de investigación titulado **“Una mirada intercultural de las representaciones sociales de las prácticas de biomedicina y medicina tradicional. Tetla, Yahualica; Hidalgo 2020 - 2021”**, que, para obtener el grado de **Maestra en Ciencias Sociales**, presenta la **Lic. Alma Odett López Zepeda**, matriculada en el Programa de la **Maestría en Ciencias Sociales**, 11ra. Generación (2020-2021), con número de cuenta No. 126395; consideramos que reúne las características e incluye los elementos necesarios de un trabajo de tesis, por lo que, en nuestra calidad de sinodales designados como jurado para el examen de grado, nos permitimos manifestar nuestra aprobación a dicho trabajo.

Por lo anterior, hacemos de su conocimiento que, a la alumna mencionada, le otorgamos nuestra autorización para imprimir y empastar el trabajo de Tesis, así como continuar con los trámites correspondientes para sustentar el examen para obtener el grado.

ATENTAMENTE

“Amor, Orden y Progreso”

Pachuca de Soto, Hgo, a 17 de junio del 2022.

DR. ALBERTO SEVERINO JAÉN OLIVAS
DIRECTOR



DR. DRA. LYDIA JOSEFA-RAESFELD
DIRECTORA DE TESIS

DR. GERARDO HURTADO ARRIAGA
CODIRECTOR

DR. SILVIA MENDOZA MENDOZA
LECTORA

DR. ROSA ELENA DURÁN GONZÁLEZ
LECTORA

Carretera Pachuca-Actopan Km. 4 s/n,
Colonia San Cayetano, Pachuca de Soto,
Hidalgo, México; C.P. 42084
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 ext 4201, 4205
icshu@uaeh.edu.mx



www.uaeh.edu.mx

DEDICATORIAS

A las personas de la comunidad de Tetla...

Quienes siempre me han recibido con calidad y calidez y que han sido mis mejores maestros a lo largo de este proyecto. Por recibirme en sus hogares, compartirme su tiempo, espacio, historias, sus alimentos, sus palabras y experiencias.

Especialmente a *Humberto Hernández Bautista, Judith Hernández Bautista y Brenda Joselyn Martínez Hernández* y a sus familias por el acompañamiento a lo largo de esta investigación, por ayudarme a lograr comunicarme con las mujeres de la comunidad y a traducir y comprender en muchas ocasiones más allá de las palabras.

A mi comité tutorial...

Por la confianza, la asesoría y el apoyo a lo largo de este proyecto; sobre todo a su gran calidad humana para comprender las diversas realidades que atraviesan el hacer de una investigación, por todo el sostén y palabras de aliento para no claudicar.

A mi familia...

Por sobrellevar mi carácter y mis ausencias a lo largo de esta maestría. Ustedes son mi motor y mi inspiración.

A mí misma...

Por todo lo que implico este proceso de formación académica y personal.

A los viajes y experiencias vividas que me dieron fuerza y ánimo para continuar.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la beca otorgada por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo a través de CONACyT mediante el programa de la Maestría en Ciencias Sociales; quien aprobó el proyecto *Una mirada intercultural de las Representaciones Sociales de las prácticas de biomedicina y medicina tradicional. Tetla, Yahualica; Hidalgo. 2020 – 2021*, coordinado por la Dra. Lydia Josefa Raesfeld. Así mismo agradezco al Dr. Gerardo Hurtado, investigador y docente de la carrera de Psicología del Instituto de Ciencias de la Salud, que fungió como codirector de esta investigación; así como a la Dra. Silvia Mendoza Mendoza y a la Dra. Rosa Elena Durán González por su valioso acompañamiento.

ÍNDICE

Introducción. Acercamiento a la propuesta de investigación

CAPITULO I

Las representaciones sociales: Un estado del arte.

1.1 Representaciones Sociales: Bosquejo histórico y epistémico de las Representaciones Sociales	27
1.1.1 Un acercamiento a las Representaciones Sociales: ¿Qué son las Representaciones Sociales?	33
1.1.2 Un esbozo a las Representaciones Colectivas: ¿De dónde surgen las Representaciones Sociales?	38
1.2 Representaciones Colectivas y Representaciones Sociales: ¿Cuáles son las similitudes y diferencias entre Representaciones Sociales y Representaciones Colectivas?	44
1.3 Algunas críticas a la teoría de las Representaciones Sociales	46

CAPITULO II

Prácticas de la biomedicina y de la medicina tradicional: Bosquejo histórico y análisis social de la salud en población indígena en México.

2.1 Interculturalidad y salud Interculturalidad en la atención a la salud de las poblaciones indígenas	49
2.2 Biomedicina: Salud y enfermedad Práctica de la biomedicina en el siglo XXI. Un acercamiento crítico.	62
2.3 Medicina tradicional: Salud y enfermedad La medicina tradicional indígena mexicana	70
2.4 Definiciones de salud	83

2.5 Marco normativo y legal de la práctica médica	90
Legalidad de la práctica de la medicina tradicional en México	

CAPITULO III

Metodología de la investigación

3.1 Metodología	100
3.2 Descripción de la técnica, categorías y conceptos ordenados	105
3.3 Instrumentos de recolección de información	
3.3.1 Asociación libre de palabras	113
3.3.2 Observación participante	114
3.3.3 Entrevista semiestructurada	116

CAPITULO IV

Tetla, Yahualica; Hidalgo: Un acercamiento intercultural, a la mirada de las Representaciones Sociales de las mujeres, en las prácticas médicas de la comunidad

4.1 Contextualización del municipio y la población: Recuperación de memorias de Tetla	119
4.2 Información general de la comunidad:	119
4.2.1 Historia	
4.2.2 Descripción geopolítica	
4.2.3 Descripción de los servicios	
4.2.4 Infraestructura	
4.2.5 Forma de llegada a la comunidad	
4.3 Descripción de la dinámica comunitaria:	132
4.3.1 Económico	
4.3.2 Social	
4.3.3 Cultural	
4.3.4 Servicios de educación	
4.3.5 Servicios de salud	

4.4 Enfermedades	138
4.4.1 Diabetes	
4.4.2 Adicción al alcohol	
4.4.3 Discapacidades intelectuales	
4.4.4 Enfermedades respiratorias	
4.4.5 Enfermedades de huesos y hernias	
4.4.6 Violencia	
4.4.7 Servicios sanitarios y contaminación	

4.5 Caracterización de la muestra: La construcción de la identidad Mujeres, indígenas y enfermas	145
---	-----

CAPITULO V

Resultados y su discusión

5.1 Análisis de asociación de palabras	150
5.1.1 Salud	
5.1.2 Enfermedad	
5.1.3 Diabetes	
5.2 Prácticas de medicina tradicional	163
5.3 Prácticas de biomedicina	169
5.4 Recomendaciones y sugerencias de mejora para el servicio biomédico	173
5.5 Indicadores interculturales de calidad en la atención médica en biomedicina y medicina tradicional:	174
5.5.1 Accesibilidad y costos	
5.5.2 Lengua	
5.5.3 Político	
5.5.4 Acciones de salud colectiva y acciones de salud intercultural	
Conclusiones	181
La crisis como punto de partida: Reflexiones del proceso de investigación	187

Referencias	194
Anexos	204
Glosario	214

Resumen

Han sido muchos los intentos históricos por lograr sistemáticamente un dialogo entre la práctica médica tradicional y la biomedicina.

Tanto en contextos urbanos, como en comunidades mestizas e indígenas en México, el uso de una u otra práctica médica es retomada para prevenir, disminuir, curar o tratar diferentes padecimientos; ya sea de tipo fisiológico, mental o espiritual. En contextos multiculturales como los son diversos países en América Latina; las Representaciones Sociales que se construyen alrededor de uno u otro modelo de atención y servicio, (prácticas de medicina tradicional y prácticas de biomedicina) influyen en el comportamiento de la población.

La siguiente investigación, supone recursos y estrategias desde un enfoque cualitativo, mediante técnicas teórico metodológicas, planteadas desde la Teoría de las Representaciones Sociales; como la entrevista semiestructurada, observación participante y la asociación libre de palabras, para abordar esta problemática en la comunidad, con el objetivo de identificar y analizar las representaciones sociales en torno a los servicio de atención a los pacientes que tienen diabetes mellitus o que viven con alguien que la padece, para el fortalecimiento de una salud intercultural en la comunidad de Tetla, Yahualica Hidalgo.

INTRODUCCIÓN

“En una época de cambio radical, el futuro pertenece a los que siguen
aprendiendo.

Los que ya aprendieron...
se encuentran equipados para vivir en un mundo que ya no existe”

Eric Hoffer

A continuación, se presentará una breve descripción de la investigación y la forma en que fue estructurada a partir de la recuperación de diversos referentes para abordar la temática de las representaciones sociales con respecto a las prácticas de medicina tradicional, en contraste con las prácticas de biomedicina; desde un enfoque en salud intercultural.

Se vuelve necesario iniciar por definir algunos conceptos que se estarán desarrollando a lo largo del escrito y es importante tener presentes.

La salud en la historia de la humanidad, ha sido un tema parte aguas en muchos campos de conocimiento.

Como sociedad mundial, una vez más se atravesó por una crisis de salud significativa, debido a la pandemia de COVID 19. Las representaciones sociales se construyen y manifiestan a través de los discursos que son transmitidos mediante el lenguaje verbal o escrito, y publicados en medios masivos de comunicación y específicamente en redes sociales. Esto nos permiten cuestionarnos, las representaciones que construimos alrededor de este momento histórico coyuntural, y específicamente cómo se ha vivido esta condición desde diversos ángulos, regiones y poblaciones, con respecto a las prácticas de los diversos modelos de salud y cómo éstas representaciones están guiando los comportamientos colectivos.

Se hace evidente a nivel mundial como los sistemas de salud no dan abasto en los servicios de atención de las poblaciones; ya que no existen las condiciones de

infraestructura, ni la capacidad en recursos humanos y de suministros para hacer frente al fenómeno que no sólo se manifiesta en una situación epidemiológica; si no que tiene sus implicaciones económicas, psicológicas y sociales, poniendo en evidencia en gran medida la descomposición social que vivimos como sociedades industrializadas, hacinadas en ciudades, o bien en zonas rurales sin acceso a servicios médicos que respondan a la contingencia.

Aunado a esto, se manifiesta la situación crítica que vivimos los países periféricos¹ ante la incapacidad para hacer frente a la situación. Personas que no logran acatar las mínimas medidas de seguridad y resguardo en sus hogares; ya que sus condiciones económicas, sociales y educativas, no lo permiten.

El papel que las ciencias sociales juegan ante estas condiciones se vuelve preponderante. Analizar la situación de los diversos contextos de un mismo país como México es un reto. La diversificación en las creencias, maneras de pensar, costumbres, idiomas, estratos económicos y condiciones estructurales son determinantes en estas circunstancias.

La diabetes mellitus y las enfermedades crónico degenerativas, han puesto de manifiesto en nuestra sociedad mexicana la grave condición que se vive. El alto índice de población que se encuentra en riesgo debido a estas circunstancias, trasluce la importancia de voltear a mirar a la salud en concordancia con la ciencia social. “El COVID-19 implica una condición compleja; sin embargo, el riesgo es menor para personas con una salud estable”. (Mayorga, 2020)

En la historia de la salud múltiples prácticas han sido estudiadas, analizadas, retomadas o descartadas; de acuerdo, al momento histórico y social, a su utilidad, a los grupos de población en los que se desarrollan y al factor económico o político que beneficia. (Alarcon et ál., 2003)

¹ Wallerstein (1997). Teoría del sistema mundo.

La salud se ha vuelto en la actualidad uno de los negocios más rentables, a través de la imposición de una práctica médica hegemónica que responde a intereses económicos, sociales y políticos. Se lucra con el bienestar, la calidad de vida y la salud de millones de personas alrededor del mundo. (Feo et ál, 2012) No es extraño escuchar en las noticias que día con día surgen o resurgen enfermedades con mayor fuerza y, menos posibilidades de curación, con efectos más agresivos o rápidos en su manifestación. Garduño nos refiere como tampoco es extraño observar a las grandes farmacéuticas beneficiándose de esta proliferación y agresividad en enfermedades, para distribuir medicamentos paliativos que disminuyen síntomas, que son placebos, que ayudan a curar un padecimiento mientras propician otros, que generan una dependencia a la sustancia. (Garduño et ál, 2016)

Este panorama presenta un gran reto: construir un modelo de salud intercultural efectivo, que sea una alternativa al modelo de salud hegemónico y esté conformado desde, la diversidad cultural en muchos contextos alrededor del mundo.

De ahí que en esta investigación nos abocaremos a analizar desde un acercamiento intercultural la teoría de las representaciones sociales, que sirven para entender la manera en que los grupos y comunidades se apropian de la realidad a través de categorías discursivas. Cómo las mujeres de la comunidad nahua de Tetla en la Huasteca del estado de Hidalgo, viven el fenómeno salud/enfermedad/tratamiento en las prácticas de atención biomédica y tradicional en atención a pacientes diabéticos.

Históricamente las sociedades mundiales de estos tiempos quedarán marcadas por todo lo que la contingencia por COVID 19, ha traído consigo. Vivimos un momento coyuntural, especialmente con respecto a cómo las comunidades originarias están haciendo frente a esta condición.

¿Cuáles son y cómo se reproducen las representaciones sociales, que tienen las mujeres indígenas de la comunidad de Tetla; Yahualica, Hidalgo; con respecto a las prácticas de la medicina tradicional en contraste a las prácticas de la biomedicina, en el servicio de atención a pacientes con diabetes mellitus, desde un enfoque intercultural?

¿Cómo influyen las representaciones sociales de las mujeres de la comunidad, en el acercamiento de pacientes con diabetes mellitus, a la práctica de la biomedicina o a la práctica de la medicina tradicional?

¿Cómo han influido los modelos de atención intercultural en la práctica biomédica?

¿Qué aproximaciones teóricas y bajo qué enfoques se ha realizado el análisis de las prácticas de biomedicina y medicina tradicional a través de las representaciones sociales?

Son cuestionamientos que atravesarán éste proyecto de investigación y a partir de los cuales se buscarán generar respuestas para su dilucidación.

Boron habla de una deuda histórica con la población indígena que nos obliga a realizar investigaciones más profundas para poder entender la problemática desde un enfoque de la perspectiva social. (Boron, 2006, pág. 20) Para poder comprender es necesario afirmar la desigualdad y la discriminación de la que han sido objeto la población indígena; y por otro lado, eliminar las inequidades y acercarse hacia una igualdad real.

Por lo cual, es primordial conocer cómo se construye el diálogo entre saberes durante la consulta médica en la relación médico/paciente, en donde se manifiesta el encuentro entre las prácticas de la medicina tradicional (que pudieran tener algunos pacientes) y las prácticas de la biomedicina (por parte del personal de salud de la clínica comunitaria). Asimismo, es importante conocer la calidad del servicio

de salud brindado por el Estado en contextos indígenas, para aproximarnos a las representaciones sociales que se construyen de las prácticas de medicina tradicional y biomedicina. Esto dará como resultado un referente de la percepción general de la comunidad.

Para Araya (2002):

Las RS trascienden el marco cultural y de las estructuras sociales más amplias, entre ellas las estructuras de poder y subordinación. En su construcción influyen el medio cultural en el que viven las personas; el lugar que ocupan en la estructura social y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario; así como las relaciones que se establecen entre los sujetos sociales y el significado y resignificado que adquieren en cada uno. (Araya en Espinosa Cortés, 2010, pág. 2)

Conocer cómo percibe la comunidad de Tetla las prácticas de uno u otro modelo médico (medicina tradicional y biomedicina) dará la posibilidad de saber: ¿por qué a veces el paciente no sigue las instrucciones de los biomédicos o es indiferente a los proyectos de salud en la comunidad?, ¿las opiniones y representaciones sociales de los usuarios han sido respetadas?, ¿las prácticas y medidas que se ponen en marcha han sido negociadas y consensuadas?, ¿el modelo de formación intercultural en salud del país ha dado respuesta a las necesidades de la población?, ¿qué modificaciones podrían hacerse en las prácticas médicas de la comunidad para integrar la diversidad de saberes en ella?

En esta investigación se persigue como objetivo general: Identificar y analizar desde un enfoque intercultural a las representaciones sociales que tienen las mujeres indígenas de la comunidad de Tetla; Yahualica, Hidalgo; en las prácticas de la medicina tradicional con relación a las prácticas de la biomedicina, en el servicio de atención a pacientes con diabetes mellitus.

Seguido de los objetivos específicos: 1) Analizar la influencia de los modelos de atención intercultural en la práctica biomédica. 2) Identificar diversos estudios que se han propuesto para investigar las prácticas biomédicas y de medicina tradicional a través de las representaciones sociales.

Se buscará dilucidar si las representaciones sociales que construyen y reproducen las mujeres indígenas de la comunidad de Tetla, Hidalgo, influyen en el acercamiento de ellas, sus familiares o conocidos con diabetes mellitus, a la práctica de la biomedicina o a la práctica de la medicina tradicional; y cómo estas representaciones sociales pudieran hacer referencia al apego en la práctica biomédica a modelos de atención de salud intercultural en la comunidad.

Las representaciones sociales de las mujeres de la comunidad de Tetla; Yahualica, Hidalgo con respecto a la práctica biomédica y la práctica de medicina tradicional, durante el servicio de atención en pacientes con diabetes mellitus busca plantearse como un problema social, pero a la vez sugiriéndolo como un problema sociológico digno de ser analizado desde diversas aristas.

Siguiendo las ideas de Jaiberth para los pueblos indígenas, como los de Yahualica, el transporte, la ubicación geográfica y las limitaciones económicas constituyen obstáculos. (Jaiberth et ál, 2012) Aunado a esto, la baja confianza en la biomedicina y las equivocaciones del modelo de salud, han incrementado el uso de la medicina tradicional indígena.

En el 2018, durante una brigada universitaria en la comunidad de Tetla, se identificó el incremento en el número, frecuencia e intensidad de enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, hipertensión y obesidad de la población; así como, el débil resultado en el apego a los tratamientos de estas enfermedades de parte de los y las habitantes de la comunidad, lo cual ha implicado deterioro en su calidad de vida.

“La diabetes es la principal causa de muerte en comunidades indígenas en México” (Menjivar, 2015). La Federación Mexicana de Diabetes A. C. menciona que, de acuerdo a cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 70 de cada 100 mil personas murieron a causa de diabetes mellitus (tipo 2) en el año 2011. (FMD, 2016).

Es necesario, indagar qué está sucediendo en la comunidad, conocer por qué la gente no siempre logra el apego a los tratamientos biomédicos, cómo participa en el desarrollo de las acciones de salud, cómo sobrelleva el acceso a servicios de salud cuando no se encuentran dentro de los horarios de atención en la clínica y cuál es la percepción con respecto a las prácticas de la medicina tradicional frente a las prácticas de la biomedicina. Todo esto, visto desde un enfoque amplio a nivel social e histórico, que genere un análisis de las prácticas biomédicas y tradicionales, que sea capaz de producir conocimiento útil para el diseño y desarrollo de políticas públicas en salud en comunidades indígenas.

Por ello es pertinente realizar este análisis desde la investigación de las representaciones sociales desde un enfoque intercultural; ya que, éstas integran lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social, el pensamiento y la acción. Hasen menciona que: “Es necesario tener presente la formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural, con el objetivo de que se generen espacios en donde se ofrezca respeto, reconocimiento a las tradiciones culturales y equidad en la salud”. (Hasen, 2012, pág. 21).

Ante los cambios sociales en los contextos latinoamericanos actuales, el construir ciencia social no debería desligarse de la actividad política. Desde la injerencia, que como científicos con conocimiento de causa de los fenómenos sociales poseemos, y con los cuales podemos y debemos impactar en la política pública, en la toma de decisiones y en la organización comunitaria en beneficio de las personas con las cuales desarrollamos procesos de investigación, procurando motivar una conciencia participativa y de responsabilidad ciudadana, haciéndolos agentes de cambio para

sus propias realidades, a partir del reconocimiento de sus necesidades y problemáticas.

En la conferencia que se llevó a cabo con Boaventura de Sousa Santos en la UNAM, propone la importante necesidad de mirarnos no como objetos epistemológicos; sino como sujetos de epistemología, lo cual plantea que, “si no represento el mundo como mío, tampoco puedo transformarlo”. (2013)

Construir conocimiento y a través de lo que de Sousa denominaría la “ecología de los saberes”, (2013) comprendida como el puente en el cual se pueden reconciliar posturas que se consideran antagónicas, recuperando y reestructurando un lenguaje común entre la biomedicina y la medicina tradicional.

El objetivo es conjugar el conocimiento “científico” con un “conocimiento del saber”; a través de la teoría de las representaciones sociales desde una mirada intercultural. Esto como un medio para impactar en las prácticas que tanto en uno como en otro modelo de atención médica se desarrolla, en beneficio del bienestar y salud de la comunidad de Tetla. La interculturalidad en salud, nos dará un marco de referencia para observar, analizar e interpretar las Representaciones Sociales que construyen las mujeres de la comunidad.

Es así como en el primer capítulo se tiene un acercamiento al problema de investigación en general y su conceptualización. Este primer capítulo recupera a su vez la conceptualización de las Representaciones Sociales y cuáles son sus marcos referenciales.

En esta búsqueda se priorizo la detección de investigaciones correspondientes a artículos que se enfocan en explicar la teoría de las representaciones sociales (TRS o RS), desde sus antecedentes hasta algunas de sus aplicaciones y metodologías; además de una contrastación teórica desde la mirada de autores como Weber y Berguer.

Dentro de este capítulo, los documentos revisados están enfocados en describir los principales conceptos, referentes y exponentes de la teoría de las representaciones sociales. Se hace la diferenciación entre conceptos como percepción, creencia e imaginario social para tener mayor claridad y no confundirlos.

Se retoma al lenguaje como eje de análisis a través del cual se construyen y transmiten las representaciones sociales. Se analiza cómo se comprenden, construyen, reproducen y transforman las representaciones sociales, de acuerdo al tiempo y al espacio en donde se manifiestan; por lo cual se entiende como concepto no estático. Se retoman las orientaciones metodológicas para su investigación. Se proporcionan algunos ejemplos de su aplicación en diversas temáticas entre ellas algunas correspondientes al ámbito de la salud. Se plantea el análisis para retomar la Teoría de las Representaciones Sociales en estudios de la cultura, propuesta como una aproximación metodológica para la antropología y psicología colectiva; y finalmente se plantea una crítica a esta teoría para el estudio de la cultura.

El segundo capítulo se enfoca en la recuperación y análisis de diversas investigaciones, artículos científicos, capítulos de libros, notas periodísticas y boletines informativos desarrollados en América Latina y principalmente en México, en torno a la medicina tradicional y a la salud intercultural desde una mirada reflexiva de autores como: Menéndez, Lozoya, Comelles, Quijano, Dussel, Mignolo y Zolla; para abordar conceptos como biomedicina y; la construcción histórica del concepto de salud y enfermedad.

En este apartado la investigación se centra en recuperar y analizar aquellos documentos que aluden a trabajar en torno a la medicina tradicional y la salud intercultural. Se hace un acercamiento a la salud intercultural en México y se propone cómo se ha desarrollado históricamente a partir del rescate de diversas experiencias de la Secretaría de Salud. Se recupera información en donde se retomar la participación comunitaria en salud, rescatando algunas experiencias de

éxito en donde la comunidad es quien genera estrategias para trabajar en torno a aspectos de salud en diversas vertientes que aquejan su contexto; también se retoman algunas perspectivas teóricas y de análisis para orientar una visión crítica hacia la comprensión de la salud occidental como un instrumento de poder a través del cual se ha colonizado el pensamiento en las sociedades indígenas y tradicionales.

Se define la interculturalidad, no como aquel concepto de moda que surge en los años 90's para continuar clasificando y segmentando a las poblaciones (interculturalidad funcional); si no desde la perspectiva crítica que sugiere Esterman en la cual propone la interacción y el dialogo entre diferentes posturas en el encuentro con lxs otrxs , sin dejar de lado desde una aproximación ética dentro del proceso de investigación que hay estructuras de asimetría y hegemonía que atraviesan y, ante las cuales se deberá tener una constante vigilancia epistemológica para no incurrir en prácticas extractivitas académicas, o en el monoculturalismo que busca desdibujar las alteridades. (Estermann, et ál, 2009, p. 63)

Para Alarcon, el termino interculturalidad en salud o salud intercultural, se designa al “conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud... Esto implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad”. (Alarcon, 2003, pág. 4)

La mirada intercultural en la salud se presenta como un proceso de acercamiento entre mundos culturales diversos; por lo cual al desarrollar la investigación no puede quedar de largo para el análisis e interpretación de las Representaciones Sociales de las mujeres de Tetla ante la práctica de uno u otro modelo médico de atención.

A la par se identifican artículos en los cuales se plantean conceptos de la medicina tradicional en el proceso salud/enfermedad/atención, evidenciando a la biomedicina

como un modelo hegemónico. Se rescata la importancia del dialogo entre saberes durante la consulta médica con población indígena con el objetivo de que se dé un servicio con calidad humana.

Se retoman trabajos que se centran en analizar las Representaciones Sociales de un grupo indígena en Colombia, sus construcciones con respecto a la medicina tradicional y a las enfermedades “foráneas”, desde su cosmovisión. Se hace referencia a una investigación documentada a través del análisis de búsquedas en internet, de estudios académicos con respecto a la salud – enfermedad y las representaciones sociales.

Otro de los artículos que retoma la interculturalidad en salud reflexiona las causas de los fracasos, de las acciones y propuestas que se trabajaron durante las décadas de los 80´s y 90´s en América Latina y finalmente se hace alusión a la regulación de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe. Se retoma también en este capítulo referentes de marcos normativos con respecto a la práctica de la medicina tradicional en América Latina.

El tercer capítulo plantea el apartado metodológico, así como el desarrollo de la investigación en campo. Se presenta a partir de una tabla la estructuración de las técnicas, categorías y conceptos ordenados que se trabajaron en la investigación.

La investigación se desarrolló entre enero de 2020 y diciembre 2021. Se priorizo la investigación de acuerdo a tres áreas: representaciones sociales de salud, enfermedad y diabetes; tipos de medicina, biomedicina y medicina tradicional; y prácticas médicas a partir de indicadores interculturales de calidad en los servicios de atención.

Posteriormente se recuperaron a partir de esto, cinco categorías que rigen el eje central de la investigación: biológico, cultural, social, económico y político; dando mayor énfasis al apartado de la política.

A partir del modelo procesual de la metodología de las representaciones sociales, se describen en este capítulo las técnicas e instrumentos de recopilación de datos que se trabajaron a lo largo de la investigación: Asociación libre de palabras, observación participante y entrevistas semiestructuradas.

El capítulo cuarto se enfoca en dar aportaciones contextuales de cómo se desarrolla la salud intercultural en el Estado de Hidalgo a través de sus prácticas y el análisis histórico en la región, hasta llegar a la población indígena en la Huasteca, específicamente a la comunidad de Tetla.

Se logró la contextualización a partir de documentos como el catálogo de comunidades y pueblos indígenas de Hidalgo, realizado por investigadores e investigadoras de la UAEH, en donde se arrojan datos porcentuales interesantes con respecto a Tetla y a la medicina tradicional. Se retoma información de un diagnóstico realizado en la región de la huasteca durante el año de 1996, en donde se hacen observaciones con respecto a la situación en torno a la salud que se vive en esta región. Se recuperan algunos datos que contribuyen a comprender la situación de salud en el Estado durante los años 50's a partir del artículo COVID y la curva de la biopolítica.

En este apartado como fruto de la investigación en campo a partir de la técnica de observación participante y mediante la recuperación de notas de campo, se logra consolidar un abundante contenido que nos aproxima a la construcción de la realidad y la dinámica comunitaria mediante la descripción del contexto de la comunidad.

Este contenido es una descripción general de la comunidad en torno a su historia, geopolítica, infraestructura y servicios. Se detalla de la dinámica comunitaria en el ámbito socioeconómico, cultural, educativo y de salud. Se mencionan las principales enfermedades que aquejan a la comunidad.

Finalmente, en este apartado se reflexiona acerca de la caracterización de la muestra; y el cómo las mujeres de Tetla se viven como indígenas, como cuidadoras y como enfermas.

En el capítulo quinto la investigación se aboca en la descripción de resultados y en su discusión.

La primera técnica que se desarrolló de acuerdo a lo propuesto en la metodología, fue la asociación libre de palabras; en donde los términos inductores que se recuperaron fueron la salud, enfermedad, diabetes, prácticas de biomedicina y prácticas de medicina tradicional.

El fruto de esta técnica se representa de manera gráfica a partir de una tabla y mediante nubes de palabras. La salud asociada al concepto de bienestar, la enfermedad ligada a estar mal, sentir dolor; y asociada con enfermedades como el azúcar o la presión, la diabetes ligada al consumo de azúcar, al susto o alguna impresión fuerte.

Como resultado de esto se generan una serie de recomendaciones y sugerencias para la mejora del servicio de la clínica de la comunidad, dadas por las mujeres de Tetla.

La segunda técnica analizada y eje central de la metodología de las representaciones sociales, que a continuación se mencionara es la entrevista. En este apartado se recuperan de manera literal, los discursos de las mujeres de comunidad para dar veracidad a la investigación.

Mediante la entrevista se analizaron los cinco indicadores interculturales de calidad en la atención médica: Accesibilidad, costos, lengua y acciones de salud colectiva e intercultural.

Para cerrar la investigación y a partir del análisis de los resultados obtenidos se elaboran las conclusiones y recomendaciones de la investigación entre las cuales sobresalen; que durante el periodo de la investigación, hubo bajo apego en las practicas biomédicas en los modelos de salud intercultural, permitiendo ver como el modelo de formación intercultural en el país no ha dado respuesta a las necesidades de la población; ya que, se continua practicando desde una lógica occidental y colonialista en donde el proceso de salud-enfermedad se comprende solo desde la salud individual y de los cuerpos y se deja de lado la lógica de pensamiento de la salud colectiva y la interrelación de elementos simbólicos y naturales que se vive desde la sociedad indígena y desde las prácticas de la medicina tradicional.

En este último apartado también se recupera un espacio en donde se busca, a partir de la experiencia durante el proceso de investigación, dar voz y reflexionar acerca los sentires, pensares y deconstrucciones que atravesaron el proceso de investigación, cerrando el trabajo con los anexos y con un glosario de palabras en torno al tema de investigación traducidas del español al nahuatl

CAPITULO I

PRACTICAS BIOMÉDICAS Y DE MEDICINA TRADICIONAL A TRAVÉS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES: UN ESTADO DEL ARTE

Representaciones sociales

Bosquejo histórico y epistémico de las representaciones sociales

Los datos nacionales de población Nahuatl, recuperados a través del Atlas de los Pueblos Indígenas del INPI (2018), señalan que el 83.5% de la población Nahuatl de Hidalgo está afiliada a algún servicio de salud pública y para el 2015 el 69.7% estaba afiliada al seguro popular.

El Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI) en el 2018 señaló en su apartado de medicina tradicional en poblaciones Nahuatl de Hidalgo, cómo frecuentemente se tacha de superstición o brujería, varias de las prácticas de medicina tradicional desarrolladas por los grupos étnicos. “Este prejuicio se ha expresado en una aparente incompatibilidad entre ambos sistemas médicos, e incluso en la persecución de los especialistas nahuatl como supuestos transgresores de la ley”. (INPI, 2018)

Ante esto se vuelve primordial conocer cómo se construye el dialogo entre saberes durante la consulta médica en la relación médico-paciente, en donde se manifiesta el encuentro entre las prácticas de la medicina tradicional (que pudieran tener algunos pacientes) y las prácticas de la biomedicina (por parte del personal de salud de la clínica comunitaria). Conocer el servicio de salud que se brinda por parte del Estado en contextos indígenas, la calidad y el respeto con que se ofrecen estos servicios; y de este modo poder aproximarnos a las Representaciones Sociales que se construyen de las prácticas de medicina tradicional y biomedicina, darán como resultado un referente de la percepción general de la comunidad.

“Para las décadas de los 80’s y 90’s en diversos países de América Latina y en México; a través, de la Secretaria de Salud, se pone de manifiesto la importancia sobre el abordaje en cuestiones de salud pública durante la atención primaria y el tratamiento; con respecto a la implementación del tipo de prácticas médicas que

vive la población en el país; específicamente la población indígena”. (Menéndez, 2016, pág. 110)

Se hace una diferenciación, entre “prácticas de medicina tradicional”, o como “prácticas de biomedicina”, en la cual se evidencia que cada una de estas aproximaciones emplea diversos métodos para abordar la enfermedad, el tratamiento y la salud; de acuerdo, al contexto en donde se practique. En algunos casos dependiendo de la población; también se hace evidente que puede haber una fusión entre ambas perspectivas.

En este sentido la teoría de las representaciones sociales, de igual modo pretende entender las representaciones que las personas construyen con respecto a una realidad; esta representación es susceptible de interpretación, se teje un puente entre perspectivas teóricas a través de la interpretación hermenéutica, en el caso de las TRS mediante el análisis del discurso y para Weber enfocándola directamente en el “análisis del sentido de la acción social”. Las prácticas de la biomedicina en la comunidad y las prácticas de medicina tradicional, son “acciones sociales que tienen un sentido mentado”; el cual pretende ser la preservación, mejora o recuperación de la salud. La práctica biomédica tenderá hacia un “sentido de hecho e históricamente dado”, al igual que las prácticas de medicina tradicional.

La evidencia de la comprensión de la acción social desde una comprensión explicativa, se recuperará; a través, de las representaciones sociales de las mujeres con respecto a la práctica de uno u otro modelo de atención médica; y con base, en la interpretación que se haga de las mismas mediante el desarrollo metodológico que categorizará dichas representaciones de manera sistemática.

Para Weber, una relación social es “un comportamiento de muchos individuos cuyo sentido está definido recíprocamente y que por esa reciprocidad se orienta” (Weber, 2002, pág. 24). Como lo enfatiza el propio Weber, el contenido de esta relación puede ser muy variado: “lucha, enemistad, amor sexual, amistad, piedad,

intercambio mercantil; el 'cumplimiento', la 'elusión' o la 'ruptura' de un contrato; la 'competencia' económica, erótica o de otro tipo; la comunidad estamental, nacional o de clase sólo si conduce a una acción social" (2002 pág.13)

Durante la relación social que se vive en Tetla, en la prestación de servicios de atención a la salud, entre el personal médico y/o el/la curandera, se infiere una cuestión de reciprocidad en donde las personas acuden a esta atención con el objetivo de prevenir, curar/sanar o bien tratar algún padecimiento o enfermedad; en esta interacción entre ambas partes se ejercen diversas "acciones sociales"; esto durante la práctica de uno u otro modelo de atención. Estas acciones se comprenden como acción social, debido a que comparten uno o varios sentidos en la relación que se está estableciendo, la acción social es para Weber "una acción en donde el sentido mentado por un sujeto o sujetos está referido a la conducta de otros, orientándose por ésta en su desarrollo." (Weber, 2002, pág. 5)

Indagar las representaciones sociales que las mujeres de la comunidad generan, a partir de esta relación, nos marcará el punto de referencia para la interpretación, mediante el discurso que a partir de esta relación se construye y se reproduce, con el objetivo de lograr una comprensión interpretativa del sentido de las acciones y de la conexión de ese sentido, a través de indagar en la "historia de las acciones particulares", tanto de una práctica médica como de la medicina tradicional; y mediante la aproximación al "sentido mentado" en promedio de la población, como un referente social para poblaciones con condiciones similares. Lo que se pretende averiguar es el motivo "el fundamento con sentido" (Weber, 2002, pág.10) de las practicas tanto de un modelo medico como del otro, en la búsqueda de la explicación causal de la inclinación hacia una práctica u otra en la población.

Durante la práctica de la medicina tradicional, generalmente la *acción social* que se desarrolla está orientada hacia un "arreglo racional con arreglo a fines"; partiendo de la idea de que esto implica que esta "determinada por expectativas en el comportamiento tanto de objetos del mundo exterior como de otros hombres,

y utilizando esas expectativas como "condiciones" o "medios" para el logro de fines propios racionalmente sopesados y perseguidos, el objetivo racional" (Weber, 2002, pág. 20) que en este caso es la salud, que tanto el paciente como el medico buscan; con "arreglo a valores", ya que esta "determinada por la creencia consciente en el valor -ético, estético, religioso o de cualquiera otra forma como se le interprete- propio y absoluto de una determinada conducta, sin relación alguna con el resultado, o sea puramente en méritos de ese valor" (Weber, 2002, pág. 21) y se pudiera también asociar a una "acción social tradicional"; ya que generalmente se basan en "un sentimiento subjetivo (afectivo o tradicional) de pertenencia común de los involucrados" (Weber, 2002, pág. 21) y con orientación a un objetivo que es la preservación, recuperación o sanación de los enfermos a través de diversos métodos o técnicas. Esta relación social es común de las sociedades comunitarias (vergemeinschaftete) en las cuales el anclaje es particularmente fuerte. (Weber, 2002, pág. 33)

Durante la práctica del modelo biomédico, la acción social en la cual recaen, es la orientada a fines; "actúa racionalmente con arreglo a fines quien oriente su acción por el fin, medios y consecuencias implicadas en ella y para lo cual sopesa racionalmente los medios con los fines, los fines con las consecuencias implicadas y los diferentes fines posibles entre sí"; (Weber,2002 pág. 21) ya que; se tiene un motivo intrínseco racional, la salud; a la par de esta acción se encuentra la evolución histórica de la medicina a través de sus diferentes paradigmas, los cuales nos orientan a considerar esta acción social también como tradicional.

La práctica biomédica desde su postura de cientificidad, y de acuerdo a los paradigmas que regían hasta hace unos años; y que se han ido desestructurando, porque no dan respuesta a las condiciones de vida de los diversos grupos sociales; actuaba desde una lógica en la cual las escuelas de medicina trasmitían que la labor del médico debía ser objetiva y desapegada emocionalmente, situación que se

representaba en las acciones racionalizadas, en las cuales el fin último era la preservación de la vida, sin tener en cuenta los medios para ello.

El sentido de una relación social puede ser pactado por declaración recíproca, en este caso la relación médico-paciente, regulada por una promesa respecto a su conducta futura; en el caso de la biomedicina este sentido recae en el juramento hipocrático; en el cual confían las personas al poner la salud y bienestar en manos del médico que ejerce biomedicina.

La interpretación de la acción en la práctica biomédica, debe tomar nota del importante hecho de que “aquellos conceptos empleados tanto por el lenguaje cotidiano como el profesional, son representaciones de algo que en parte existe y en parte se presenta como un deber ser en la mente de hombres concretos; poseen una poderosa, a menudo dominante significación causal en el desarrollo de la conducta humana concreta. Sobre todo, como representaciones de algo que debe ser (y también que no debe ser)”. (Weber, 2002, pág. 12)

En la acción social es frecuente encontrarnos con que “los individuos se dejan influir fuertemente en su acción por el simple hecho de estar incluidos en una masa” (Weber, 2002, pág. 19). La teoría de las RS, nos permite reconocer estas influencias a través del análisis y comprensión del discurso que se construye en la comunidad, con el objeto de analizar la acción social de inclinarse hacia una práctica médica u otra y las implicaciones que esto representa en la salud de la comunidad.

El enfoque desde donde se ha abordado la investigación; es el de interculturalidad, partiendo de que, éste enfoque permitirá tener una postura de investigación más sensible y respetuosa durante la inmersión en el campo de estudio.

Será importante en algún punto como una respuesta al proceso de salud intercultural, recuperar las aproximaciones epistemológicas que sugiere Boaventura de Sousa, en donde se genere una ecología de los saberes que conjunte el

conocimiento científico médico con el conocimiento de los saberes de la medicina tradicional. (Santos, 2018)

Se retoma la TRS, como una herramienta que permite contextualizar ciertas realidades sociales; ya que, se considera que desde esta aproximación se puede conocer una visión mucho más clara y profunda, de la forma en que las mujeres de la comunidad de Tetla, Yahualica, Hidalgo; miran las prácticas de la medicina tradicional y las prácticas de la biomedicina; para conocer si existe alguna diferencia, relación o complementación entre una y otra; y de este modo, poder comprender el proceso de salud/enfermedad y tratamiento que se vive en la comunidad.

Comprendiendo las prácticas sociales: ... como un “complejo de acciones humanas que realizan los miembros de un cierto grupo, orientadas por las representaciones (que van desde las creencias y modelos hasta complejas teorías científicas) que tienen una estructura axiológica o normativa valorativa” ... (Espinosa, 2010, pág. 78)

La configuración *ontología* del sujeto desde las Representaciones Sociales, se basa según Derrida, citado por Rubio (2001); en “el ser-sujeto como: aquello que puede o cree poder darse representaciones, disponerlas y disponer de ellas; remarca la repetición en, para y por el sujeto, a parti subjecti, de una presencia que, de otro modo, se presentaría al sujeto sin depender de él o sin tener en él su lugar propio”, “como el lugar y el emplazamiento de sus representaciones.” (Rubio, 2001, pág. 2)

Las Representaciones Sociales nacen como un concepto necesario de nuestra forma de conocer, en donde se enfatiza que todo conocimiento es, necesariamente, conocimiento social.

Lo que permite analizar esta búsqueda documental con respecto al objeto de estudio que atañe; es que, a pesar de la ardua labor para intentar explicar y hacer

evidente las complicaciones que se presentan con respecto a la práctica biomédica frente a la práctica de medicina tradicional; y a pesar de la normatividad establecida en diversos contextos y la creación de modelos educativos en salud intercultural para hacer valer los derechos fundamentales en las comunidades indígenas, las propuestas no han tenido el suficiente impacto; ya que, en los espacios de atención de modelos biomédicos aún no se ha consolidado una postura médica desde la salud intercultural; lo cual, pudiera tener repercusiones en el proceso de salud/enfermedad/tratamiento y por lo tanto, en la calidad de vida de las personas específicamente en contextos como lo son la comunidad de Tetla.

Según un diagnóstico realizado por Nahmad a la población de la huasteca menciona que:

“En la Huasteca, los grupos indígenas han tratado sus enfermedades mediante sus recursos y conocimientos heredados de generaciones anteriores. Sin embargo, el deterioro de los recursos naturales de donde extraían plantas medicinales, además de la contaminación cultural que ha deteriorado la imagen de los médicos tradicionales, más las dificultades para contar con ingresos suficientes para pagar los servicios de un buen médico, es la causa que determina una cada vez mayor dependencia de la medicina, del personal y de la infraestructura que el sector público ha intentado instalar en la región”. (Nahmad, 1996, pág. 31)

La pérdida de espacios, personas y por lo tanto conocimientos y cultura en poblaciones indígenas a partir del atravesamiento colonialista, se podrá recuperar a partir de lo que arroje la investigación en campo.

Un acercamiento a las Representaciones Sociales

¿Qué son las Representaciones Sociales?

La TRS, es una herramienta que permite contextualizar ciertas realidades sociales; ya que, se considera que desde esta aproximación se puede conocer una visión mucho más clara y profunda, de la forma en que las personas en la sociedad van

construyendo e interactuando en su realidad. Aunque es sabido que la complejidad y variación en las sociedades modernas se modifican a paso acelerado, la teoría de las representaciones sociales es un referente para aproximarnos a la comprensión de estas realidades.

Para Villaroel:

“Las RS son lo que constituyen nuestro pensamiento cotidiano, lo que se denomina el sentido común. La función de esta equiparación entre representación social y sentido común es doble: la primera tiene que ver con una habilitación metodológica, pues las RS digamos que se objetivan, se convierten en cuasi cosas (en hechos sociales) en el sentido común; en el extremo son el propio sentido común, su estructura y vertebración. De esta forma, tornan a ser directamente observables y así se hacen accesibles al observador externo”. (Villaroel, 2007, pág. 434)

Para Kornblit (2015) las Representaciones Sociales se basan en la comunidad:

- Son compartidas
- Ejercen coerción sobre los individuos
- Surgen a partir de procesos interactivos

Moscovici (en Kornblit 2015) señala tres aspectos constitutivos del concepto:

1. No hay una única representación social de algo; ya que, difieren en cuanto a su contenido y en cuanto a las actitudes que desencadenan en función de las afiliaciones socioeconómicas, políticas, religiosas de los individuos que las sustentan.
2. No se da en el vacío social; un mismo objeto pueda dar lugar a diferentes representaciones vinculadas a los valores y patrones de conducta del grupo.

3. La transformación del objeto en su representación; la información se selecciona y retira del contexto y esa información se concretiza en imágenes.

Las representaciones sociales son productos que reflejan las estructuras cognoscitivas a partir de las que se interpreta la realidad. (Kornblit, 2015)

La Teoría de las Representaciones Sociales desde Alvaro sugiere determinados mecanismos para su formación: la objetivación y el anclaje.

La objetivación hace alusión a las transformaciones que sufren los objetos de conocimiento hasta que entran a formar parte de las Representaciones Sociales. A partir de un núcleo figurativo se constituyen imágenes; lo cual se desarrolla en tres fases: la construcción selectiva, proceso por el cual los individuos hacen suyos los saberes acerca de algo determinado, reteniendo ciertos aspectos y desechando otros; la esquematización estructurante, en donde los elementos informativos que han sido incorporados se organizan para constituir una imagen coherente del objeto, en lo que se denomina esquema figurativo y; la naturalización, en donde el esquema figurativo aparece como un elemento más de la realidad objetiva. (Alvaro, 1995, pp. 65-67)

En el anclaje la información nueva acerca de un objeto es integrada a nuestros esquemas de pensamiento, enraizándola en una red de significaciones previas, lo cual se desarrolla en dos pasos: la teoría a la imagen de la misma, que implica la separación de ciertos elementos de la teoría de su contexto original y; el paso de la imagen a la realidad, en donde las imágenes que representan los conceptos de la teoría aparecen como reflejo de la realidad, confundándose con ella. (Alvaro, 1995, pp. 65-67)

Wagner y Elejabarrieta en (Villaroel, 2007, pág. 16) subraya que “las representaciones sociales recuperan el carácter productor y no solo reproductor del

conocimiento de la vida cotidiana, la naturaleza social en ese conocimiento que se genera a partir de la comunicación y la interacción entre individuos, grupos e instituciones. La importancia del lenguaje y de la comunicación como mecanismos de lo que se transmite y crea realidad, por una parte, y como marco en el que la realidad adquiere sentido, por otra”.

Las Representaciones Sociales (RS) pueden ser definidas como “sistemas de opiniones, de conocimientos y de creencias propias de una cultura, una categoría o un grupo social y relativas a objetos del contexto social”. (Rairer, 2001, págs. 1-25)
Las RS son una explicación útil en el estudio de la construcción social de la realidad.

Mora comparte que quien introduce el concepto de representaciones sociales es Serge Moscovici, como un modelo desde la psicología social. Este teórico influenciado por la etnopsicología de Wundt, el interaccionismo simbólico de Meade; y el concepto de Representaciones Colectivas de Durkheim desarrolla un eje teórico, desde el cual mirar la realidad; a través, del lenguaje en relación con el pensamiento y sus producciones; y cómo esto genera comunicación; y mediante ésta, se genera una realidad. (Mora, 2002, págs. 2-6)

Es de interés rescatar las representaciones sociales de las mujeres adultas de Tetla que viven o tienen un familiar que presenta diabetes mellitus. El enfoque es en las mujeres; ya que, ellas en esta comunidad en específico; son quienes están encargadas del cuidado y atención necesaria de la familia ante la presencia de enfermedades. Conocer cómo ellas miran y se posicionan ante la relación médico – paciente, sanador – enfermo; y cómo esto influye en la confianza entre una y otra práctica, en el proceso de salud enfermedad y el apego al tratamiento en diabetes mellitus, serán ejes a analizar en la investigación que se realice.

Moscovici en Mora (2002) dice que:

“La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación” (Mora, 2002, pág. 7)

En este sentido se pretende analizar sí las RS que expresan y reproducen en la comunidad, se manifiestan en su comportamiento, ante la práctica médica de una u otra modalidad, y si esto genera un impacto importante que pudiera repercutir en la salud y calidad de vida de la población.

Las representaciones sociales proveen criterios de evaluación del contexto social que permiten determinar, justificar o legitimar ciertas conductas. En esta perspectiva, cumplen una función de orientación de las prácticas sociales y constituyen a dicho título sistemas de expectativas o de anticipación que permiten el ajuste comportamental. (Rairer, 2001, págs. 1-25)

Moscovici menciona que: “El abordaje de las Representaciones Sociales permite comprender los constructos que orientan las acciones, los sentidos y los significados que las personas le atribuyen a los objetos, situaciones y fenómenos de su cotidianidad como resultado de la conjunción de lo individual y lo colectivo”. (Jaiberth, 2012, págs. 1-12) Su conocimiento posibilita un mayor éxito en los programas en salud dado que las acciones sanitarias presentan mayores beneficios cuando introducen aspectos socioculturales, experiencias y saberes acumulados por los actores sociales, cuando buscan la integración social, emplean formas discursivas próximas al lenguaje de la comunidad, rescatando en éste sentido un enfoque desde la interculturalidad. (Jaiberth, 2012, págs. 1-12)

Moscovici y Jodelete (en Banch 2000, pág. 3) proponen que lo las RS deben ser analizadas en relación de los procesos de la dinámica social y de la dinámica psíquica: “Debemos tener en cuenta de un lado el funcionamiento cognitivo y el aparato psíquico, del otro el funcionamiento del sistema social, de los grupos y las interacciones en la medida que ellas afectan la génesis, la estructura y la evolución de las representaciones” (Banch 2000, pág. 3)

Ibáñez (en Espinosa, 2010) plantea que en las RS producen los significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social, porque en cada cultura, afirma:

“... Actúan de forma análoga a las teorías científicas. Son teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas, con suficiente precisión para que las personas puedan desenvolverse en ellas sin tropezar con demasiados contratiempos. En definitiva, las representaciones sociales parecen constituir unos mecanismos y unos fenómenos que son estrictamente indispensables para el desarrollo de la vida en sociedad.” (Espinosa, 2010, pág. 8)

Un esbozo a las representaciones colectivas

¿De dónde surgen las Representaciones Sociales?

La propuesta teórica de las Representaciones Colectivas (RC) de Durkheim es un referente, que Moscovichi retomaría para la construcción de la Teoría de las Representaciones Sociales (RS). La teoría de las RS se enfoca en el análisis e interpretación de la construcción, asimilación y reproducción de los conocimientos, creencias y pensamientos, mediante la categorización metodológica del discurso, situaciones que se recuperan a través de técnicas como la entrevistas a profundidad, diario de campo y asociación libre de palabras. La información recabada es organizada categóricamente y de este modo se van trazando ejes de

análisis para su interpretación, todo esto para reconocer lo que Durkheim llamaría “hechos sociales”. (Vera, 2002)

Durkheim fue uno de los primeros sociólogos en cuestionarse el conocimiento y cómo se va desarrollando; y plantea que éste no puede reducirse solo a la parte biológica o a la experiencia individual; identifica que hay elementos comunes a todos los miembros de una sociedad; así como su manera de ordenar y jerarquizar sus percepciones, y esto varía de una sociedad a otra, lo cual tiene un origen meramente social.

La postura de E. Durkheim en: Las reglas del método sociológico (1956); plantea entonces, que son los individuos quienes nacen de la sociedad y no la sociedad de los individuos.

- 1) La “conciencia colectiva o común”: es el conjunto de creencias y sentimientos comunes al término medio de los miembros de una misma sociedad.
- 2) Se entiende como “hecho social”: las formas de actuar, sentir y pensar, externas y preexistentes al individuo que se le imponen coercitivamente, mediante el proceso de aprendizaje a través de instituciones como la familia, la escuela y la sociedad. En el caso de las Representaciones Sociales y Representaciones Colectivas, a través del lenguaje como fuente de aculturación del individuo.
- 3) Durkheim propone un análisis de la sociedad a través del desarrollo de una metodología positivista, en donde pueda descubrir las irregularidades de los hechos sociales y del comportamiento social. (Durkheim 1895)

Las Representaciones individuales y las Representaciones Colectivas son un parte aguas en la teoría de Durkheim.

La vida colectiva al igual que la vida mental del individuo, está hecha de representaciones de distintos tipos. Las Representaciones Colectivas son producidas por las acciones y reacciones intercambiadas entre las conciencias individuales, y al mismo tiempo, las sobrepasan. Hace falta la asociación para que las representaciones de las personas se conviertan en cosas exteriores a las conciencias individuales (Vera, 2002).

Durkheim mediante sus Representaciones Colectivas plantea que; la conciencia colectiva trasciende a los individuos como una fuerza coactiva y que puede ser visualizada en los mitos, la religión, las creencias, y demás productos culturales colectivos.

Las Representaciones colectivas serán comprendidas como “estructuras intersubjetivas de conciencia” que conforman “el mundo instituido de significados”.

Para Durkheim las Representaciones Colectivas se conforman a partir de las Representaciones Individuales, las cuales son impuestas a las personas. En este sentido las Representaciones Sociales no son solo reproductivas; si no que, implican la producción y la elaboración por parte de las personas de diferentes parámetros sociales.

Existen cuatro momentos importantes para la comprensión de la construcción de las Representaciones Colectivas según Beriain (1988):

Momento arqueológico fundacional:

Las Representaciones Colectivas se despliegan como estructuras intersubjetivas de conciencia que, representan el acervo de conocimiento socialmente disponible.

Castoriadis (1981) menciona que: “los individuos pertenecen a su sociedad porque participan en su estructura de significaciones sociales -en sus 'normas', 'valores',

'mitos', 'ideas', 'proyectos', 'tradiciones', etc.- y porque (sabiéndolo o no) comparten la voluntad de pertenecer a su sociedad (y no a otra) y procuran preservar su existencia” (Berian, 1988).

Los sistemas de símbolos se pueden agrupar en categorías cognitivas o de conocimiento, las cuales son Representaciones Colectivas que sirven para la clasificación y Representación Social; las categorías espacio, tiempo, causalidad, totalidad, verdad, posibilitan entendernos sobre algo en la realidad simbólicamente estructurada.

Cornelius Castoriadis en Berriain (1988) menciona que toda sociedad dispone de dos instituciones constitutivas que posibilitan el representar y el hacer social; Legein y Teukhein:

“El Legein es la institución de las condiciones identitario-agrupantes del representar/decir sociales-Legein significa: distinguir, elegir, situar, reagrupar, contar, decir; el Teukhein es la institución de las condiciones identitario-agrupantes del hacer social -Teukhein significa: agrupar, ajustar, fabricar, construir- (C. Castoriadis, 1975, 494, 311, 453)”.

Por otra parte, Durkheim hace alusión a las Representaciones normativas comprendiéndolas como, el “ideal ético de la sociedad; la moral” y las Representaciones Cognitivas comprendidas como, los conceptos, categorías o formas de conocimiento espacio, tiempo que permiten articular el representar y decir sociales.

Una racionalización de las Representaciones Colectivas:

De acuerdo con Berger, la diferenciación estructural de las sociedades complejas modernas conduce a un pluralismo de normas, de valores y de imágenes del mundo.

Se genera una racionalización semántica de las cosmovisiones; lo cual produce una fragmentación de la conciencia colectiva, de aquel mundo instituido de significado que se articulaba en torno a un imaginario social central. La fragmentación de la conciencia colectiva origina una pluralización de las Representaciones Colectivas que conforman el sistema cultural de las sociedades complejas (Beriain et ál.,1988).

“Este saber social, con la racionalización de las representaciones colectivas, se agrupa en formaciones discursivas más o menos autonomizadas (ciencia / tecnología, moral / derecho, arte / literatura), que conforman un 'mundo de significaciones sociales compartido' que nos brinda las recetas, las definiciones e interpretaciones necesarias para la reproducción sociocultural”.

Momento genealógico-decosntructivo:

“El intercambio simbólico ha muerto y su verdugo es el signo-síntoma, el signo-simulacro que define nuevas significaciones sociales: la estructura simbólica de la sociedad actúa como dispositivo técnico científico para la reducción de la complejidad social, para el desempeño de una función” (Beriain et ál.,1988).

El hombre debe sujetarse a sí mismo a la terrible disciplina, en la cual debe negar aquellos aspectos de su propia naturaleza que son incompatibles con los controles del experimento científico, así como con el control y regularidad impuesta por la institución -fábrica, cárcel, hospital, asilo, ejército.

Momento reconstructivo:

Desde el punto de vista del saber social que portan las nuevas representaciones colectivas, podemos ver que la racionalización de las cosmovisiones, suministra nuevas formaciones discursivas como son los paradigmas de la ciencia.

“La adecuación del momento reconstructivo radica en que mantiene la necesidad de un umbral, de un topos, de un espacio social de reproducción cultural en torno al mundo de la vida que recoge la memoria colectiva, la experiencia cultural compartida que sedimenta un saber social constitutivo: definiciones, máximas morales, mitos, valores, etc..., pero al mismo tiempo reconoce cómo en la modernidad tardía hay que desenmascarar las situaciones de destrucción de las gramáticas que conforman formas de vida, identidades étnicas, religiosas, sindicales, mitologías populares, territorialidades de barrio, movimientos feministas, pacifistas, ecologistas, de homosexuales, etc., puestos en peligro por el sistema” (Berriain et ál.,1988).

Posteriormente Moscovichi (1971) retomara las “Representaciones Colectivas de Durkheim, hecho social y parte de la postura metodológica” para desarrollar la Teoría de las Representaciones Sociales, enfocándose específicamente en el análisis e interpretación del lenguaje de las personas en la sociedad, como una manera de acercarse a su manera de entender interpretar y relacionarse con el mundo que les rodea.

La Teoría de las Representaciones Sociales que plantea Moscovichi, inspirada en las Representaciones Colectivas que propone Durkheim; será un modo de aproximarnos a la realidad para comprenderla y recuperarla a partir del conocimiento popular que se manifiesta en el discurso. Esta aproximación teórico-metodológica a la vez, nos allega a la forma de entender e interpretar un mismo fenómeno en diferentes contextos. A partir del análisis e interpretación de la información recabada pudieran construirse mensajes y modos para enfrentar una misma condición desde diversos ángulos según las necesidades y cosmovisiones de cada población.

Representaciones colectivas y representaciones sociales

¿Cuáles son las similitudes y diferencias entre Representaciones Sociales y Representaciones Colectivas?

Trabajar con la Teoría de las Representaciones Sociales, involucra ingresar a un encuentro entre lo psicológico y sociológico. Donde es necesario, emprender un análisis a la historia de la teoría misma, con sus antecedentes conceptuales que parten de las Representaciones Colectivas de Emile Durkheim (1895). Estas, tratan de un fenómeno inspirado en su carácter de producción social que impacta sobre la conciencia social de los individuos. Donde la conciencia colectiva trasciende a los sujetos, como una fuerza coactiva que se propaga, y deriva en productos culturales colectivos (Castillo, 2002). En su caso, la Representación Colectiva es un proceso cultural de larga duración y, por tanto, prácticamente inmutable (González, 2006).

Las Representaciones Sociales, por el contrario, tienen un carácter de corta duración, pues son diferentes según grupos e instituciones, y lejos de imponerse sobre la conciencia, son producidas por las personas y grupos en la interacción grupal y social de la comunicación cotidiana, cuya función se traduce en la elaboración de comportamientos en el medio, como procesos simbólicos.

Una de las diferencias más notorias entre Representaciones Sociales y Representaciones Colectivas, es que las primeras se expresan en los intercambios cotidianos, creándose y recreándose en la vida común, en el “entender y comunicar”, lo cual la hace más maleables.

Por otra parte, las Representaciones Colectivas como detalla Castillo (2002), corresponden a formas de conciencia social de transformación lenta que se encuentra, mucho más arraigada en el colectivo y tiene que ver con aspectos como los del mito, rito, cultura, etc.

Las Representaciones Sociales son distintas, pues ya en su teoría se comienza a percibir al hecho de que: Pensar conceptualmente no es simplemente aislar y agrupar un conjunto de caracteres comunes a cierta cantidad de objetos: es subsumir lo variable en lo permanente, lo individual en lo social (Moscovici, 1961).

Las Representaciones Colectivas son más pasivas, donde el sujeto organiza “imágenes que son o se convierten en cotidianos” (Castillo, 2002) y reflejan la conciencia colectiva del medio social en un mayor lapso de tiempo.

Analizar la realidad de un grupo desde sus Representaciones Sociales, abre un campo social para una comprensión desde el pensamiento común y cotidiano de las personas; ya que permite identificar los factores que determinan sus acciones.

Para Durkheim las Representaciones Colectivas, son parte aguas en su teoría social para lograr comprender la interacción dentro de los contextos.

En la actualidad en las sociedades, no puede concebirse que existan representaciones homogéneas y compartidas por todos los miembros de la sociedad “Representaciones colectivas”; sino sólo representaciones comunes a grupos sociales que comparten algunos aspectos culturales “Representaciones sociales”.

De este modo se puede concluir que tanto las Representaciones Sociales como las Representaciones Colectivas son modos de acercamiento a la realidad social; sin embargo, las primeras de acuerdo al contexto actual y con respecto a la diversificación social que nos rodea, hacen sentido de manera generalizada para podernos aproximar a la explicación de la realidad de mejor modo a través de un proceso metodológico estructurado.

En este sentido como científicos sociales tenemos a nuestra disposición una herramienta teórico metodológica que a partir de un referente psicológico puede

aproximarnos a la comprensión de fenómenos sociales desde la lógica y sentido que las personas en diversos contextos construyen y reproducen en sus interacciones sociales con respecto a un objeto.

Algunas críticas a la teoría de las representaciones sociales

Se retomaron investigaciones que trazan una postura en contraposición a la TRS, autores como Potter & Wetherell plantean que: “la teoría de las representaciones sociales se convierte con excesiva facilidad en una teoría de la integración cognitiva de diversos grupos sociales y señalan la heteronomía de la génesis y cambio de las RS con respecto a estructuras o problemas de la sociedad. Las RS cambian al mismo tiempo que cambian estructuras o problemas de la sociedad, es la sombra de un funcionalismo excesivamente esquemático que observa las RS como meras respuestas mecánicas y ordenadas”. (Rubio 2011)

Con respecto a este apartado vale la pena retomar el enfoque intercultural que se pretende desarrollar en la investigación; ya que, esto puede otorgar a los intereses y objetivos de cada grupo el carácter activo en la creación de RS, además de que, a través de las RS se pretende realizar un rescate entre sentido común y las RS, en el cual se considera el conocimiento común como el núcleo de nuestro universo consensuado y se reconocen en él una historia, cultura y retórica de las personas. Uno de los retos que enfrenta la Teoría de las Representaciones Sociales es el de investigar la complejidad e importancia de la definición del concepto y realidad de grupo social, con relación a las representaciones sociales.

Las representaciones sociales, en ese sentido, pueden ser conceptualizadas como bienes simbólicos, resultantes de las prácticas discursivas de un grupo o de unos agentes sociales, y en tanto sistemas de referencias que orientan la acción o el saber práctico, funcionan como creencias que condicionan la acción social de dicho grupo. “Las representaciones sociales constituyen, como afirmó Jodelet (1986),

campo fructífero para dar cuenta de las identidades colectivas, y de la relación entre discurso, prácticas e identidad”. (Romeu, 2014)

En tanto las Representaciones Sociales son cognitivas y tienen por propósito describir, clasificar y explicar informaciones o actitudes (Moscovici y Hewstone, 1988), se constituyen, como afirma Jodelet en modalidades del pensamiento práctico orientadas a la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal, organizados a partir de los contenidos y operaciones lógicas, sin embargo retomándolas como un instrumento que puede observarse desde un enfoque intercultural, permite lograr un entendimiento profundo para aproximarse a la realidad de las personas y de sus construcciones, representaciones e imágenes que construyen en torno al fenómeno a abordar.

Por lo tanto, en esta investigación será importante rescatar que con respecto a los edificios teóricos del enfoque de las Representaciones Sociales desde un análisis intercultural crítico; se pretende construir un diálogo entre dos perspectivas que hasta el momento se han considerado paralelas; sin embargo, se plantea tejer un puente de análisis entre ellas para la recolección de la información, el análisis e interpretación de los datos y la construcción de las conclusiones.

CAPITULO II

BOSQUEJO HISTÓRICO Y ANÁLISIS SOCIAL DE LA SALUD EN POBLACIÓN INDÍGENA EN MÉXICO

Interculturalidad y salud

Interculturalidad en la atención a la salud de las poblaciones indígenas

“Juntar los momentos en un solo corazón, un corazón de todos, nos hará sabios, un poquito más para enfrentar lo que venga. Solo entre todos sabemos todo.”
(Vera, Ramón: “La noche estrellada, pág. 81” Palabras de un chamán Huichol)

Para hablar de una perspectiva intercultural, que es lo que se intenta plantear a lo largo de este trabajo, es necesario, como nos lo sugiere Dussel en 2005, en su texto “Transmodernidad e interculturalidad” ir hacia los adentros y cuestionarse “¿Quiénes somos culturalmente? ¿Cuál es nuestra identidad histórica?, saber quién es uno como angustia existencial”; lo cual lleva a reflexionar a partir de un referente personal y después, ligado a la experiencia como investigadorx en el tema que se desarrolla.

La interculturalidad comprendida como esa interacción entre los sujetos o entidades culturales diferenciadas, que busca convergencias sobre las cuales establecer vínculos y puntos en común, ese aprendizaje mutuo, cooperación e intercambio. (Giménez, 2003, p.15)

Anteriormente se confundía el término de interculturalidad con referentes conceptuales como la multiculturalidad y el pluralismo cultural. El pluralismo cultural se enfoca en dos principios: El principio de igualdad o no discriminación y el principio a la diferencia o aceptación del otro; desde esta lógica se reconoce la diversidad existente, pero desde una visión centrada en la cultura dominante y nacional, considerando que de este modo es más fácil sumar la diversidad cultural a lo establecido. La multiculturalidad parte del pluralismo cultural y se fundamenta en la tolerancia del otro, sin reconocer las inequidades sociales que hay de por medio también; privilegiando una lógica particularista que ignora, invisibiliza o minimiza las desigualdades socioeconómicas y las condiciones estructurales más amplias, según refiere Giménez; “¿Por cuántos posicionamientos y reflexiones de este tipo

pasas en la experiencia en campo, que si la pluralidad y la diferencia, que si la igualdad y la tolerancia?, ¿quién tiene la razón o para qué se necesita tenerla o no?” (2003, p. 13)

Esta investigación ha pretendido llevarse a cabo desde la perspectiva de la interculturalidad en salud. Observar con el lente de la interculturalidad las representaciones sociales de las mujeres de la comunidad de Tetla, Yahualica; en torno a las prácticas de los sistemas de salud que rigen en la comunidad: la medicina occidental/alópata/biomedicina y la medicina tradicional. La Interculturalidad que se busca desarrollar no es aquel concepto de moda que surge en los años 90's para continuar clasificando y segmentando a las poblaciones (interculturalidad funcional); si no, desde la perspectiva crítica que propone la interacción y el dialogo entre diferentes posturas en el encuentro con lxs otrxs , sin dejar de lado desde una aproximación ética dentro del proceso de investigación que hay estructuras de asimetría y hegemonía que atraviesan y, ante las cuales se deberá tener una constante vigilancia epistemológica para no incurrir en prácticas extractivitas académicas, o en el monoculturalismo que busca desdibujar las alteridades. (Estermann, 2010, p. 63)

Esta perspectiva buscó enfatizar no la composición de los grupos, sino el tipo y la calidad de las relaciones intergrupales dentro de una sociedad, específicamente entre las mujeres y las prácticas biomédicas y de medicina tradicional que se viven en la comunidad: una perspectiva de interculturalidad crítica.

Gunther cita a Walsh y menciona en que la interculturalidad crítica “profundiza en la naturaleza histórica y estructural de las desigualdades (imperiales, coloniales, etcétera) que moldea la diversidad cultural actual e identifica a los actores colectivos que pueden transformar las relaciones asimétricas, no de manera individual sino sistémicamente, mediante el desarrollo de nuevo.” (Gunther, 2017)

Una interculturalidad como proyecto político y epistémico, una interculturalidad decolonial.

Una interculturalidad en donde no se pretendan desdibujar las brechas históricas y de desigualdad social que viven los pueblos originarios, ya que esta postura deja ver que:

“1) las relaciones de dominio en el plan interétnico, en donde la parte dominante siempre busca que la dominada se amolde, 2) las fuerza y frecuencia de las actitudes etnocéntricas (eurocéntricas y occidentalocéntricas), 3) las concepciones unilineales y simplistas del cambio social y del desarrollo de las sociedades” (Gimenez, 2003, p.12).

Según Dussel “el intelectual crítico debe ser alguien localizado entre (in betweenness) las dos culturas, la propia y la moderna”: frontera entre dos culturas, como lugar de un pensamiento crítico (intelectuales de la frontera). (2005, p. 49)

Lo que se pretende observar desde este, *in betweenness*; son los procesos de intercambio que se han construido entre seres, saberes, sentidos y prácticas a partir de la llegada de la biomedicina a la comunidad y las prácticas de la medicina tradicional, en la recuperación de la voz y de los discursos que construyen las mujeres de la comunidad que viven en el proceso de “salud-enfermedad” propia o de algún familiar con diabetes, mediante las representaciones sociales que elaboran.

“El etnocentrismo es inevitable en el sentido de que pensamos y actuamos dentro de una cierta cultura, esto es, privilegiamos los componentes de nuestra comunidad incluso en los proyectos que pretenden ser los más interculturales, pero todo depende de su forma y de su grado.” Al revisar frases como la anterior se vuelve necesario replantear la postura dentro de la investigación y abrirse a argumentos críticos y que hagan justicia a la diversidad y a la cultura latinoamericana. Hay un atravesamiento de pensamiento etnocentrista, la pertenencia étnica no corresponde a la identidad

cultural de las mujeres de Tetla; se escribe y razona desde un referente teórico y académico. Tener presente estos puntos, puede guiar a, como dice el autor: construir un “pluralismo solidario; comprendido como la capacidad de respeto para escuchar las ideas ajenas y utilizarlas para replantearse y juzgar los valores sociales existentes. Una ética de la solidaridad en donde se reconoce que las vidas de los miembros de los diferentes grupos están vinculadas a las de los demás, de modo que todo mundo es responsable ante todo el mundo”. (García, M. 2017)

Recuperar al tiempo esta construcción de interculturalidad que se entienda, no sólo como una interrelación human; si no como, una “interrelación que mantienen los sistemas, las estructuras y las relaciones de poder, que diferencialmente posicionan algunos grupos, lenguas, prácticas y conocimientos sobre otros; comprendiendo que la interculturalidad no es algo dado o existente”; (Walsh, 2003, p. 43) sino, un proceso continuo en constante construcción; a la par de que se teja una perspectiva que logre “rechazar consciente y explícitamente la propuesta posmoderna de la hibridación”; y en lugar de ello:

“reconozca las asimetrías coloniales y poscoloniales, e impulse a las personas de la comunidad al reconocimiento de actores colectivos, a recordar su historia, a reforzar los espacios de toma de decisión a través de las asambleas como lo han realizado hasta ahora; y a forzar al Estado ante la redefinición entre el Estado y la sociedad; y entre los grupos sociales dominantes y la comunidad”. (Dietz, et ál., 2017)

La decolonialidad ha dado elementos para el abordaje del proyecto en el sentido de que ha permitido identificar a partir del discurso, el tipo de conocimiento que se ha creado sobre el otro; en este caso los pueblos originarios y sus prácticas médicas. Cómo se ha colonizado su saber, su hacer y su ser; y cómo los pueblos indígenas fueron asociados a la marginación, pobreza e ignorancia desde la perspectiva occidental y se mantiene este estigma hasta nuestros días. La vivencia de la

medicina alópata como un privilegio de los ricos, de aquellos que tienen acceso a los recursos necesarios y, como el “derecho a la salud” sustentado en el artículo 74, se ve transgredido.

Según Martínez:

“El conocimiento de las creencias y prácticas indígenas para diagnosticar y tratar enfermedades ha sido históricamente menospreciado por el personal técnico, científicamente adiestrado, sobre cuyos hombros recae la responsabilidad de realizar campañas sanitarias. Este desconocimiento y desinterés de las ideas y patrones de acción de la medicina indígena por parte de algunas personas del personal biomédico, ha conducido a construir barreras de resistencia que obstruyen o retardan el éxito de los programas” (2015, p. 32).

Entonces la investigación necesaria de las prácticas curativas y las creencias sobre enfermedades suponen que el personal biomédico viva por un buen tiempo en la comunidad que atiende y que, pueda tener una preparación especial en ciencias sociales. “La educación higiénica de las comunidades debe ir aparejada con la educación antropológica del personal que en ellas actúa.” (Martínez, 2015, p. 32)

Sin embargo, en Tetla a lo largo del desarrollo de este proyecto ha quedado evidenciado este vacío; ya que, desde mediados del año 2020 y hasta mediados de 2021 no había doctor(a) en la clínica de la comunidad. Durante un periodo de dos meses, según comparte el delegado de la comunidad, llegó un médico a cubrir el espacio, pero justo por cuestiones de acceso a la comunidad y por el bajo ingreso económico que implica un puesto temporal, el doctor no pudo sostener su estancia. Si se piensa desde una lógica en la cual la periferia son las comunidades más alejadas: ¿alejadas de qué, de quién?, ¿quién delimita el centro y la lejanía?

La antropología medica entonces se comprendería como este puente intercultural: “un producto intelectual de la dialéctica entre lo racional y lo creencial.”

Según Kleiman (1980) y Hahn y Kleiman (1983) en Martínez; “El cientista social puede estudiar las estrategias terapéuticas de la medicina occidental, los procesos de construcción del conocimiento biomédico o los discursos y prácticas de los profesionales ante un episodio de enfermedad. (2015, p. 43) Esto supone un conjunto de representaciones sobre las enfermedades que deben entenderse como “una representación de la realidad” y no como “la representación de la realidad”. Conocer las representaciones sociales de las personas que viven alrededor del proceso salud/enfermedad y, las prácticas de salud que se desprenden, en voz de las mujeres a través de la construcción de sus discursos y significantes se vuelve necesario.

Según Menéndez (2016) la proporción de médicos cada 10000 habitantes en México es de 15.6, esto evidencia que la cobertura del servicio no es suficiente y que en regiones como lo es Tetla se complica aún más la garantía de acceso a servicios sanitarios biomédicos.

Históricamente se puede observar cómo, el saber médico se ha institucionalizado, y se legitima socialmente como responsable por definir las “verdades”. A creer, que solo el conocimiento científico occidental es el único capaz de resolver temas como: nacer, enfermar, curar y morir. (Méndez, 2016, p.125)

“El conocimiento tiene una relación y forma parte integral de la construcción del sistema-mundo moderno, que a la vez y todavía, es colonial. Es decir, la historia del conocimiento está marcada geohistóricamente, geopolíticamente y geoculturalmente, y tiene valor, color y lugar de origen.” (Walsh, 2003, pag. 41)

La colonialidad del poder, concepto acuñado por Anibal Quijano, citado retomado por Walsh (2003); deja ver como es atravesado el campo del saber; no sólo descartando la intelectualidad indígena y afro; si no haciendo del conocimiento eurocéntrico como única perspectiva del conocimiento. El conocimiento funciona

como la economía, los centros de capital económico, también son los centros del capital intelectual. Situación que a partir de este trabajo y mediante la construcción discursiva que nos provean las mujeres de la comunidad podrán contrastarse.

Para Carlos Solla (1983, p. 19), “la medicina ancestral tradicional, es una manifestación ligada a las costumbres, a las creencias, al aparato simbólico y ritual de comunidades campesinas indígenas y mestizas y contempla diferentes dominios como el religioso, el mágico, el mediático, el mítico y el cultural.” (González, 2016, p.134)

La medicina tradicional: se comprende como aquel conjunto de prácticas curativas-preventivas y mágico-religiosas que comprenden un sistema de creencias utilizadas por los diferentes conjuntos sociales (Menéndez, 1987; Anzures, 1989) Este conjunto de prácticas son multidimensionales en los diferentes contextos culturales en relación a la cosmovisión, y a la propia historia de los sujetos. La medicina tradicional la consideramos como uno de los recursos de salud que están al alcance y cercanía terapéutica de los grupos sociales para conseguir la salud. La situación ante la pandemia por COVID, ha marcado en diversos contextos la recuperación de las diferentes prácticas que se generan en la medicina tradicional, como se podrá revisar en el capítulo; 2.3 Medicina tradicional: Salud y enfermedad. (González, 2016, p.134)

Las comunidades originarias están ante una crisis de identidad entre lo “tradicional” y la “modernidad”; ante esto vale la pena cuestionarnos: ¿En dónde quedan las políticas públicas acentuadas sobre las diversas identidades como un proceso de reivindicación de grupos minoritarios?, ¿Qué tanto se vuelven solo paliativos sociales a partir de discursos gastados y demagógicos?

Vivir al margen, al margen de lo “diferente”, de lo que siempre se ha sostenido en la resistencia, vivir al margen del territorio considerado céntrico, territorio del espacio y del cuerpo, al margen de una forma de conocimiento aceptable o más valioso y

reconocido. La determinación de la “marginalidad” como concepto no solo económico, si no recuperada como fortaleza política y crítica. Esas culturas fueron en parte colonizadas pero en la mejor estructura de sus valores han sido más bien excluidas, despreciadas, negadas, ignoradas más que aniquiladas. La comunidad de Tetla se caracteriza por ser un espacio de resistencia, desde el cual sus pobladores se han enfrentado a diversas situaciones. Según Dussel:

“Se ha dominado el sistema económico y político para poder ejercer el poder colonial, se ha evaluado a esas culturas como despreciables, insignificantes, no importantes, no útiles. Ese desprecio sin embargo, ha permitido que ellas sobrevivan en el silencio, en la oscuridad, en el desprecio simultáneo de sus propias élites modernizadas y occidentalizadas”. (2005, p. 44)

Desde el universalismo se creó la “doctrina de la tolerancia racional que dio lugar al pluralismo de creencias y estilos de vida. Estos son los nuevos marcos dentro de los cuales se desarrollan la diferencia, los derechos particulares, la educación en la diversidad”. (Avanza, M. 2017)

Desde las teorías de la diferencia; se comprende a la diferencia como algo natural y dado; en el caso de las teorías de la alteridad se asume que la diferencia es algo producido históricamente, e impuesto e incorporado en las modernas estructuras del poder, en lo real. La diferencia, como la identidad, son efectos del poder. (García, M. 2017)

Bello (1997) en García comparte:

En el diálogo intercultural, el otro, en vez de ser un enemigo imaginario, potencial, pero con posibilidad de convertirse en real, es un interlocutor simétrico, con igual derecho. En esa relación dialógica, el otro participa como yo, con su propia identidad lingüístico-simbólica particular, sin despojarse de ella, esto es, sin acomodarla a la mía o, lo que es lo mismo, sin perderla ni reducirla a la mismidad de mi yo,

como ha propugnado la filosofía de la conciencia o la tendencia liberal.
(2007, p. 118-119).

Desde el discurso decolonial; se cuestiona críticamente las posturas interculturales e interseccionales; en donde se plantea que continúan siendo posturas que surgen desde el mismo sistema y discurso dominante que lo único que pretende es etiquetar la diferencia y entonces otorgar “derechos”, sin que estos se aterricen en la realidad de las personas, propiciando una doble o triple vulneración. (Ochy, C. 2021)

La decolonialidad en la actualidad sirve de lente para observar diversos hechos históricos y fenómenos sociales en países que han sido dominados desde lo territorial hasta introducirse en lógicas de pensamiento y creencias: la “colonialidad”

La “colonialidad”; “consiste en develar la lógica encubierta que impone el control, la dominación y la explotación, una lógica oculta tras el discurso de la salvación, el progreso, la modernización y el bien común.” (Mignolo, 2007, p. 33)

Según Mignolo, la lógica colonial opera en cuatro dominios de la experiencia humana: 1) económico: apropiación de la tierra, explotación de la mano de obra y control de las finanzas; 2) político: control de la autoridad; 3) control del género y la sexualidad; 4) epistémico y subjetivo/personal: control del conocimiento y la subjetividad. (2007, p. 36).

Ante esto a partir de la decolonialidad se hace un análisis profundo a las políticas públicas que nos rigen en países como México y a los modelos gubernamentales que se han construido en aras de una reivindicación y reconocimiento de los “oprimidos”, en este caso a partir de la interculturalidad.

La historia contada por quienes dominaron, es una historia a medias con demasiadas implicaciones de fondo.

La idea de “América Latina” como una extensión de la invención Imperial/colonial, en donde se manifiesta la “herida colonial” a consecuencia del racismo entre la “civilidad y la barbarie”, a través del “discurso hegemónico, que pone en cuestión la humanidad de todos los que no pertenecemos al mismo locus de enunciación (y a la misma geopolítica e conocimiento) de quienes crean los mismos parámetros de clasificación y se otorgan así mismos el derecho de clasificar”. (Mignolo, 2007, p. 34). “El racismo aplicado no solo a las personas; si no también a las lenguas, las religiones, los conocimientos, los países y los continentes.” (Mignolo, 2007, p. 42).

Para Mignolo (2007) “la conquista y colonización de América, era una conquista y una colonización de saberes existentes que, ciertamente estaban codificados en lenguas de locución no literal.” (2007, p. 16).

La colonización de saberes tradicionales como lo son la medicina que se ha mantenido en resistencia ante el desplazamiento del pensamiento moderno y occidental de los modelos biomédicos enfocados en la curación y en la salud de manera individual y biológica. Discriminación de prácticas milenarias de sanación cargadas de simbolismo y que buscan sanar más allá del cuerpo. De ahí se desprende la salud intercultural, pretendiendo ser ese puente de encuentro entre diversas perspectivas.

La interculturalidad es una perspectiva teórica conceptual que surge a partir de querer construir un puente entre diversas culturas de una manera respetuosa e igualitaria; es un pensamiento fronterizo; en donde “el hombre es menos importante que el fenómeno; una nueva forma de pensar inducida por la expansión imperialista de la modernidad y la matriz colonial del poder que el expansionismo moderno necesariamente implica.” La interculturalidad se constituye a partir del discurso y pensamiento occidental lo cual da respuesta a una condición para consolidar la globalización. Entonces, la interculturalidad observada desde la decolonialidad y a través de los años que lleva en tendencia el concepto, ha fungido como un paliativo

de lo políticamente correcto. Se ha institucionalizado la interculturalidad y se ha puesto como eje central de la política pública; sin embargo, su trasfondo ha quedado obsoleto para la realidad. Se ha considerado que la interculturalidad vista desde la política pública responde a un “buen trato”, dejando de lado que con el reconocimiento a la diferencia no es suficiente; ya que, se debe evidenciar la desigualdad que se ha vivido históricamente en grupos oprimidos. (Said, 2008)

El camino hacia la vivencia de una salud respetuosa, integral y en reconocimiento de la diversidad de formas de buscar el bienestar, requiere por tanto que no sólo se generen propuestas y reformas a las políticas públicas; si no que se oriente hacia que varios conocimientos y conceptos sean descolonizados, iniciando por el concepto de “modernidad” el cual debe despojarse de su mítica marcha hacia el futuro. Que se diluciden conceptos e ideas que nos han permitido discutir la vida pero que están sesgados por el privilegio, Que se determine el bien común a partir de cuestionarse, cómo, para qué y para quién se hace política pública; y que hagamos una reflexión personal en la que nos cuestionemos qué tanto nos comportamos interculturalmente a partir del autoconocimiento, desarrollando competencias de interculturalidad.

En América Latina desde los años cincuenta la “salud intercultural” se insertó como una nueva esfera entre las iniciativas de integración nacional lideradas por el Estado, y por actores no-indígenas, pero enfocadas hacia las culturas indígenas (Mateos, 2011).

Actualmente colectivos indígenas, grupos de medicxs tradicionales, organizaciones civiles y académicxs han recuperado estos espacios y se han apropiado de la organización, generando espacios de encuentro, reflexión y retroalimentación de cómo cada uno de estos grupos y colectivos ha generado estrategias de resistencia y colectividad; un tejido y entramando de redes que se fortalecen entre sí.

La interculturalidad desde este ángulo propone “nuevos procesos de intervención intelectual, que pueden incluir la recuperación, la revaloración, y la aplicación de los saberes ancestrales, pero no como ligados a una localidad o temporalidad del pasado, sino como conocimientos que tienen cotemporalidad para comprender, aprender y actuar ahora.” (Richard, 2016, p. 7).

Uno de los casos más representativos ha sido el de Rigoberta Menchú, quien comparte que “en un contexto de interculturalidad el diálogo más fecundo lo realizan los críticos de cada comunidad con las otras comunidades y de las comunidades indígenas con los críticos del mundo mestizo y latinoamericano hegemónico.” (Dussel, 2005, p.25). Rigoberta se transforma en una interlocutora de muchas voces, de muchos reclamos, de las feministas, ecologistas, de los movimientos antirracistas, etc; voces de, desde y para. (Dussel, 2005, p.50)

La recuperación de todas las voces, colectivos y formas ha permitido reconocer como, en las culturas indígenas de América Latina hay una “afirmación de la naturaleza completamente distinta y mucho más equilibrada, ecológica y hoy más necesaria que nunca, que el modo como la “modernidad capitalista” confronta dicha naturaleza como explotable, vendible y destructible. La muerte de la Naturaleza es suicidio colectivo de la humanidad y sin embargo la cultura moderna que se globaliza nada aprende del respeto a la Naturaleza de otras culturas, aparentemente más primitivas o atrasadas.”

La afirmación y desarrollo de la alteridad cultural de los pueblos postcoloniales, subsumiendo al mismo lo mejor de la Modernidad, debería desarrollar no un estilo cultural que tendiera a una unidad globalizada, indiferenciada o vacía, sino a un pluriverso transmoderno. La transmodernidad como una nueva posibilidad de interculturalidad, según refiere (Dussel 2005).

Desde el norte, la interculturalidad está cada vez más identificada con una noción de diversidad de índole constructivista, anti-esencialista e interseccional, desde el

Sur enfatizan su vínculo cercano con los movimientos sociales subalternos y emancipadores, que tienen como objetivo descolonizar los sistemas de conocimiento asimétricos, y que parten de la memoria como tropo y de las relaciones Estado-sociedad. Esta investigación pretendió ser un espacio en donde se encuentre una noción crítica del segundo modo; de cómo se manifiesta esta perspectiva en Tetla en específico, pero también pudiendo ser un referente de cómo se manifestó en otros contextos con características similares; buscando redefinir la interculturalidad en términos de reconocimiento de la naturaleza colonial y del origen de las relaciones intergrupales, que remite a los Estados-nación poscoloniales contemporáneos (Aman, 2015). La “colonialidad” de las relaciones sociales contemporáneas, que persiste como una forma de dominio racializado y que todavía estructura la percepción de la diversidad que requiere ser reemplazada por una interculturalidad decolonial explícita, mediante un programa académico y político que sustituya las binariedades y dicotomías eurocéntricas, impuestas externamente, por cosmologías, cosmovisiones y definiciones intraculturales, tales como el buen vivir, propias de cada actor local y regional. (Quijano, 2005)

Por lo tanto, en las constelaciones de poder latinoamericanas, la interculturalidad se concibe como conflictiva y dialógica: la naturaleza conflictiva, frecuentemente violenta, de las relaciones intergrupales necesita ser reconocida antes de que, en el futuro, un diálogo de relaciones interculturales se lleve a cabo entre todos los miembros y grupos de la sociedad contemporánea la reconstrucción intracultural dirigida hacia adentro de la “indigeneidad” y de la autonomía entre las comunidades colonizadas es un prerrequisito indispensable, tal y como lo es el intercambio intercultural dirigido hacia el exterior con la población mestiza.

Este reconocimiento se tradujo en la propuesta de una “ciudadanía intercultural” (Alfaro et al., 2008), un régimen de ciudadanía que se basa en las capacidades, intraculturalmente específicas e interculturalmente negociadas, para ejercer los derechos humanos en situaciones donde se presenten desigualdades y asimetrías persistentes e históricamente arraigadas. (Dussel, 2005, p. 206)

Biomedicina: Salud y Enfermedad

Práctica de la biomedicina en el siglo XXI. Un acercamiento crítico.

El término biomedicina se empleó para nombrar a lo que también se ha denominado; medicina clínica, medicina occidental, medicina alopática, medicina convencional, medicina ortodoxa; haciendo referencia al modelo médico hegemónico que menciona Menéndez como:

“...el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del S. XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado”. (1988, p. 451).

Comelles nos acerca a reflexionar en cuanto a la importancia de voltear a mirar el fenómeno de salud-enfermedad desde la diversidad cultural. El autor sugiere que a lo largo de la historia y actualmente no hay demasiadas investigaciones que giren en torno a este punto, y reconoce que “la diversidad cultural es un problema nuevo, crucial para el sector salud, y sobre el que hay poca investigación”; ya que “en la clínica moderna desapareció el valor del contexto y también de la cultura”. (2003 p.6).

El autor nos habló con respecto a cómo en la práctica clínica, ha ido desapareciendo la capacidad de interacción e intersubjetividad entre el médico y el paciente, sus familiares o con la misma institución y compañeros.

“El monolitismo de la racionalidad clínica se ve truncado, por la permanente construcción de prácticas y representaciones sin ser del todo verbalizadas, ponen de manifiesto grietas y contradicciones que tratan de resolver significados mediante estrategias corporativas que permiten legitimar adecuadamente los ámbitos de conflicto. Las contradicciones que recubren mediante rituales, mediante estilos retóricos, mediante silencios, y cuando son irresolubles llevan a vindicar o la “ética”, o la “humanización” de las prácticas.” (Comelles, 2003 p. 6)

El rol del médico como es conocido hoy en día se comienza a definir a partir del siglo XVIII, y con esto se despliega una forma de conocimiento científico menos dependiente de la experiencia cotidiana vivida hasta entonces y la coproducción de saberes queda de lado. Esto dio lugar a cambios sustanciales en el mercado médico, en la reproducción de relaciones de poder entre el curador y el profano.

Comelles comparte que “la diferencia entre el arte médico que antaño se caracterizó como modelo clásico y la biomedicina moderna, es que no significó la suplantación completa del primero por el segundo, sino su subalternidad. El debate por la hegemonía de dos formas de racionalidad y subjetividad.” (2003, p. 9). Ante esto cabe preguntarse el papel que juegan los saberes y prácticas de la medicina tradicional, que se vive en contextos con diversidad cultural, como lo es la comunidad de Tetla, Yahualica. Esto atiende a un motivo más por el cual voltear a mirar, cómo se construyen, a partir del sentido común y el discurso de las personas ambas prácticas médicas, en contextos diferenciados.

Según Rodríguez “Las representaciones sociales encarnan procesos signados por la complejidad y no sólo como hecho cognitivo podemos comprenderlas, puesto que constituyen relaciones de poder al interior de la subjetividad.” (2004, p. 232). En este sentido tendremos relaciones de complejidad que se establecen entre subjetividad, poder y lenguaje.

Cómo se vive la salud y la enfermedad desde una perspectiva biomédica hegemónica, que en ocasiones termina “excluyendo la experiencia intersubjetiva y acentúa la deslocalización del enfermo de su medio, acaba disolviendo la producción individual de conocimiento, a favor de un conocimiento compartido lo suficientemente inespecífico para efectuar una definición de salud global.” (Comelles, 2003, p. 10).

Cómo se estructuran las representaciones sociales con respecto al rol médico, rol del paciente, sí mismo, significado de la enfermedad para el sujeto e institución en general. El carácter del discurso de autoridad que asume el discurso médico, el mundo de vida del paciente y la experiencia de lo vivido individual y colectivo.

Se reconocen dos momentos históricos a partir de los cuales surge el debate sobre la diversidad en salud y el papel sobre lo cultural. El primero surge a partir de cuestionarse acerca de la articulación entre el modelo médico y el pensamiento liberal occidentalizado que se pretende desplegar en países no occidentalizados; a través, del proyecto de biomedicina y salud pública. El segundo punto será en el sesgo a los cuidados de salud en enfermedades crónicas desde la mirada de países desarrollados y, como en muchas ocasiones estos modelos de atención son poco eficaces en contextos diferenciados. Y cómo ante esto los modelos médicos hegemónicos niegan lo cultural y económico como puntos cruciales para el bienestar y la salud.

La biomedicina entra en crisis en el tercer mundo por la inadecuación del modelo a la necesidad de construcción de la experiencia intersubjetiva con las amplísimas clases populares sin recursos.

Ante esto se sugiere:

“En el tercer mundo y no sólo en él, el auge de los movimientos alternativos representa formas de organización y de resistencia, que conducen

precisamente a reinventar estructuras de producción de conocimiento colectivo que puedan actuar como grupos de presión, o como alternativa a las carencias de los dispositivos.” (Comelles, 2003 p. 11)

En este sentido y atendiendo la diversidad cultural; estudios como el de Walter Barrios en “La enfermedad como daño intencional en las representaciones de los campesinos de Catamarca” (2000, p. 38)., o el de López y Teodoro en “La cosmovisión indígena tzotzil tzeltal, a través de la relación salud enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena” (2006, p. 17); permiten entrever la complejidad que se construye alrededor del fenómeno de salud-enfermedad en contextos diferenciados; y cómo muchos de estos supuestos biomédicos hegemónicos quedan de lado ante las cosmovisiones que construyen estos pueblos, que son sólo un referente en México, entre la gran diversidad cultural que hay en Latinoamérica y el mundo.

En el trabajo de Catamarca se observó cómo la comunidad ha traslapado diferentes prácticas y cosmovisiones médicas que van desde la medicina tradicional, la biomedicina, la medicina religiosa y la medicina alternativa, lo cual implicó que tanto en sus conceptualizaciones de enfermedad, diagnóstico y tratamiento se atendió desde los diferentes enfoques, en ocasiones fusionando diversos modelos de atención y tratamiento.

En la conceptualización y definición de la enfermedad se observó en distintas regiones de Latinoamérica, que muchas de las explicaciones de ésta, parten desde lo biológico, pero que a la par la connotación de energías como el frío y el calor, y el daño o brujería serán puntos que se recuperarán como una forma de explicar la enfermedad. Ante esto se vuelve necesario conocer las representaciones sociales, que las personas en contextos diferenciados hacen de los conceptos de salud y enfermedad, y a partir de ello poder entender sus referentes, la gran diversidad y la riqueza de sus prácticas médicas tradicionales en la atención a la enfermedad.

En esta concepción de la enfermedad energética, se permitió identificar una fuerte connotación social en la cual, a partir de sentimientos como la envidia, el recelo, la desconfianza y el resentimiento se buscó dañar al otro en su salud, pero en muchas ocasiones ese daño no va necesariamente dirigido a hacer que muera la persona; si no a que se genere aislamiento social.

“El estudio de las representaciones sociales en el espacio médico a partir del paciente nos enfrenta con la posibilidad de constatar el carácter de proceso simbólico cognitivo complejo, dialéctico y multidimensional que este fenómeno comporta, en tanto discurso que se sitúa siempre en el contexto de relaciones de poder- dominación- sumisión. La relación poder- dominación- sumisión constituye pues, el eje semiótico fundante de esta interacción, la cual supone como prerequisite funcional la cosificación y más aún, la autocosificación del actor- paciente.” (Rodríguez, 2004 p. 4)

En un escenario basado en el mestizaje cultural y la hibridación dónde pueden observarse cambios muy profundos y diversos en la percepción de las amenazas de salud en las sociedades desarrolladas, en los patrones de uso de los servicios, y en la retórica política que constituye hoy la idea de enfermedad por la de salud menos médica y más política, menos particular y más universal. En un contexto en el que se habla precisamente de reducir el catálogo de prestaciones de enfermedades; la competencia cultural en los servicios de atención a la salud, que implica mirar los derechos de las minorías en los servicios de atención biomédica; se debe poner en práctica realmente, no sólo, como en algunas investigaciones se ha dejado entre ver, como un trámite administrativo para respaldar las políticas de atención y para blindar a las administraciones hospitalarias ante las posibles transgresiones del personal médico en contra de los y las pacientes.

“Muy poca investigación se construye sobre geografía de las relaciones entre los ciudadanos, los profesionales y las instituciones, y menos aún se plantea que hecho que la diversidad cultural y sobre

todo la construcción de significados culturales en un contexto como el que vivimos no puede hacerse sobre la base de protocolo de identificación cultural administrativa sino comprendiendo la complejidad de las identidades múltiples de los ciudadanos de una sociedad moderna.” (Comelles, 2003 p. 11)

Realizar estudios como el que se pretendió realizar en Tetla, sumó un referente más para recuperar los significados y significantes de la población a partir de sus discursos y de sus representaciones sociales de lo cotidiano, con respecto al proceso de salud-enfermedad, específicamente enfocado en las practicas tanto de la biomedicina como de la medicina tradicional en los servicios de atención a la población diabética, recuperado desde las percepciones de las mujeres.

Desde el enfoque de la teoría social se volvió interesante analizar las diferentes aproximaciones a partir de las cuales se comprendió el fenómeno de salud-enfermedad. Esta es la propuesta alrededor de la cual nos invita a la indagación Rohini Ruhil (2016) a través de su texto *Algunas perspectivas de ciencias sociales en salud pública*.

A partir de este artículo, se nos encaminó a desarrollar un pensamiento crítico, con respecto a cómo los marxistas, las feministas y funcionalistas fueron desentrañando perspectivas sociales que pudieran parecer ajenas al proceso salud-enfermedad.

La propuesta marxista, desde su postura crítica, analizó como los estilos de vida producidos a partir del capitalismo industrial, fueron impactando en la salud y bienestar de las personas y trajeron consigo enfermedades crónicas como la diabetes, en contextos en los que anteriormente no era común encontrar este tipo de padecimientos. También analizó cómo a partir de la explotación de los territorios y de la mano de obra de países latinoamericanos y africanos se benefician países europeos y de América del norte, a través de la explotación agrícola y por tanto esto se refleja en los consumos alimenticios de las personas de estos países.

Los anteriores puntos se ven reflejados en las comunidades indígenas en nuestros días. El voraz capitalismo invade las cosmovisiones y condiciones de vida de las personas en contextos diferenciados y, no es extraño conocer investigaciones que enfatizan los altos índices en las comunidades indígenas de diabetes y otras enfermedades crónicas; debido al cambio de hábitos, estilos de vida y de consumo entre los individuos de estos contextos; a partir, de la industrialización e inmersión de comida chatarra en sus regiones.

La profesión biomédica ha sido otro ámbito impactado por el capitalismo industrial; que en su afán de hacer que el enfermo vuelva a ser funcional, y regrese al trabajo pronto para ser explotado; esto entendido desde una perspectiva funcionalista utilitarista; ha reducido el rol biomédico y su práctica al apartado biológico, dejando de lado la subjetividad e intersubjetividad de la relación humana. Menores tiempos de atención, poco contacto físico con los y las pacientes, objetivación del paciente, descolocación: comprendiendo al enfermo como un organismo vivo solamente y no como un ser social y emocional.

A partir de lo anterior, se recupera como Talcott Parson examinó: “cómo las relaciones sociales de los individuos juegan un papel en la génesis de su enfermedad. La enfermedad, como la describe Parson, es también una forma de alienación pasiva en la que el actor está exento de desempeñar su papel social durante algún tiempo” Esta mirada funcionalista que nos plantea Parson, permite observar cómo un concepto como lo es la enfermedad, se complejiza en la interacción humana. (Rohini, 2016)

Este planteamiento propuesto por Parson, nos llevó a observar las dinámicas que se viven en sociedades diversas, como nos lo presenta Ulises Contreras Cortés en su trabajo “Conflicto social y enfermedad en los Altos de Chiapas” (2003), en donde se pudo analizar cómo la representación de la enfermedad toma una

conceptualización y una lógica mucho más amplia, entendida por diversos tipos de realidades que la atraviesan:

“La *realidad física* (ambiente natural) accesible o inaccesible para el ser humano; la *realidad social* construida de sistemas de normas, significados y de poder en la comunidad, así como en las relaciones entre familias, comunidades, instituciones y las redes sociales que se establecen entre ellos, la *realidad simbólica* que establece puentes entre las personas y los espacios sociales, y la *realidad psicológica* vinculada con los procesos mentales de los individuos. Y como todas estas realidades están intrínsecamente ligadas a la concepción y vivencia de la enfermedad y, por lo tanto; las prácticas médicas y la vida cotidiana se encuentran entrelazadas de manera indisoluble”. (Contreras, 2003)

“El discurso del enfermo acerca de sus síntomas incorpora significados socialmente aceptados en el padecimiento; al mismo tiempo, este discurso expresa la carga simbólica que pone de manifiesto el estado anímico del enfermo” (Good, 1977: 25-27)

Cómo son la legitimidad social de padecimientos y su relación con prácticas médicas, los roles sociales que asumen los enfermos, las familias de estos, los médicos y la comunidad en general, y las relaciones de poder que emergen, entre el enfermo, su familia y el médico local.

En este sentido voltear a observar y analizar la relación en las prácticas médicas desde las representaciones tanto del paciente como del médico en la mutua interacción, se volvieron un foco de atención importante. Conocer los discursos que se desprenden de estas interacciones y a partir de esto las acciones que se generan mediante estos discursos.

Emplear el uso de redes semánticas; es decir, los significados tejidos en esas redes se construyeron mediante las narraciones que el enfermo hace de su padecimiento y de su relación con los distintos actores involucrados en el problema.

Los padecimientos fueron contruidos en una serie de redes semánticas elaboradas en el marco de la cultura dada. El concepto de redes semánticas está basado en la premisa de que los padecimientos son socialmente contruidos mediante discursos locales.

Por lo tanto, el abordaje desde las Representaciones Sociales para acercarnos a la realidad compartida y a lograr comprender el sentido de las acciones, fue un referente adecuado para entender las lógicas del proceso de salud-enfermedad, desde el ámbito de las ciencias sociales.

Medicina tradicional: Salud y enfermedad

La medicina tradicional indígena mexicana

El Sistema Real de Salud según el Dr. Ramón Mariaca (2020), está compuesto por la Medicina Académica (MA), (que a largo de este trabajo se ha denominado biomedicina, recuperando el concepto de Menéndez), por la Medicina Tradicional (MT) y la Medicina Domestica (MD). Este entramado hace que la atención a la salud en nuestro país sea diversa y en esta diversidad será importante recuperar las representaciones que se construyen por parte de las personas ante uno u otro sistema de salud.

Desde 1976 la Medicina Tradicional Mexicana (MTM) era un procedimiento rural y se pensaba que desaparecería, en la actualidad ha sido un conocimiento que no sólo se ha preservado; si no que se ha enriquecido y fortalecido, ganado espacio en su práctica también en las grandes ciudades.

“La Medicina Tradicional Mexicana, como toda institución social, ha cambiado en el curso de los siglos, interactuando con otros modelos terapéuticos para conformar lo que llamamos el “sistema real de salud” de millones de mexicanos del siglo XXI, habitantes del campo y la ciudad. Asociada fuertemente a las plantas medicinales –su recurso más abundante, accesible y conocido–, la medicina tradicional es mucho más que botánica medicinal.” (Zolla, 2009)

La medicina tradicional es reconocida hoy como un recurso fundamental para la salud de millones de seres humanos, un componente esencial del patrimonio tangible e intangible de las culturas del mundo, un acervo de información, recursos y prácticas para el desarrollo y el bienestar, y un factor de identidad de numerosos pueblos del planeta.

“La medicina tradicional indígena es la suma de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias de una cultura, utilizados para mantener la salud y prevenir, diagnosticar o tratar la enfermedad, a partir de un sistema que presenta *roles* y recursos terapéuticos propios”. (Jaiberth, 2012) La OMS en 1991 declaró el 22 de octubre como el “Día Mundial de la Medicina Tradicional o natural” a partir de la declaración de Beijing, con el objetivo de rescatar, preservar, impulsar y difundir el conocimiento de la medicina los tratamientos y las prácticas tradicionales.

Lozoya, citado por Nigenda (2001) y colaboradores; sugiere que “la medicina tradicional actual es el resultado de un conjunto de conocimientos y prácticas sobre salud de origen indígena que con el tiempo se han mezclado con elementos de origen africano y europeo”.

La medicina tradicional se caracteriza a partir de elementos culturales orientados a la sanación. Destaca su dimensión místico-religiosa, así como el uso de prácticas distintivas como la herbolaria. El sector tradicional tiene una presencia importante en la mayoría de los países latinoamericanos, con diferentes formas de expresión

según región y localidad, siendo uno de sus nichos “naturales” las zonas rurales, habitadas primordialmente por poblaciones indígenas.

La Medicina Tradicional Mexicana (MTM) es un sistema de conceptos, creencias, prácticas y recursos, materiales, simbólicos y normativos, de una cosmovisión milenaria, destinados a la atención de diversos padecimientos y procesos desequilibrantes en el México actual.

Esta medicina ha sido influida por otras culturas medicas como la española, la africana y la asiática; así como, por la consolidación del modelo alópata, cambios en el perfil epidemiológico de las poblaciones o por factores no médicos como los económicos, culturales, ecológicos y religiosos, según lo refieren Argueta y Sola en la Enciclopedia mexicana de medicina tradicional del INPI, (2009)

En la Medicina Tradicional Mexicana el aspecto simbólico dentro de sus prácticas es un elemento fundamental; la fe como recurso que atraviesa las prácticas de manera contundente.

Según lo que comparten Raymundo, Basurto y Allbech (2020), es importante analizar los aspectos simbólicos de las enfermedades relacionadas con la cultura y los *síndromes de filiación cultural*; ya que, si no se conoce el contexto cultural de una sociedad, las prácticas de la MT podrían ser tachados de superchería; ya que estas prácticas, tienen que ver con la concepción del mundo y la creación del hombre, de muchos de los espacios en donde se gestan, los cuales en su mayoría consideran que las personas somos unidad de materia y espíritu, y debe haber un equilibrio entre ambas.

Allbech (2020) realizó una reflexión en la cual nos invitó a analizar qué tanto el concepto de “simbólico” atañido a la MT le hace justicia, en el sentido de que este sistema medico se ha desarrollado y mantenido a pesar de las sociedades occidentalizadas que en muchos casos sólo interpretamos y conceptualizamos lo

que para “lxs otrxs”, es una realidad cultural. Los conceptos duran mientras hacen sentido.

Por ejemplo, cuando hablamos de *Enfermedades de filiación cultural*; en las cuales, dentro de nuestra lógica occidentalizada y colonizada, damos por sobre entendido que no son enfermedades reales; sin embargo, en el sistema de la vida cotidiana de muchos pueblos y etnias son verídicas y no se ponen en tela de juicio esta veracidad, debido a una forma de ver el mundo y comprender la realidad desde referentes y cosmovisiones distintas. Es en este punto, en donde en algunas ocasiones se entra en un conflicto en el encuentro entre el Sistema Medico Tradicional y el Sistema Medico Alópata, el cual no logra un reconocimiento hacia las “enfermedades de filiación” como enfermedades reales, lo cual atañe a la separación del sujeto como un ente social. Para los occidentales es simbolismo, para las personas indígenas es su mundo, su cosmovisión.

Se debe reconocer que hay un prestigio de los modelos médicos occidentales que se sobre ponen uno sobre otro, lo cual remite a los tintes políticos acerca de la valía de los modelos médicos. Desde occidente los médicos cursan una carrera de medicina para obtener una licencia ante la sociedad; desde las culturas indígenas hay otra lógica y camino, en el cual no cualquiera puede ejercer la labor de curandero; si no que hay una línea transversal del don de curación, en el cual no hay una educación formal, sino que es un proceso de acopio a lo largo de la vida, que a través de sueños o visiones se les otorga el don y esto es un aporte a la comunidad. Si no se acepta la condición de curador hay padecimientos. Lxs medicxs tradicionales son miembros de los pueblos y comunidades que ancestralmente, reproducen, protegen e innovan los conocimientos y prácticas de la MTM. Curanderos, parteras, yerberos, hueseros, sobadores, chupadores, temazcaleros y rezanderos. Regularmente nacen con el don de la sanación o se les presenta en sueños.

Es fundamental no perder de vista la importancia de lo simbólico en las prácticas medicinales; ya que, esto nos remite a tener respeto por las otredades, y a reconocer que la medicina occidental no es la única.

La Medicina Tradicional Mexicana tiene más de 500 años de resistencia desde diversos espacios, desde hace 40 años aproximadamente ha habido un proceso de reivindicación en espacios hospitalarios generando una propuesta mixta.

Ha habido a lo largo de los años logros en cuanto a la legalización y reconocimiento de la MTM, a partir de:

1. Organizaciones, comités y asociaciones de médicos tradicionales.
2. Organismos nacionales de apoyo y acompañamiento.
3. Congresos, encuentros, foros de MT que han generado declaraciones.
4. Organismos multilaterales: OMS, OPS, OMPI.

Esto ha promovido que durante tres periodos divididos por etapas se concreten acciones como las siguientes:

Primera etapa (1974-1986)

Que se respete la MTM

Que se otorgue apoyo a las instituciones para la labor de los médicos tradicionales.

Que se apoye el cultivo de plantas medicinales.

Segunda etapa (1986-1998)

Establecimiento de hospitales y clínicas mixtas

Que se reconozca en la constitución y en las leyes estatales.

Alto a la bioprospección y a la biopiratería.

Rechazo al acuerdo de la SSA sobre la prohibición de 85 plantas medicinales

Tercera etapa (1998- a la fecha)

Promover la formación de un consejo Nacional de Médicos Tradicionales
Ejercicio de la MT ajena al mercado neoliberal.

Con respecto al punto referente al establecimiento de hospitales y clínicas mixtas García, Marcelo y Orozco (2021) comparten que la Medicina Integrativa (MI) es una propuesta que surge a partir de 1998 cuando el gobierno de la CDMX se da a la tarea de ver qué quería la ciudadanía con respecto a la salud, en donde a solicitud de la población el 10 de octubre del 2011 inician actividades en diversos espacios que trabajan con este modelo médico, realizando actividades en una unidad neurálgica central (centro especializado en medicina integrativa) y 5 centros de medicina integrativa en: Milpalta, Tlahauac, Ixtapalapa y en la delegación Cuauhtémoc.

La Medicina Integrativa se rige por tres ejes principales: el servicio, la enseñanza a trabajadores, médicos y a la población en donde se comparten saberes y hay un aprendizaje mutuo, y la investigación.

Hay cuatro opciones terapéuticas de atención: fitoterapia, homeopatía, acupuntura, auto terapia.

En el servicio de atención sobresale la *medicina personalizada*, la cual sobrepone al paciente en el centro a partir de dos principios, la individualización del diagnóstico y la diversidad terapéutica: qué tiene el paciente, qué darle al paciente.

El diagnóstico es muy importante; no interesa saber solo los síntomas o datos epidemiológicos, interesa la historia de vida, condiciones de vida, alimentación y cultura; con base en conocer esto, se perfila un plan de manejo personalizado.

La *interacción con el usuario* es otro de los ejes principales; el paciente nunca deja solo al médico, siempre ha habido pacientes. No hay fórmulas estandarizadas, cada paciente tiene su fórmula, de acuerdo a la interacción a partir de su historia de vida.

Existen tres beneficios para la población al emplear la medicina integrativa: Tiempo, escucha y confianza. El Dr. Orozco, coordinador del Programa de Medicina Integrativa comparte lo siguiente:

“A veces la molestia del paciente es que es invisible para el trabajador de la salud, las instituciones no tenemos tiempo para escucharlo. En el programa se le da prioridad a esto, desde esta perspectiva el paciente es nuestro complemento, no podríamos existir sin ellos, la comunidad, grupos organizados. De dar tiempo al paciente vamos perfilando un diagnóstico más preciso, esto es otro beneficio, esto nos permite un diagnóstico personalizado único, a veces sin estudios de laboratorio, el internista si pide estudios. No es fácil no tener etiquetas como trabajadores de la salud y como pacientes. De lo que se trata es de que el paciente nos cuente su historia. Se perfilan plan de manejo con el paciente a partir de una interacción. Nosotros tenemos que poner el servicio nuestros conocimientos y crear caminos que el paciente pueda seguir. El intercambio de saberes es lo que va haciendo a estos modelos de medicina integrativa diferentes.”

La Medicina Integrativa a nivel institucional está iniciando a pesar de tener 9 años de trayecto. Este modelo deberá ir madurando y creciendo en la medida que haya resistencia por parte de sus miembros y siempre y cuando haya una visibilización de la misma.

A nivel institucional en muchos casos, ciertas autoridades lo han visto como un requisito o un mandato de la asamblea legislativa; en ese sentido se limita el crecimiento del modelo ya que desde esta perspectiva se debe “demostrar” su funcionalidad, es una realidad que ha sido complejo asimilar lo que les resulta diferente y este punto ha sido a través de estos años la discusión en los espacios de salud. Ante esto aspectos hay una resistencia e insistencia en que como Modelo de Medicina Integrativa la diferencia es una fortaleza que se refleja justamente en

ser una alternativa, una opción para la población y sólo conservando esto es como se podrá cada vez más, ir ganando espacios. La MI crecerá a la vez que las instituciones hagan suya una política que permita su existencia a partir de que se visibilice este modelo y los logros y avances que va teniendo, por ejemplo; reconocer que hay un flujo de pacientes que va de 150 a 200 pacientes diarios lo que implica que anualmente se atiendan aproximadamente a 40000 personas. El programa por su propia naturaleza se ha ganado el respeto de autoridades y principalmente de usuarios y usuarias; por lo tanto, se debe trabajar y perfilar una política institucional que valore esto. La institución tiene que abrir sus canales a que la MI no es una moda, sino que es una tendencia que se va abriendo camino y que puede haber un crecimiento conjunto.

De este modo es como la Medicina Integrativa ha intentado ser un puente entre la recuperación de diversas prácticas médicas tradicionales y el ámbito institucionalizado de la medicina alópata y deja entre ver el difícil camino que ha ido tejiendo para su reconocimiento en estas cohortes de poder.

La Medicina Tradicional Mexicana en estos tiempos de contingencia fueron un sistema de apoyo para el alivio de síntomas y la rehabilitación de los enfermos de COVID 19 como Becerra, Díaz y Campos lo refieren (2020).

Existen varias causas de demanda de atención de la medicina tradicional:

- Antiguos Padecimientos: Empacho, mal aire, susto, enfermedades de filiación
- Nuevos Padecimientos: Diabetes (Sopelli kokolistli, azúcar), hipertensión, cáncer y COVID 19

Desde la perspectiva de medicxs tradicionales las comunidades se han enfrentado al COVID 19 a partir de la orientación en busca de salud en donde se hace hincapié en el cuidado de la alimentación. Díaz, medica tradicional refiere:

“Cuando la gente está raquítica o desnutrida, el sistema inmune está bajo, entran los padecimientos en general no solo el COVID, diabetes, colitis. Yo le digo a la gente que *no tengan miedo* porque les digo cuantos padecimientos no hemos apaleado con la medicina tradicional; les pongo por ejemplo mi comunidad, crecimos donde no había médicos y especialistas y aprendimos a tener *confianza y fe* con lo que teníamos a nuestro alrededor; primeramente el *aire*, hay que aprender a respirar, cuando hay buen oxígeno en la sangre no tan fácilmente uno se va a enfermar, el *agua* que es primordial para la vida y después ya vienen los *alimentos* y se acompañan con diversas formas de sanación. Los que tenemos fortuna de tener un *temazcal* en casa lo ofrecemos, cuando no lo hay se hacen vaporizaciones como vaho. *El COVID es un padecimiento frío* porque hay mucha mucosidad y *se usa todo lo que es caliente y en la cocina lo tenemos*, tenemos nuestros condimentos: comino, orégano, pimienta, clavo, ajo, cebolla, ahí está la medicina, y si salimos a nuestros patios ahí está la medicina, está *el sol*, la gente ya no se asolea, tiene mucho miedo, entonces yo creo que primeramente es tener esa *fuerza interior en el espíritu*, yo creo que es muy importante, que no entre ese miedo, porque entrando ese miedo entra todo padecimiento, *sabemos que este padecimiento, yo hasta a veces no lo creo, pero bueno tiene tinte político, porque nos meten tanto miedo y de ese miedo nos vamos a morir*, entonces hay que tener fe y confianza en nuestra medicina tradicional, porque *no todos tenemos acceso a ir al hospital* o si vas me han llegado personas que van al hospital por un padecimiento y ya les dicen que tienen COVID, se confunde mucho con el piquete del mosco, el dengue porque casi es similar el síntoma, por eso hay que tener un buen diagnóstico. Estando aquí *en Cuernavaca* *la gente no tiene donde hacerse el estudio del COVID y además es caro, y ahora con la falta de empleo la gente no tiene dinero, entonces para qué*

*saber lo que tenemos si no tenemos para curarlo, la gente debe saber cómo atacar ese padecimiento y yo creo que yo agradezco este medio que da la oportunidad, porque sabemos que podemos tratar este padecimiento sin tanto rodeo, como en los pueblos se tratan los padecimientos con muchas plantas medicinales, tenemos de todo, infinidad de plantas que no conocemos y nativas que los tenemos alrededor de los jardines, en los patios, en los montes. Si tenemos la fortuna de tener un baño de temazcal hay que usarlo, pero hay que saber, porque después de un baño de temazcal no hay que enfriarse porque después de bañarse se van a bañar con agua fría y eso es pasarse, cuando se usa yerbas calientes no hay que salir al aire, también se hace una vaporización porque estamos frágiles para que no se agudice el padecimiento. *La esperanza es importante para mantener un buen ánimo.*” (Díaz, 2020).*

La medicina tradicional en Mesoamérica tiene un objetivo en común, la sanación del cuerpo, la mente y el espíritu a partir del frío y el calor. La utilización de la palabra es fundamental, en la atención para comunicarse con las personas en la sanación de emociones, traumas o enfermedades. No se ve la enfermedad aislada a las emociones, si no que se comprende como un todo que rodea a la persona. El poder de la palabra y comunicación es muy importante.

Nos dice una vez más Sofía Díaz como la medicina tradicional nos puede ayudar a prevenir el COVID:

“Es muy importante *escuchar a la gente que nos busca*, porque la soledad es un vacío, estar encerrado. El movimiento hace energía, mucha gente no tienen movimiento, con incertidumbre, hay gente a la que no les llega el sol. Primero les paso el sahumerio, el humo de copal, en el fuego, en el sol, que se cepillen la piel. Son momentos difíciles, te dicen, somos una familia numerosa y vivimos

amontonados, cómo hacer sana distancia. Piensen en el amor, debemos estar unidos, no fragmentados, es tiempo de cambiar la vida, la forma de ser, tal vez algo estamos aprendiendo de esto, es una gran lección para ver a nuestro alrededor, ahí está nuestra medicina, el padre sol y que tenemos *la tierra* para sentarnos un rato y mirarla que la hemos maltratado tanto, *voltear a ver nuestro recurso, la medicina natural* y se nos hace muy cómodo agarrar un frasco, capsulas, pastillas. Aquí tomar el espíritu de la planta, el aroma cuando uno la corta, cuando está llena de rocío, toda esta cuestión que hemos olvidado de la naturaleza y traerlo a nuestro cuerpo es muy importante, de esa forma yo trato de aportar este conocimiento. Hablo siempre de mí, por fortuna crecí en una comunidad en donde no había medicina y atravesamos disentería, tuberculosis, granos en la piel y aprendimos a tratar con medicina tradicional, frio caliente, empacho, susto. Es un padecimiento, no está siempre en nuestro cuerpo, entonces darle esa *fuerza de la naturaleza* y buscar de la forma más sutil que llegue la medicina a su cuerpo, frotado, inalado, bañado, pero va aunada la *fuerza interna de quien porta la medicina*, en estos momentos *es lo que hace falta el apapacho, ese fundir el alma, el corazón con alguien que esta frágil*, que le hace falta un consejo, o que *hay mucha desconfianza, incertidumbre, no hay trabajo, no hay dinero, hacia dónde vamos. El virus entra hasta por los ojos, pero pues entra más por el miedo, por el pensamiento*. Yo creo que es momento de decir basta, retomemos lo que tenemos y si vemos con esa fuerza de nuestro espíritu, vamos a encontrar la medicina, porque si nos abrimos a una energía positiva el remedio va a llegar.” (Díaz, 2020).

Desde la Medicina Tradicional también es interesante hablar de la salud mental; y las curanderas comparten lo siguiente:

“Cómo ayudarnos a estar con una mente tranquila con una mente fresca, tiene que ver con el corazón. La preocupación que se trae calienta la sangre, decimos que cuando la sangre está caliente y hierve, se calienta la cabeza, nadie duerme, hay un *desequilibrio*. Causa trastorno de sueño, ansiedad, falta de hambre, exceso de alimento para llenar ese vacío. Sabemos que no estamos solos, estamos acompañados, *somos cuerpo físico, mental, espiritual, está la naturaleza y sin ella no podemos vivir*, el primer aliento que tenemos al nacer y el último al expirar es el aire, yo lo represento con el bule (instrumento musical de viento), si respiramos profundamente tranquilizamos la mente, al *respirar*, al tocar traemos el espíritu del viento en nuestro cuerpo. Luego sigue el *agua, tomar, bañarnos*, el agua que corre, tomar un vaso con agua y tomarlo a traguitos cuando uno no puede dormir y hablar con el espíritu y nos da la fortaleza. Luego tenemos nuestro cuerpo representado por la sal, a veces hay pérdidas de minerales en nuestro cuerpo, hay la deshidratación y tenemos la cruda, como una resaca, como si hubiéramos tomado alcohol, eso no permite que nuestro cuerpo este sano, tomar un poco de agua de sal, nos ayuda a recuperar esa parte de la energía y otro son nuestras plantas, friccionarlas, tocarlas, olerlas, también estamos llevando esa parte de la naturaleza, del espíritu a nuestro cuerpo. Es saber hacer un buen diagnóstico, cómo está la persona que tiene ese trastorno, utilizamos *plantas calientes o frías* dependiendo de lo que requiere el cuerpo, pero yo les aconsejo que haya equilibrio, meter los pies en agua caliente y poner algo fresco en la cabeza y en el ombligo algo caliente para que se equilibre la energía y uno concibe el sueño y tomar plantas relajantes para relajar el sistema nervioso.”

“Los médicos tradicionales son psicoterapeutas, con la totalidad e integridad a diferencia de la biomedicina. Los médicos tradicionales están escuchando y hay ritualidades como las limpias y barridas con plantas medicinales que se consideran

supercherías. Las limpias y las barridas son actividades psicoterapéuticas ante problemas psicosomáticos.” (Campos, 2021)

Es muy importante que se dé a conocer que a la medicina tradicional se le ha tratado de brujería o superchería, pero quienes son de pueblos nativos saben que no es así, dicen: “En mi comunidad fui afortunada; había parteras, hueseros, rezanderos, cada uno tiene su especialidad. No se da a conocer porque no hablan nuestra lengua y nadie ha escrito de lo que se hace, es una cosmovisión una forma de saber cultural heredado. Mi trabajo es darle esa voz esa letra muerta de las comunidades. Estamos en esa lucha.”

Históricamente hemos observado la invasión que vivieron las culturas colonizadas. En 1542 Fray Bartolomé de las Casas hizo un tratado que se llama “La brevísima destrucción de las indias” (Campos, 2021); destruidas por la ambición española por el oro, plata y perlas. Esa destrucción continua actualmente, reproducida por los gobiernos y economía neoliberal donde entramos en desigualdad social, económica, con despojo y destrucción territorial. Mega proyectos extractivistas canadienses de oro y litio; agro negocios de maíz transgénico, mega proyectos turísticos como el tren maya; hidroeléctricas con usurpación de territorios.

A todo esto, ha habido resistencia y resiliencia y es necesario un cambio de paradigma en donde se guie al fortalecimiento de las economías locales, en función de una seguridad alimentaria. Revitalizar el sentido comunitario y reconexión con la naturaleza, retos y desafíos con la medicina casera, doméstica, la medicina tradicional. Consolidar autonomía y cambiar paradigma de salud pública con perspectiva intercultural para fortalecer y promover la medicina tradicional. A diferencia de la medicina alópata que a través de las farmacéuticas se benefician económicamente y contribuyen a la industria de mercantilización de la salud; la medicina tradicional no se encuentra implantada en esta lógica de lucro y mercantilismo. Cambio en la forma de pensar en la modernización de los gobiernos neoliberales.

Definiciones de: Salud

Las personas en nuestro afán de supervivencia hemos desarrollado diversos sistemas para preservar la salud. Esto nos ha llevado a reconocer la gran complejidad y diversidad que implica la conceptualización del término “salud”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, en busca de construir un concepto que integre los puntos más importantes del término, lo define de la siguiente manera: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Para las ciencias sociales este concepto se encuentra acotado, ya que lo evidencian como sesgado y reduccionista. Navarro citado en Alcántara enfatiza: “Es un concepto científico que se aplica a todos los grupos sociales y a todos los periodos históricos por igual” (1998, p. 49), siendo la salud un concepto relativo, temporal y espacial.

A pesar de las diversas críticas que se han hecho al concepto de salud de la OMS, no se puede pasar de largo que esta conceptualización “supera el enfoque asistencialista sanitario y que se desarrolla como una definición holista y progresista; ya que incluye no solo lo fisiológico y psicológico sino también el aspecto social dentro de su conceptualización.” (Alcántara, 2008, p. 100).

Otras definiciones mucho más apegadas al campo social, destacan que la salud es una confluencia en donde intersectan múltiples factores que parten desde lo físico, biológico, social, económico, cultural, científico y espiritual. La interacción entre estos factores será una determinante esencial para analizar la dicotomía salud/enfermedad. Briseño-León (2000) citado en Alcántara (2008) y Cumbre de Río de Janeiro (1992).

San Martín y Pastore (1990) citados en Pérez, proponen a la salud como: “el resultado global, dinámico, colectivo y al mismo tiempo individual, de todas las influencias y determinantes sociales que se originan en las estructuras y en el funcionamiento de las formas societales que vivimos.” (2009, p. 709). Con base en lo anterior, surge la importancia de construir reflexiones y análisis desde las representaciones que las personas en un contexto determinado construyen con respecto a estos conceptos, a partir de sus significados y de los valores que asignan a dichas representaciones desde el sentido común; según lo que nos sugiere Pérez Lugo (2009).

Dos términos que atraviesan el concepto de salud son el de bienestar y normalidad, los cuales San Martín y Pastor en 1987 y Briceño-León en el 2000, exaltarían. “Determinar el bienestar y la norma es una respuesta a diversos factores entre lo cual resalta lo subjetivo y funcional en su medición, cruzando factores económicos, políticos y ecológicos. La norma, la salud y el bienestar se enmarcan en tiempo, espacio, contexto, cultura y costumbres” (Alcántara, 2008, pp. 95, 98). Ante esto atraviesan discursos de las personas en contextos diferenciados, con respecto a sus apreciaciones y cosmovisiones. Van elaborando y reproduciendo representaciones en torno a estos dos conceptos. Mientras para una persona el bienestar y la norma pudiera ser, tener que comer y en donde vivir día con día, para alguien más en un contexto diferenciado, con una historia, cultura y economía distinta sería vivir en “x” o “y” zona y poder vacacionar dos veces al año en el extranjero.

La salud comprendida como fenómeno complejo, nos llevó a profundizar en la diversidad de la gama en su conceptualización; y, por tanto, a describir éste término desde la percepción de las personas en un tiempo y espacio determinado, y desde cómo ante la diversidad cultural se representa para éstas el binomio salud-enfermedad. Una manera sensible al conocimiento y experiencia desde lo cotidiano, y a partir del propio discurso de las personas en sus diversas manifestaciones, lo

entraña la teoría de las Representaciones Sociales: Como esa manera organizada y estructurada del análisis de esta información y significación.

Hay agentes que señalan como una necesidad primordial, generar propuestas de prevención de la enfermedad a partir de estrategias de promoción y educación para la salud; con la finalidad de reducir, detener y atenuar factores y comportamientos de riesgo para la comunidad, mediante la abogacía, facilitación y mediación.

Según la Carta de Ottawa “la salud incluye la paz, adecuados recursos económicos, alimentación, vivienda, un ecosistema estable, el uso sostenible de recursos y la dimensión espiritual.” (1986). Para esto es indispensable generar estrategias básicas de promoción de la salud a partir de áreas de acción prioritarias, como lo son: el establecimiento de políticas públicas saludables, la creación de entornos que apoyen a la salud, el fortalecimiento de la acción comunitaria para la salud, el desarrollo de habilidades personales y la reorientación de los servicios sanitarios.

En especial en contextos que históricamente han sido vulnerados en sus derechos, como lo son las comunidades originarias en América Latina y específicamente en México se pone en manifiesto, por estos mismos grupos sociales, diferentes estrategias multifactoriales para el mantenimiento de su salud.

En la declaración de Yakarta en 1997, se enfatiza la alfabetización sanitaria para el acceso a la educación e información para el empoderamiento de las personas y las comunidades.

Son diversos los casos como nos lo explica el documental “Sanadores de Cuerpos” Tzeltal Chiapas en la serie “Los pueblos indígenas de México”; en donde a partir de su organización han podido consolidar estrategias de reforzamiento a la medicina tradicional de la región, y le han dado continuidad y formación a otros y otras integrantes de la comunidad con respecto a su alfabetización en salud. (Mariaca, 2020).

Almaguer y compañía (2014) hicieron una revisión analítica de los diversos paradigmas desde los cuales parte la medicina occidental, y cómo atraviesan históricamente el fenómeno de salud/ enfermedad a partir de los griegos hasta la época actual, permitiendo reconocer la importancia histórica que determina cada paradigma y como en pos de las necesidades sociales, culturales, políticas, económicas y religiosas este binomio se ha ido transformando.

Martínez en 1997 señala que existe la necesidad de elaborar un nuevo paradigma científico al cual denominaría -Paradigma emergente sistémico cualitativo o crítico de la complejidad. Este paradigma integra diversas perspectivas entre las cuales cabe señalar la psicología gestal, estructuralismo francés, enfoque sistémico, teoría crítica de Frankfurt. Desde este enfoque se considera que: “las realidades no están compuestas de agregados de elementos, forman totalidades organizadas con fuerte interacción y su estudio y comprensión requieren la capacitación de esa dinámica interna que las caracteriza”. (Alcántara, 2008, pp. 101-102).

Ante lo anterior el estudio de la salud requiere de un abordaje interdisciplinario que retome ciencias naturales y sociales para su comprensión.

Áreas como la antropología de la medicina, la etnomedicina y la folkmedicina, vuelcan sus esfuerzos para analizar las representaciones y prácticas del binomio salud/enfermedad desde el ámbito cultural.

A partir de los estudios en salud se ha tenido que reconocer que existió una diversidad cultural desde la cual se conformaron los sistemas de salud a partir de creencias, valores y representaciones culturales; por lo cual el estudio de la diversidad se hace necesario. En los contextos indígenas que son el campo de análisis principal de la etnomedicina, se ha identificado que un punto de referencia para la comprensión de la enfermedad se vuelca en la parte religiosa, de creencias y de fe para la elaboración de las representaciones, valores, y prácticas culturales. La fe es una determinante en el sistema mágico-religioso y médico popular.

Fagetti (2016) menciona que en el Modelo Médico Indígena (MMI) se unen dos tipos de pensamientos, a saber, el empírico-racional- lógico y el simbólico-mitológico-mágico, sin haber contradicción entre estos. Todo el conocimiento acumulado a través de los años ha permitido una sistematización y una complejidad, incluyendo saberes en botánica, zoología, ecología y tecnología. En el caso de las comunidades indígenas el poder aproximarnos a las representaciones sociales a partir de sus discursos nos permitirá acercarnos a cómo interactúan este tipo de pensamientos en la práctica de su medicina y como se entretajan ante la salud/enfermedad. (Chávez, 2018)

Hilda Santos Padrón autora del artículo “Los Determinantes Sociales, las Desigualdades en salud y las Políticas, como temas de Investigación” propone dos elementos principales que son, los factores determinantes materiales y los psicosociales. El primero de estos incluye, el nivel de ingreso, la educación, la ocupación, el medio ambiente, accesibilidad de los servicios de salud, mientras que el aspecto psicosocial está conformado por los estilos y las etapas de vida de cada ser humano.

Dicha autora menciona lo siguiente:

“Se puede concluir que ya desde el siglo XV, los investigadores de la salud se percataron de que la duración y la calidad de vida de los seres humanos, no dependían exclusivamente de los procesos biológicos, sino que estaba atada a factores sociales y económicos que condicionaban o facilitaban, la conservación de la buena salud y la prolongación de la vida.” (Padrón, 2010, págs. 136-144)

Dos condicionante sociales que atraviesa de manera contundente la dicotomía salud/enfermedad y que será importante recuperar como foco de análisis son: el aspecto político y el económico.

Por una parte; el factor económico para el acceso a los servicios de salud del sistema médico occidental por parte de grupos indígenas, implica una dificultad contundente. El acceso a los servicios sanitarios básicos que en muchas ocasiones implica traslados desde sus comunidades hasta las clínicas más cercanas, el coste de la consulta médica, el pago de los estudios requeridos en caso de ser necesario, la compra de medicamentos y el coste de alguna intervención quirúrgica o tratamiento, son aspectos que ponen en riesgo la salud y bienestar de estas poblaciones. Discursos como los que se presentan en “Parteras y yerberos. Zoque de Chiapas” que se encuentra adscrito a la serie “Los pueblos indígenas de México”, nos permiten tener en cuenta estos elementos que manifiestan a través de la voz de parteras y yerberos, los puntos anteriormente mencionados son determinantes en los servicios de atención a la salud.

En un segundo momento las cuestiones políticas y de poder que atraviesan tanto los sistemas sanitarios, políticas públicas y que se reflejan en los servicios de atención de los sistemas de salud pública en el país, dejan ver prácticas que en algunos casos transgreden la relación médico-paciente. “...En los hospitales de gobierno yo he llevado algunas pacientes y les digo: cómo te fue, me dicen que la regañotearon, que estuviera quieta, me decían groserías. Yo considero hacer mi trabajo muy bien con mi paciente, la voy a tratar con amor, con cariño, no la voy a reganar...” Discurso de una partera de Zoque Chiapas, en la serie “Los pueblos indígenas de México”.

Alcántara describió como en la Europa del siglo XVII y XVIII, el profesional médico como ahora lo conocemos en un consultorio, estaba lejos de ser reconocido y legitimado socialmente para determinar quien se encontraba enfermo y saludable.

En el libro “brujas, parteras y enfermeras” (1973) las autoras hicieron un análisis histórico en el cual, durante la edad media en Europa, a partir de la ola religiosa que se vive, muchas mujeres que practicaban la medicina tradicional a partir de la

experimentación y de la transmisión oral de generación en generación, fueron desprestigiadas, perseguidas y asesinadas en el tenor de ser tachadas de brujería, desde el discurso de la inquisición. Su labor fue subordinada a partir de este término y se le dio mayor peso a la labor médica que se supeditaba a los mandatos religiosos de aquellos tiempos, dicha labor, “regularmente” ostentada por médicos varones que, en muchos casos ante la inexperiencia, la falta de experimentación y la falta de medios y recursos, se veían en la necesidad de acudir a estas mujeres “brujas” para recopilar información y remedios para curar a las personas. En este tiempo el papel del médico como ahora se le conoce, era de poca fiabilidad y el común denominador de las personas recurría a otros medios.

Actualmente el éxito alcanzado por la biomedicina a partir de los diagnósticos, la terapéutica y la esperanza de vida han acrecentado la fe en los médicos, cuestión que ha llevado a que en diversas ocasiones “la práctica médica sea deshumanizada ya que el individuo se ha convertido en un objeto para el médico y este último ha perdido la perspectiva integral para concertar al ser humano como ser social”. (Pérez Lugo, 2009, p. 710).

Como se nos permitió revisar a partir de la recuperación y la diversidad de estos textos y partiendo principalmente de la conceptualización de salud que se pretendió recuperar a partir de análisis de los mismos; podemos darnos cuenta de la gran complejidad, riqueza y diversidad que implica el hecho de intentar definir un término atravesado por diversos momentos históricos y culturales.

Desde la Teoría de las Representaciones sociales en diversos estudios se ha dejado entre ver cómo al intentar definir y conceptualizar la salud y la enfermedad se encuentra atravesado por demasiadas aristas; por lo cual se vuelve necesario acercarnos a las personas y a partir de la apropiación de sus discursos generar propuestas ad hoc para la preservación, atención y cuidado de la salud.

Marco normativo y legal de la práctica médica.

Legalidad de la práctica de la medicina tradicional en México.

Como hemos ido refiriendo a lo largo de este trabajo, se evidenció que la sanidad de los pueblos indígenas se presentó de forma precaria. Los servicios biomédicos necesarios para atender las necesidades de estos suelen ser escasos o nulos; además de que la calidad en algunos casos es cuestionable.

La política pública en salud en nuestro país se ha desarrollado en torno a la salud intercultural como una manera de reconocer la medicina tradicional. Esto llevó a cuestionar ¿Qué tanto estas políticas sólo continúan siendo un paliativo y una forma de curarse en salud para continuar esa diferenciación y segmentación en la sociedad?

En este sentido las políticas públicas han tenido un papel importante; sin embargo, no han logrado generar el impacto necesario en la sociedad y lo que se hace evidente es que la reivindicación de la Medicina Tradicional Mexicana (MTM) ha estado en manos de la autogestión para su preservación y enriquecimiento.

La Medicina Tradicional Indígena (MTI), como previamente se había mencionado, se vive como un espacio de resistencia; el cual, desde hace aproximadamente 50 años y hasta la fecha continúa sosteniéndose a partir del trabajo colectivo de sus agentes.

Dentro del marco legal normativo en el Art. 4° constitucional se reconoce el derecho a la salud como derecho social, en la reforma al Art. 2 se resaltó la libre determinación y la autonomía de los pueblos indígenas en sus diversas prácticas. En la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas del 2007, en el Artículo 24.1 menciona que; “los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud,

incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico.” (2018).

La Ley general de salud en su título tercero hace referencia a la prestación de los servicios de salud, establece en el Artículo 6, en la fracción VI la importancia de: “Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas” (2018), todo ello con la coparticipación de los propios pueblos.

Hacia mayo del 2020, de las 32 entidades, 6 no habían modificado ninguna ley con respecto a la MTM, según refiere Marica (2020)

El Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI) en el 2018 señala en su apartado de medicina tradicional en poblaciones Nahuas de Hidalgo, como frecuentemente se tacha de superstición o brujería, varias de las prácticas de medicina tradicional desarrolladas por los grupos étnicos. “Este prejuicio se ha expresado en una aparente incompatibilidad entre ambos sistemas médicos, e incluso en la persecución de los especialistas nahuas como supuestos transgresores de la ley”. (INPI, 2018)

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007), en su artículo 1º establece que:

“Los pueblos indígenas tienen derecho al goce pleno, de forma colectiva o individual, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, entre los más relevantes el derecho a ser consultados sobre los programas de salud, a la preservación y al uso de sus medicinas tradicionales, a mantener sus prácticas sanitarias y a gozar del más alto nivel posible de salud y la corresponsabilidad de su ejercicio. El Artículo 24. 1. menciona que; “los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus

prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico.”

La Constitución Política de México en su artículo 2°:

“Reconoce a los pueblos indígenas como parte de la nación mexicana y como conjunto de culturas pertenecientes a ella, asegura su bienestar, así como también su identidad, costumbres, lenguas, sus derechos normativos dentro de la comunidad, su patrimonio y garantiza impulsar su desarrollo dentro de la comunidad en materia de educación e infraestructura para fortalecerlas y mantenerlas dentro de la ley y asegurar sus derechos como indígenas de una comunidad”.

En la Legislación Federal y Derechos Indígenas en México en el apartado de salud: La Ley general de salud en su título tercero que hace referencia a la prestación de los servicios de salud, establece en el Artículo 54:

“Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos. En el caso de las poblaciones o comunidades indígenas las autoridades sanitarias brindarán la asesoría y en su caso la orientación en español y en la lengua o lenguas en uso en la región o comunidad.” (Artículo 54, 1984).

En el artículo 6, en la fracción VI de la ley general de salud señala la importancia de: “Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su

práctica en condiciones adecuadas” (2018), todo ello con la coparticipación de los propios pueblos.

Como pudimos observar son diversos los referentes nacionales e internacionales que hacen alusión a la integración de modelos de salud intercultural en la práctica médica, con el objetivo de garantizar el bienestar de las poblaciones indígenas; sin embargo, a pesar de todo éste marco legal y normativo, nos encontramos aún con prácticas que evidencian una violación estructural a los derechos fundamentales de las poblaciones indígenas, debido posiblemente a las estructuras de poder hegemónico centralizadas en los modelos de atención biomédicos occidentalizados. (Verano, 2012)

La Ley general de salud en su título tercero hace referencia a la prestación de los servicios de salud, establece en el Artículo 6, en la fracción VI la importancia de:

“Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas” (2018), todo ello con la coparticipación de los propios pueblos.

El 21 de abril del año 2021, se aprobó en la Cámara de Diputados la reforma a diversas disposiciones, con proyecto de decreto sobre la reforma de la Ley General de salud, en materia de medicina tradicional y complementaria, lo cual reincidió en un dictamen de la comisión de salud sobre diversas iniciativas.

El proyecto de decreto integro tres iniciativas de reforma, sugeridas por tres partidos políticos. Estas propuestas fueron aprobadas por la cámara de diputados; sin embargo, ante ello se omitió la consulta previa, libre e informada a los pueblos y comunidades indígenas, afroamericanas y equiparables, siendo un requisito fundamental para su aprobación o rechazo.

Esta propuesta consta de la reforma a siete artículos y la adición de uno: artículos, 2, 6, 13, 27, 83, 96, 112 y se adiciona el artículo 31 BIS.

Esto implicaría el establecimiento de un ámbito reglamentario para la medicina tradicional indígena. Por una parte, las iniciativas orientan y mencionan al *reconocimiento, conservación, protección y desarrollo* de la medicina tradicional y complementaria, sin que haya una garantía de su aplicación; y en contradicción sugieren a la par su *regulación, orientación, uso, utilización y aprovechamiento*; partiendo de lógicas de pensamiento no solo diferentes sino, contradictorias.

Estos últimos puntos permitieron la apropiación de los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas, relacionados con sus prácticas curativas y a su patrimonio biocultural. Esto quedó evidenciado en el artículo 13, menciona lo siguiente: A fracción IV Bis:

“Reconocer, orientar, regular la medicina tradicional indígena y complementaria. Para ello el Sistema Nacional de Salud podrá incorporar los aportes de la medicina tradicional indígena y medicina complementaria de manera integrativa en conjunto con los aportes de la medicina general, especialidades médicas, medicina preventiva y rehabilitadora. B fracción III; Formular y desarrollar programas locales de salud, en el marco de los sistemas estatales de salud con la incorporación de la medicina tradicional indígena y complementaria, de acuerdo con los principios y objetivos del Plan Nacional de desarrollo.”

El artículo 2° constitucional plantea lo siguiente:

“Esta constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para; fracción IV: Preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad.”

Apartado B: La Federación, los Estados y Municipios, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinarán las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.

Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas dichas autoridades, tienen la obligación de:

II. (...) Impulsar el conocimiento y respeto de las diferentes culturas existentes en la nación.

III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional.

En el año 2006 se hizo una reforma a la fracción VI del artículo 6° de la Ley General de Salud: Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional y su práctica en condiciones adecuadas.

Esto implicó que los condicionamientos de validación de la medicina tradicional indígena se pretendían supeditar a los criterios de la medicina oficial, esto pretendió que los médicos y medicas tradicionales sean integrados al sistema de salud para ser vigilados y orientados en los conocimientos que pueden adquirir y aplicar.

La incorporación bajo esa lógica implicó la subordinación de la medicina tradicional a los parámetros de la medicina hegemónica y su fragmentación, dado que se aprovecharán solo algunas partes que la misma medicina hegemónica considere convenientes para el propio sistema.

Los conocimientos para la protección de la salud desde la diversidad de concepciones de la medicina tradicional se crean, recrean, heredan y fortalecen bajo las pautas de las relaciones comunitarias.

La validación y regulación de la medicina tradicional indígena por parte del sistema hegemónico, transgrede la autodeterminación y autonomía de los pueblos y comunidades indígenas, afro mexicanas y equiparables, para la preservación de sus culturas terapéuticas.

La validación desde el paradigma biomédico, omitirá la dimensión cultural y ritual que permitió la eficacia simbólica de los procedimientos curativos de la medicina tradicional. La inducción de conocimientos será una acción legal para modificar y fragmentar los universos simbólicos que integran a la medicina tradicional indígena; además de que su estandarización afectara su diversidad.

Artículo 31 BIS

Se reconoció como modelos clínicos terapéuticos no convencionales y de fortalecimiento de la salud a las medicinas tradicionales indígenas y complementarias. Como atención al fortalecimiento de la salud que cumplen los criterios de seguridad, eficacia comprobada, costo efectividad, adherencia a normas éticas y profesionales y aceptabilidad social. Las prácticas médicas complementarias serán sujetos de certificación, regulación y vigilancia por la Secretaría de Salud.

Pretender que la medicina tradicional indígena se integre como modelo clínico implica que se adecue a la normatividad del resto de los modelos médicos y esto transgrede los criterios de autonomía y autodeterminación de los pueblos indígenas, quienes por derecho constitucional deben ser respetados desde su cosmovisión y en la práctica, el uso y aprovechamiento de su propia medicina.

La medicina tradicional indígena constituye un importante elemento del patrimonio biocultural de estos pueblos, mismo que debe ser respetado y garantizado por el estado mexicano.

Artículo 96: [La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:]

“VII. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen en la medicina tradicional indígena y complementaria para la prestación de servicios de salud.”

La medicina tradicional indígena, especialmente la herbolaria tradicional, se ha visto históricamente como un medio a través del cual la biomedicina y las farmacéuticas se han beneficiado de estos conocimientos, a partir de la información etnobotánica recabada por los pueblos.

La incorporación de la medicina tradicional indígena al Sistema de Salud mediante su regulación, se plantea como un buen propósito que busca el beneficio general de la población, sin embargo, las autoridades que aprobaron esta reforma hicieron a un lado el hecho de que la medicina tradicional indígena, forma parte de la cultura de los pueblos indígenas y por lo tanto su práctica constituye un derecho establecido por la constitución. La pretensión de regularla, orientarla, utilizarla y subordinarla al sistema hegemónico de salud es anticonstitucional.

En la práctica, ejemplos como el de las parteras dejan verificar como el Sistema de Salud les ha subordinado, impactando en la disminución de su ejercicio y la puesta en riesgo de sus saberes y prácticas tradicionales en torno al parto y el nacimiento.

Las autoridades correspondientes, federales, estatales y municipales deben concebir a la medicina tradicional “desde la esencia de la identidad indígena, desde su cultura.”

Lo que se permite especular con esta reforma es que su objetivo principal es el control de la medicina tradicional indígena mediante su regulación, para garantizar su explotación por empresas públicas y privadas. El aprovechamiento bajo esa lógica, se transforma en apropiación del bien cultural y violación de los derechos de los pueblos y comunidades indígenas.

La imposición del paradigma biomédico como referente regulatorio seguirá generando el deterioro de la MTI debido a la fragmentación y deterioro que ello provoca. Al condicionar el reconocimiento de la MTI mediante la “orientación” y “regulación” del paradigma biomédico se legaliza el no reconocimiento de la MTI.

CAPITULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Metodología

El presente proyecto se llevó a cabo desde un corte cualitativo, partiendo del marco metodológico propuesto por la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) planteada por Moscovici y retomada por Jodelete; mediante lo cual se realizaron entrevistas semiestructuradas, a mujeres jóvenes y adultas de la comunidad de Tetla, Yahualica Hidalgo, que presenten o tengan familiares directos que padezcan diabetes mellitus, y que hayan ocupado servicios médicos tradicionales y de biomedicina; esto con el objetivo de conocer sus experiencias, percepciones, sentires y construcciones, que han generado. A partir de esto se pretende identificar, analizar e interpretar, desde un enfoque intercultural crítico, las posibles representaciones sociales que han construido; a través, del tiempo y condiciones vividas de las prácticas de la medicina tradicional y la biomedicina.

Jodelete (1989) nos menciona; “las representaciones sociales son abordadas a la vez como el producto y el proceso de una actividad de apropiación de la realidad exterior al pensamiento y de elaboración psicológica y social de esa realidad. Es decir que nos interesamos en una modalidad de pensamiento, bajo su aspecto constituyente -los procesos- y constituido -los productos o contenidos” (Banch, 2000)

El análisis de la información recolectada a través de las diferentes técnicas se realiza desde una aproximación al método hermenéutico; el cual nos encamina a poder identificar, analizar e interpretar, los diversos estudios e investigaciones alrededor de la problemática.

“La hermenéutica según Gadamer (1999) es la búsqueda de comprensión del sentido que se da en la comunicación entre seres humanos, siendo el lenguaje su núcleo central. La hermenéutica trabaja con comunicación de la vida cotidiana y del sentido común.” (Demon, 2013)

Esta investigación, tiene como fruto del método hermenéutico; la diferenciación de tres líneas de análisis; 1ª: estudios enfocados a describir la teoría de las representaciones sociales, 2ª: estudios en torno a la medicina tradicional y a la salud intercultural, 3ª: documentos e investigaciones que sean referentes para la contextualización de la comunidad.

En un segundo momento el método hermenéutico permitió mediante la construcción y aplicación de entrevistas semiestructuradas, tener un referente directo de las representaciones sociales de las mujeres de Tetla, con respecto a la práctica de la medicina tradicional frente a la práctica de la biomedicina; logrando rescatar las diferencias, similitudes o bien los puntos de encuentro entre una y otra.

En un tercer momento el método hermenéutico permitió identificar, analizar e interpretar desde un enfoque intercultural la información recolectada; a través de, la técnica asociación libre de palabras, para la construcción de campos semánticos a partir de la representación gráfica de nube de palabras, con respecto a las representaciones sociales de las mujeres de Tetla.

Durante el proceso en campo se recuperó información a partir de una guía de observación y de notas de campo.

Las Representaciones Sociales se abordaron desde el enfoque procesual, lo que posibilitó la recolección de material discursivo generado de manera espontánea por las participantes, para luego realizar análisis hermenéutico desde un enfoque intercultural. Se ejecutó análisis comparativo constante, el cual es útil para abordar las representaciones sociales, dado que permite una aproximación descriptiva del contenido del discurso y una relacional explicativa para develar estructuras internas de la narrativa de las mujeres.

Según Banch en Cuevas el enfoque procesual: "Se caracteriza por considerar que para acceder al conocimiento de las representaciones sociales se debe partir de un abordaje hermenéutico, entendiendo al ser humano como productor de sentidos, y

focalizándose en el análisis de las producciones simbólicas de los significados del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos constituimos el mundo en que vivimos (Banchs, 2000: 3.6)". (Cuevas, 2016)

La información obtenida se contrastó entre una y otra técnica (entrevistas, redes semánticas de palabras y observación participante) para tener un mayor marco de análisis e interpretación de las representaciones sociales.

La importancia de abordar el proceso de salud/enfermedad/tratamiento de la diabetes en la comunidad de Tetla, a través, de las representaciones sociales surge, durante la información que se comparte en la estancia de una brigada universitaria en la comunidad.

Por lo tanto, se definió como objeto de estudio: Las representaciones sociales de las mujeres de Tetla; con respecto a la salud/enfermedad/tratamiento, en la práctica de biomedicina frente a la práctica de la medicina tradicional, en el servicio de atención a pacientes con diabetes mellitus en la comunidad.

Se identificó, analizó e interpretó la práctica de atención biomédica frente a la práctica de medicina tradicional en mujeres nahuas, que presentan o tienen familiares directos con diabetes mellitus, esto debido a que el índice en su manifestación y en el deterioro de la calidad de vida de las personas de la comunidad va en incremento.

El grupo muestra que se consideró abordar; son las mujeres jóvenes y adultas que presentan o viven con personas que padecen diabetes mellitus dentro de la comunidad de Tetla, Yahualica Hidalgo. En los casos necesarios, se solicitó acompañamiento de alguna persona de la comunidad o familiar que fungió como traductor.

Para profundizar; es importante caracterizar a las mujeres que participaron en el proceso de investigación a partir de describir algunos rasgos importantes a tener presentes.

Se identificaron ocho mujeres que padecen diabetes mellitus tipo dos, según las mismas mujeres lo refieren y de acuerdo a los datos facilitados por parte de la clínica en la comunidad. Se recuperó el testimonio de dos mujeres que se menciona presentan también diabetes, pero no se encuentran dentro de la estadística de la clínica; también se recupera el testimonio de mujeres que se encuentran dentro del comité de salud.

Se consideró a las mujeres como un grupo pertinente en el contexto; ya que, por usos y costumbres, las mujeres de la comunidad son quienes adoptan el rol de cuidadoras y responsables de la salud y bienestar de los miembros de la familia. Las mujeres son quienes ante algún padecimiento, enfermedad o accidente en la familia o en la comunidad, activan estrategias de cuidado y atención o bien acompañan, o llevan a la persona afectada a recibir atención o tratamiento; ya sea, en una instancia de salud pública, o bien en algún espacio en donde se practique la medicina tradicional de la región. En muchas ocasiones ellas mismas implementan alguna práctica de medicina domestica aprendida empíricamente.

“En torno a ello el sujeto construye representaciones sociales (Jodelet, 1989a). En palabras de Jodelet: Remite a un sujeto que no sería tratado como un individuo aislado en su mundo de vida; sino un individuo auténticamente social, un sujeto que interioriza y se apropia de las representaciones sociales interviniendo al mismo tiempo en su construcción [...] los individuos activos en redes y contextos sociales, como en colectivos de naturaleza variada (grupos, comunidades, conjuntos definidos por una categoría social, etcétera) (2008: 37)”. (Cuevas, 2016)

Éste estudio se llevó a cabo durante enero de 2020 y diciembre de 2021. A lo largo del desarrollo de la investigación se realizó una búsqueda exhaustiva de información

y documentos relacionados con el objeto de estudio; así como su lectura, análisis, desconstrucción y redacción de la información pertinente. A la par se desarrollaron los guiones de las entrevistas en relación con los ejes de análisis a investigar.

Para el desarrollo de la investigación se generó el análisis del discurso a partir de la recuperación de información mediante: entrevistas semiestructuradas en donde el instrumento fue un guion de entrevista; la observación participante en la cual la información generada se describe en notas de campo y un guion de observación; y finalmente a través de la asociación libre de palabras lo cual permitirá la construcción de nubes de palabras. El análisis de la información obtenida será contrastado para tener una perspectiva más clara y amplia del fenómeno.

Los días 29, 30 y 31 de noviembre de 2020 se llevó a cabo una de las visitas a Tetla con el objetivo de tener un nuevo acercamiento a las autoridades de la comunidad y a sus líderes; sin embargo, se informó que el delegado se encontraba en una molienda en estos días. Ante la situación de contingencia por COVID 19 se decidió mantenerse en reguardo en casa de una familia de acogida, se solicitó el número de contacto para posteriormente concretar una cita. Se informó a algunos de los representantes la intención de regresar a la comunidad a mediados del mes de diciembre, con el objetivo de plantear las intenciones y acciones, en este momento se buscó acceder a la comunidad durante unos días.

Debido a que durante el mes de diciembre y enero la situación por COVID 19 en el país agravo, no fue pertinente acceder a la comunidad. Esta situación atravesó a la mayor parte de la población del país en donde al menos en la ciudad de Pachuca se hizo más evidente la cercanía de casos entre familiares y vecinos contagiados. La situación una vez más detuvo el acceso a la comunidad.

Se logró acceder a la comunidad durante el mes de marzo del 2021; ya que, el semáforo ante la contingencia había cambiado de color. Durante estos días se planeó lo siguiente:

En un primer momento trabajar con la asociación libre de palabras, con el objetivo de generar una categorización mucho más concreta. Identificar de manera concisa a las personas que pudieran estar apoyando durante la investigación y generar un primer acercamiento.

Lograr también éste acercamiento con la responsable de la clínica en la comunidad y con algunos médicos tradicionales. A partir de la información obtenida se construyeron los guiones de entrevista de una manera pertinente.

A la par de las entrevistas dirigidas a las mujeres, también se desarrollaron entrevistas dirigidas al personal de la clínica que atiende a la comunidad y a algunas personas reconocidas en el contexto que tienen prácticas de medicina tradicional; esto con la finalidad de conocer la mirada de estos agentes en la entidad, con respecto a su propia práctica médica y a la percepción que la comunidad construye alrededor de esta.

Los guiones de las entrevistas girarán en torno a los 5 ejes de análisis que se han planteado en la investigación: diferencias, similitudes y puntos de encuentro en la práctica de la medicina tradicional en contraste con la práctica de la biomedicina.

Los ejes de análisis de los instrumentos en torno a los cuales girará la investigación (entrevista a profundidad, asociación libre y diario de campo) serán los siguientes:

Descripción de una técnica, categorías y o conceptos ordenados

Las áreas, dimensiones, categorías y conceptos ordenadores serán los siguientes:

- *Representaciones sociales:*
Análisis de discursos: Salud, enfermedad, tratamiento/sanación.

Espacios sociales de reconstrucción de la realidad: Cultura y contexto

- *Tipos de medicina:*
Biomedicina: Alópata, medicina clínica
Medicina tradicional: Místico religioso, herbolaria, hueseros, parteras, otros.
- *Prácticas médicas:*
Acceso, indicadores interculturales de calidad en la atención médica en biomedicina y medicina tradicional.

Se retomarán cinco áreas principales que mediante la investigación bibliográfica se han puntualizado en el binomio salud/enfermedad:

Biológico. Comprendido por tres variables: Bio, físico y químico.

Cultural. Comprendido por seis variables: religión, valores, lengua, escolaridad, alimentación y prácticas culturales.

Social. Comprendido por siete variables: Integración societal, contexto, familia, trabajo, interrelación de grupos culturales, relación entre individuos e instituciones de salud, procesos de especialización.

Económico. Comprendido por dos variables: Accesibilidad y costos.

Político. Comprendido por seis variables: Poder del dominio del conocimiento médico, instrumento de dominación, modelo médico hegemónico, tipo de relación médico paciente, privilegio de la salud curativa & la preventiva, prácticas que restan oportunidad a la integración de saberes populares.

Tomando mayor atención como área en donde se hace más evidente la interacción médico paciente el área política.

A continuación, se presenta una matriz en donde se muestran las: áreas, dimensiones, categorías, variables e indicadores que se estarían retomando para la estructuración de los instrumentos y el desarrollo de las técnicas; de esto a su vez se desprenden los instrumentos pertinentes: entrevistas semiestructuradas, términos inductores y un guion de observación.

MATRIZ DE INVESTIGACIÓN				
ÁREA	DIMENSIÓN	CATEGORÍA	VARIABLE	INDICADOR
Representaciones sociales	Salud-Enfermedad	Biológico	Bio	Enfermedades que se conocen
			Físico	Nombres que se les dan
			Químico	Síntomas que se identifican
		Cultural	Religión	Católica/protestante Creyente/Profesante
			Valores y creencias	Orientaciones valorativas Mitos y supersticiones Enfermedades de filiación cultural
			Lengua	Español/Nahuatl/Ambas
			Escolaridad	Sin/Primaria/Secundaria/Prepa/Superior
			Alimentación	Natural y/o procesada
			Prácticas culturales	Festividades en la comunidad

		Social	Integración societal	Organización Toma de decisiones
			Contexto	Espacial, físico. Marco histórico breve Morfología del área
			Familia	No. De integrantes
				No. De personas con enfermedad crónica: 1-2/3-4/5 o más
				Edades: 0-12/12-21/21-40/40+
			Trabajo	Situación laboral: Ingresos económicos
				Actividad principal
		Interrelación de grupos culturales	Comunidades cercanas	
		Relación entre individuos e instituciones de salud	Clínicas más cercanas a la comunidad y relación con el personal.	
		Económico		No. De clínicas

			Accesibilidad a los servicios	Tipo de clínica: Primaria/Secundaria/Terciaria
				Servicio que ofrecen: Preventivo/Curativo/Hospitalario
				Personas que atienden
				No. De personas
				Días de atención L/M/M/J/V/S/D
				Horarios de atención 1-4/5-8/8-12/24 hrs.
				Clínicas cercanas
				Km Tiempo de traslado
			Sistema medico occidental: costoso	Costos de servicios Acceso a medicamentos: Abasto y desabasto

		Político	Poder del dominio del conocimiento medico	Respeto a la libre expresión de prácticas y creencias
			Instrumento de dominación	Satisfacción con la exploración física recibida
			Modelo medico hegemónico	Satisfacción con el tiempo de atención
			Tipo de relación médico paciente	Uso de lenguaje indígena en la unidad de salud
			Privilegio de la salud curativa & la preventiva	Satisfacción de las usuarias por un trato que permita la toma libre e informada de las decisiones sobre su salud y cuerpo.
			Prácticas que restan oportunidad	Existencia de condiciones de acceso a servicios integrales y de buena calidad en la unidad de salud.

			a la integración de saberes populares	
Tipos de medicina	Biomedicina	Alópata	Medicación	Mucho/Regular/Nada
			Radiación	Si/No
			Cirugía	No. Intervenciones
		Medicina clínica	Diagnóstico	Sí/No
			Tratamiento	Sí/No
		Medicina tradicional	Místico religioso	Limpias
	Ofrendas a elementales. Agua, tierra, cerro, maíz, cueva.			Nunca/Frecuentemente/Siempre
	Lectura de maíz			Nunca/Frecuentemente/Siempre
	Lectura de cartas			Nunca/Frecuentemente/Siempre
	Operación espiritual			Nunca/Frecuentemente/Siempre

		Trabajo de cura de maldad	Nunca/Frecuentemente/Siempre
		Saurin	Nunca/Frecuentemente/Siempre
	Herbolaria	Infusión/Té	Mucho/Regular/ Poco/Nada
		Cataplasma	Mucho/Regular/ Poco/Nada
		Tintura	Mucho/Regular/ Poco/Nada
		Jarabe	Mucho/Regular/ Poco/Nada
		Pomadas	Mucho/Regular/ Poco/Nada
	Hueseros	Sobar	Nunca/A veces/Regularmente/Siempre
		Dislocación	Nunca/A veces/Regularmente/Siempre
		Fractura	Nunca/A veces/Regularmente/Siempre
	Parteras-Dulas	Pre-parto	Acompañamiento/Atención/Ninguna
		Parto	Acompañamiento/Atención/Ninguna
		Post-parto	Acompañamiento/Atención/Ninguna
	Otros		

Instrumentos de recolección de información: Asociación libre de palabras, observación participante y entrevistas semiestructuradas.

Asociación libre

La primera técnica que se desarrolló con las mujeres de la comunidad fue la asociación libre de palabras. Esta técnica constituye uno de los ejes centrales de la Teoría de las Representaciones sociales, como se ha mencionado anteriormente. A partir esta técnica, se puede mediante términos inductores, indagar en cómo las personas de la comunidad asocian, organizan y estructurar su pensamiento; y, por lo tanto, cómo se constituye su realidad simbólica y su actuar. El objetivo es construir de manera gráfica a partir de nubes, los campos semánticos de palabras con mayor número de frecuencia.

Los términos inductores que se emplearon son los siguientes:

- Salud
- Enfermedad
- Azúcar (Diabetes, Supellicocolistli)
- Atención de las clínicas de salud
- Atención de medicxs tradicionales

Se procedió a solicitar a las participantes que mencionarán los 5 términos, expresiones o adjetivos que vengan a su mente al escuchar estas palabras. A partir de esto se buscó extraer los elementos organizadores de estos contenidos en donde se analizó la frecuencia, el rango de aparición en la asociación y la importancia del ítem para las mujeres, pidiéndoles que dijeran los dos ítems de mayor relevancia para ellas con respecto a cada termino. A partir de esto se generaron conjuntos de categorías.

Se les pidió a las mujeres de la comunidad que una vez que mencionaron las palabras asociados a los términos inductores, agruparán los conceptos que considerasen que van juntos, procediendo a interrogar acerca de por qué se ha agrupado de este modo y solicitando que se otorgase un título a cada uno de los elementos constituidos: “Constitución de conjunto de los términos”.

Una vez que se tuvo esta información se procedió a concretar la estructuración de la entrevista, aludiendo al acercamiento plurimetodológico que se busca desarrollar y lo cual permitió la definición de las categorías de análisis.

Observación participante

Se recuperó a partir de la observación participante plasmada en notas, el análisis de las practicas asociadas a las representaciones sociales para desarrollar el pareamiento de la información recabada. Se estructuro un guion de observación que se agrega en los anexos; el cual tuvo como objetivo orientar las observaciones que debían ser recuperadas; específicamente con respecto a las categorías de análisis cultural y social. Se comprende lo cultural a partir de seis variables: religión, valores, lengua, escolaridad, alimentación y prácticas culturales. La parte social está compuesta por siete variables: Integración societal, contexto, familia, trabajo, interrelación de grupos culturales, relación entre individuos e instituciones de salud, procesos de especialización. La información recabada quedó sistematizada a partir de la elaboración de notas de campo, que a su vez constituyen gran parte de la contextualización de la población.

Las notas de campo son un instrumento de recuperación de información que se da a partir de la técnica de observación.

Las notas de campo y el diario de campo son el instrumento por excelencia que los y las antropólogas han realizado a lo largo de los años; como una manera de análisis de la realidad a partir de la descripción puntual y explícita del trabajo en campo.

Si bien este recurso implica la descripción escrita fidedigna de lo observado como parte objetiva de la realidad; las percepciones, interpretaciones y sentires del investigador dan riqueza y nutren el ejercicio de análisis, desde lo cual se pueden dilucidar la subjetividad del investigador. (Mitrabajoessocial)

Durante julio de 2018 se llevó a cabo una brigada universitaria en la Tetla, lo que implicó una estancia en la comunidad durante 20 días, dentro de la cual se implementaron diversas actividades con la población.² El objetivo de esto era poder realizar un diagnóstico participativo en el cual se lograsen reconocer las principales necesidades sentidas y reales para poder generar acciones en conjunto.

La relación que se ha construido con las personas de la comunidad, y las acciones que se han realizado a lo largo de aproximadamente 8 años ayudaron a que la inmersión a campo fuese viable; sin embargo, tuvieron que ser considerados diversos aspectos de usos y costumbres, para no transgredir las formas, retomando en este sentido un enfoque intercultural.

Tetla tiene un sistema organizativo y de toma de decisiones, mediante la asamblea comunitaria. El primer contacto en la comunidad es a través del delegado en turno, éste a su vez transmite (en este caso) la petición de ingreso, el número de personas, el objetivo de la estancia y las actividades a realiza en la comunidad, a la asamblea.

Durante los años 2020 y 2021 se reingreso a la comunidad, marcando un segundo momento de acceso y desarrollo de nuevas notas de campo a la contextualización de la región.

La contingencia ha visibilizado aún más, una brecha que siempre había estado atravesada para el acercamiento de Tetla “la desigualdad”. La desigualdad de

² Acciones educativas en derechos humanos para niños y niñas, torneos deportivos y entrevistas a jóvenes, talleres, entrevistas y grupos focales con mujeres; y diversas acciones de acompañamiento a la comunidad.

acceso a recursos y medios para estar en contacto, la dificultad de acceso a la región, la desigualdad en los servicios de atención a la salud, la desigualdad del propio posicionamiento como investigadora al no haber nacido en esa comunidad.

Acceder a la población de estudio implicó un riesgo colateral. Hubo demasiadas discrepancias éticas de por medio que atravesaron la decisión de correr riesgos; sin embargo, se consideró importante recuperar la voz de las personas de Tetla, sus experiencias y sus sentires ante la contingencia, cómo van construyendo su realidad a partir de este condicionamiento histórico, político, social, económico y cultural que les ha determinado.

Entrevistas semiestructuradas

“La entrevista: Para autores como Moscovici y Jodelet, es una herramienta indispensable en cualquier estudio de representaciones sociales, ya que se dirige a conocer el discurso de los sujetos, que es donde se plasman las representaciones, razón por la cual la naturaleza discursiva de la entrevista le confieren una riqueza y profundidad únicas. La entrevista semiestructurada puede ser una alternativa para capturar las representaciones sociales que elaboran los sujetos, a través de la construcción de ejes de análisis con el fin de establecer el acercamiento al objeto de estudio”. (Cuevas, 2016)

En tres visitas que se realizaron a la comunidad durante los años 2020 – 2021, se logró entrevistar a: 10 mujeres; de las cuales 3, pertenecen al comité de salud de la comunidad; 6 presentan diabetes y 1 es la enfermera encargada de enfermos crónicos de la comunidad; 2 hombres, uno con diabetes y su hijo y 4 curanderxs: La abuela, Sr. Juan, La partera y la Yerbera.

Los rangos de edades de lxs entrevistadxs variaron entre los 27 y 83 años de edad; estando el promedio en la edad media de 48 años y el rango de edad en el que la mayor parte de lxs entrevistadxs gira entre los 40 y 50 años.

El nivel educativo de 6 es secundaria terminada, 3 primaria concluida, 5 primaria trunca y 2 licenciatura.

En los anexos se presenta los guiones de entrevista semiestructurada que se trabajaron con cada grupo de la población.

La transcripción de las entrevistas, así como su análisis, e interpretación se llevaron a cabo desde un enfoque intercultural crítico. “Por su parte Martínez (1998) apunta que la interpretación del proceso empírico implica la observación de los detalles, la asociación de los significados, la realización de las inferencias, para comprender que los hechos, los significados, las instituciones y los sujetos son parte de una estructura mucho más compleja, que requiere un análisis fino y profundo.” (Cuevas, 2016)

La interpretación se vivirá por etapas: la primera es la develación en la cual se realizará una lectura profunda y repetida de las entrevistas. La segunda etapa tendrá como objetivo releer para registrar los temas, palabras y emociones reiteradas de las entrevistadas, con el objetivo de generar categorías de análisis. La tercera etapa es la construcción de categorías de análisis provisionales, para vaciar datos en matrices. La cuarta etapa de análisis será la consolidación de categorías de análisis. La quinta etapa de interpretación hará referencia a la vinculación de las categorías de análisis, con el marco de referencia que dio lugar a la entrevista, para establecer las primeras conexiones con los datos empíricos. (Cuevas, 2016)

A continuación, en el siguiente apartado y en antelación al análisis de resultados de las diversas técnicas implementadas, se busca ofrecer un acercamiento descriptivo y documental al contexto de la comunidad de Tetla y de la población con la cual se desarrolló el trabajo. Esta aproximación busca que lxs lectorxs de esta investigación, logren un contacto solido a la interpretación de cada uno de los instrumentos que se desarrollaron por parte de la investigadora.

CAPITULO IV

TETLA, YAHUALICA; HIDALGO: UN
ACERCAMIENTO INTERCULTURAL, A LA MIRADA
DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LAS
MUJERES, EN LAS PRÁCTICAS MÉDICAS DE LA
COMUNIDAD

Contextualización del municipio y la población: Recuperación de memorias de Tetla

A partir de una investigación documental, testimonios de agentes de la población, y el procesamiento de datos de la observación participante se logró recabar la siguiente información; que a manera de esbozo nos da elementos para conocer con mayor profundidad a la población de Tetla, para a partir de este punto lograr un acercamiento mayor a su caracterización.

Información General de la Comunidad

La comunidad de Tetla, se encuentra ubicada en el municipio de Yahualica, Hidalgo; en la parte noreste del estado, en la región conocida como huasteca a 520 metros sobre el nivel del mar. La región de la huasteca se caracteriza por sus condiciones climáticas, biodiversidad en flora y fauna, lengua náhuatl y sus usos y costumbres. El clima predominante Semicálido húmedo con lluvias todo el año, presenta una temperatura media anual de entre 20 – 24°C y el rango de precipitación es de 1 900 – 2 100 mm. El nombre de la comunidad hace alusión a “lugar de piedras o lugar pedregoso” debido al relieve característico de su territorio.

El municipio de Yahualica colinda al norte con el municipio de Atlapexco; al este con los municipios de Atlapexco y Xochiatipan; al sur con el municipio de Xochiatipan, el estado de Veracruz de Ignacio de la Llave y con el municipio de Tianguistengo; al oeste con los municipios de Tianguistengo, Calnali y Huazalingo. Ocupa el 0.74% de la superficie del estado. Cuenta con 35 localidades.

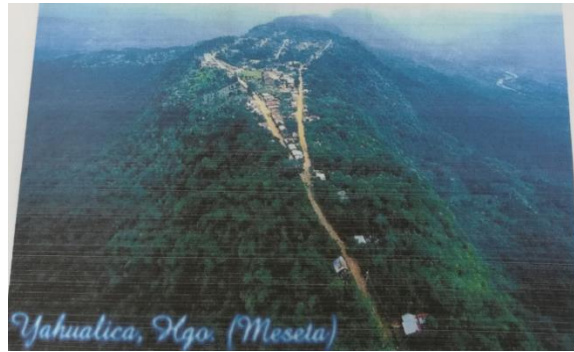


Ilustración 1 Cabecera municipal, Yahualica Hidalgo

La comunidad de Tetla colinda al norte con la comunidad de Tamalcuatitla con quien comparte el servicio de la clínica de salud, al sur con la comunidad de Tenamaxtepec, al este con Zacayahuatl, Texapa y Oxeloco; y al oeste con la comunidad de Atlajco.

La comunidad de Tetla se encuentra en el cerro que pertenece a la Sierra Madre Oriental, ubicada al Sureste de la República mexicana.

El clima en la comunidad oscila entre los 38° y 40° en los meses de abril a julio, y durante el invierno que comprende de finales de noviembre a principios de febrero baja hasta los 10° y 15°.

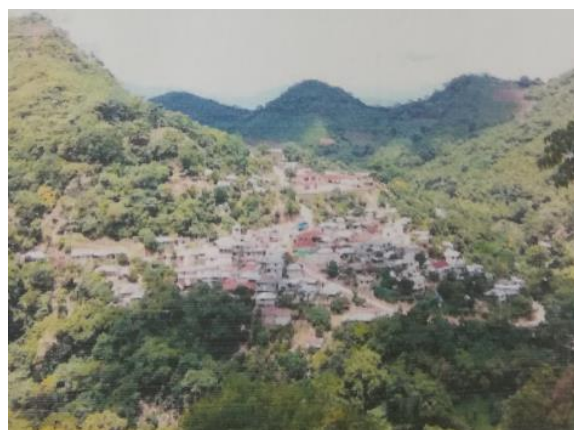


Ilustración 2 Comunidad de Tetla 2019

La población de Tetla es de aproximadamente 655 personas, de cuales 322 son hombres y 333 mujeres.

Edad	Hombres	Mujeres
0 a 12 años	73	77
13 a 20 años	65	50
21 a 60 años	150	173
60 y más	34	33
Totales	322	333
	Población Total	655

Tabla 1 Población de Tetla. Información obtenida en entrevista con la enfermera de la comunidad en marzo de 2021

El 100% de la población es de habla náhuatl, el 60% de la población entiende el español y un 40% lo habla (INEGI, 2015).

Dos de las festividades más importantes para la comunidad son el día de la “Santa cruz” el 3 de mayo; y el tradicional “Xantolo”, o fiesta de todos santos en castellano a finales del mes de octubre y hasta mediados de noviembre. En estas celebraciones la comunidad se organiza y realiza diversas actividades para conmemorar dichas tradiciones.

Historia

La persona más longeva que vive en la comunidad es una mujer que se presume tiene entre 100 y 110 años según diferentes comentarios. Esta mujer nació y creció dentro de la comunidad y hasta donde se sabe sus padres también eran nativos de Tetla.

Uno de los procesos históricos más sobresaliente para la comunidad y en general en toda la región huasteca, está relacionado con la lucha armada de los pueblos en contra del cacicazgo y la explotación; en donde la gente se organizó para demandar su derecho a la tierra que trabajaba y a la no explotación de su trabajo, lo cual

género que actualmente la repartición de las tierras sea equitativa y que las personas en la comunidad vivan en libertad; esto tuvo costos altos como la pérdida humana de varios dirigentes y luchadores durante la época de los años 70's . Relatos de algunas personas de la comunidad mencionan a figuras históricas que promovieron y mantuvieron el movimiento armado en esa época como el maestro Lucio Cabañas.

A través de charlas con algunos habitantes de Tetla dieron a conocer que varios de los habitantes emigraron hacia la ciudad de Pachuca para mejorar su calidad de vida, en donde trabajaron en las principales minas, siendo una de ellas, el barrio de San Juan Pachuca.

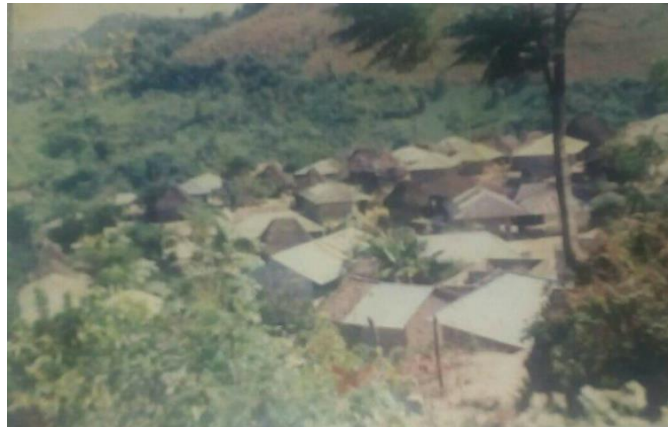


Ilustración 3 Inicios de Tetla. Fotografía proporcionada por un integrante de la comunidad de Tetla

Descripción geopolítica de la dinámica comunitaria

Con respecto a la fisiografía de la región nos encontramos con; sierra madre oriental en la provincia, carso huasteco en la subprovincia y sierra en el sistema de topofomas.

El suelo dominante está compuesto de la siguiente manera; luvisol (50.88%), phaeozem (26.0%), regosol (20.0%), y cambisol (2.0%).

Con respecto al uso del suelo y vegetación hasta el año 2009 se arroja la siguiente información de la región; uso del suelo: agricultura (49.88%) y zona urbana (1.12%). Vegetación: selva (46.0%) y bosque (3.0%)

Con respecto a la hidrografía del municipio de Yahualica se hace referencia a los siguientes datos: Región Hidrológica – Panuco. Cuenca – Río Moctezuma. Subcuenca – Río los Hules (65%) y Río Calabozo (35%). Corrientes de agua: Perenee - Ahuetzintla, Atempa, Atlapexco, Garces, Guaxupa, Huazalingo, Tetlahualt y Tlacolula; Intermitentes - Atlalco.

Por consiguiente, se hace evidente que dentro de la dinámica comunitaria una de las principales fuentes de mantenimiento económico en la región son la agricultura, la pesca, la recolección y la caza; todo esto en la mayor parte de la población para uso personal y familiar; y en algunos casos para la comercialización de diversos productos como café, tabaco, maíz, caña, frijol y algunos frutos de la región.

También por la diversidad en la fauna de la región es común la cacería de especies como el armadillo, el gato montés, el zorrillo, las liebres y la pesca de mojarra y algunos moluscos endémicos para la alimentación. En las áreas de pasto y selva, es también común el pastoreo de vacas y toros.

Domésticos	De carga	Silvestres	Nocivos
Perros, gatos, pollos, conejos, puercos y golondrinas	Caballos, burros y mulas.	Zorrillo, mapache, ardilla, paloma, armadillo, tlacuache, tejón, búho.	Ratas, chinches, cucarachas, mosquitos, tarántulas, serpientes, zancudos, garrapatas, moscas, piojos, arañas, ciempiés,

			alacranes, pinolios.
--	--	--	-------------------------

Tabla 2 Fauna que se encuentra en la comunidad.

Descripción de los servicios

La comunidad cuenta con los servicios de red de distribución de energía eléctrica en un 90% de los hogares de la comunidad y alumbrado público con postes en la entrada principal de la comunidad.

Se cuenta con servicio de asistencia médica que consta de una clínica comunitaria adaptada, con medicamento para atender enfermedades básicas; y con servicio de atención de lunes a viernes por parte de una doctora y los sábados una enfermera de guardia. La clínica da servicio a la comunidad de Tetla y a sus vecinos de la comunidad de Tamalcuatlita y a diversas rancherías de los alrededores.

El servicio de seguridad pública lo tiene el delegado en conjunto con su comitiva para atender cualquier situación que se presente en la comunidad y a su vez el delegado cuenta con una radio comunitaria para solicitar apoyo (en caso de ser necesario) a las autoridades de la cabecera municipal. La comunidad también cuenta con una cárcel comunitaria ubicada en la parte posterior de la iglesia de la comunidad; en la cual se dan sanciones menores y en caso de requerirse se retiene a los individuos con faltas mayores mientras las autoridades municipales llegan para su resguardo.

Con respecto a los servicios educativos; la comunidad cuenta con servicio de primaria indígena con un grupo por grado y con un profesor por cada grado según mencionan las personas de la comunidad; a la vez también se cuenta con una telesecundaria indígena, de un grupo por grado a donde acuden alumno de la comunidad de Tetla y de Tamalcuatlita. En este punto es una condición que se ha establecido dentro de la propia comunidad que todos los jóvenes que estudian la

secundaria y viven dentro de la comunidad, deberán estudiar en la secundaria de la comunidad; en caso de no ser así se aplican sanciones económicas de hasta al joven y/o a la familia, según se comenta.

Con respecto al servicio de agua ; la comunidad cuenta con 3 pozos comunitarios en donde las familias se abastecen de agua acarreándola a sus domicilios o bien haciendo uso del líquido en el espacio, para llevar a cabo diversas actividades como lavar el nixtamal por las mañanas, lavar la ropa de la familia en los lavaderos comunitarios que se encuentran en estos mismo espacios, bañarse (las mujeres durante el día, los varones y algunas familias por la noche), o bien como un espacio para refrescarse y esparcirse. A inicios de este año 2021, se inició con la distribución de sistema de agua potable, por lo cual un 40% de la población tiene agua a través de mangueras; aunque no todos los días ni a toda hora llega el agua hasta sus hogares.

La comunidad no cuenta con servicio de alcantarillado ni de drenaje. La comunidad cuenta con un área de baños en donde las familias que no tienen suficiente espacio en sus viviendas, construyen un baño de fosa séptica. Según se pudo observar varias familias en la comunidad tienen un sistema para baños que no han instalado y que se presume que el proyecto está en puerta para llevar acabo la instalación.

Con respecto a las vías de comunicación; en la comunidad hay un acceso principal para llegar a Tetla que llega desde la carretera que va de Huejutla a Atlapexco y que conecta a tres comunidades, Tecacahuaco, Tamalcuatitla y por último Tetla; son 7 kilómetros por un camino principal de terracería. La comunidad no cuenta con señal celular ni con acceso a internet, en la secundaria esta un modem que da servicio de internet del programa México Conectado, en algunos puntos muy altos algunos celulares de telefonía de Telcel, logran tener señal, en algunas viviendas de la comunidad las familias cuentan con teléfonos fijos y que recargan como si fuesen celulares.

En la comunidad no hay servicio de recolección de basura, por lo tanto, existe un gran número de familias que quema los residuos sólidos afuera de su casa y en algunos casos en el fogón mientras cocinan; sin embargo, uno de los comités femeniles de patio limpio y calle limpia se encarga de vigilar que, en los hogares, así como en las calles y puntos comunitarios se realicen jornadas de limpieza y recolección de basura. La basura recolectada es quemada en espacios alejados de la comunidad para evitar daños de salud.

Con respecto al servicio de distribución de gas LP dentro de la comunidad no es común; ya que las familias para cocinar sus alimentos hacen uso de fogones y estufas de leña, varios hogares cuentan con estufas ahorradoras, sin embargo, no son muy empleadas por las amas de casa; ya que mencionan que no les gusta como calientan sus alimentos; en este sentido se pudo identificar que en varios hogares el humo y hollín resultado del uso de fogones es abundante.

Con respecto al abastecimiento de sus alimentos, la principal fuente de esto es el cultivo de maíz, frijol, caña, café, chile y algunos frutos de la región como pahuas, mangos, lichis, maracuyá, papaya, plátano, naranja, mandarina, zapote y frutos endémicos como el chalahuite; con respecto al consumo de carnes y otros insumos sus principales centros de abastecimiento son el tianguis de la cabecera municipal de Atlapexco los días martes y viernes y el tianguis y mercado de la ciudad de Huejutla los días domingos. Dentro de la comunidad también hay diversas tiendas en las cuales se venden principalmente productos para la canasta básica, así como otros productos como la cerveza, diversas variedades de refrescos, galletas, dulces y botanas.

<i>Alimento</i>	No consume	En ocasiones	Frecuentemente	Siempre
<i>Carne</i>	7	167	10	1
<i>Leche y derivados</i>	1	7	173	4
<i>Huevo</i>	0	0	180	5

<i>Verduras</i>	0	185	0	0
<i>Frutas</i>	0	185	0	0
<i>Refrescos</i>	75	95	0	15
<i>Agua hervida</i>	0	0	0	185

Tabla 3 Alimentos de consumo de Tetla. Según datos referidos por la clínica de la comunidad según sus encuestas 2019 – 2020

La comunidad contaba con el programa PROSPERA que según se comenta por parte de la presidenta de este programa beneficiaba al 99% de la población; el cual compromete a las familias a asistir a reuniones y hacer faenas dentro de la comunidad. Se les da a las mujeres un recurso por cada hijo que tienen y a los jóvenes que estudian también se les brinda apoyo.

Actualmente el programa que se hace presente y del cual las familias de la comunidad se benefician es “Sembrando Vida”, un programa por parte de gobierno federal, que va dirigido a los hombres adultos y jóvenes de la comunidad y el cual persigue como objetivo que estos miembros de la comunidad a partir de capacitaciones y mediante un apoyo económico mensual (\$4000.00 aproximadamente), se den a la labor de reforestar con árboles maderosos los cerros de la comunidad.



Ilustración 4 Comida típica de la región. Enchiladas con aguacate, queso de aro y cilantro criollo.

Infraestructura

La comunidad de Tetla, cuenta con una entrada principal pavimentada y alumbrada con postes electrificados.

Cuenta con una escuela primaria con diversas aulas y con una pequeña galera para llevar a cabo reuniones; los salones están contruidos con tabique y los techos son de cemento, tienen butacas para los alumnos y pizarras. Dentro de la escuela hay baños con inodoros para el uso de los alumnos.

La comunidad cuenta con una escuela secundaria que se presume esta equipada y que también tiene un espacio de galera techado. Los salones son de tabique y con techos de cemento.

Existe un auditorio grande con gradas amplias, cancha de cemento y alumbrado con lámparas, porterías de futbol y basquetbol, completamente techado y 3 aulas a un costado que generalmente sirven de bodega.

La comunidad cuenta con una iglesia católica comunitaria, está contruida de tabique y techada de lámina, con una insignia al frente con la nota "Santa Cruz". A un costado de la iglesia se encuentra un pequeño cuarto que funge como la cárcel.

Hay una clínica comunitaria dotada con medicamento para atender enfermedades básicas, área de espera, recepción, consultorio, sala de curación, área de estimulación temprana, área de hidratación oral, área de medicina preventiva, farmacia, tres sanitarios (uno con regadera), cocina, archivo, un cuarto en donde duerme la enfermera de guardia y área de reconversión COVID – 19, bodega; la clínica está inscrita en la Secretaria de Salud. El servicio de atención es de lunes a viernes de 8:00hrs. a 16hrs. La clínica tiene techo de cemento, paredes de block y piso de loseta, luz eléctrica, cisterna, internet y un equipo de comunicación. El personal que atiende la clínica está comprendido por: Dra. Gladys H. Valencia

Hernández (de permiso por estudios y en espera del nuevo medicx), jefa de enfermeras Enf. Rufina Bautista Hernández y Enf. Lizeth Peralta Carrillo.

Tetla cuenta con una cancha de futbol empastada que se encuentra a un costado de la secundaria de la comunidad; este es un espacio amplio, al aire libre y con dos porterías de metal a los costados y muchos árboles a su alrededor. Se cuenta con un potrero comunitario del cual los animales en venta se emplean para la fiesta de la comunidad y gastos generales de la misma. Además de que cuenta con un panteón comunitario amplio el cual brinda servicio a la comunidad de Tetla y de Tamalcuatitla.

La comunidad cuenta con un total de 133 hogares, de los cuales 130 son viviendas, el 60% tienen piso de cemento; 174 son de concreto y 11 de tierra. Regularmente cuentan con una habitación y un espacio adaptado para la cocina. Los tipos de techos se diferencian por 123 con loza, 1 con zacate y 61 de lámina. Con respecto a las paredes; 7 viviendas son d piedra, 164 de block, 12 de lodo y 2 de lámina.

El 90% de la población cuenta con una televisión.

La comunidad cuenta con dos accesos principales; el primero por la carretera de terracería y un segundo que atraviesa por la comunidad contigua que es Tamalcuatitla y es un ascenso de escaleras.

La zona de casas de la comunidad está comprendida por viviendas contiguas, divididas por pasillos o pequeños callejones; la mayor parte de las viviendas están construidas de tabique con techos de lámina a dos aguas, en algunos casos, las casas más antiguas están construidas por carrizo repellido con lodo. Todas las casas cuentan con fogones en donde cocinan sus alimentos.

TENENCIA DE LA VIVIENDA	CANTIDAD
Propia	156
Prestada	29
Total	185

Tabla 4 Datos proporcionados por el delegado de la comunidad 2021.

Cuentan dos molinos, un molino comunitario y un particular.

Cuentan con tres pozos para la extracción de agua: al pozo principal acude la mayoría de la población para acarrear agua, para bañarse y para lavar ropa ya que cuentan con la adaptación de piedras como lavaderos. Los otros dos pozos son para abastecimiento de agua, aunque algunas personas los usan para bañarse debido a la cercanía de sus viviendas.



Ilustración 5 Croquis de Tetla con simbología

Forma de llegada a la comunidad:

Desde la ciudad de Pachuca la manera más fácil es tomar un autobús (en el caso de la brigada fue ADO), este tiene varias corridas por la mañana y por la noche que te llevan directo a la ciudad de Huejutla; lo más recomendable es viajar el sábado por la noche para llegar por la mañana del domingo a la ciudad. El autobús hará un

recorrido de entre cinco horas y media y seis. De ahí el día domingo como es día de plaza hay un transporte que sale desde la comunidad y arriba a Huejutla a las 9 de la mañana aproximadamente en el paradero que se encuentra a un costado de la tienda “Su Bodega”, este mismo transporte que regularmente es una camioneta espera a que las personas de la comunidad hagan sus compras en el tianguis y entre 11 y 12 del día retorna directo a la comunidad de Tetla en el municipio de Yahualica que se encuentra de 2 a 2 horas y $\frac{1}{2}$ de Huejutla.

Si se decide llegar en otro día de la semana, lo más recomendable es viajar de igual manera durante la noche desde Pachuca y arribar a la ciudad de Huejutla por la mañana, dirigirse al paradero a un costado de la tienda “Su bodega” y tomar una combi, preferentemente las que van hacia Xochiatipan, deberás indicarle al chofer que te baje en la desviación que va hacia la comunidad de Tetla, a la cual también se conoce por el nombre “el crucero”; de ahí se deberá disponer a hacer un recorrido de caminata de 7 kilómetros aproximadamente hasta llegar a la comunidad, pasando a un costado de dos comunidades más, la primera será Tecacahuaco y la segunda es Tamalcuatitla. Por esto, no se recomienda caminar ya que para los lugareños es cotidiano, sin embargo, para los foráneos es un arduo camino

Descripción de la Dinámica Comunitaria.

Económica

La principal fuente de economía para las personas en la comunidad es la agricultura; siembra de maíz, frijol, chile, chayotes, chilacayotes, calabaza, frutos típicos de la región como; el mango, el plátano, aguacate, café, paha, papaya, piña y diversas yerbas, tabaco, yerbabuena, té limón, etc. de la cual las familias se alimentan, siembran y cosechan dos temporadas al año, lo cual les rinde para todo su año de alimentación.

Se apoyan con el programa PROSPERA que reciben bimestralmente, el 99% de las familias en la comunidad reciben apoyo por cada uno de los hijos que estudia.

Otra fuente económica radica en el comercio en tiendas locales, o en la compra, engorda y venta de animales de corral. Un cerdo de 3 meses que es comprado en \$300, se cría aproximadamente durante medio año para ser vendido entre \$3000 y \$4000 dependiendo del peso del animal.

Otra fuente de economía se da a través del trabajo como jornalero agrícola en otros estados al norte de la república; varias personas de la comunidad emigran por temporadas a trabajar como recolectores en este tipo de empleos, dejan a sus hijos encargados con familiares cercanos y principalmente lo varones, cabeza de familia son quienes emigran y en algunos otros casos padres y madres de familia se van, dejando a cargo a sus hijos en manos de los abuelos o tíos.

Una fuente de migración se da hacia estados del norte del país, principalmente a Monterrey y Tamaulipas.

En una jornada normal de trabajo en campo dentro de la comunidad, un hombre recibe aproximadamente \$100 al día y una mujer \$70 más comida; ya que consideran que las mujeres en el trabajo de campo rinden menos.

POBLACIÓN ACTIVA ECONOMICAMENTE EN LA COMUNIDAD	
ACTIVIDAD	NÚMERO DE PERSONAS
Campesino	119
Hogar	2
Herrero	2
Carpintero	2
Albañil	1
Comerciante	6
Obrero	1
Carnicero	1
Profesionista	2
Corte	8
Desempleado	2
Total	146

Tabla 5 Datos proporcionados por el delegado de la comunidad 2021

Cultural:

Dentro de la cultura está inmerso el tema de la salud, ya que existe poca cultura acerca de la prevención y el cuidado de enfermedades en especial de las crónicas. Las personas de la comunidad han atendido un poco más a partir del programa PROSPERA que les requiere participación en diversas actividades como jugar voleibol, basquetbol, por parte del personal del centro de salud, se daban platicas acerca del autocuidado, el conocimiento de la lecto-escritura de su lengua náhuatl.

Para las mujeres jóvenes y adultas; es cultura la reunión para diversas actividades en el pozo; lavar nixtamal entre 4 y 7 de la mañana, durante el día es común observar actividades como el lavado de ropa y por las tardes y antes de las 10 de la noche las mujeres acuden a bañarse.

La vestimenta se ha ido transformando; es común que las señoras y algunas jóvenes de la comunidad ocupen su vestido tradicional floreado a la rodilla, los adultos mayores varones ocupan camisas bordadas a mano y un conjunto llamado calzón de manta; las y los jóvenes de la comunidad utilizan jeans de mezclilla y blusas modernas en el caso de las jóvenes y el caso de los jóvenes, playeras tipo polo.

La comunidad cuenta con bandas musicales: una banda comunitaria y dos bandas privadas integradas por ciertas familias de la comunidad, se pueden escuchar los ensayos de música de viento de unos de lunes, miércoles y viernes; otros de martes jueves y domingo. La música es representativa de la región.

Una de las celebraciones de mayor relevancia es la fiesta del día 3 de mayo, o fiesta de la Santa Cruz. En esta fecha la gente de la comunidad se organiza a través del delegado para llevar a cabo diversas actividades para el festejo; se hace un baile comunitario, misas, la banda de la comunidad toca y se realizan algunas otras actividades según nos comparten las personas como liguillas de futbol y basquetbol, carrera de ollas, tiro al guajolote, palo encebado, maratón y quema de torito. Las señoras colaboran para la comida y los señores se encaran de los adornos de la iglesia y calles principales.

La fiesta de Xantolo es la festividad más esperada durante todo el año por las personas de la región huasteca y en Tetla se vive de la misma manera. Las personas de la comunidad se preparan para celebrar estas fechas desde el mes de septiembre durante la siembra de la flor de muerto cempasúchil, los días en los cuales se vive con mayor intensidad el festejo es a finales de octubre y principios de noviembre. En estos días las familias construyen arcos para adornar las mesas en donde pondrán las ofrendas para sus muertos, cocinan tamales, chocolate y pan de la región. Van al panteón y llevan comida que comparten en las tumbas de sus seres queridos que han fallecido. Durante estos días se comenta que se vive un ambiente de alegría y fiesta. También se organizan cuadrillas de bailes tradicionales

y la banda de la comunidad pasa de casa en casa tocando sones para dar la bienvenida a los difuntos en cada casa. La celebración concluye ocho días después, cuando las familias van al panteón y llevan alimentos para compartir.

Social:

En la comunidad la mayor parte de las decisiones de la misma se toman a través de asambleas comunitarias, en las cuales las personas que trabajan en las milpas y hacen faena en la comunidad, son quienes tienen voz y voto. Hay un comité comunitario en el cual la autoridad principal de la comunidad es el delegado; dicha figura es elegida por consenso. El comité está conformado por varios hombres de la comunidad los cuales se reúnen una vez a la semana de manera interna con respecto a diversos asuntos menores y cuando se requiere tomar una decisión que afecta a la comunidad, el comité cita a asamblea.

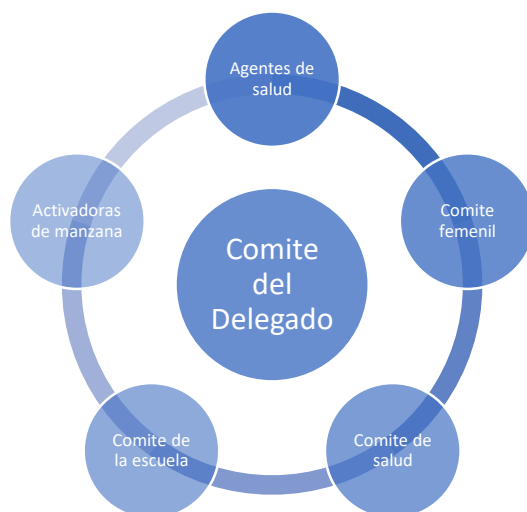
En la asamblea sólo participan 5 mujeres que son quienes van a realizar trabajo en las milpas debido a que no hay un hombre en su familia que lleve a cabo estas actividades; el resto de la asamblea son hombres. Por su parte las mujeres igual están organizadas en 5 comités que se encargan de realizar tareas muy específicas y en beneficio de la comunidad.

El delegado de la comunidad cambia cada año por decisión de los hombres de la comunidad.

No tienen sueldo, pero se les otorga un reconocimiento. Regularmente se elige a hombres mayores a través de votos que emiten los demás que hacen faena, no se eligen jóvenes; ya que algunos habitantes de la comunidad comentan que estos no tienen tanta experiencia por lo cual realizan un trabajo inadecuado y además tienden a robar.

Los jóvenes de la comunidad que no trabajan y no estudian, para tener derecho a vivir dentro de la comunidad, debe realizar faena.

Además del comité del delegado, la comunidad se organiza a través de otros grupos:



Educación de calidad

Las personas d Tetla hablan acerca de las deficiencias educativas que existen en la comunidad, entre ellas; la escasez de maestros y las constantes inasistencias de los mismos; el poco conocimiento del idioma nativo; por lo que, la habilidad de lectoescritura en su lengua materna ha sido precaria y de muy baja calidad; siendo esto un tema preocupante, que debilita las bases culturales de este sector indígena, causado por la poca disponibilidad de docentes con conocimiento del náhuatl.

La educación básica es un tema que a la comunidad le interesa; ya que, los padres y madres de familia de la comunidad pretenden que sus hijos continúen instruyéndose y mejoren su calidad de vida.

Los estudios en los jóvenes de Tetla después de la secundaria son poco desarrollados. La mayoría de los jóvenes varones emigra para trabajar en otros lugares del país, como la ciudad de Pachuca y lugares al centro-norte del país, como Monterrey, Chihuahua y Tamaulipas, la mayoría de ellos ya no regresan a la comunidad a vivir.

GRADOS EDUCATIVOS DE LA POBLACIÓN	
GRADO	NUMERO DE PERSONAS
Primaria incompleta	50
Secundaria incompleta	48
Analfabeta	155
Vocacional/Equivalente	20
Primaria	80
Secundaria	200
Preparatoria	65
Universidad	35
Total	653

Tabla 6 Datos proporcionados por la clínica de la comunidad 2019-2020

Servicios de salud

Se observaron algunos inconvenientes con respecto al servicio de salud que se ofrece en la clínica comunitaria, varias personas de la comunidad emitieron comentarios quejándose de los horarios, de la calidad y de la calidez del servicio; ya que, mencionan que la doctora no vive en la comunidad y solo tiene un horario de atención muy corto y durante la noche no hay quien atienda en caso de emergencia. A la vez comentan que es muy estricta con los pacientes; ya que si no acuden de manera inmediata a consulta cuando presentan un problema de salud les llama la atención; así mismo, cuando los pacientes se atienden con medicina tradicional de la región reciben llamadas de atención y la doctora rechaza las formas tradicionales y prácticas que la gente acostumbra para curarse, aun cuando varias son efectivas.

Dentro de un documento al que se tuvo acceso, podemos recuperar un apartado en el que se menciona lo siguiente: Se alude a que “los motivos por los cuales la comunidad no ha aumentado la calidad de vida es debido a las creencias, tradiciones y costumbres, falta de preparación profesionalmente, salario bajo y falta de recursos económicos. Hay gente que no acude al centro de salud, prefieren tomar sus remedios caseros” Información recuperada de comentarios que emite la enfermera de la comunidad.

Enfermedades

Diabetes

Partir de la revisión estadísticas que se facilitó por parte de la clínica de la comunidad, se visibilizó a la diabetes y a las enfermedades crónico degenerativas, como un problema de salud comunitaria. El índice de personas que padecen diabetes y que no se atienden ni se apegan al tratamiento médico; además de la falta de prevención con respecto a esta temática.

Adicción al alcohol en hombres jóvenes y adultos

Al ingresar a la comunidad, las autoridades plantearon como problema la adicción a sustancias en la población joven. Se pudo observar como los jóvenes de la comunidad consumen alcohol y marihuana. Al estar bajo el efecto de estas, algunos jóvenes atentan contra la integridad de sus familiares; sin embargo, también se reconoce que no es una situación que aqueje solo a los jóvenes; si no también, a los hombres adultos y jefes de familia específicamente en el abuso del consumo de alcohol, cuestión de la cual se derivan problemáticas de salud en hombres adultos como enfermedades del hígado, violencia intrafamiliar, accidentes y riñas.

Discapacidades intelectuales

Dentro de la comunidad hay un grupo minoritario poco visibilizado que presenta síndrome de Down. La situación de estos miembros de la comunidad es desventajosa; son blanco fácil para abusos, aunado a la poca integración que se les da dentro de sus familias y de la comunidad.

Enfermedades respiratorias en mujeres

Se pudo observar en mujeres adultas y ancianas problemas respiratorios, tos crónica en varias de ellas, irritación en fosas nasales, lagrimeo, mucosidad y congestión respiratoria; se considera que se debe a que las mujeres de la comunidad desde que son niñas cocinan utilizando el fogón; estos no tienen una salida adecuada del humo. Anteriormente programas de gobierno se dieron a la tarea de construir estufas ahorradoras de leña y con desfogue para el humo; sin embargo, por usos y costumbres y debido a que no es reconocida la situación como un problema, las familias dejan de emplear dichas cocinas y regresan a sus antiguos fogones.

Enfermedades de huesos, rodillas y hernias en mujeres de la comunidad

Una de las problemáticas que más afectan a las mujeres y a los y las ancianas son las enfermedades relacionadas con padecimientos en los huesos, rodillas y hernias; esto se asocia con las amplias jornadas de trabajo y a la carga de materiales pesados como acarreo de agua o leña.

A continuación, se muestra una tabla con las enfermedades más frecuentes de la comunidad de Tetla durante el año y sus tratamientos tradicionales. Esta información se obtuvo a partir de lo que algunas mujeres de la comunidad compartieron.

SALUD COMUNITARIA EN TETLA, YAHUALICA HIDALGO					
ESTACIÓN	Primavera	Verano	Otoño	invierno	Tratamiento
POBLACIÓN					
Infancia	Fiebre Gripa Dolor de estómago. Tos por bañarlo temprano. Bronquitis por comer cosas frías.	Calentura Gripa Picadura de moscos	Calentura Dolor de cabeza	Tos Bronquitis	Calentura: Baño con hojas de chaca. Untar sábila en la cabeza y en el estómago. Gripa: Untar jugo de
Mujeres	Dolor de huesos y rodillas por caminar, por frío y por cargar. Gastritis Vías urinarias Vaginales en época de calor Hernias por cargar cosas pesadas				limón en la cabeza. Untar aguardiente en los pies. Untar Vic
Hombres	Enfermedades del hígado por exceso en consumo de alcohol. Al año mueren 3 o 4 hombres en la comunidad por esta causa (no van al médico) Actualmente 15 hombres en la comunidad se encuentran enfermos del hígado.				Vaporru en piernas y estómago. Dolor de estómago: Untan aguardiente. Te de hoja de guayaba, manzanilla, zacate limón, yerbabuena.

Ancianos	Enfermedades crónicas: Presión alta Diabetes (25 personas) Hernias Cáncer de próstata	Presión alta: Té de tila y azar. Diabetes: Moringa, betabel. Heridas de hernia: Chicpa (árnica)
Otras	2 mujeres con cáncer cérvico uterino 2 personas discapacitadas 4 personas con síndrome de Down (1 en accidente)	

Tabla 7 Enfermedades por estación

Según información compartida por la clínica de la comunidad es muy común el uso de las siguientes plantas medicinales para la curación de diversas afecciones: Zapote maduro, zapatito, hojas de guayaba, hojas de aguacate, hojas de chaka, hojas de palo de rosa.

Violencia

Violencia familiar, en contra de mujeres e infantes

Se logró identificar mediante la conversación con varias mujeres e infantes de la comunidad que el maltrato físico y psicológico hacia los integrantes de su familia es una práctica común, por parte de los varones.

En algunas platicas con mujeres de la comunidad manifestaron que viven constantemente violencia intrafamiliar, y consideran que es algo que es preciso ser

atendido; ya que, las autoridades comunitarias no hace mucho por resolver la situación. Comparten que algunas mujeres de la comunidad generan acciones para apoyar y proteger a otras mujeres y a sus hijos después de haber sufrido un ataque, formando redes de apoyo entre ellas; sin embargo, la no inclusión de mujeres en la toma de decisiones de la comunidad limita su poder de acción.

La doctora de la comunidad a través del programa PROSPERA, implementa acciones preventivas para visibilizar esta problemática, por lo cual ha recibido poca aceptación por parte de la población masculina y por parte de algunas mujeres de la comunidad.



Ilustración 6 Reunión con la enfermera y el comité de salud de la comunidad.

Servicios sanitarios

La comunidad tiene un área de sanitarios en donde cada familia que no cuenta con el suficiente espacio en sus viviendas, construyó una letrina con fosa séptica. Las condiciones de los sanitarios son precarias y el manejo de los residuos no es el adecuado. Se genera mal olor y es un ambiente propicio para la procreación de bacterias y animales nocivos como moscas, cucarachas y arañas. La ubicación del área de baños está en una parte alta, lo cual hace que el acceso a estos durante la noche o con lluvia sea muy complicada, en caso de que algún miembro de la familia tuviese una enfermedad que le impidiera trasladarse rápidamente, le complicaría el

hacer del baño; por esto es una práctica muy común entre las familias, hacer del baño en los pasillos que separan una casa de otra por las noches esta situación podría generar un foco de infección para futuras enfermedades.

Contaminación de ríos y mantos acuíferos

Durante la estancia en la comunidad se hizo evidente de manera visual y a través de comentarios de algunas personas de la misma; la contaminación por basura, desechos de animales y posibles filtraciones de las letrinas a las principales fuentes de abastecimiento de agua de la comunidad (arroyos y pozos).

MORBILIDAD FRECUENTE	
Enfermedades no transmisibles	Cantidad
Hipertensión arterial	220
Caries dental	14
Gastritis aguda	13
Dorsopatias	4
I.V.U.	9
Lumbalgia	58
Asma	15
Osteoartritis	12
Diabetes melitus	169
Desnutrición	39
Otitis media no supurativa	11
Cefalea tensional	9
Obesidad	110
Total	683
Enfermedades trasmisibles	Cantidad
Infecciones respiratorias agudas	116
Enfermedades diarreicas agudas	2

Conjuntivitis	8
Amebiasis	7
COVID 19	1
Micosis superficial	2
Total	136

Tabla 8 Morbilidad

Es importante acotar que, a partir del segundo bloque, en donde se presenta la información estructurada, cabe un dejo de análisis de la información de acuerdo a una perspectiva externa; por tanto, esta perspectiva externa, aunque siempre busca ser crítica y reflexiva, puede incurrir en enfoques y discursos colonialistas, hegemónicos, patriarcales y occidentalizados.

Caracterización de la muestra: La construcción de identidad.

Mujeres, indígenas y enfermas

A continuación; con el objetivo de lograr caracterizar de mejor manera a las mujeres de la comunidad, se analizan a partir de referentes teóricos cómo es que son atravesadas por la identidad y el género.

Es necesario hablar de la identidad que viven las mujeres de Tetla de un modo plural, sin dejar de lado aquellos rasgos singulares que se enfatizan en una población y que les convierten en una comunidad. Son mujeres, son indígenas, viven empobrecidas y son enfermas crónicas. ¿Cómo se viven como mujeres, cómo indígenas, como “enfermas”?

¿Qué roles juegan dentro de sus familias y en la comunidad? ¿Cómo los asumen? Tantos puntos entrecruzan la conformación de su identidad dentro de estos contextos y tiempos que es necesario reconocer esto como aspectos importantes dentro de la investigación y de sus representaciones sociales.

Cuando se piensa y reflexiona acerca de la identidad y cómo esta se va entretejiendo en los entramados de la psique humana y de las relaciones sociales de grupos, de comunidades y de países en el mundo; se vuelve imperante reconocer la amplia gama y diversidad de formas que coexisten en un mismo espacio o al interior de un mismo grupo. Reconocemos la identidad y la diferencia a partir de la comparación con lo externo y con lo interno que va cambiando.

A nivel social el proceso es parecido: Nos reconocemos como parte de un grupo, de una cultura, de un lenguaje, tradiciones y costumbres determinadas por un tiempo y un espacio en el cual las personas nos desarrollamos. La identidad no es estática y se transforma en el contacto con lo “otro”, lo diferente.

En la actualidad no podemos limitarnos a abordar el tema de la identidad desde la unicidad o la singularidad; si no como comparte García Martínez (2007) desde la pluralidad, partiendo de que en las sociedades hay fluctuación, constante cambio y movimiento.

Movimientos de reivindicación de las minorías y del reconocimiento a sus identidades. Un espacio de resistencia del cual al interior de los diversos grupos y espacios sociales se alza la voz y se clama por la justicia y la igualdad de derechos de diversos grupos identitarios: mujeres, infancias, ancianos, diversidades sexuales, grupos originarios, discapacitados y migrantxs entre otros. (Avanza, M. 2017)

El primer ámbito a reconocer es la identidad de género que atraviesa a las mujeres y los roles asignados dentro de sus comunidades como cuidadoras y responsables de los enfermos en el hogar y en la sociedad.

Históricamente la salud en el sentido de las atenciones primarias y de cuidado se ha asociado al género femenino, como ejemplo el recuento histórico que se hace en el texto brujas, parteras y enfermeras. (Ehrenreich, 1973)

El género como nos lo comparte la Dra. Juárez (2021) es una de las perspectivas que a partir de los años 70's se retoma con mayor fuerza y que en la actualidad es un tema que se ha hecho atravesar a partir de la necesidad de grupos minoritarios y oprimidos, llevándonos a reflexionar las dinámicas e interacciones en diversos ámbitos que están atravesadas por este tema y que han sido en muchos casos transgresoras y violentas, específicamente para las mujeres y grupos disidentes. Si bien la intención de este trabajo no es centrarse en este aspecto en específico, es importante mencionarlo y recuperarlo ya que; las representaciones sociales que construyen las mujeres con respecto a las prácticas de uno u otro modelo medico también estarán atravesadas por su propia construcción de género.

El género forma parte de la construcción de la identidad en los grupos sociales y con ello todo lo que conlleva su estructuración.

El género es una construcción de pensamiento que se refleja en la acción y que ha sido construido social, histórica y culturalmente a partir de la relación con el/lo/las/les/los otrxs. “Se configura a partir de significaciones y simbolismos de lo que se cree es ser hombre o mujer y a partir de ello se asignan características roles, funciones, responsabilidades y derechos; modos de ser y actuar entre hombres y mujeres, según menciona Juárez (2021).

Hablar de género evoca a tres aspectos que no pueden pasar de largo: identidad de género, rol de género y asignación de género. (Lamas, 1986) Desde que nacemos se asume que por el hecho de haber nacido biológicamente con órganos sexuales de hombre o mujer, entonces “debemos” comportarnos de “x” o “y” manera; se nos educa para reproducir patrones comportamentales, y cuando nuestras formas se contraponen a estos criterios establecidos en la sociedad, se estigmatiza, reprime, aísla y violenta a la persona.

En el caso de las mujeres de Tetla, por el hecho de ser mujeres indígenas la identidad de género y especialmente los roles asignados se acentúan. De estas mujeres familiarmente y socialmente se espera que actúen de cuerdo a la norma heteropatriarcal que ha prevalecido en la sociedad mexicana; dentro de lo cual las mujeres se miran como cuidadoras, como madres, como esposas, pasivas en la toma de decisiones dentro de la comunidad, trabajo doméstico no reconocido ni remunerado, entre otros aspectos. Todo lo antes mencionado desde una perspectiva occidentalizada; sin embargo y ante la violencia que constantemente viven niñas y mujeres dentro de la comunidad, varias mujeres que al salir de la comunidad y volver, en ese espacio de encuentro con lo otro y “diferente”, rompen con esa identidad y esos roles asignados, y son quienes contraponen una nueva forma de vivirse dentro del espacio comunitario, situación que les lleva en muchos

casos a sufrir violencia y amenazas por parte de hombres y mujeres de la misma comunidad, según se comparte en conversaciones.

La identidad como mujeres se ha ido transformando y las mujeres de Tetla han ido ganando espacios gracias a su organización y a las acciones que a partir de ello han logrado. Comités de salud, patio limpio, cooperativas en el molino y organización comunitaria que van entretejiendo, fortalecen los espacios de encuentro entre las mujeres de la comunidad.

Sin duda alguna el tema de “Identidad” como a bien nos lo plantea el Dr. Duquesnoy (2021), es hasta ahora un entramado complejo y con diversas aristas ante su estudio; ya que no podemos pretender que exista una sola identidad o que se mantenga a lo largo siquiera de la vida de una persona.

La identidad no se puede analizar de manera aislada, está atravesada por la historia, el lenguaje, la economía, la globalización, la política y la modernidad. Durante la investigación con grupos identitarios será pertinente no perder esto de vista.



Ilustración 7 Casa y abuelita 2021

CAPITULO V

RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN

Resultados y su discusión

Procesamiento de datos en el software Atlas Ti

A lo largo de esta investigación y a partir de la información que mediante Atlas Ti se codificó y estructuró; se analizan tres categorías importantes que están relacionadas: la salud, la enfermedad y la diabetes. Estas están íntimamente ligadas al término de bienestar; comprendido como una respuesta a factores subjetivos que se enmarca en tiempo, espacio, contexto, cultura y costumbres; ya que, el tener salud o el estar enfermo va de la mano con una cuestión de bienestar.

Se iniciará el análisis de la información que se generó a partir del siguiente cuadro, en el que se muestran las asociaciones de algunas mujeres y hombres, a partir de los términos inductores.

TABLA DE ASOCIACIONES LIBRES					
Termino inductor	<i>Salud</i>	<i>Enfermedad</i>	<i>Azúcar Diabetes, Sopellikokolistli)</i>	<i>Atención de las clínicas de salud</i>	<i>Atención de medicxs tradicionales</i>
# Entrevista					
Entrevista # 4	Plato del buen comer Jarra del buen beber Clínica	Virus Bacteria	Persona enferma Engordar y enflacar Enoja rápido Debe cuidarse	Enfermeras atienden bien Medicamentos Toma temperatura	Cura con huevo Te preguntan qué pasó

	Medicamento				Te explican por qué y dónde agarraste la enfermedad
Entrevista # 10	Enfermedad	Tos Calentura Dolor de cabeza	Gordos Comen azúcar	Atención de quienes tienen azúcar Obesidad	Si crees te curas Fe
Entrevista # 1	Sentirse bien Bienestar		Entristece no poder moverse o caminar	Preocupa de tener el azúcar muy alta	No acude a las curanderas
Entrevista # 3	Estar bien física emocionalmente Bienestar	No sentirse bien Malestar Tener molestias Dolor o padecer de alguna enfermedad	Azúcar Glucosa Sangre Saber si estás bien o no	Atención a todas las personas que vienen Medicamento Presión	Tratamientos con yerbas Dolor de cabeza
Entrevista # 5	Feliz	Triste	Se sintió mal cuando supo que tiene azúcar. Malestar	Bienestar al ser escuchada	Creer en la curandera para curarse Confiar
Entrevista # 8	Estar bien Bienestar Felicidad	Estar mal Malestar	Azúcar	Doctora Enfermera	No voy

	Comer bien				
Entrevista # 6	Estar bien Bienestar Feliz	Dolor Padecer Estoy herida	Comer dulce Grasa No hacer ejercicio Obesidad	Atención bien Comprensión Explican Tratamiento Mejor	Sobar Dolor del vientre Sobar Calentar agua con sal Aguardiente Yerbas
Entrevista # 15	Encontrase bien tanto física como emocionalmente Bienestar Realizar cualquier actividad	Desestabilidad física Padecimiento Situación negativa			
Entrevista # 7	Bienestar Feliz Tranquila Comer bien	Me entristece no poder caminar bien, porque ya no puedo realizar	Hasta el momento por la diabetes no me siento preocupada, de hecho, no he reducido mi peso.	Cuando nos citan en la clínica para revisión o toma de muestras me dificulta	Anteriormente se me complico mi salud entonces mi hija fue quien me contrario una

		<p>muchas actividades.</p> <p>Movilidad</p> <p>Tristeza</p> <p>Pero lo del azúcar ya no pienso nada negativo mientras lleve mi tratamiento.</p> <p>Tengo dolores intensos en la rodilla, ni puedo ir al poso a traer agua, me baño aquí en casa, no más permanezco en casa,</p> <p>Cuando nos citan en la clínica para revisión o toma</p>		<p>asistir por esta muy retirado la clínica,</p>	<p>curandera, a veces cuando la enfermedad se complica uno acude en donde sea con tal de mejorar, porque ya me atendieron los doctores y no mejoraba.</p> <p>Poco a poco me fue quitando el dolor y sentirme mucho mejor. Porque ya ni podía permanecer sentada solo me la pasaba acostada, ya no aguantaba el dolor.</p>
--	--	--	--	--	---

		de muestras me dificulta asistir por esta muy retirado la clínica,			
	<p>Recibir talleres en la clínica relacionadas con nuestra salud con respecto al diabetes que tenemos.</p> <p>Para checar nuestra presión.</p> <p>Hacer ejercicio.</p> <p>Acudir a realizar activación física.</p> <p>Buena alimentación.</p> <p>No subir de peso.</p>	<p>Estar mal de salud.</p> <p>Malestar</p> <p>Si uno no se atiende en tiempo y forma puede perder la vida muy pronto.</p> <p>Muerte</p> <p>Estar mal del cuerpo.</p> <p>Malestar físico</p> <p>Pastillas</p> <p>Requerir de algún medicamento siempre y cuando sea recetado por</p>		<p>Sí, por con la consulta o revisión que nos hacen uno sabe cómo va su estado de salud.</p> <p>con los análisis de sangre que me hacen.</p> <p>Solo que a veces nos tenemos que esperar mucho tiempo porque van muchas personas. o hasta cuando venga la enfermera porque no todo el tiempo está abierto la clínica.</p>	<p>A veces no basta con los medicamentos y uno busca otras alternativas con tal de estar o sentirse bien.</p> <p>A veces se somete uno a un ritual.</p> <p>Porque a veces las enfermedades son causadas por la envidia u otras cuestiones.</p>

		<p>un doctor o enfermera y no automedicarse.</p> <p>Receta</p> <p>Por la enfermedad que tengo a veces tengo bastante ansiedad, cansancio y angustia a veces quisiera ir muy lejos y olvidarme de todo.</p> <p>de los padecimientos que tengo del azúcar, presión y de mi peso elevado.</p>		<p>A veces tienes que ir a las 7 para que te atiendan a las 8 o 9 o incluso más tarde.</p> <p>la consulta es aproximadamente media hora.</p>	
--	--	--	--	--	--

<p>Entrevista # 12</p>	<p>Es estar bien físicamente y no tener mayores preocupaciones ya que eso origina ciertos malestares, cuando llegan a presenciar actos o comportamientos de alguno de sus hijos o vecinos ya que eso afecta aún más su azúcar. Bienestar Consumir verduras y no comer mucha carne grasosa</p>	<p>Es sentirse mal, malestar y preocupaciones.</p>		<p>Siempre nos atiende bien.</p>	<p>Nunca he llegado a consultar o acudir con ninguno.</p>
--	---	--	--	----------------------------------	---

	por ejemplo como carne de pollo u otros.				
Entrevista # 9	Pues no sentirse bien, sentirse debilitado sin ganas de trabajar no estar contento, me sentía mal en todos los aspectos, Binestar	Pensaba que ya no iba a recuperarme a cada rato me desmayaba.			
Entrevista # 2	Tener buena salud, hacer ejercicio, cuidar alimentos	Calentura, tos, neumonia, tuberculosis	La azucar les da a los que no se cuidadan, gangrena, duele mucho la cabeza, se manrean, se sienten decaidos.	Se tiene que ir a checar para ver si esta ien de azuca, el peso.	Da los medicamentos de hiervas y no se más de eso.

Tabla 9 Asociaciones libres

Como se puede observar en la tabla varias ideas y palabras son asociadas a los diversos términos inductores; a partir de ello se analiza de cada término el concepto teórico y como este se va relacionando con la aproximación a la realidad a partir del ejercicio de asociación.

Salud (Niyolpaki)

El primer concepto a análisis desde la asociación libre es el de salud. Se ha conceptualizado históricamente desde diversos referentes teóricos; una salud enfocada al componente biológico y fisiológico, una salud asociada a connotaciones asistencialistas, una salud centrada en la enfermedad, otra enfocada en la prevención, una salud construida desde y para las personas, o una salud asociada a connotaciones espirituales. Siendo un concepto relativo asociado al tiempo y espacio; en donde se elabora, y teniendo presente la importancia que su representación social tiene ante el objeto de este estudio; se considera importante dilucidar, cómo asocian las personas de Tetla este concepto y cómo lo van orientando dentro de sus prácticas de salud.

Las personas de Tetla asocian el término de salud a un bienestar físico y emocional; y a la posibilidad de realizar actividades. El bienestar comprendido como una condición en la cual hay ausencia de enfermedad. Se liga a emociones de felicidad tranquilidad y alegría.

Se atribuye a una buena alimentación y práctica de actividad física como el ejercicio. Esto lo podemos observar de manera gráfica representado en la nube de palabras que se muestra a continuación.

Se relaciona con prácticas como la toma de medicamentos y tratamientos y sus consecuencias son sentirse debilitado y sin posibilidad de realizar actividades normales.

Diabetes (Sopellikokolistli)

El último concepto recuperado a partir de la asociación libre fue la diabetes. La diabetes es una de las enfermedades del siglo, la cual año tras año va en incremento a nivel mundial. Una enfermedad, concebida y aceptada como entidad nosológica específica, es producto de un “encuadramiento” emprendido a partir de determinados esquemas interpretativos y clasificatorios, referidos a contextos históricos sociales particulares. (Kropf, 2015, p. 73)

En Tetla, son 16 los casos de personas con diabetes en el registro de la clínica; sin embargo, se sabe que hay más personas con la enfermedad de las cuales no se tiene registro.

Desde el enfoque biomédico se considera la alimentación como un factor de riesgo para la población; ya que, los hábitos alimenticios implican la ingesta de refrescos, naranjas, zapotes, aguas de caña durante la molienda y pilón para endulzar su café. Desde esta perspectiva se considera que, el incremento y enseñanza desde pequeños hacia el consumo de productos enlatados y refrescos, es un factor de riesgo para desarrollar a temprana edad diabetes y obesidad en contextos indígenas.

Las personas asocian la diabetes en la mayoría de los casos directamente al consumo de azúcar en la alimentación, algunas refieren también causas emocionales como sustos e impresiones fuertes y, en algunos otros casos la asocian a envidia, o alguna situación espiritual o energética como la brujería. Se asocia con síntomas como; ir al baño constantemente, tener la boca seca, desmayos y bajar de peso repentinamente.

A continuación, se analizan las entrevistas; a partir de las cuales se recuperan las siguientes categorías de análisis:

Prácticas de Medicina tradicional: Místico religioso, herbolaria, parteras, otros.

La manera en cómo las mujeres de Tetla significan el uso de la medicina tradicional permite observar como a lo largo del tiempo, la integración de las prácticas tanto de medicina tradicional y de biomedicina, han sido recuperadas y fusionadas; siendo recursos que para la comunidad ha significado una manera de hacer frente a las enfermedades que se presentan; sin embargo, se puede reconocer como la mayor parte de la población, continúa empleando de manera significativa la medicina tradicional a la cual atribuyen en muchas ocasiones mayor credibilidad, específicamente al hacer frente, a lo que desde la medicina hegemónica se ha conceptualizado como “enfermedades de filiación cultural”.

En la medicina tradicional un componente esencial es la confianza, la fe y la discreción. No se le puede decir a nadie que estas siendo curado a través de estos medios.

Se asocian los servicios de medicina tradicional a una contención no solo biológica o fisiológica; si no, emocional y psicológica a través de la escucha activa por parte de lxs medicxs tradicionales, lo cual causa un efecto de confort y confianza en la cura en lxs pacientes; además de causar una sensación de bienestar en las personas. Con las curanderas ayuda la palabra, tener confianza y fe. “Creemos más a veces en las curanderas porque ahí no es necesario que te apliquen medicamentos o comprar, ahí con puras palabras ellas te curan, como ellas tienen fe en su trabajo y curan, nosotros creemos en ellas” (Fragmento de la entrevista # 9, septiembre 2021)

Como podemos analizar; “[...] La interpretación es el quehacer intelectual que consiste en descifrar el sentido escondido en el sentido aparente [1969:16]” Las

narrativas y representaciones de los afligidos por una enfermedad son susceptibles de un análisis estructuralista como el que desarrolló Levi-Strauss para los mitos. (Martínez, 2015, p. 93 y 95), un acercamiento a ello es el comprender a partir de sus discursos cómo interpretan la realidad y cómo la viven, sobre todo.

“Ellas te dan ánimo”. En la atención de medicina tradicional siempre se pregunta por el estado de ánimo de la persona y por sus dolencias, se les escucha con paciencia y atención y en ocasiones se les ofrece algún alimento, agua o café mientras se desarrolla la consulta. “Cuando vas al doctor más se acompleja uno porque te dice: te vas a morir, ya tienes bastante avanzado la enfermedad, te dice como que te desanima y con la curandera yo no me siento enfermo, como que te da ánimo, me hace levantar el ánimo” Fragmento de la entrevista # 9, septiembre 2021)

La medicina tradicional se emplea no sólo para malestares físico, si no también, para envidias, maldades, trabajos, sustos, espantos, brujería y búsqueda de buena suerte y trabajo.

Las prácticas más comunes, según lxs curanderxs son: espiritismo, uso de velas para sanar, limpias, limpias con hierbas, lectura de maíces, lectura de cartas, limpias con alumbre. “Hay personas que hacen cosas buenas y otras no. Se hacen todo tipo de trabajos para cualquier enfermedad, envidia, se limpia con hierbas, veladoras, huevo de gallina, ofrendas de tamal al cerro.” (Fragmento de la entrevista # 11, septiembre 2021)

Las personas en la comunidad tratan enfermedades como la diabetes, la hipertensión o enfermedades respiratorias de la misma manera que, lo que se considera desde la medicina occidental hegemónica como “enfermedades de filiación”; de hecho, en muchos casos los discursos que se construyen relacionan las enfermedades “fisiológicas, bioquímicas o accidentes” con alguna situación de envidia, maldad o daño que alguien quiere hacerte.

Lxs medicxs tradicionales de la comunidad refieren que su don de sanación les fue concedido a través de sueños cargados de simbolismos y mensajes, en donde seres les indican qué es lo que deben de hacer y decir para sanar a una persona. Atienden en cualquier horario y día de la semana, y sus costos de servicio son accesibles, se adecuan a las posibilidades de las personas que les consultan. El tiempo que llevan practicando la medicina tradicional, generalmente es largo, e inician su práctica durante la adolescencia.

En Tetla se practica el ritual del baño del bebé. Es una práctica de salud colectiva ancestral, en donde; además del componente energético, místico, espiritual, el uso de plantas y yerbas que en palabras de la partera menciona: “Todas las yerbas usadas deben ser tiernas y de rápido crecimiento, para que el crecimiento del bebé sea saludable y rápido también”; se presenta ante la comunidad al recién nacido y nuevo miembro de la misma, para darle la bienvenida y para que este al cuidado colectivo, a cambio la familia ofrece tamales y refresco a lxs invitadxs.

La partería es una práctica que se aprende de generación en generación, se enseña regularmente de madres a hijas o de abuelas a nietas. La partera de la comunidad comenta que actualmente ya no atiende partos; ya que, las enfermeras ya no se lo permiten: “Anteriormente nos daban capacitación continua y materiales para el parto, pero en la actualidad es obligatorio que acudan a un hospital” (Fragmento de la entrevista # 13, septiembre 2021)

Se rompe el territorio indígena como un escenario de colectividad de la práctica de las medicinas tradicionales y parterías. Hay una animo de dominación y subordinación con respecto a la curación y la sanación. Sanar implica: ¿qué habita en nuestros cuerpos?, ¿cómo habitamos y nos relacionamos con lo que habitamos? El biopoder de sanar, implica el traducir la naturaleza a la comunidad, su relación con el ser humano y contrarrestar mecanismos individualistas de sometimiento, de división, de estandarización.

La señora Ana se dedica a hacer pomadas, tinturas, cápsulas, jarabes y remedios con plantas medicinales en la comunidad; ella aprendió con unas monjas en la ciudad de Huejutla tras habersele manifestado en sueños la imagen de una enfermera y un doctor que le traía medicina. Comparte que para tratar la diabetes utiliza las hojas de neem en cápsulas y, trozos de pulpa de sábila. En su caso, cuando alguien de su familia enferma ella le hace remedios para curarlo.

Los servicios de medicina tradicional son accesibles económicamente; ya que, las personas pertenecen a la comunidad y saben que el acceso al recurso económico por parte de la población es limitado; además, los horarios de atención son flexibles. En ocasiones el servicio se brinda hasta el domicilio de los enfermos. “No les cobro por qué yo no pague por lo que sé, sino que Dios me dio ese don en mis sueños.” (Fragmento de la entrevista # 10, septiembre 2021)

“Las personas no tienen que decir cuál es su dolencia; a través de la consulta se sabe” (Fragmento de la entrevista # 11, septiembre 2021)

Se comparte que entre el personal de salud de la clínica de la comunidad y los médicos tradicionales y, entre ellos mismos no hay contacto ni comunicación. Sus prácticas las llevan a cabo de manera individual, pero se ponen al alcance de la comunidad.

Desde la medicina tradicional lxs curanderxs reconocen el gusto y satisfacción por su trabajo; además de la importancia del reconocimiento por parte de la comunidad y la sociedad en general. Los médicos tradicionales hacen su trabajo por vocación; ya que, en muchos casos no reciben remuneración. “Toma el micrófono y dile a la gente que tú ya puedes hacer cualquier tipo de limpia o curación.” (Fragmento de la entrevista # 11, septiembre 2021) Se da un proceso autónomo de las comunidades indígenas, del reconocimiento comunitario de sus médicos tradicionales y prácticas.

Durante los rituales de sanación los componentes simbólicos que representan los elementos de la naturaleza son básicos; veladoras y sahumerios: fuego y humo; alimentos: tierra; diversas bebidas: café, refresco, cerveza, aguardiente: agua. Montañas sagradas, cuevas, ríos, manantiales se reconocen como entidades vivas a las cual se deben entregar ofrendas; siendo y haciendo de estos espacios, territorio vivo y representación simbólico del cuerpo. Las caminatas hasta estos espacios sagrados, la ropa y objetos personales del enfermo como petición a las montañas y recintos sagrados. Se teje historia de los cuerpos, pues se les concibe como instancias de sociedades situadas, en la que se inscriben los aprendizajes. Los cuerpos concebidos como sujetos también han experimentado complejos itinerarios de resistencia y de construcción de identidades contingentes y múltiples. (Méndez, 2015, p.103)



Ilustración 11 Visita a la cueva sagrada. Vista de la comunidad desde centro ritual de la comunidad.

Durante los rituales de sanación el sincretismo es elaborado a partir del colonialismo y mestizaje que han vivido estas comunidades en sus prácticas médicas; al escuchar rezos a santos y vírgenes, veladoras con imágenes y encomiendas al dios de las cosmovisiones judeocristianas; así como, las iglesias como espacios de culto y primero recintos dentro de las comunidades que anteceden a la construcción de escuelas y centros de salud.



Ilustración 12 Limpia de curandera de la comunidad 07 de marzo 2021



Ilustración 13 Limpia y ofrenda al cerro 07 de marzo 2021

Se refiere que, en varios casos a partir de los servicios de medicina tradicional, las personas mejoran o hasta llegan a recuperar su salud a diferencia de con la biomedicina. “Mi hija fue quién contrato una curandera; a veces, la enfermedad se complica y uno acude a donde sea con tal de mejorar, porque ya me atendieron los doctores y no mejoraba. Poco a poco me fui quitando el dolor y me sentí mucho

mejor porque ya no podía permanecer sentada, solo me la pasaba acostada ya no aguantaba el dolor.” (Fragmento de la entrevista # 7, marzo 2020) “A diferencia de la medicina, yo creo que fue mucho mejor poder tener acceso a personas con medicina tradicional porque ellos hablan nuestro idioma, comparten momentos y están al pendiente.” (Fragmento de la entrevista # 15, septiembre 2020)

Dentro de las entrevistas también se compartió que hay algunas personas que dicen ya no saber de prácticas de medicina tradicional porque ya no las emplean; ya que, no creen en ellas. Esto pudiera hacer alusión a una ruptura en el sistema cultural atravesado por la colonización de sus prácticas, pensamientos e identidad. Históricamente se ha perdido la confianza en los propios conocimientos debido a una serie de medidas, reglamentos y leyes que son prueba de cómo se pretende continuar manteniendo subordinados a los médicos y parteras tradicionales.

Prácticas de biomedicina

Los inicios de la salud biomédica en la comunidad se remontan cuarenta años atrás con el establecimiento de una casa de la salud; en dónde, las personas eran capacitadas para inyectar vacunas, tomar la presión, la talla y recetar algunos medicamentos.

Hace aproximadamente treinta años se crea la clínica de la comunidad, una estancia de sector público avalada por la secretaria de salud; en donde, los servicios que se ofertan son preventivos, con un horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 16:00hrs. Los servicios de la clínica se dan de manera gratuita, así como los medicamentos para la población. La clínica está integrada por dos enfermeras y una doctora la cual; desde el 15 de febrero solicitó permiso para realizar estudios académicos, dejando a la comunidad sin médico en la clínica.

Durante el tiempo de contingencia se han atendido aproximadamente a 10 personas a la semana, en periodos regulares se atienden entre 30 o 40 personas a la

semana. La doctora de cabecera que estaba y una de las enfermeras habla náhuatl, la nueva enfermera no lo habla.

Las doctoras y enfermeras comparten que utilizan plantas medicinales de manera personal en té o remedios; sin embargo, recomiendan acompañarlas con medicamentos farmacológicos; ya que, estos últimos tienen investigación, están comprobados y les van a ayudar más que las hierbas, según nos refiere a la enfermera Lizeth. Al cuestionar si se ha intentado incluir la medicina tradicional o los remedios a tratamientos médicos en la clínica, se dice que no se ha implementado esta acción.

Con respecto al servicio; según lo refiere la enfermera de la comunidad, a los enfermos crónicos se les cita una vez al mes y se controla el peso, azúcar y presión; se les dan pláticas y talleres con respecto a los cuidados que deben tener.

En la comunidad solo se ha presentado un caso de COVID 19; se menciona que se orientó y asesoro a los familiares y, se recomendó la implementación de acciones preventivas como el lavado de manos, uso de cubre bocas y limpieza de diversos espacios; sin embargo; se comparte que las personas tienen las creencias de que la enfermedad no existe, y se ha tenido que hablar para generar conciencia. Se dio prioridad a los adultos mayores de esta región para la vacunación y la mayor parte de ellos fueron vacunados a principios del mes de marzo del 2021.

Anteriormente había una enfermera que atendía mal, pero la cambiaron de servicio.

Una mujer compartió que dejó de ir a la clínica porque tuvo problemas con la doctora; ya que, esta quería que ocupara un método anticonceptivo como el dispositivo o pastillas, la mujer no accedió porque había escuchado que las mujeres que lo hacían se “ponían mal”, ella y su esposo no accedieron. Menciona que como método de coerción la doctora pidió que se le quitará la mitad del apoyo que se le otorgaba por parte del programa federal PROSPERA, situación que afectó la

economía familiar. Se comenta que a las mujeres que no querían ponerse el dispositivo, les quitaban el apoyo; por este motivo, muchas mujeres optaron por hacerlo en lugar de que las regañaran o les quitaran dinero. “Lo ocupan como una amenaza, pero nadie se queja.” A las mujeres que no querían ir a hacer ejercicio, también les pedían a manera de multa cincuenta pesos. Esta mujer refiere que, en varias ocasiones, la enfermera llegó a decirle cosas como: “Pareces perra, ahí vas a andar con tus perritos como animal, como perro”; además de que la hacían esperar aproximadamente 2 horas en el sol mientras la doctora comía y le gritaba que se esperarían, para que no entrara a la oficina mientras comía. Cuando el esposo de la señora fue a preguntar acerca de los métodos anticonceptivos, y si estos eran obligatorios, la enfermera se molestó y le dijo que no le habían hablado a él para que fuera a hacerles preguntas; situación que permite analizar que no hay acceso a la información para la toma de decisiones libre e informada.

En este caso y en algunos otros según se comparte durante las visitas a la comunidad a “Algunas personas se les ha hecho firmar un acta de acuerdo en la que rechazan los servicios de atención por parte de la clínica.”

“A veces si nos llaman la atención o atienden molestos, pero nadie dice nada, porque van decir que ya les respondiste de mala manera; y es cuando las enfermeras muestran mayor inconformidad y nos atienden molestos. Que si una vez faltas a la cita amenazan con darte de baja, que ya no te van atender porque no cumples con las indicaciones que recibes. Porque no puedes decir con libertad lo realmente pensamos, por eso nos sometemos a lo que nos indican. Es por esa razón cuando alguien nos pregunta cómo es el trato que les brindan en la clínica, o el trato que nos dan las enfermeras, decimos que todo bien para evitar llamadas de atención o regaños, y aún más porque no todos entendemos el español. Cuando les preguntan algo niegan dar la información correcta, pero si hay personas que si se han negado a acudir a la clínica prefiere tomar remedios caseros.” (Fragmento de la entrevista # 4, marzo 2020)

La mayoría de las mujeres dicen que todo está bien, que reciben buenos tratos por parte del personal de salud de la clínica; sin embargo, se menciona que esto no es cierto y que lo dicen por miedo a que se les quiten apoyos o servicios por parte de la clínica.

En el año 2019, se presentó una situación entre la doctora de la comunidad y los hombres de la comunidad, por desacuerdos en diversas actividades que se realizaban con las mujeres; pláticas y talleres de prevención de violencia intrafamiliar, métodos anticonceptivos y actividades recreativas como; torneos de juegos deportivos básquetbol, fútbol y voleibol. Algunos hombres se opusieron a que sus esposas se sumaran a estas actividades por cuestiones de machismo, según los refieren las personas de la comunidad. Se generaron asambleas y acuerdos entre la doctora y los hombres; sin embargo, tiempo después en redes sociales insultaron a la doctora, e hicieron comentarios como que era una floja y expresaron groserías. Autoridades de la coordinación jurisdiccional de la secretaria de salud tuvieron que hablar con los hombres, refiriendo a que lo realizado era un delito, y que no permitirían esos tratos para su personal.

En la comunidad hay una leyenda en la que cuentan que en la clínica espantan, que se aparece el fantasma de una abuelita que años atrás, por negligencia falleció; ya que, no se le brindaron los servicios adecuados. Investigando el tema se compartió que efectivamente falleció; pero no por negligencia; si no, porque la abuela llegó con un dolor de muelas y de cabeza, se le suministro medicamento, pero no le ayudo, posiblemente falleció porque llevaba la presión alta.

A finales del año pasado, después de la celebración de Xantolo en la comunidad, se vivió una situación de discriminación por parte del personal de la clínica; ya que, consideraron que una persona había enfermado por COVID 19. Ante esto, y sin tener certeza del dato, dieron aviso a la comunidad y se generó una situación de tensión fuerte; no le permitieron el acceso a la clínica a los familiares de la persona y, ante la comunidad sugirieron que no comprar productos en la tienda del supuesto

enfermo. Esto llegó hasta la coordinación de la región y, el personal médico recibió una llamada de atención. Ofrecieron disculpas a la familia del enfermo. La respuesta de una integrante de la comunidad fue: “Yo no voy a hacer como ellas, ellas son profesionistas, yo soy una persona ignorante nada más de primaria, que no aprendí nada, lo poco que he aprendido, yo no voy a ser como ellas” “Yo me sentí humillada, pero gracias a Dios ya lo superé, traía un nudo fuerte y tenía ganas de llorar, pero ya ahorita ya pasó.”

Recomendaciones y sugerencias de mejora para el servicio biomédico

Las sugerencias de las personas hacia la clínica de la comunidad giran en torno a los tiempos de espera y a los espacios de espera durante la consulta, sugieren mejores condiciones espaciales como sillas y un techado; ya que, comentan que los cambios de clima son complicados. También se menciona mejorar la organización con respecto al personal; ya que, no quisieran que hubiese tanta rotación de personal; debido a que, en los últimos meses, por periodos largos, la clínica se ha quedado sin doctor(a).

El análisis de cómo la biomedicina construye sus objetos, desarrolla sus biotecnologías y crea nuevas identidades y representaciones culturales y, cómo históricamente a través del discurso de diferentes actores en la comunidad se observan las rupturas del sistema cultural; dejando ver cómo la biomedicina y la ciencia son también productos de la vida social y la imaginación cultural. (Martínez, 2015, p. 38, 39)

Las representaciones sociales que las personas de Tetla construyan nos orientarán a observar como los significados también pueden esconder formas de dominación y las categorías biomédicas formas de mistificación de desigualdades sociales y de relaciones de hegemonía y subalternidad. (Singer 1990: 181, Taussig 1980: 3, Frankenberg 1988: 324) (Matinez, 2015, p. 97)

Aunado a lo anterior la identidad que las mujeres de Tetla van construyendo y reproduciendo a partir de una enfermedad crónica como la diabetes. Adaptarse a nuevos estilos de vida, el tratamiento médico y la revisión constante. Vivirse como enfermas o al cuidado de algún familiar enfermo, guían a conocer sus representaciones de salud, enfermedad y lo que ellas mismas definirán como *supellicocolistli* (enfermedad del azúcar) o diabetes en lengua occidental.

Revisar los discursos que las personas comparten permite observar como aún hay deficiencia en la aplicación de los modelos de salud intercultural por parte de quienes practican biomedicina desde la salud hegemónica. Prácticas de discriminación, violencia verbal, intimidación, falta de información y violencias simbólicas, son parte del atravesamiento histórico y estructural de los modelos de salud hegemónica en el país.

Indicadores interculturales de calidad en la atención médica en biomedicina y medicina tradicional.

Accesibilidad y costos

Factores de accesibilidad a los servicios de salud que implican tanto ámbitos espaciales, así como directamente monetarios.

Marginación y acceso a la comunidad o de la comunidad hacia espacios con servicios de atención biomédica más especializados, lejanos y costosos; ya que, con anterioridad hace aproximadamente 25 o 26 años no sé contaba con espacios y personal adecuado para hacer frente a los padecimientos de las personas, solo una casa de salud atendida por integrantes de la comunidad que de manera voluntaria se sumaban a los servicios de salud y no en todos los casos atendiendo con calidad.

La clínica de la comunidad brinda atención primaria; sin embargo, cuando una situación tiene mayor gravedad las personas de la comunidad deben trasladarse a otros espacios; Atlapexco, Huejutla y Pachuca son los puntos con mayor referencia; esto implica costos elevados entre los servicios de atención, estudios, medicamentos, estancias y costos de traslado. El solo hecho de salir de la comunidad hasta el punto más cercano que es Atlapexco, implica un costo de \$500 aproximadamente por concepto de viaje.

El factor económico ante la compra de algunos medicamentos como la insulina alarman algunas personas de la comunidad.

Lengua

Cuando las personas tienen que trasladarse a otros espacios para servicios más especializados se encuentran también con la barrera del idioma.

La enfermedad, nos dirán, no es solo un conjunto de significados o de símbolos y experiencias a interpretar tal como plantean las visiones hermenéuticas y fenomenológicas. Tampoco puede reducirse la enfermedad al ámbito de la acción social y los conjuntos normativos, tal como lo proponen los funcionalistas. La enfermedad es también un producto de las relaciones de explotación y de los procesos de acumulación de capital, cuando no una mistificación encubrimiento de las realidades de pobreza y miseria mediante esa táctica tan propia de la biomedicina, que es la individualización de los procesos mórbidos y de su descontextualización de las realidades socioeconómicas en donde realmente se insertan, según la propuesta crítica marxista. (Martínez, 2015, p.147)

Político

Comprendido por seis variables: Poder del dominio del conocimiento médico, instrumento de dominación, modelo medico hegemónico, tipo de relación médico paciente, privilegio de la salud curativa & la preventiva, prácticas que restan oportunidad a la integración de saberes populares.

Tomando mayor atención como área en donde se hace más evidente la interacción medico paciente el área política.

En Tetla, por parte de las autoridades estatales y municipales no hay apoyo para el reconocimiento y fortalecimiento de prácticas de Medicina tradicional, los médicos tradicionales tampoco tienen una organización que les fortalezca; sin embargo, hay inquietud latente en que estos conocimientos se puedan preservar y transmitir a las nuevas generaciones.

Se expone una ruptura que puede ser calificada de etnocidio, al cortar los procesos que los integrantes de las comunidades adquieren, el conocimiento como parte de una herencia generacional; y la trasmisión de conocimiento no solo del saber hacer, si no un saber interpretar el mundo y el cuerpo en relación con el territorio y con los vínculos históricos.

Las cuestiones políticas y de poder que atraviesan tanto los sistemas sanitarios, políticas públicas y que se reflejan en los servicios de atención de los sistemas de salud pública en el país, dejan ver prácticas que en algunos casos transgreden la relación médico-paciente. Menéndez (2016)

En las prácticas biomédicas ante la enfermedad, pueden hallarse símbolos que ejercen dominancia y condensa significados, pero en el proceso de síntesis por el cual los significados adquieren relación entre si no es únicamente semiótico semántico, sino también social, político ideológico; en consecuencia, el análisis

hermenéutico debe incorporar estas dimensiones o poderes sintetizadores de significados (Martínez, 2015, p. 97)

Acciones de salud colectiva y acciones de salud intercultural

El comité de salud es parte del trabajo de salud comunitaria que se realiza por parte de las personas de Tetla. Los cargos van rolando año con año, y tienen encomendadas varias labores como: recordar a enfermos crónicos y embarazadas sus citas, generar acciones y comitivas de patio limpio, limpieza en calle, pozos, faenas, resguardo de pollos y perros y, la limpieza en general en la comunidad, en coordinación con la clínica de salud siendo una acción de salud intercultural.

En la comunidad hay una entidad que es el aval ciudadano, que funge como enlace entre autoridades estatales, la comunidad y la clínica. Esta entidad es quien se encarga de revisar el buen manejo y trato entre la clínica y la comunidad; fungiendo en diversas ocasiones como mediadora, ante alguna dificultad o diferencia que se presente con la población. “Por ejemplo, si yo no voy con la enfermera, no le quiero decir a la enfermera, yo le confío a mi compañera, compañero, puedo decir me pasa esto, a lo mejor ella habla con la enfermera y me mandan llamar” Dan un trato digno pero, han llegado dos o tres cositas que han pasado por decir; “que la enfermera se portó un poco mal, pues nos avisan, sabes qué, la enfermera no la atendió, que la enfermera le gritó, le contesto, tenemos que estar hablando más como comité de salud, nos sentamos sabes qué, que la enfermera hizo esto. El comité de salud me dice a mí, la enfermera no está trabajando bien, yo platico con ellos y con la enfermera, si la enfermera entendió ofrece disculpas, me equivoqué, cometí un error, no vuelve a pasar, si es necesario se hace una reunión general.” “En alguna ocasión se izó la bandera blanca que implicó que, en la comunidad todo estaba en orden y limpio; se realizó un evento y vinieron autoridades de Pachuca, y se otorgó una placa en donde se reconoció como una comunidad limpia” “Cuando yo estaba ahí sí le decía, sabes que enfermera, bueno vi que usted también no hizo trato bien con la gente y al rato no se va a dar cuenta, y se vienen encima de usted y yo no

puedo hacer nada.” “A la gente también le digo, no se dejen, el momento que se tiene que decir se le tiene que decir a la enfermera, no faltando al respeto, una cosa es gritándole, diciendo, y otra cosa es defenderse es muy diferente. Disculpe enfermera, pero a mí no me pareció esto, si la enfermera te grita y te dice, vamos a tratarlo así entonces, de ahí esa manera yo digo” (Fragmento de la entrevista # 6, marzo 2020)

Una mujer de la comunidad comenta, que años atrás se realizaron talleres en donde una mujer de la comunidad, dio pláticas de preparación de pomadas, y uso de hierbas, en las instalaciones de la clínica; que el mismo personal ocupa algunos de sus remedios. “Nunca nos han dicho que no debemos ocupar hierbas, limpias, no nos han quitado nuestras creencias en las curanderas, ni nuestra cultura, que debemos hacer lo que cada quien quiera entender.”

Por parte de la clínica se ofrecen talleres a mujeres y enfermos crónico, pero debido a la contingencia se han frenado estas acciones.

En la población varias de las personas han optado por complementar las diversas prácticas médicas que conocen. Las personas que son adultos mayores y que han vivido en la comunidad refieren que anteriormente en Tetla era muy difícil enfrentar la enfermedad; en un caso específico el entrevistado comparte, como en carne propia vivió la muerte de cinco de sus hijos por enfermedades como sarampión y tosferina y, cómo el único cuidado que se podía brindar era través de las plantas medicinales y remedios, que no siempre eran efectivos ante estas enfermedades. Quiénes suministraban estos remedios eran algunas mujeres de la comunidad. Menciona que en la comunidad hay una gran cantidad de hierbas medicinales, que algunas personas aún conocen sus propiedades y cómo usarlas, pero que la mayoría actualmente las desconocen y se está perdiendo esta información.

Actualmente cuando él enferma, hace uso tanto de remedios naturales y hierbas; pero igualmente ocupa pastillas que la mayoría de las veces se auto médica.

Es común observar a las personas en la comunidad integrar, complementar y hacer uso de todos los recursos al alcance para recuperar la salud; fusión de medicina tradicional y biomedicina. Tratamientos médicos y uso de hierbas, limpias, aguas medicinales y baños, por recomendaciones o por recetas de médicos tradicionales y de médicos de clínicas. La motivación tanto del personal biomédico y de la medicina tradicional son importantes para la recuperación de la salud, según refieren las personas, también en esta integración.

Las labores del comité de salud de la comunidad se asignan a las mujeres por machismo, según lo refiere una entrevistada; ya que, en algún punto este comité estaba conformado por hombres que no lograron consolidarlo de manera efectiva.

Se reconoce la organización comunitaria como una fortaleza en la dinámica que impacta en todos los ámbitos, específicamente en el fortalecimiento de una salud colectiva.

CONCLUSIONES

Como se ha referido a lo largo de este trabajo; “Las representaciones sociales encarnan procesos signados por la complejidad y no sólo como hecho cognitivo podemos comprenderlas, puesto que constituyen relaciones de poder al interior de la subjetividad.” (Rodríguez, 2004, pág. 5) En este sentido tendremos relaciones de complejidad que se establecen entre subjetividad, poder y lenguaje.

A través de este trabajo se ha logrado identificar y analizar las Representaciones Sociales que tienen las mujeres indígenas de la comunidad de Tetla con respecto a las prácticas de la medicina tradicional y a las prácticas de la biomedicina, en el servicio de atención a pacientes con diabetes mellitus.

Se ha dejado ver de qué manera influyen los modelos de atención intercultural en la práctica biomédica; a través de, la revisión documentada de diversos estudios que se han propuesto para investigar las prácticas biomédicas y de medicina tradicional; logrando analizar cómo estas influyen en el acercamiento de las mujeres y de la población en general a una u otra práctica; o bien, cómo han logrado la combinación y la integración de ambas, a fin de resguardar la salud e integridad.

Se han identificado algunas acciones de salud intercultural por parte del personal de la clínica; sin embargo, también ha quedado dilucidado el hecho de que algunas integrantes de la clínica no logran interiorizar la salud intercultural como una práctica que implica reflexión acerca de su hacer y de cómo se relacionan con lxs otrxs, en diversas ocasiones vulnerando y violentando sus derechos y generando el distanciamiento de algunas personas de la comunidad.

El supuesto de investigación en torno a si las Representaciones Sociales que construyen y reproducen las mujeres de Tetla, Hidalgo, influyen en el acercamiento de ellas, sus familiares o conocidos con diabetes mellitus, a la práctica de la biomedicina o a la práctica de la medicina tradicional, ha quedado expuesto a partir de los relatos que las mujeres a través de las entrevistas y en la observación en la

comunidad han dejado dilucidar; quedando evidenciado en algunos casos que hay influencia para acoger uno u otro modelo médico o bien fusionar diversas prácticas.

Se observó que en Tetla, durante el periodo que compete a esta investigación hubo bajo apego en las practicas biomédicas a modelos de salud intercultural; lo cual en algunos casos ha implicado un riesgo en la salud y bienestar de las personas de la comunidad. Esto responde a, por qué a veces el paciente no sigue las instrucciones de los biomédicos o es indiferente a los proyectos de salud en la comunidad; ya que en la mayoría de las ocasiones las opiniones y representaciones sociales de lxs usuarixs no han sido respetadas.

Generalmente las prácticas y medidas que se ponen en marcha no son negociadas ni consensuadas con los miembros de la comunidad, situación que rompe la dinámica social de toma de decisiones que se practica en Tetla a partir de la asamblea.

Lo anteriormente mencionado permite ver como el modelo de formación intercultural en salud del país no ha dado respuesta a las necesidades de la población, transgrediendo los derechos fundamentales de las poblaciones indígenas.

Aunado a lo anterior es importante recuperar como desde una lógica occidental y colonialista del modelo medico hegemónico, el agente de salud solo atiende la salud individual, la salud de los cuerpos; dejando de lado la perspectiva en la cual en la sociedad indígena la salud-enfermedad no tiene que ver sólo con el individuo, si no con toda una forma en la que se construyen las relaciones, la vida colectiva y el bien colectivo.

Estos conceptos y sus representaciones se viven desde una lógica social y natural, en la cual la salud y la enfermedad van ligadas de la mano de la conexión con lxs otrxs, esxs que acompañan; familia, amistades, vecinos, ancianxs de la comunidad, niñxs, espacios de socialización, plantas, el río, la milpa, el cerro, la cueva sagrada.

Un ejemplo de ello es el baño del recién nacido, en el cual a manera de agradecimiento y como una presentación ante la comunidad del nuevo miembro de la misma, se realiza un ritual en el cual se baña al recién nacido con una mezcla de agua y yerbas silvestres frente a toda la comunidad, en el patio, o frente a la casa de la familia. Es un motivo de celebración y de festejo para la comunidad y para la familia, se reparten tamales y comida para todas las personas que comparten este momento; en su mayoría niños y mujeres. Los niños pertenecen a todos y todas cuidan de ellos. Es una salud integral, social, simbólica y ritual. No sólo es la relación médico-paciente; es la relación de todo el entramado social procurando el bienestar de los miembros de la misma.

De acuerdo a lo encontrado a lo largo de esta investigación en torno a la medicina tradicional; se verifica como la idea de conocimiento y saber que se construye se vive de manera colectiva: el conocimiento y el pensamiento es colectivo, no producido individualmente. A diferencia de lo que la medicina occidental ha ido desarrollando a partir de su colonialidad del saber y del ser.

A través de la investigación se reconocen varios puntos como retos al intentar trabajar las representaciones sociales de las prácticas biomédicas y de medicina tradicional en Tetla.

El primer reto fue el acceso a la comunidad debido a la contingencia por COVID 19; varias regiones del país, especialmente los pueblos y comunidades, implementaron estrategias de control del acceso a sus espacios para reducir riesgos de contagio entre la población. Tetla fue una de las comunidades que aplicó estas acciones; lo cual se ve reflejado en el bajo índice de contagios por COVID 19 dentro de la comunidad. Esta circunstancia fue un factor que hizo más complejo el trabajo en campo para la construcción de datos, a lo largo del proceso el acceso fue limitado a pocas visitas a la comunidad.

El segundo reto como investigadora dentro de la comunidad, que previamente se había visualizado; fue el acceso al lenguaje. La Teoría de las Representaciones Sociales gira en torno a la construcción de los discursos y al análisis del lenguaje dentro de los contextos para realizar inferencias con respecto a las construcciones desde el sentido común de los objetos o dinámicas a observar. En este aspecto el apoyo de algunas personas de la comunidad como lo fueron Humberto Hernández Bautista, Judith Hernández Bautista y Brenda Joselyn Martínez Hernández hicieron la diferencia; ya que, Humberto apoyo con la traducción de las entrevistas que se realizaron en náhuatl; mientras Brenda y Judith fungieron como interpretes durante la realización de las entrevistas y técnicas de asociación libre.

La técnica de asociación libre en específico, se tornó un tanto compleja; ya que, las personas atendían las indicaciones de relacionar el concepto inductor con las palabras que vinieran a su mente; pero, al solicitar el orden de importancia y la descripción del porqué de cada palabra, no se logró la comprensión; por lo cual, para próximas investigaciones en contextos similares, se recomienda la revisión y posible ajuste de esta técnica.

Una barrera más dentro del trabajo en campo que se presentó a lo largo de estos dos años, durante las visitas a la comunidad; fue, el no poder concretar una entrevista con la doctora o doctor encargados de la clínica de la comunidad; debido a la rotación del personal, lo cual evidencio la inestabilidad en la prestación del servicio.

La complejidad en el análisis de datos desde una perspectiva intercultural, ha sido otro aspecto que durante el proceso ha implicado un reto, a pesar del intento de deconstrucción como investigadora; a través del cual, se ha debido reconocer el sesgo de pensamiento y la perspectiva de análisis; y se ha optado por recuperar textualmente el discurso de las personas de la comunidad a modo de contrastación de la realidad, y con el objetivo de recuperar y darle voz a lxs entrevistadxs.

Se identificaron prácticas de discriminación en los servicios biomédicos por parte de algunos miembros del personal de la clínica, situación que impacta de manera significativa las representaciones sociales, que están atravesadas por elementos como el miedo a las represarías por parte del personal biomédico, y en el caso de la medicina tradicional por el misticismo, la creencia, la fe y la discreción.

Para futuras investigaciones sería preciso voltear a mirar los siguientes aspectos:

El no reconocimiento del alcoholismo y la violencia como enfermedades dentro de la comunidad. Durante el último día de estancia en la comunidad se observó cómo los hombres de la comunidad después de haber regresado de la faena del programa “Sembrando vida” del gobierno federal; y siendo su día de paga, se estaban alcoholizando afuera de la iglesia de la comunidad, al pasar cerca de una casa se escucharon gritos y alboroto, Judith (interprete que apoyo durante las entrevistas) compartió que se debía a que cuando les pagan a los hombres, es común verles emborrachándose, y cuando esto se presenta algunos se ponen agresivos con sus familias.

Otro aspecto a analizar es el hecho de que los hombres no acuden a la clínica a revisarse, por lo cual sólo hay un hombre registrado en la lista de la clínica como diabético; sin embargo, se comenta que son varios los hombres que padecen la enfermedad y no reciben tratamiento. Los hombres acuden a los servicios sólo cuando la situación de salud se les sale de control, esto debido a las constantes citas y revisiones para su control y el no poder dejar de lado sus labores y el hecho de beber. Con frecuencia reportan tener desmayos cuando van a la milpa.

En un momento posterior y apartir de la información recabada y analizada, el proyecto podria generar una propuesta de intervención comunitaria con un referente sólido, para en conjunto con los agentes comunitarios, construir acciones para la disminución de la presencia de enfermedades crónico degenerativas en la comunidad y la mejora en la calidad de vida de la población en general, a partir; de

revisar qué modificaciones podrían hacerse en las prácticas médicas de la comunidad para integrar la diversidad de saberes en ellas.

Esto se podría lograr a partir de la generación de conocimiento, de manera colegiada, abordando temáticas centradas en la comprensión de la historia y la antropología social. Específicamente la deconstrucción de la práctica biomédica y la práctica de la medicina tradicional; además de, adentrarse en la investigación sobre el diseño, gestión, implementación y evaluación de políticas públicas en sus diversos ámbitos y específicamente en la salud en comunidades indígenas.

La crisis como punto de partida: Reflexiones del proceso de investigación.

Existe una imperante necesidad de cuestionarse sobre la labor del/la cientista social en los tiempos contemporáneos. Al construir ciencia social se trata de revelar la vocación del conocimiento científico sobre los fenómenos sociales, y hay una serie de condiciones e influencias globales que hacen que surjan dudas con base a la confiabilidad de los métodos, técnicas y epistemologías de la investigación que se emplean.

Se encuentra una evidente diversificación y especialización en el quehacer profesional en torno a la ciencia social, en un punto donde las universidades dejan de ser el ámbito central de acción y se abre un abanico de posibilidades en diferentes instituciones del sector público y privado, desde el análisis de los fenómenos sociales para la confección de políticas públicas, la participación en estudios de opinión, así como también en el análisis de los diferentes movimientos sociales.

Dubet (2012) plantea sus inquietudes en torno a la labor del/la cientista social a través de una narración de sus vivencias personales y el auto cuestionamiento acerca del estudio de las disciplinas. Argumenta la diversidad de posturas sobre diferentes sociólogos, una primera mención en torno a la necesidad de descubrir los mecanismos sobre los que opera el régimen capitalista desenredando todas las formas de poder, así como de otros que se centran en el estudio de la ciudad y la necesidad de incrementar el análisis racional de las sociedades en las buenas prácticas de gobierno, en la estrecha relación que existe entre los actores políticos y sociales, así como también otras postura donde se concibe la utilidad de la sociología como una posibilidad para la intervención de los y las cientistas sociales en la formación de los actores sociales. (Dubet, 2012, pág. 9-18)

Se retoma este último planteamiento ya que se visualiza a la sociología y a las ciencias sociales como herramientas de poder, “la calidad que tiene un estudio

sociológico debe medirse por la capacidad de mejorar la comprensión de los investigadores y de sus actores” (Bauman, 2014, pág. 73), y con base al análisis de los resultados y su relevancia e interés para las personas que están siendo objeto de estudio. Éstas deben convertirse en parte de la transformación de su realidad.

Es decir, la labor del/la cientista social va más allá de ser un simple analista y observador a convertirse en un actor que genere la posibilidad de expandir conciencias y lograr una acción participativa.

Las ciencias sociales deben de permanecer estrechamente ligada a los problemas sociales, se debe mostrar interés por aquello que hace mal a las sociedades o todas aquellas cosas que no se quieren ver, aunque esta condición no hace que sea más relevante una investigación que otra empató, en qué debe de llegar un momento en que se transforman los problemas sociales en problemas sociológicos para demostrar que estos tienen una correlación.

A lo largo de este periodo de mi vida comprendido como: Maestría en Ciencias Sociales, una emoción recurrente ha atravesado mí experiencia cotidiana: “la crisis como punto de partida” de este proceso de-formación como investigadora social. Crisis como punto de partida, al encontrarte con tantos marcos epistémicos de construcción de conocimiento, con teorías que intentan explicar la realidad desde diferente arista, paradigmas que se posicionan de acuerdo al lugar y momento histórico, conocimiento que parte de la duda como eje rector de su conformación. Y finalmente tú ahí, en medio de tanta información intentando tomar una posición y sostener esa postura ante el escrutinio y expertis de ese/esa/esas/ esos otros que observan ese proceso que vivieron en carne propia, viéndote dar tumbos contra la débil estructura que buscas sostener, aunque sepas que el derrumbe se hace inminente. El derrumbe de las viejas estructuras de pensamiento y la flexibilidad para abrirte a la crítica, el debate, el error evidenciado y la aceptación; reconociendo tus limitaciones en un primer momento personales, para dar paso también a las de formación académica y de investigación.

Soy una mujer que nació en la Ciudad de México, y que por azares del destino llego a vivir al estado de Hidalgo. Vengo atravesada por una forma de aproximarme a la realidad desde marcos referenciales distintos. Soy una mujer mestiza, urbana, atravesada por lógicas de pensamiento académico, capitalista, colonialista y colonizada, reproduzco las estructuras de pensamiento que me han atravesado culturalmente en muchas ocasiones.

Desde lo personal y más íntimo de mí, en lo cual debo reconocer todas aquellas sombras que son parte de quien soy. El dolor al ser evidenciado aquello que se trata de enterrar en tú ser, por miedo a no confrontarlo y reconocerlo como parte de tu historia no sólo personal; si no, marcadamente social y cultural. Éste atravesamiento colonial que aún duele en las sociedades latinoamericanas y que sin darnos cuenta arrastramos y reproducimos de diversas maneras, “consumiendo productos del mundo” en esta apertura del mercado global: teorías, marcas, metodologías, autores; ese querer conocer y explorar un poco más de lo que hay afuera, y ese reconocer que siempre, o casi siempre gusta más lo de casa. Descubrir la riqueza de lo colorido, multisabor y diverso de nuestras regiones. Apropiarte de una identidad y querer ser parte de ella, a sabiendas que no perteneces del todo a ese lugar.

Limitaciones que vas haciendo consientes en el trayecto; sin embargo, que sirven como puntos de partida para no claudicar en el intento de transformarte y de construir conocimiento desde y para todos, asumiéndote como parte de esta realidad que puede encontrar un equilibrio en pro del bienestar común.

Leyendo y releendo posturas históricas dicotómicas de construcción de ciencia que parecen haber estado divorciadas por mucho tiempo, y que ahora se reencuentran por el bien común, en pro de la necesidad que azota la realidad en nuestros días. Construir ciencias sociales para explicar la realidad compleja y diversa que vivimos

los habitantes del siglo XXI, pareciera tener la necesidad de valerse de todos los recursos teóricos, técnicos y metodológicos a su alcance.

Sociedades de grupos minoritarios que vamos haciendo eco y levantando la voz cada día más, para acercarnos al conocimiento y a la realidad desde un marco diverso; recuperar las voces de lxs acalladxs por tanto tiempo, de los grupos en resistencia; infancias, mujeres, pobres, diversidades sexuales, discapacitados, pueblos indígenas.

Quitar la hegemonía, el capitalismo y el patriarcado a la ciencia que nos ha explicado desde el siglo XIX cómo es el mundo y cómo debe ser vivido. Revisión de la ciencia y de sus raíces, nueva revolución científica para tumbar paradigmas gastados y poco allegados a estas nuevas realidades; y en medio de eso tú, intentando sostener a flote tú investigación ante la marea alta.

El posicionamiento político como una forma de construir ciencia en nuestros tiempos; aunque a finales del siglo XIX el padre de la sociología Max Weber nos haya hablado de la necesidad del divorcio de la ciencia y la política por el bien común; ya que daba respuesta a su realidad, pero no a la nuestra.

Revisión del sujeto que conoce, que investiga; a través del cuestionamiento constante del artesano en formación, cómo te sitúas, cómo construyes ciencia, desde dónde lo haces, para qué, para quién; cuestionamientos que bombardean tu cabeza que en lugar de respuestas generan más preguntas y dudas.

La duda, como parte intrínseca de la aproximación al conocimiento científico que nos ha formado, la duda contrapuesta a la certeza en la que se vive desde el sentido común, desde el hacer de aquellxs que practican la otra parte de la vida y construcción del conocimiento a partir de la experiencia, de la confianza en lo que se ha transmitido generación tras generación y que no se pone en tela de juicio. El encuentro de dos perspectivas que se unen en una misma realidad a indagar,

biomedicina y medicina tradicional y todas las prácticas, significados y sentires que se construyen alrededor de éstas.

¿Qué relación se construye con el otro?

El lugar de encuentro con lxs otrxs, lxs que anteriormente fueron llamadx sujetos de estudio, desconectados y distantes para no involucrarse y quitar objetividad a la investigación; ahora vividos en reconocimiento de la interacción que implican las relaciones humanas que hacen inevitable la mutua transformación.

¿Cuál es mi posición como investigadora?

Yo siento que aprender y permitirme ser transformada en el camino, no sólo por el conocimiento construido desde la academia, sino por el conocimiento que se ofrece desde todos los espacios. Ser un sujeto de aprendizaje que en algún punto explique su breve aproximación a la realidad desde las experiencias.

Reflexionar profundamente desde la humildad de reconocer que sólo podemos acercarnos a una pequeña parte de la realidad para pretender explicarla. Suficientemente humilde, para en ocasiones reconocer el hartazgo, la incomodidad, la contradicción y la desesperación que implica el trabajo de campo. Que si el calor, que si los mosquitos, que si te cerraron la puerta en la cara, la impotencia de no poder hacer más por las personas, que si las letrinas y las largas caminatas, que si los nudos en la garganta al ver el sufrimiento del otro, que si las sonrisas de lxs niñxs y el café que te ofrecen en las casas.

Humildad para permitirnos sentir, preguntar y aprender de lo que para ti es tan ajeno. Humildad para poder reconocer y compartir con los otros, esos que nos acompañan en el proceso de indagar, de investigar; esos que anteriormente fueron llamados “objetos de estudio”. Humildad para reconocer sus capacidades, sus conocimientos, para hacerles notar la riqueza de su ser, de sus espacios y de su compañía, sin por eso romantizar los puntos que ellos mismos reconocen les son

nocivos y dañan sus interacciones, reflexionándolo como una zona de oportunidad y de riqueza.

Pensar desde la belleza de la vida y de las posibilidades de construir en conjunto, a sabiendas de reconocer nuestras diferencias, una lógica, una forma de apreciar el mundo desde la ternura y la comprensión de esas diferencias y de la diversidad.

REFERENCIAS

Trabajos citados
Abric, J. C. (2001). Metodología de Recolección de las representaciones Sociales. <i>Prácticas Sociales y Representaciones</i> (56-74). Ediciones Coyoacán.
Adame, M. (2013). <i>Ecosalud y Antropología de las Medicinas alternativas y tradicionales. Tomo I: Elementos teóricos, históricos y actuales</i> . Ediciones Navarra. México.
Adame, M. (2013). <i>Ecosalud y Antropología de las Medicinas alternativas y tradicionales. Tomo II: Elementos transaccionales, etnográficos y tradicionales</i> . Ediciones Navarra. México.
Alarcón, A. M., Vidal, A., Neira, J. (2003). <i>Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales</i> . Rev Med Chile, v.131 n.9. 1-5. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014
Allbech, D., Basurto, F. y Raymundo, L. (2020, 10 de diciembre). <i>Aspectos simbólicos de las prácticas medicinales [Ponencia] Conversatorio socio ambiental de Medicina Tradicional Mexicana</i> . Facebook. Consultado el https://www.facebook.com/watch/live/?v=201459578302672&ref=watch_permalink
Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad, <i>Sapiens, Revista Universitaria de Investigación</i> , vol. 9, núm. 1, junio. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas, Venezuela, pp. 93-107. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004
Angrosino, M. (2012). <i>Etnografía y observación participante en Investigación Cualitativa</i> . Ediciones Morata.
Argueta, A y Zolla, C. (2009) <i>La medicina tradicional de los pueblos indígenas en México</i> . Biblioteca de la medicina tradicional mexicana. http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/creditos-mtpim.html
Avanza, M y Laferté, G. (2017) ¿Trascender la “construcción de identidades”? Identificación, imagen social, pertenencia. <i>Revista colombiana de antropología</i> , vol. 53 (n. 1), 187-297. https://revistas.icanh.gov.co/index.php/rca/issue/download/1/RCA%2053-1_PDF
Banches, M. A. (2000). <i>Aproximaciones procesales y estructurales al estudio de las representaciones sociales</i> . Peer Reviewed Online Journal, 5. Universidad Central de Venezuela.

Bauman, Zygmunt. (2014). <i>¿Para qué sirve realmente... un sociólogo?</i> . Barcelona: Paidós.
Barrios, W. (2000). La enfermedad como daño intencional en las representaciones de los campesinos de Catamarca. <i>Mitologías</i> , vol. XV (núm. 1), 37-48. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14601503
Becerra, X., Campos, R. y Díaz, S. (2020, 12 de noviembre). Salud comunitaria frente a COVID 19. [Ponencia] Conversatorio socio ambiental de Medicina Tradicional Mexicana. Ciudad de México. México. https://www.facebook.com/Semarnatmx/videos/410671483654697
Berger, P. L. (1997). <i>Introducción a la sociología</i> . México: LIMUSA.
Beriain, J. (1988). Representaciones colectivas y estructura simbólica de la sociedad. <i>Cuadernos de etnología y etnografía de Navarra</i> , (n. 51), 25-48. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/144740.pdf
Biernat, C. y Ramacciotti, K. (2014). <i>Historia de la salud y la enfermedad bajo la lupa de las Ciencias Sociales</i> . Biblos, colección ciudadanía e inclusión. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Boron, A. (2006). <i>Pueblos indígenas y pobreza. Enfoques multidisciplinares</i> . CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina.
Briones, G. (1996) Epistemología de las ciencias sociales. <i>Paradigmas en las ciencias sociales</i> (87- 94). Programa de Especialización de Teoría, Métodos y técnicas de investigación social. ICFES.
Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. (1986, 17-21 de noviembre). Promocionar la Salud. Una conferencia internacional sobre la promoción de la Salud. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-promocion-de-la-salud-1986-SP.pdf
Castillo, M y Mayora, F. (2014). Representaciones Sociales de la violencia en escolares de instituciones educativas venezolanas. <i>Revista de Investigación</i> , 38(81) ,115-141. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=376140396005
Chávez Victorino, O. y Carpio Ramírez, C. A. (2018). El reconocimiento del sistema indígena de salud. Implicaciones de la cobertura de salud gubernamental en México. <i>Revista Latinoamericana de Bioética</i> , 18(2), 195-209. http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v18n2/1657-4702-rlb-18-02-195.pdf

<p>Contreras, U. (2003). Conflicto social y enfermedad en los Altos de Chiapas (estudio de caso), <i>Estudios Sociológicos</i>, vol. XXI (núm. 2), 399-420. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=59806206</p>
<p>Comelles, J. M. (2003). El regreso de lo cultural. Diversidad cultural y práctica médica en el S. XXI. <i>Cuaderno de Psiquiatría comunitaria</i>, vol. 3, (núm. 1), 6-21. https://aen.es/wp-content/uploads/docs/Cuadernos3.1.pdf</p> <p>Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2018, Julio). <i>Derecho a la Salud para los pueblos indígenas. Artículo 24.1</i>. El derecho a la Salud de los pueblos indígenas. Servicios y atención en las clínicas de las comunidades.</p>
<p>Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de las representaciones sociales en investigación educativa. <i>Cultura y representaciones sociales</i>, vol. 11 (n. 21). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102016000200109</p>
<p>Cuevas, Y. (1 de septiembre de 2016). Universidad Autónoma de México. Obtenido de Revista UNAM. Revista cultura y representaciones sociales: http://www.revistas.unam.mx/index.php/crs/article/view/56994</p>
<p>Demon, J. G. (2013). La hermenéutica según Hans-Georg Gadamer y su aporte a la Educación. <i>Sophia, Colección de Filosofía de la Educación</i>, (15),33-84. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=441846100002</p>
<p>Diccionario crítico de ciencias sociales (2019). https://webs.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/R/representaciones_sociales.htm</p>
<p>Dubet, F. (2012). Sociología y política. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno editores.</p>
<p>Duquesnoy, M. (2013) “Deconstruir” la identidad desde la antropología y la sociología: reflexiones críticas. En A. Galicia Gordillo (coordinadora)., <i>Identidades en perspectiva multidisciplinaria. Reflexiones de un concepto emergente</i> (91- 110). Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas. Plaza y Valdés Editores.</p>
<p>Duquesnoy, M. (2021, 25 de marzo). <i>Identidad</i> [Ponencia]. Hidalgo, México. https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1BY4e3y1jhy1kl2JoNHICovtxH4dQUGkp</p>

Dussel, E. (2005). <i>Transmodernidad e interculturalidad. (Interpretación desde la teoría de la liberación)</i> . UAM-Iz. M Dialnet-TransmodernidadEInterculturalidad-7008889.pdf
Menéndez, E. (1990). <i>Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica</i> . México: Alianza.
E. Durkheim. <i>Les regles de la methode sociologique</i> 'Paris: Presses Universitaires de France, 1956.
Ehrenreich, B. y English, D. (1973). <i>Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras</i> . Edición española. Edit. La sal, Barcelona.
El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. (1984, 7 de febrero). <i>Ley General de Salud. Título tercero, Artículo 54</i> . Diario Oficial de la Federación.
Espinosa, L. M. y Ysunza, A. (2010). Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. <i>CIENCIA ergo-sum, Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva</i> , 16(3),293-301. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10412057010
Estermann J., (2010). <i>Interculturalidad. Vivir la diversidad</i> . Instituto Superior Ecuménico Andino de Teología (ISEAT). https://es.scribd.com/document/279173469/Estermann-Josef-Interculturalidad-Vivir-La-Diversidad
García, V., Marcelo, R. y Orozco, A. (2020, 29 de octubre). <i>Conozcamos y protejamos el conocimiento biocultural medicinal de nuestro país. Medicina integrativa</i> [Ponencia] Conversatorio socio ambiental de Medicina Tradicional Mexicana. Ciudad de México. México. https://www.facebook.com/watch/live/?v=751417482386023&ref=watch_permalink
García Martínez, A. (2007). <i>La construcción de las identidades</i> . Cuestiones pedagógicas, 18. https://core.ac.uk/download/pdf/51393006.pdf
Giménez, C. R. (2003). Pluralismo, Multiculturalismo E Interculturalidad. <i>Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas</i> . Publicación, 1-24. Dialnet-PluralismoMulticulturalismoEInterculturalidad-2044239 (2).pdf
González, F. (2006). <i>Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales</i> . Scielo. Brasil
Gunther, D. (2017). <i>Interculturalidad: una aproximación antropológica</i> . Perfiles educativos, vol. 39, núm. 156. IISUE-UNAM.

<p>http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982017000200192</p>
<p>Herrero Jaén, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. <i>Ene, Revista de enfermería</i>, vol. 10 (no. 2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200006</p>
<p>Jaiberth, C. A. (2012). Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberChami de Colombia. <i>Revista Cubana de Salud Pública</i>, vol. 38 (n. 3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300013</p>
<p>Juárez, M. (2021, 8 de abril). <i>La transversalización de la perspectiva de género en los estudios sociales y educativos</i>. [Ponencia]. Hidalgo, México. https://drive.google.com/drive/u/1/folders/10eseqjCG7ozINRRTIn7S7Xa3gRQHi8F</p>
<p>Kornblit, A. (2015, 28 de abril). Biblioteca de Psicología Social Pichoniana. <i>De las representaciones colectivas a las representaciones sociales</i>. http://milnovecientossexentayochoblogspot.com/2015/04/de-las-representaciones-colectivas-las.html</p>
<p>Kropf, S. (2014). Historia de la salud y la enfermedad. Diálogos entre la historia de la medicina y los estudios históricos y sociales de las ciencias. Biblos, colección ciudadanía e inclusión. Buenos Aires, Argentina.</p>
<p>Lévi-Strauss, C. (1988). <i>Tristes trópicos</i>. Paidós. Barcelona.</p>
<p>López-Hernández, J. R. y Teodoro Méndez, J. M. (2006). La cosmovisión indígena Tzotzil y Tzeltal a través de la relación salud-enfermedad en el contexto de la medicina tradicional indígena, <i>Ra Ximhai</i>, vol. 2, (núm. 1), 15-26. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46120102</p>
<p>Mariaca, R. (2020, 22 de octubre). <i>La medicina tradicional mexicana, el largo camino para su legalización y reconocimiento</i> [Ponencia]. Conversatorio socio ambiental de Medicina Tradicional Mexicana. Ciudad de México. México. https://www.facebook.com/watch/live/?v=360197455289503&ref=watch_permalink</p>
<p>Martínez Hernáez, A. (2008). <i>Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad</i>. Anthropos, Editorial. España.</p>

<p>Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. <i>Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud</i>, 451-464, Buenos Aires. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf</p> <p>Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. <i>Ciencia & Saúde Colectiva</i>, 21 (1). https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015</p>
<p>Mendoza, S. (2021, 15 de abril). <i>Interculturalidad y política pública</i>. [Ponencia]. Hidalgo, México.</p>
<p>Mittrabajoessocial. (s.f.). <i>Mi trabajo es social</i>. Recuperado el 20 de septiembre de 2020, de https://www.mittrabajoessocial.com/guia-para-elaborar-el-diario-de-campo-incluye-plantilla/</p>
<p>Mignolo, W.D. (2007). <i>La idea de América Latina</i> (Primera edición). Gedisa editorial.</p>
<p>Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Sege Moscovici. <i>Athenea Digital</i>, (n.2). https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n2.55</p>
<p>Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la salud y la interdisciplinariedad. <i>Sapiens. Revista universitaria de investigación</i>, 9 (1),93-107. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004</p>
<p>Narvaez, F. N. (2012). Interculturalidad en salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena. <i>Ciencia y enfermería</i>, vol.18 (no.3), 17-24. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003</p>
<p>Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En Martínez, F., Castellanos, P.L., Navarro, V. <i>Salud pública</i>, (49-54).</p>
<p>Nigenda, G. (2001). <i>La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia</i>. Salud pública Méx vol.43 (n. 1). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000100006</p>
<p>Ochy, c. (2021). Dialogo de interseccionalidad. ¿alguna vez habías escuchado una crítica a la interseccionalidad desde el punto de vista decolonial? Reyna rata colectivo transférico. Consultado el 9 de noviembre del 2020.</p>
<p>Oehmichen, C. (edit). (2014). <i>La etnografía y el trabajo de campo en las ciencias sociales</i>. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas.</p>

<p>Organización Mundial de la Salud (1998). <i>Promoción de la Salud. Glosario</i>, Ginebra, Suiza. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=CC2DE054189557648E627D8DB80841C4?sequence=1</p>
<p>Padrón, H. S. (2010). Los Determinantes Sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. <i>Revista Cubana de Salud Pública</i>, v.37 (n.2), 136-144. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007</p>
<p>Padrón, J. (2007). Tendencias Epistemológicas de la Investigación Científica en el Siglo XXI. En <i>Cinta de Moebio: Revista de Epistemología de Ciencias Sociales</i>. 28: 1-28. [http://www.moebio.uchile.cl/28/padro.n.pdf]</p>
<p>Parra, María E. (2005) <i>Fundamentos epistemológicos, metodológicos y teóricos que sustentan un modelo de investigación cualitativa en las ciencias sociales</i>. [Tesis para optar por el grado de Doctora en Filosofía con mención en Epistemología de las Ciencias Sociales, en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile]. https://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2005/parra_m/sources/parra_m.pdf</p>
<p>Pérez Lugo, J. E. (2009). Consideraciones para el estudio del binomio salud-enfermedad en la cultura popular, <i>Revista de Ciencias Sociales (Ve)</i>, vol. XV (núm. 4), 708- 715. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28012285011</p>
<p>Rairer, A. (2001). <i>Representaciones sociales</i>. Buenos Aires: EUDEBA.</p>
<p>Richard Morales, M. A. (2016). <i>Los saberes ancestrales a través de la historia viva</i> [tesis para obtener el grado de Maestro en estudios transdisciplinarios para la sostenibilidad, Universidad Veracruzana]. https://www.uv.mx/mets/files/2020/06/Arturo-Richard-Los-Saberes-Ancestrales.pdf</p>
<p>Romeu, V. (enero de 2014). ResearchGate. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/308909350_Las_representaciones_sociales_como_herramienta_de_analisis_para_la_comunicacion_intercultural</p>
<p>Rodríguez, F. (2004). La representación social de la enfermedad y de la institución psiquiátrica en el paciente mental, <i>Espacio Abierto</i>, vol. 13 (núm. 2), 229-247. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12213203</p>
<p>Rubio, F. D. (2001). Teoría de las representaciones sociales. Apuntes. <i>Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas</i>, (3). https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18100302</p>

Ruhil, R. (2016). Some Social Sciences Perspectives in public health. <i>International Journal of Perceptions in Public Health</i> , vol. 1, Issue 1, December 2016, pp. 62-76.
Said E. W. (2008). <i>Orientalismo</i> (Segunda edición). Debolsillo.
Sampieri, R. H. (2006). <i>Metodología de la investigación</i> . Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana.
Santos, B. D. (2018). Introducción a las epistemologías del sur. En M. P. Bidaseca, <i>Epistemologías del sur</i> , (págs. 25-61). México: CLACSO.
Scribano, A. (2000). Reflexiones Epistemológicas sobre la Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales. En <i>Cinta de Moebio</i> (8). https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10100802
Universidad Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad (2014). Serie: Los pueblos indígenas de México (temporada 1, episodios 17, 29 y 30). Poder curar, Cora Nayarit. Sanadores de cuerpos, Tzeltal Chiapas. Pateras y yerberos, Tzoque de Chiapas.
Urbina, J. (2001). <i>Teoría de las representaciones sociales. Una aproximación al estado del arte en América Latina</i> . Redalyc, Colombia.
Verano, M. G. (2012). Los derechos humanos. ¿valores culturales, universales o nacionales? En M. B. Martín, <i>Estado de derecho internacional</i> , págs. 254-281. México: Universidad Autónoma de México.
Villaroel, G. E. (2007). <i>Las representaciones sociales: una nueva relación entre el individuo y la sociedad</i> . <i>Fermento. Revista Venezolana de Sociología y Antropología</i> , 17 (49),434-454. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70504911
Wallerstein, I. (1997). <i>Las ciencias y las humanidades en los umbrales del siglo XXI. La historia de las ciencias sociales</i> . Universidad Nacional Autónoma de México.
Walsh, C. (2005). Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad. Basado en la ponencia del <i>II Encuentro multidisciplinario de Educación Intercultural del CEFIA-UIC-CGEIB: "Política e interculturalidad en la educación"</i> . México. Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad.pdf
Walsh, C. (2009). Interculturalidad crítica y educación intercultural. Aplicación de la ponencia presentada en el seminario "Interculturalidad y educación

intercultural". Instituto internacional de integración del convenio Andrés Bello. México. interculturalidad crítica y educación intercultural.pdf

Weber, M. (1998). *El político y el científico*. Madrid: Alianza Editorial.

Weber, M. (2002). *Economía y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

ANEXOS

GUIÓN DE ENTREVISTA A MUJERES

La siguiente entrevista tiene por objetivo: un acercamiento a la forma que tienen de comprender y experimentar los procesos de salud y enfermedad que viven, y los servicios que tienen a su alcance para hacer frente a las diversas condiciones de salud.

La información que se obtenga a partir de esta entrevista es con fines de investigación y el manejo o recuperación de cualquier dato personal, será previamente acordado con las participantes.

Datos generales

Nombre de la entrevistada:

Edad:

Escolaridad: Sin Primaria Secundaria Preparatoria

Universidad

Religión: Católica/Protestante

Idioma: Nahuatl español Ambos hablado Ambos hablado y escrito

Fecha: Lugar: Firma de conformidad:

Datos familiares:

Nombre de los Integrantes de la familia	Edad	Escolaridad	¿A qué se dedican?	Personas con enfermedades crónicas. Nombre de enfermedad	Describe cómo es la enfermedad

Tú o tu familiar ¿reciben algún tipo de tratamiento?

¿Cuándo te enfermas, regularmente a dónde acudes a que te atiendan?

Político:

1. Háblame acerca de cómo te sientes con el tipo de trato que recibes en las clínicas de salud
2. ¿Cómo es el tipo de exploración que recibes en las clínicas de salud?
3. ¿El tiempo de atención que se te brinda en las clínicas de salud te parece adecuado?
4. ¿Qué podrías sugerir para mejorar la atención en las clínicas de salud?
5. En las clínicas de salud a las que acudes ¿hablan en náhuatl?
6. ¿El trato que recibes en las clínicas de salud te permite la toma libre e informada de decisiones sobre tu salud y tu cuerpo?
7. ¿Consideras que existen condiciones de acceso a servicios integrales y de buena calidad en las unidades de salud cercanas a dónde vives?

¿Has recibido atención a tu salud por parte de algún medico tradicional o curandera?

Háblame de ello: ¿Hace cuánto fue? ¿Para qué fue? ¿Qué te hicieron? ¿Cómo te sentiste después de eso? ¿Sientes que funcionó?

13. ¿Cuáles considera que son los motivos por los cuales la población de Tetla genera bajo apego a tratamientos?
14. En las listas que se me facilitaron note que sólo hay un hombre en ella; qué sucede con respecto a esto; ¿los hombres no se enferman?
15. Desde una postura de crítica constructiva hacia la labor profesional que desarrolla en su función; que áreas de oportunidad y mejora en su práctica como prestador de servicios de salud propondría.

GUIÓN DE OBSERVACIÓN

Categoría	Variable	Indicador	Descripción
Cultural	Valores y creencias	Mitos y creencias	
		Enfermedades de filiación cultural	Susto, envidia, aire, mal de ojo, etc.
	Alimentación	Natural y/o procesada	
	Prácticas culturales	Festividades en la comunidad	
Social	Integración societal	Organización	
		Toma de decisiones	
	Contexto	Espacial (físico)	
		Marco histórico breve	
		Morfología del espacio	
	Trabajo	Situación laboral: Ingresos económicos	
		Actividad laboral principal	
		Programas y proyectos	Sembrando vida
Económico	Accesibilidad a los servicios	No. De clínicas	Tiempo de ser fundada
		Tipo de atención en la clínica	Primaria/Secundaria/Terciaria
		Servicio que ofrecen	Preventivo/Curativo/Hospitalario
		Personas que atienden	# Semanal
		Días de atención	L/M/M/J/V/S/D
		Horarios de atención	8 a 15 hrs.
		Clínicas cercanas	Distancia
			Tiempo
		Costos de servicio	
		Costo de medicamentos	

Tipos de medicina	Biomedicina	Medicina clínica		Diagnostico
				Tratamiento
Medicina tradicional	Místico religioso	Limpias	Nunca/Frecuentemente/Siempre	
		Ofrendas a elementales. Agua, tierra, cerro, maíz, cueva.	Nunca/Frecuentemente/Siempre	
		Lectura de maíz	Nunca/Frecuentemente/Siempre	
		Lectura de cartas	Nunca/Frecuentemente/Siempre	
		Operación espiritual	Nunca/Frecuentemente/Siempre	
		Trabajo de cura de maldad	Nunca/Frecuentemente/Siempre	
		Saurin	Nunca/Frecuentemente/Siempre	
	Herbolaria	Infusión/Té	Mucho/Regular/ Poco/Nada	
		Cataplasma	Mucho/Regular/ Poco/Nada	
		Tintura	Mucho/Regular/ Poco/Nada	
		Jarabe	Mucho/Regular/ Poco/Nada	
		Pomadas	Mucho/Regular/ Poco/Nada	
	Hueseros	Sobar	Nunca/A veces/Regularmente/Siempre	
		Dislocación	Nunca/A veces/Regularmente/Siempre	
		Fractura	Nunca/A veces/Regularmente/Siempre	
			Pre-parto	Acompañamiento/Atención/Ninguna

		Parteras-	Parto	Acompañamiento/Atención/Ninguna
		Dulas	Post-parto	Acompañamiento/Atención/Ninguna

GLOSARIO

Glosario de palabras del Náhuatl al español	
Náhuatl	Español
Kokolistli	Enfermedad
Sopeli kokolistli	Azúcar
Nimokokoua	Estoy enferma
Paktli	Medicamento
Tepatiyani	Enfermer@s
Kuali niistok	Estoy bien
Kuali nimomachiliya	Me siento bien
Nojka mokokoua	También esta enferm@
Axkana	No
Technotsa	Nos citan
Techpaktiya	Nos dan tratamiento
Nikua	Consumir
Niyak nimopaktiti	Voy a curarme o atenderme
Nechkoko notsonteko	Me duele la cabeza
Nikuakualo notlakayo	Dolores del cuerpo
Kuali	Bien
Kemantika	A veces
Techauak/	Nos llaman la atención
Nimakasi	Le tengo miedo
Nipiya	Tengo
Nipejki	Empecé
Nechpantilike	Me detectaron
Kuali titlakuas	Alimentarse bien
Axtimokokos	Salud
Kokolistli	Enfermedad
Kenikatsa mispaktiya ne kaltepajtiloyan	Tratamiento en la clínica
Kaltepajtiloyan	Clínica
Mojmostla	Todos los días
Uejkakiya	Desde hace mucho tiempo
Tlake motoka	Cuál es tu nombre
Na totoka	Yo me llamo
Keski moxiuik tipiya?	Cuántos años tiene
Na nipiya(#) xihuitl	Tengo (#) años
Xiuitl	Años
Axnikamati español	No hablo el español
Na nika ni eua	Yo soy originaria
Tlaskamati no techpaxaloua	Gracias por su visita
Tlapatlastli	Tamal gigante