

Los padecimientos gastrointestinales entre los chinantecos de Oaxaca: aspectos denotativos y connotativos del modelo etnomédico

PAOLA SESIA*

GASTROINTESTINAL DISEASE AMONG THE CHINANTECOS OF OAXACA: DENOTATIVE AND CONNOTATIVE ASPECTS OF THE ETHNOMEDICAL MODEL. *The Ojiteco ethnomedical classification system is complicated indeed. Around the gastrointestinal diseases, many disturbances are known according to the morphology, color and smell of feces, three nosological supracategories, six etiological groups, a clear differentiation between natural and supernatural distress and diverse degrees of severity. The explanatory model, however, does not necessarily guide the behavior of the social subjects within the search process of curative attention that begins at home. The disease experience does not correspond closely to the cognitive panorama of the latter. The intensive ethnographical investigations of the health-disease-attention process are essential in order to conceive these differences.*

Introducción

En este ensayo se presentan algunos resultados acerca del sistema de clasificación etnomédico chinanteco alrededor de los padecimientos gastrointestinales. La información se recopiló en San Lucas Ojitlán, Oaxaca como parte de un proyecto de investigación más amplio dedicado al estudio de las formas en que los chinantecos de este municipio definen, enfrentan y responden a estas enfermedades entre un grupo étnico específico: los niños menores de cinco años.¹

La incidencia y prevalencia de las enfermedades gastroentéricas están influenciadas de manera evidente

por factores de tipo económico, ambiental, de salubridad y sociocultural. Aun cuando fueron recolectados datos socioeconómicos, medioambientales y de salubridad y se reportarán sucesivamente, en esta ocasión me referiré exclusivamente a problemáticas de tipo cultural. Me centraré específicamente en la naturaleza del sistema cognoscitivo (tipología de las enfermedades, etiología, sintomatología y diagnóstico) y exploraré hasta qué punto éste puede o no tener influencia sobre las estrategias curativas cuando una enfermedad ocurre en el ámbito familiar.

En lo que se refiere a la metodología, se hará énfasis en la importancia de adoptar técnicas múltiples

* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Istmo.

¹ El trabajo de campo se realizó entre noviembre de 1991 y septiembre de 1992 y, posteriormente, entre abril y junio de 1993, por un total de trece meses. El equipo de investigación incluyó a la autora del presente ensayo, coordinadora del proyecto; a Reina Felipe, profesora bilingüe originaria de la región, quien realizó la gran mayoría del trabajo de campo en el idioma chinanteco, considerando la alta tasa de monolingüismo de las mujeres adultas ojitecas; y, durante una fase del proyecto, a María Teresa Pardo que, como lingüista nos asesoró en el análisis lingüístico, aportando elementos fundamentales para el entendimiento del mapa cognoscitivo etnomédico de Ojitlán. El objetivo principal del proyecto consistió en explorar y analizar las concepciones, los saberes, las prácticas y los recursos médicos ojitecos con respecto a estas enfermedades; revalorando además los conocimientos y recursos terapéuticos locales y proveyendo al sector salud sugerencias metodológicas y de contenido para mejorar los programas de intervención dirigidos hacia la prevención, detección y curación de estos padecimientos en la región.

que incluyen entrevistas abiertas, cuestionarios y observaciones directas de los episodios nosológicos. Las entrevistas y los cuestionarios son esenciales para entender el modelo cognoscitivo que le da significado y guía la acción en cualquier contexto etnomédico. La observación de los episodios nosológicos complementa a las otras técnicas, poniendo de manifiesto el carácter contextual, procesal, fluido e interactivo de cualquier sistema médico.

La antropología de los padecimientos gastrointestinales

El estudio de las concepciones y el manejo de estas enfermedades en todo contexto sociocultural ha producido un cuerpo amplio de literatura en los últimos quince años (Bentley, 1988; Bentley *et al.*, 1988; Bertrand y Walmus, 1983; Coreil y Genece, 1988; Chowdhury y Kabir, 1991; Cutting *et al.*, 1981; De Zoysa *et al.*, 1984; El-Tom, 1987; Escobar *et al.*, 1983; Green, 1985; Green y Makhubu, 1984; Hurtado y Esquivel 1986; Kendall *et al.*, 1983, 1984; Kumar *et al.*, 1981; Lozoff *et al.*, 1975; McKee, 1987; Malik *et al.*, 1992; Martínez y Saucedo, 1991; Mendoza, 1994; Mull y Mull, 1988; Nichter, 1988; Osorio, 1994; Scrimshaw y Hurtado, 1988; Vásquez Martínez, 1987).

Si se considera el alto costo de morbilidad asociado a la diarrea infantil a lo largo del mundo en vías de desarrollo (Snyder y Merson, 1982) y los numerosos esfuerzos en el campo de la salud para disminuir estos patrones a través de múltiples programas preventivos y curativos—por ejemplo, aquellos de prevención y control de la diarrea—(Claeson y Merson, 1990), no tendría que sorprender que la mayoría de la investigación sociocultural sobre esta problemática presente un enfoque aplicado. El por qué de estos esfuerzos tiene que ver con el hecho de que un mejor entendimiento de las clasificaciones y prácticas etnomédicas alrededor de estos padecimientos tendría que permitir la formulación y la implementación de programas preventivos y curativos más efectivos (Kendall *et al.*, 1983, 1984; Scrimshaw y Hurtado, 1988; Weiss, 1988).

Es necesario discutir brevemente las perspectivas teóricas y los diseños de las investigaciones que se han realizado sobre este tema. Esta discusión es relevante porque los resultados, tanto de tipo cognoscitivo como de la conducta, dependen en gran medida de los enfoques teóricos y metodológicos seleccionados por los investigadores; ya que las recomendaciones que se generan y se incluyen en los programas de planeación e intervención en salud se originan en el interior de estos marcos.

Las primeras investigaciones antropológicas sobre los modelos nosológicos se dieron en el marco de la tradición de la etnociencia y se enfocaron de manera exclusiva sobre los principios y la naturaleza de las clasificaciones etnomédicas desde una perspectiva cognoscitiva. Las categorías *émicas* eran investigadas y deducidas metodológicamente a través de la lengua; la experiencia real de estar enfermo no era de interés para la investigación (Frake, 1961). Este enfoque presentaba la tendencia a producir un esquema clasificatorio estático, en donde las categorías nosológicas se consideraban delimitadas, fijas, mutuamente exclusivas y compartidas de manera colectiva, con el mismo grado de definición y racionalización por parte de todos los miembros de la cultura bajo estudio. En esta perspectiva, se ponía un fuerte énfasis en el diagnóstico y la etiología del padecimiento; éstos, a su vez, se interpretaban exclusivamente como procesos cognoscitivos, remarcando de manera fundamental la función *denotativa* de la lengua.² Un enfoque más reciente—el que se conoce como *lenguaje del padecimiento*³ (Nichter, 1989)—ha logrado rebasar las limitaciones más evidentes de la etnociencia: la cosificación del concepto de enfermedad y el reduccionismo de lo que se ha denominado como *semántica médica* a la pura función de nombrar que tiene el lenguaje (Good, 1977: 26). Con un enfoque y una metodología diferentes (entrevistas abiertas de profundidad y una interacción social extensa), se logra remarcar el carácter *connotativo*, dinámico e interactivo de las clasificaciones etnomédicas en el contexto de su actuación (Good, 1977; Malik *et al.*, 1992).

² Los conceptos *denotativo* y *connotativo* derivan de la lingüística. La función *denotativa* o *cognoscitiva* de la lengua se refiere a la prerrogativa del lenguaje de permitir comunicar información entre individuos y/o grupos sociales a través de símbolos reconocidos como universales dentro de su contexto de uso. En una unidad léxica “la denotación está constituida por la extensión del concepto que constituye su significado” y, por lo tanto, se refiere al “elemento estable, no subjetivo y analizable fuera del discurso”; en contraposición a la *connotación* la cual “está constituida por sus elementos subjetivos o variables según los contextos” (Dubois *et al.*, 1979: 175-6). Desde la lingüística, y por extensión, en este ensayo nos referimos a los aspectos “denotativos” del modelo médico como a aquellos derivados directamente de la cognición y de la función de nombrar del lenguaje utilizado en la creación de las taxonomías etnomédicas; mientras que utilizamos el concepto de *connotación* para enfatizar la naturaleza fluida, dinámica, subjetiva e interactiva de los procesos en los cuales los sujetos sociales intentan entender y darle significado a fenómenos nosológicos en el momento en que éstos ocurren en el contexto de la vida diaria.

³ Traducido del término original en inglés: *language of illness*.

A diferencia de los estudios semánticos enfocados específicamente a las concepciones y el significado de las categorías etnomédicas, la mayoría de las investigaciones antropológicas acerca de las enfermedades gastrointestinales considera tanto aspectos cognoscitivos como de la conducta alrededor de la experiencia del padecimiento. En efecto, en la antropología médica aplicada el cómo se conciben los padecimientos por parte de los sujetos sociales es de interés únicamente en cuanto estas concepciones puedan proveer explicaciones y pautas acerca de cómo se interviene y actúa frente al surgimiento de la enfermedad. Mucho de este enfoque aplicado corre el peligro de subestimar la complejidad y la sofisticación implícita en las clasificaciones etnomédicas. Puede además sobrestimar los aspectos *denotativos* del proceso en que la enfermedad se “etiqueta”⁴ (Nichter, 1989: 89) y asumir que la conducta individual se puede deducir y predecir de manera directa y lineal desde el *mapa conceptual* etnomédico colectivo. Esto puede resultar fácilmente en la formulación de recomendaciones inapropiadas en el campo de la salud que, a su vez, pueden limitar los alcances de los programas de salud.

La selección apropiada de técnicas de recopilación de datos es también relevante para nuestra discusión. Métodos epidemiológicos más convencionales (Coreil y Genece, 1988; deClerque *et al.*, 1992; Escobar *et al.*, 1983), encuestas utilizando técnicas CAP (conocimientos, aptitudes y prácticas) (Bertrand y Walmus, 1983) o distintas metodologías de evaluación rápida (Bentley *et al.*, 1988; Scrimshaw y Hurtado, 1988) se han empleado con resultados ambivalentes. Algunas de las limitaciones más significativas de estas técnicas (y en especial de las primeras dos) y las ventajas comparativas de una metodología etnográfica han sido evidenciadas por varios investigadores, los cuales han mostrado cómo han sido omitidos aspectos cognoscitivos y de conducta de mucha importancia cuando se utilizan exclusivamente encuestas estructuradas para recabar la información (Kendall *et al.*, 1983, 1984). Algunos investigadores han reconocido de manera explícita el sesgo teórico y metodológico inherente en extrapolar directamente la conducta de los sujetos sociales a partir de las respuestas estructuradas o aun abiertas, que se generan a través de encuestas (Bentley, 1988: 76; Bentley *et al.*, 1988: 113). Finalmente varios autores han integrado encuestas, entrevistas abiertas y la observación directa de los episodios nosológicos en sus diseños de investigación como la mejor forma de estudiar las concepciones y el manejo de las enfermedades diarreicas (Bentley, 1988; Bentley *et al.*,

1988; Green, 1985; Kendall *et al.*, 1983, 1984; Martínez y Saucedo, 1991; Mendoza, 1994; Nichter, 1988).

La mayoría ha descrito modelos etnomédicos sofisticados mientras, al mismo tiempo, ha reconocido de manera explícita la naturaleza fluida, dinámica y contextual de las clasificaciones nosológicas y el manejo de la enfermedad (Bentley, 1988; Hurtado y Esquivel, 1986; Kendall *et al.*, 1983, 1984; Mendoza, 1994; Nichter, 1988). En estos estudios se reconoce la importancia que tiene la causalidad en el proceso por medio del cual se etiquetan las enfermedades y también, pero en menor medida, durante la búsqueda de atención médica cuando el sujeto está enfermo. No obstante, se remarcan adicionalmente los factores circunstanciales que intervienen en estos procesos y se enfatiza el grado extensivo de variación intracultural que muy comúnmente existe en la concepción de la enfermedad. Por otro lado, la mayoría de los estudios que no incluyen el seguimiento a través de la observación de los mismos episodios nosológicos, tienden a destacar más el papel que juegan la identificación de las causas en la determinación del tipo de enfermedad, las pautas de búsqueda de atención y el proceso de toma de decisión con respecto al tratamiento terapéutico (Chowdhury y Kabir, 1991; Coreil y Genece, 1988; Escobar *et al.*, 1983). Independientemente de los métodos usados, la mayoría de la investigación antropológica reconoce —pero no siempre explora— el carácter evolutivo y de continuas redefiniciones de diagnósticos y estrategias terapéuticas que muchos episodios nosológicos presentan.

La antropología de los padecimientos gastrointestinales en México

El impacto que han tenido algunos de los estudios de corte sociocultural en la planificación e implementación de los programas de salud pública en múltiples lugares del mundo, ha sido limitado en México. En nuestro país, la integración de enfoques antropológicos en el diseño y la ejecución de programas de control de las enfermedades diarreicas por parte de las instituciones de salud se da todavía en su gran mayoría de manera aislada. Esta situación se ubica en un contexto en el que las tasas de morbilidad asociadas a las enfermedades gastroentéricas son todavía altas, especialmente en regiones donde las poblaciones campesinas e indígenas son la mayoría, como es el caso del estado de Oaxaca. Tanto a nivel nacional como estatal, estos padecimientos representan la primera causa de

⁴ Traducido del concepto inglés *illness labeling*.

mortalidad para los menores de cinco años y la segunda causa de morbilidad para el mismo grupo etáreo (SSA, 1992). La tasa de mortalidad en el primer año de vida en Oaxaca es significativamente más alta que el promedio nacional: las estimaciones varían entre 73.3/100 (CONAPO, 1988) y 120/1000 (UNICEF, 1987) para Oaxaca y 46.6/1000 para México. De estas muertes registradas, entre el 26 por ciento y el 32 por ciento se deben a enteritis crónica o aguda (INEGI y SSA, 1991). Para el grupo de edad entre los 0 y los 4 años, Oaxaca presenta el porcentaje más alto de todo México de muertes debidas a enfermedades entéricas con respecto al número de muertes infantiles totales (Kumate e Isibasi, 1986).

Por otro lado, sí se han dado en México algunos estudios importantes producidos por la literatura antropológica o salubrista que tratan estos temas (Martínez y Saucedo, 1991; Mendoza, 1994; Osorio, 1994; Zolla *et al.*, 1988). Zolla y colegas combinan una perspectiva de epidemiología social con métodos antropológicos en una investigación dedicada a las clasificaciones y estrategias curativas de los curadores tradicionales de las primeras cinco causas de morbilidad por las que los curadores proveen atención en regiones de Puebla, Veracruz y Oaxaca. Una de estas causas es la “disentería”; las otras son el “empacho”, el “mal de ojo”, la “caída de mollera” y el “susto”. Al igual que Greene en otro contexto geográfico (1985), Zolla y colegas enfocan su investigación de manera exclusiva hacia los médicos tradicionales rurales, con quienes este equipo de investigadores realizó amplias entrevistas sobre sus concepciones y prácticas médicas. Aun justificada plenamente dentro de su marco de investigación, esta orientación presenta dificultades si: a) los resultados obtenidos se extrapolan directamente a los procesos de búsqueda de atención de los que no son “especialistas”: los pacientes y sus familiares y b) se hacen predicciones subsecuentes con respecto a la conducta de dichos actores sociales cuando enfrentan estas enfermedades. Una extrapolación de este tipo presentaría un sesgo hacia un sistema de clasificación etnomédico mejor definido y acabado por parte de especialistas del que o de los que conciben y guían en la búsqueda de atención a las madres u otros adultos responsables de la enfermedad en el ámbito doméstico. Subvaluaría además el carácter procesal, contextual y fluido de la conducta frente a la enfermedad por parte de estos actores sociales.

La investigación de Mendoza se desarrolla en la zona indígena triqui de Oaxaca, en donde se analiza de manera etnográfica el proceso salud-enfermedad-

atención (Menéndez, 1990) desde las perspectivas de las madres de familia como las gestoras de la salud en la unidad doméstica. Utilizando múltiples metodologías de trabajo la autora resalta las profundas discrepancias existentes entre modelos explicativos etnomédicos, por un lado, y las prácticas reales de las madres en el momento en que éstas enfrentan la enfermedad en el seno familiar. Siguiendo de cerca múltiples episodios nosológicos —incluyendo casos de diarrea y parasitosis intestinales— se remarca cómo los diagnósticos sufren continuas transformaciones durante el proceso terapéutico; proceso marcado por distintas etapas desde el “no hacer nada”, pasando por la autocuración para terminar en una búsqueda, a veces frenética, de curadores especialistas biomédicos y/o tradicionales según la gravedad del episodio. Esta investigación permite ver cómo los múltiples diagnósticos del proceso terapéutico tienen un carácter a veces caótico e idiosincrásico y cómo están vinculados con la necesidad de justificar las acciones mismas emprendidas por las madres en la búsqueda de la curación. Es precisamente el uso de múltiples métodos —encuestas, entrevistas y el seguimiento directo de episodios nosológicos— lo que permite a la autora remarcar la profunda distancia entre modelo explicativo y conducta frente a la enfermedad.

El estudio de Martínez y Saucedo es una de las pocas investigaciones hechas en México, sobre las percepciones alrededor de estas enfermedades, que se ocupa directamente de los *patrones de sufrimiento*⁵ (Weiss, 1988: 9) que rodean las clasificaciones nosológicas. Estos autores encontraron que la atribución de una causa putativa y de una tipología específica a un episodio de diarrea sí es importante al determinar qué tipo de tratamiento seguir, pero tiene muy poca relevancia en la percepción de la severidad y los tiempos de intervención. Mientras las madres clasifican la severidad sobre la base del color, la textura, el olor y la frecuencia de las evacuaciones por día; el proceso a través del cual se reconoce una diarrea que empeora y se decide cuándo intervenir depende de manera contundente de la interacción con el niño enfermo y del comportamiento de este último (1991: 241-242). Estos resultados son una consecuencia directa del diseño del estudio que estos autores adoptaron y las preguntas de investigación que seleccionaron: su interés primario es la percepción y el comportamiento de las madres cuando tienen la responsabilidad de actuar frente a la enfermedad y no el marco cognoscitivo que teóricamente puede guiar la intervención terapéutica. En este sentido, resulta un poco sorprendente que los

⁵ Traducido del concepto inglés *patterns of distress*.



autores no remarquen más que el hecho de que la enfermedad puede pasar a través de múltiples estadios y diagnósticos antes de concluir con la curación o la muerte. De cualquier forma, sin embargo, sus conclusiones son importantes en el sentido de que nos enseñan que tanto el proceso a través del cual se atribuye una identidad específica a una enfermedad como los tiempos de selección de estrategias curativas específicas dependen en realidad de múltiples factores contextuales, más allá del simple esquema clasificatorio cognoscitivo del individuo.

Ubicación del lugar de estudio y metodología

La cabecera del municipio de San Lucas Ojitlán tiene una población aproximada de 5,000 habitantes y se ubica en el trópico húmedo, marcado por lomeríos cerca de la planicie de la vertiente del Atlántico de la Sierra Madre Oriental, en la zona noroeste del estado de Oaxaca. La fuerte identidad étnica chinanteca local se refleja en la lengua: más del 92 por ciento de la población habla chinanteco como su idioma nativo y lengua de comunicación cotidiana; la mayoría de las mujeres adultas no habla español.

En este pueblo las enfermedades gastrointestinales representan la segunda causa de morbilidad entre los menores de cinco años y la primera causa de mortalidad

en este grupo etéreo. Estos patrones de morbimortalidad se asocian estrechamente con las condiciones de vida locales: bajos niveles socioeconómicos, agotamiento de la frontera agrícola, desnutrición y pésimas condiciones de salubridad. La situación de salud del lugar empeoró a raíz de la construcción y apertura de la presa Cerro de Oro a finales de la década de los ochenta; proyecto gubernamental desarrollista que no sólo desplazó a más de veinte mil chinantecos de sus lugares de origen (Bartolomé y Barabas, 1990) sino que, desde una perspectiva salubrista, ha resultado además en una creciente contaminación de las principales fuentes de agua y el aumento de la presencia endémica de microorganismos transmisores de enfermedades infecciosas tropicales. Esto se refleja por ejemplo en el hecho de que, a partir de principios de los años noventa, la zona ha sido repetitivamente afectada por epidemias de cólera. En conjunto, estos factores contribuyen a un pobre nivel de salud para la gran mayoría de los niños ojitecos.

Los ojitecos enfrentan estas enfermedades utilizando una mezcla compleja de creencias, modelos causales, herramientas diagnósticas, recursos médicos y respuestas terapéuticas. El mundo etnomédico ojiteco es parte inherente y coherente de la cultura chinanteca; como tal, los factores culturales son importantes para discernir tanto los modelos cognoscitivos como el comportamiento durante la búsqueda de atención curativa.

Para esta investigación, se diseñó un cuestionario inicial para recopilar datos básicos en 63 hogares seleccionados al azar en la cabecera. La unidad de análisis fue compuesta por las mujeres adultas; en familias extensas (N=25) donde había más de una mujer adulta residente, las madres de niños pequeños fueron las entrevistadas. Con este grupo se realizaron entrevistas abiertas extensivas sobre clasificaciones gastroentéricas y las estrategias curativas asociadas a aquéllas. A las madres de niños menores de cinco años (N=49) se les pidió inicialmente identificar los padecimientos que habían afectado a sus niños durante el último mes antes de la entrevista; de estas enfermedades se extrapolaron las que correspondían a un cuadro nosológico de síndrome gastroentérico. Se utilizó como definición de éste el abanico más amplio posible, incluyendo tanto los cuadros nosológicos de la biomedicina como los correspondientes a los diagnósticos etnomédicos locales (aun aquellos no localmente reconocidos como padecimientos gastrointestinales, por ejemplo, la caída de mollera), y que tienen un componente sintomatológico que los mismos chinantecos reconocen como gastrointestinal. Se consideraron además síndromes más complejos que incluían a síntomas gastrointestinales dentro de un cuadro nosológico

más amplio. A través de un proceso de entrevistas guiadas se identificaron 119 casos nosológicos ocurridos en los 49 hogares en el último mes anterior a la entrevista. Para cada uno de ellos la entrevistada reportó *a posteriori* los síntomas, los posibles factores causales, el grado de severidad percibida, la duración de cada episodio, las estrategias curativas (incluyendo las prescripciones y las proscripciones alimenticias) y cómo concluyó el episodio. En una segunda etapa de trabajo de campo,⁶ todas las unidades domésticas con niños menores de cinco años fueron visitadas nuevamente; se detectaron al momento de la visita 19 episodios gastrointestinales en curso, acerca de los cuales se recabó información y se siguieron con visitas periódicas hasta su resolución. La gran mayoría del trabajo de campo se condujo en chinanteco con el apoyo de la investigadora etnolingüista originaria de la zona y asociada al proyecto de investigación.

Esta metodología combinada nos permitió explorar varias dimensiones de análisis y temáticas. Con las entrevistas recopilamos suficiente información para diseñar un primer mapa conceptual: tipología de la enfermedad, la atribución de causas, la detección de los síntomas y la percepción de la severidad son elementos claves de este esquema cognoscitivo. El seguimiento directo de los episodios de enfermedad permitió explorar cómo el modelo conceptual se traduce en acción: hasta qué punto los diagnósticos y la toma de decisiones por parte de las madres corresponden a lo que esperaríamos partiendo del modelo mismo. Los siguientes apartados ilustran lo anterior. Iniciamos con la taxonomía.

Categorías básicas o tipos de enfermedad

En la patología biomédica, una enfermedad presenta la tendencia a definirse en la mayoría de los casos como una entidad nosológica específica, con su propio diagnóstico diferencial, sus síntomas, sus factores causales y los posibles tratamientos terapéuticos. Por ejemplo, la salmonelosis es un tipo de infección entérica causada por la bacteria *salmonellae* la cual normalmente provoca una diarrea aguda y es tratada con antibióticos específicos.

Los ojitecos, por otro lado —y probablemente de manera parecida a la mayoría de las clasificaciones

etnomédicas populares—, en raros casos determinan sus categorías nosológicas de una forma tan clara y específica. Esto no excluye que haya algunos tipos de diarrea que se circunscriben a la primera infancia y se consideran usualmente como eventos fisiológicos normales o como episodios patológicos de menor importancia, que tienen una definición clara y específica; cuando esos ocurren, la mayoría de la gente —sin importar si son curadores locales especializados, madres u otro miembro familiar— los enfrenta con un alto grado de consenso con respecto al diagnóstico, las causas y, cuando se considera necesario, el tratamiento.

Entre los tipos bien definidos y entre los más comunes, encontramos *mi tsi re* (diarrea verde) y *mi tsi ne* (diarrea amarilla). La primera es causada por “espalda quebrada”, una condición específica de la primera infancia durante el primer año de vida, que comúnmente ocurre entre los pequeños cuando vienen movidos de manera demasiado ruda o se ubican en posición vertical haciendo fuerza sobre las piernas cuando la estructura ósea y muscular no es lo suficientemente fuerte para sostenerlos. Esta etiología específica fue reconocida por todas las madres que reportaron esta condición (N=7). *Mi tsi re* no se considera como una condición verdaderamente patológica; se asocia más bien a una etapa del crecimiento del infante, cuya terminación se acompaña justamente con la desaparición de este síndrome. Por lo anterior, no sorprende que no haya un tratamiento terapéutico específico para esta condición.

Mi tsi ne, por otro lado, se refiere a dos síndromes diferenciados entre sí, ambos asociados a la primera infancia. El que se reporta más comúnmente (N=9, correspondiente al 69.2 por ciento de la casuística de *mi tsi ne*) se relaciona con el proceso de dentición entre los infantes; como en muchos contextos culturales de distintas partes del mundo (Bentley, 1988; Coreil y Genece, 1988; de Zoysa *et al.*, 1984; Escobar *et al.*, 1983; Green, 1985; Green y Makhubu, 1984; Hurtado y Esquivel, 1986; Kendall *et al.*, 1983; Martínez y Sucedo, 1991; Mull y Mull, 1988; Nichter, 1988; Scrimshaw y Hurtado, 1988) esta diarrea marca una etapa del crecimiento y se considera como un proceso fisiológico natural que no requiere de intervención médica.

Mi tsi ne puede también ser causada por la poca digestibilidad de la leche materna (N=3); si se interviene rápidamente, como por ejemplo cuando se inicia la

⁶ La detección y el seguimiento directo y pormenorizado de los episodios de enfermedad se realizó en la segunda etapa de trabajo de campo (mayo-julio de 1993) que correspondió a la época de calor y lluvias. En esta época, la incidencia y prevalencia de trastornos gastrointestinales aumentan en la región. Los datos epidemiológicos registrados por consulta en el Centro de Salud de la Secretaría de Salud (ssa) de Ojitlán —datos recopilados en la Jurisdicción Sanitaria 6 de Tuxtepec durante seis años (de 1987 a 1992)— confirman el aumento periódico de casos detectados en la época de calor y lluvias.

substitución de la leche materna por la leche en fórmula, esta condición se considera como no patológica y con fuertes probabilidades de curarse sola. De otra forma, el episodio gastrointestinal puede convertirse en una primera etapa de un proceso patológico progresivo que afecta al sistema digestivo del infante; en una situación de este tipo, *mi tsi ne* puede percibirse como una condición de progresiva severidad que sí necesita intervención terapéutica.

Sin embargo, con la excepción de estos dos tipos, en Ojitlán la mayoría de las categorías gastrointestinales tienden a ser determinadas como tales según un amplio espectro de posibilidades que a menudo pueden variar en el tiempo. En otras palabras, los términos léxicos utilizados para las enfermedades no se emplean ni se conciben como patologías específicas y discretas; en lugar, se consideran muchas veces —pero no siempre— como categorías cambiantes a través del curso del episodio de enfermedad, por lo cual el diagnóstico, la identificación de los factores causantes y el o los tratamientos recomendados dependen de la evolución de los síntomas y de la percepción de la severidad del caso. Esta visión de la enfermedad —y sobre todo de la enfermedad más severa y o que no se logra resolver sola en un tiempo breve— como una “serie de procesos”, en lugar de una entidad individual y bien definida, es fundamental para entender el mundo conceptual médico de los ojitecos.

Por medio del análisis lingüístico se lograron identificar inicialmente tres tipos básicos de enteritis —los que a continuación se denominan como *supracategorías*— todos determinados por la morfología de los excrementos: a) *mi tsi*, cuyo significado literal es “evacuación que escurre” y que, para fines prácticos, se puede traducir como “diarrea genérica”; b) *juawi*, cuyo significado es “excremento con moco”; y c) *jmi* cuyo significado literal es “agua”. Estos resultados lingüísticos fueron sucesivamente apoyados por el análisis de contenido de los datos de las entrevistas.⁷

Mi tsi fue la supracategoría que se reportó en la gran mayoría de los casos (N=74). Se traduce contextualmente como diarrea, pero no incluye el concepto de un líquido que fluye. El dolor estomacal e intestinal y/o cólicos, hinchazón del vientre y flatulencia son los

síntomas comúnmente asociados con esta condición. A veces, los niños enfermos presentan síntomas de somnolencia y/o una disminución de vitalidad.

Los “bichos” son uno de los factores etiológicos más regularmente reportados (N=25). En la etnofisiología ojiteca, los “bichos” habitan normalmente el tracto digestivo humano y de hecho contribuyen a la digestión normal de los alimentos.⁸ Sin embargo, cuando éstos se “agitan” repentinamente por la influencia de la luna creciente o por otros fenómenos naturales externos al cuerpo humano, el equilibrio fisiológico normal del sistema gastrointestinal se altera y su resultado es una diarrea. Otra causa común de *mi tsi* es la alteración del equilibrio humoral, por la excesiva exposición a elementos “fríos” (N=17). Posibles causas adicionales incluyen la indigestión (N=24) y, mucho más rara vez, a un “susto” (N=9).⁹

La segunda supracategoría —*juawi*— fue la que menos se reportó (N=8). *Juawi* significa moco; con la adición del término *te* (blanco), se refiere a lo que los chinantecos conciben como “disentería blanca”. Este tipo se puede diferenciar de manera mucho más clara que la anterior por la sintomatología reportada: aparte del dolor y los cólicos estomacales y abdominales, el enfermo generalmente presenta debilidad y se queja de un fuerte dolor de espalda. Las causas posibles incluyen más comúnmente emociones fuertes y fuerzas sobrenaturales como el susto, la pérdida del alma y sueños particularmente impactantes (N=7 de un total de 8 casos); así como un comportamiento socialmente reprochable de parientes cercanos (N=2). Incluye, adicionalmente, “bichos” (N=3) y “exceso de calor” (N=4) como potenciales factores causales.

Jmi, la tercera supracategoría, fue reportada 18 veces. Significa “agua”; cuando los chinantecos le añaden el modificador de color *jin* (rojo), se refieren a lo que se concibe como la disentería roja; literalmente significa “excremento líquido con sangre”, ya que en chinanteco la palabra “sangre” es un compuesto formado por los términos léxicos *jmi* (agua) y *jin* (rojo). Los síntomas son más severos y, además del dolor abdominal, pueden incluir fiebre, pérdida de peso, inapetencia, sueño y palidez, entre otros. Los posibles factores causales se relacionan con una etiología “caliente”

⁷ Se agradece a la lingüista María Teresa Pardo habernos proporcionado el fino análisis de las categorías lingüístico-cognoscitivas aquí incluidas; trabajo que nos permitió apreciar la complejidad del sistema de clasificación ojiteco con respecto a estas enfermedades.

⁸ Las creencias etnomédicas alrededor de los “bichos” (que es un término léxico más incluyente de los “parásitos” ya que engloba a cualquier microorganismo que habite de manera natural o patológica el sistema gastrointestinal del ser humano) como un componente del proceso digestivo fisiológico son muy difundidas en América Central (Hurtado y Esquivel, 1986; Scrimshaw y Hurtado, 1988; Kendall *et al.*, 1983, 1984) así como en Sri Lanka (Nichter, 1988) y Etiopía (Young, 1976).

⁹ Las posibles causas consideran los casos en los que se reportó más de un factor etiológico; la identificación de una causalidad múltiple es común y refleja el carácter fluido y dinámico del proceso de atribución y diagnóstico de la enfermedad.

(N=5), eventos sobrenaturales como un susto o un daño (N=7) o un pleito (N=2). Se mencionaron también los “bichos” (N=4); en todos estos casos, los episodios entrópicos eran crónicos o de larga duración.

Como se puede ver, en ninguna de estas tres supracategorías encontramos una sintomatología y una etiología claramente definida y específica. El panorama clínico puede ser muy similar o muy diferente en todos los casos. La variación intracultural es muy común y extensa. Sin embargo, sí podemos percibir una tendencia hacia condiciones progresivamente más severas y hacia una etiología que va de causas naturales a causas sobrenaturales en las tres supracategorías.

Las tres supracategorías se clasifican más específicamente por el color, el olor y la textura. Los chinantecos reconocen nueve tipos básicos de color de las heces (además de un sinnúmero adicional de matices), por lo menos cuatro tipos de olor y ocho condiciones diferentes; que pueden calificarse más específicamente según su textura y su consistencia. Ya que no todas las posibilidades pueden asociarse entre sí y que algunas son muy poco comunes, se reportaron 24 nombres distintos de síndromes gastroentéricos.

¿Cómo darle sentido a esta variedad y complejidad de situaciones? En algunos casos la diarrea u otro síntoma gastrointestinal no se consideran como una enfermedad de por sí, sino como un síntoma de otro padecimiento más complejo. Sin embargo, la mayoría de las categorías gastroentéricas que identificamos se utilizan también, o de manera principal como calificadores de síndromes gastrointestinales. A través de los datos recopilados mediante las entrevistas, nos dimos cuenta de que la atribución de la etiología juega de manera indudable un papel crucial en la creación del mapa conceptual etnomédico, le “da sentido” y provee significado a la experiencia de la enfermedad.

Etiología

Aparte de la dentición y la “espalda quebrada” ya mencionadas, los otros factores causales se pueden organizar en seis grandes grupos por sus características comunes y los modelos explicativos que los sustentan. Estos son: 1) indigestión u otras alteraciones asociadas del proceso digestivo (“malpaso” y “empacho”); 2) “bichos”; 3) “frío”; 4) “calor”; 5) conducta transgresiva del individuo o, más comúnmente en el caso de niños pequeños, de familiares cercanos; 6) causas sobrenaturales que incluyen eventos accidentales —como un susto, una emoción lo suficientemente fuerte para ser inevitablemente acompañada por la pérdida del alma— así

como una acción malevolente de poderosas fuerzas animadas, como son los naguales.

La indigestión incluye la ingestión excesiva de alimentos, lo que provoca generalmente “empacho”, de comida preparada de manera inapropiada o no apta para el estómago de un niño pequeño, o de alimentos que no se sirvieron a tiempo, lo cual genera una condición denominada en la etnofisiología local como “malpaso”. Como en muchos otros lugares de América Latina (Hurtado y Esquivel, 1986; Kendall *et al.*, 1983, 1984; Martínez y Saucedo, 1991; Mendoza, 1994; Scrimshaw y Hurtado, 1988) así como en otras partes del mundo (Bentley, 1988; Chowdury y Kabir, 1991; Coreil y Genece, 1988; El-Tom, 1987; Green, 1985; Nichter, 1988), en Ojitlán cualquiera de estas condiciones alteran el proceso digestivo y pueden resultar en una caso leve de diarrea. Toda enteritis inicialmente provocada por indigestión cae dentro de la supracategoría *mi tsi*.

La etiología de los “bichos” está también relacionada con el proceso digestivo. Hemos visto que en Ojitlán los bichos se consideran como un componente integral del proceso fisiológico normal de la digestión, no obstante, cuando se altera su funcionamiento natural, la reacción puede ser particularmente fuerte y la enfermedad puede resultar de leve a grave. Además de la influencia externa de la luna creciente, una enfermedad asociada a esta etiología puede ser traída por una ingestión descuidada de “bichos” externos a través de alimentos no suficientemente limpios, de comer tierra o manipular comida con manos sucias. A diferencia de los “bichos” internos del cuerpo, éstos se consideran sucios y portadores de enfermedad. En general, las enfermedades causadas por “bichos” pueden ser más complejas y severas que aquéllas provocadas por simple indigestión; aun si inicialmente muchos casos se consideran parte de la supracategoría *mi tsi*, algunos se identifican como *juawi* —diarrea con moco o disentería blanca— y otros pocos se pueden hasta identificar como *jmi*.

Las etiologías por “frío” o por “calor” son claramente parte de la teoría humoral de los elementos; la importancia de este modelo explicativo para el pensamiento etnomédico contemporáneo alrededor de las enfermedades gastrointestinales está ampliamente documentado en el continente americano (Coreil y Genece, 1988; Escobar *et al.*, 1983; Hurtado y Esquivel, 1986; Kendall *et al.*, 1983, 1984; Mc Kee, 1987; Mendoza, 1994; Messer, 1987; Nations y Rebhun, 1988; Scrimshaw y Hurtado, 1988; Zolla *et al.*, 1988), así como en Asia (Bentley, 1988; Kumar *et al.*, 1981; Lozoff *et al.*, 1975; Mull y Mull, 1988; Nichter, 1988) y África (de Zoysa *et al.*, 1984; Green, 1985). Una enteritis asociada a estas etiologías ocurre cuando el equilibrio natu-

ral de frío y caliente en el cuerpo se altera por una introducción excesiva o una exposición prolongada a uno de los dos elementos.

Una enteritis causada por frío puede ocurrir cuando el niño ingiere en exceso líquidos fríos o alimentos que se consideran “fríos”; cuando se baña en aguas frías, camina descalzo sobre la tierra fría, duerme sobre el piso frío, juega en la lluvia o cuando no tiene la vestimenta apropiada en clima frío o húmedo. De forma similar, las enfermedades causadas por calor se asocian a la introducción de demasiado calor en el cuerpo del niño por una exposición excesiva al sol, por bañarse muy frecuentemente o por largos ratos durante las horas más calientes del día y por ingerir alimentos de calidad caliente, incluyendo la leche materna, cuando la dieta de la madre contiene alimentos calientes en cantidad excesiva. Se considera que los recién nacidos se encuentran por naturaleza en un estado caliente; y, como tales, están en un mayor riesgo de caer enfermos, por lo que necesitan protección adicional.

Las enteritis por frío son por definición menos graves que las causadas por calor y aún menos graves que los episodios asociados a una etiología por “bichos”. Si se interviene con prontitud y con el tratamiento adecuado para restablecer el equilibrio de los humores, estos episodios normalmente se resuelven rápidamente sin mayores consecuencias. Una enteritis provocada por calor es por naturaleza más severa y potencialmente más peligrosa; si no se identifica como tal y no se trata a tiempo, el niño puede hasta fallecer. Mientras la mayoría de los padecimientos gastrointestinales caen dentro de la supracategoría *mi tsi*, las enteritis causadas por calor se asocian comúnmente con las disenterías blanca y roja.

Cuando las padres se disgustan, se pelean entre sí o con otros parientes cercanos, su conducta se considera inapropiada y se censura socialmente entre los chinantecos.¹⁰ Los niños pequeños son más vulnerables y susceptibles a la enfermedad que cualquier otro; el pequeño puede enfermarse a causa de un ambiente particularmente cargado a nivel emocional en el hogar o como un castigo indirecto para los padres. Cuando una enteritis es causada por un “pleito”, normalmente es severa: la mayoría de los casos se identifican como *jua wi te* (disentería blanca). Cuando no se curan a tiempo, pueden fácilmente volverse *jmi yin* (disentería con sangre), situación en la que el niño se encuentra en extremo peligro.

Por último, causas sobrenaturales pueden directa o indirectamente causar enteritis. Los ojitecos comparten estas atribuciones causales con muchas otras poblaciones de distintas partes del mundo (Coreil y Genece, 1988; Lozoff *et al.*, 1978; McKee, 1987; Nations y Rebhun, 1988; Nichter, 1988). De la misma manera que en otros lugares de América Latina (Hurtado y Esquivel, 1986; McKee, 1987; Scrimshaw y Hurtado, 1988) un susto repentino puede provocar una enfermedad en adultos y niños; estas emociones fuertes e inesperadas causan la separación de la *tona* (el espíritu compañero de la persona) del cuerpo de la víctima y la pérdida del alma, que viene retenida en el lugar del suceso por fuerzas anímicas que habitan la naturaleza. Los niños pequeños son, una vez más, los más vulnerables y, por lo tanto, más susceptibles que los adultos; las consecuencias son en la mayoría de los casos más severas y la resistencia del niño a la enfermedad es mucho menor que la del adulto. Para que el niño se salve, se debe identificar al agente causal rápidamente y el proceso curativo debe iniciarse con un curandero dentro de los primeros días después de lo ocurrido. Por otro lado, si una enfermedad provocada por susto se identifica pronto y es curada correctamente con la “levantada de espíritu”, el episodio nosológico puede ser leve y sin mayores consecuencias. La mayoría de los síndromes gastrointestinales que se relacionan con el susto caen dentro de las enteritis más severas —*jua wi* y *jmi yin*—, aunque en algunos pocos casos pueden identificarse como *mi tsi*; pero, normalmente entre las categorías más severas como puede ser la *mi tsi te* (diarrea blanca).

Más allá de estos grupos etiológicos, y al igual que muchas culturas mesoamericanas (Foster, 1976), los chinantecos conciben a dos grandes categorías de enfermedades: por un lado, las enfermedades “naturales” o “positivas” (*tso chi*) y, por el otro, las enfermedades “sobrenaturales” o “negativas” (*tso sachi*). Los dos grupos son mutuamente excluyentes y se relacionan con agentes causales no inmediatos. Las enfermedades sobrenaturales se consideran por definición más severas y complicadas que las primeras; sólo los curanderos pueden curarlas favorablemente y esto no siempre es el caso.

Las tres supracategorías básicas pueden ser *chi* o *sachi*. Cuando un episodio es leve y se resuelve solo en el tiempo, su etiología es siempre *chi*. La indigestión,

¹⁰ En África también se ha reportado que un comportamiento considerado socialmente como transgresivo por parte de los padres resulta en enfermedades para sus pequeños, incluyendo de manera común la diarrea; sobre todo como resultado de una conducta sexual inapropiada (Cutting *et al.*, 1981; Isenlumbe y Oviawe, 1986). En un pequeño la diarrea puede ser también consecuencia de un comportamiento materno que se considera negligente cuando no sigue precauciones específicas recomendadas durante periodos de mucha vulnerabilidad, como durante un embarazo o la lactancia (Green, 1985).

la detención, los “bichos” las enteritis “frías” y algunas “calientes” se consideran enfermedades *chi*. En muchos de estos casos, la enfermedad no recibe curación o se cura en el ámbito doméstico; si no, se puede recurrir a un médico.

Por otro lado, cuando la enfermedad se vuelve más severa, dura demasiado tiempo y/o no responde a los tratamientos, puede ser —pero no siempre es— *sachi*. El curandero es el único que tiene la autoridad de diagnosticar si la etiología es natural o sobrenatural. Un diagnóstico *sachi* se da comúnmente *a posteriori*, cuando todas las estrategias terapéuticas han resultado inútiles; en este caso, los diagnósticos previos se descartan como equivocados o como extemporáneos a causa del desenvolvimiento de la enfermedad. Entre las causas *sachi* más importantes se encuentran distintos tipos de susto con la pérdida del alma, la desviación de normas sociales por parte de miembros familiares cercanos y la magia negra ejercida por curanderos de mucho poder. Si la enfermedad *sachi* no se trata a tiempo, el niño que la padece puede fácilmente morir.

La severidad

Las tres supracategorías chinantecas de enfermedades gastrointestinales se ubican en un continuo con relación a la severidad, con una progresión de leve a muy grave. Por definición, un episodio de *mi tsi* se considera más leve, *juawi* se considera seria y *jmi* la más severa de todas. Sin embargo, en cada caso los modificadores de calidad pueden variar estos parámetros. El color blanco siempre se asocia con una manifestación gastrointestinal más severa que el amarillo. El rojo y el negro son los más peligrosos. Esta interpretación debe estar asociada con la teoría humoral en donde los colores tienen atributos de “neutral”, “frío” o “caliente”. Los rojos y los negros se consideran “calientes” y se asocian además a la sangre. En este continuo, por definición, las enfermedades *sachi* se consideran más severas que las *chi*.

Más allá de estas definiciones de severidad en el modelo cognoscitivo chinanteco, la gravedad del episodio nosológico se vuelve crucial de otras maneras. Si la causalidad juega un papel fundamental en la concepción normativa de las enfermedades gastrointestinales, la percepción de la severidad en el hogar es el elemento clave en la interpretación inmediata de la experiencia de la enfermedad en el momento en que ésta ocurre. Además es lo que impulsa el tipo de respuesta terapéutica. Como se detectó, a través del análisis de los distintos episodios nosológicos que se

siguieron de cerca, y se confirmó comparando estos resultados del seguimiento directo con los de las entrevistas, la importancia que tiene la severidad se vuelve evidente en el momento en que se diagnostica la enfermedad y durante la duración total del episodio nosológico.

El diagnóstico y la vivencia de la enfermedad

A través del seguimiento de varios episodios de enfermedad con múltiples visitas domiciliarias hasta la resolución de cada episodio, se logró determinar hasta qué punto las percepciones y los atributos que se dan a la enfermedad y al proceso de toma de decisiones con respecto a estrategias terapéuticas se basan en el modelo conceptual subyacente de las madres. De los 19 episodios observados con detalle, 17 se identificaron como síndromes exclusivamente gastroentéricos, mientras que dos estaban asociados a un panorama clínico más complejo que incluía infecciones respiratorias y otros síntomas, por lo cual fueron descartados del análisis. De los 17 episodios gastrointestinales, seis correspondieron a casos severos (por los síntomas reportados, el cuadro clínico del niño a simple vista, los diagnósticos médicos reportados, las medicinas prescritas y/o los rituales seguidos) y /o crónicos (de duración superior a los diez días o de episodios recurrentes en el tiempo), aun cuando no siempre eran percibidos como tales por la madre.

Todos los diagnósticos iniciales se dieron en el ámbito doméstico. La madre o, en unos pocos casos, otro adulto —siempre mujer— responsable del espacio doméstico, identificó que algo “andaba mal” por el comportamiento alterado del niño: signos y síntomas incluyeron llanto intenso, somnolencia excesiva, una menor vitalidad de lo normal, inapetencia y quejas de dolor en niños que ya pueden verbalizar su sentir. En unos casos más serios (N=6), éstos fueron acompañados por vómito y fiebre intensa; ambas situaciones que provocan mayor preocupación y generan particular ansiedad en la madre. El padre nunca se involucró en el diagnóstico inicial, marcando una diferenciación de género significativa en la responsabilidad y el cuidado de la salud de los hijos en el interior del hogar. Una vez que la madre se dio cuenta de que se trataba del principio de un episodio gastrointestinal intentó, inicialmente, determinar qué tipo de enteritis se trataba. Este proceso de diagnóstico inicial siempre se llevó a cabo a través del proceso de “etiquetar” el síndrome de acuerdo a la morfología del excremento. La mayoría de los síndromes (N=15) fue diagnosticada como *mi tsi*;

sólo un caso de *juawi* y otro de *jmi* fueron identificados como tales. Nueve episodios se resolvieron solos o sin mayor intervención en el curso de los siguientes dos o tres días. En todos los casos el acto de realizar un diagnóstico inicial fue promovido directamente por la conducta del niño. En unos pocos casos, y nunca al principio, la madre añadió al cuadro otros factores externos que más tarde empezó a considerar de relevancia para darle un sentido al surgimiento de la enfermedad.

En comparación con el panorama general de carácter cognoscitivo que recopilamos a través de las entrevistas, se detectaron diferencias inmediatas muy significativas con el seguimiento directo de los episodios. En primer lugar, en la observación directa se reportaron un promedio de 4.5 síntomas por episodio; lo cual es más alto que el promedio reportado en las entrevistas retrospectivas (3.4 síntomas por caso). Esta diferencia bien puede depender de un menor grado de reporte debido a una pérdida paulatina de memoria en las entrevistas *a posteriori*, en comparación con el registro directo e inmediato durante el decurso de la enfermedad; sin embargo, esta diferencia pudiera también atribuirse en parte al mayor peso que se le da a la expresión de síntomas por parte del niño durante la enfermedad, que al reporte retrospectivo de lo que ya pasó.

En 28.9 por ciento (N=5) de los episodios las madres no pudieron atribuir ninguna etiología específica a la enfermedad; esto contrasta visiblemente con sólo un 2.5 por ciento (N=3) de instancias similares en las respuestas procedentes de las entrevistas. La incapacidad de proveer una atribución causal, sin embargo, no limitó la toma de decisiones de la madre con respecto al tratamiento terapéutico: en cada uno de estos cinco episodios, los niños enfermos recibieron algún tipo de cuidado ya fuera médico o en el ámbito de la medicina doméstica o, más comúnmente, a través de múltiples intervenciones complementarias o en rápida sucesión. Éstas incluyeron remedios caseros, visitas a médicos particulares o a clínicas gubernamentales y curanderos. Estos datos sugieren que los resultados de las entrevistas presentan un marcado sesgo hacia la etiología como factor determinante tanto en el diagnóstico como en la búsqueda de atención. La atribución de la causalidad en la enfermedad es seguramente un componente muy importante del proceso cognoscitivo. Sin embargo, puede funcionar muy bien como una explicación que provee significado, da sentido y le otorga coherencia interna a la experiencia de la enfermedad *a posteriori* o a nivel normativo.

En las entrevistas se reportó en un 43.7 por ciento de los casos (N=52) que se había tratado de un padecimiento en evolución. En casi todos estos casos (N=47),

se le atribuyó más de un factor causal, hasta llegar a un máximo de siete causas —entre causas inmediatas y causas indirectas o subyacentes— para un solo episodio; en todos estos casos se adoptaron múltiples estrategias curativas. De los 17 episodios que seguimos de cerca, ocho se identificaron como síndromes en evolución que estaban pasando por distintas etapas. Aquí, lo que se percibió como un fracaso del tratamiento y un empeoramiento de las condiciones del enfermo fueron los dos motivos que fomentaron múltiples diagnósticos (o sea, el proceso a través del cual se “etiqueta” la enfermedad) y requirieron intervenciones curativas múltiples. Por otra parte, en sólo dos casos de presencia un síndrome progresivo, éste fue atribuido a un segundo factor causal después de que el niño no sanó y el diagnóstico previo fue descartado. En la mayoría de las ocasiones, fue precisamente la conducta del niño y la percepción de la madre de la severidad del padecimiento (por ejemplo, cuando la enfermedad empeoró o no hubo mejoría detectada dentro de dos o tres días) lo que impulsó a la madre a actuar. En este proceso, la etiología se volvió un elemento secundario y de poca importancia, no sólo en la selección de las estrategias curativas sino también en la racionalización inmediata de la vivencia de la enfermedad.



En otros ámbitos, muchos de los resultados de las entrevistas fueron confirmados sucesivamente con el seguimiento. Un par de ejemplos son suficientes. En el estudio retrospectivo, los curanderos fueron mencionados como terapeutas iniciales sólo en un 6.7% (N=8) de los casos y en todos ellos fueron consultados para la administración exclusiva de remedios de herbolaria. El clásico ritual curanderil de la levantada de espíritu como tratamiento en caso de pérdida del alma como consecuencia de un susto nunca fue mencionado como estrategia curativa inicial. Sin embargo, en los 52 casos en los cuales se reportó que la enfermedad no se curó rápidamente y presentó empeoramiento, en el 82.7% (N=43) de los casos, éste fue el tratamiento seleccionado. Esto se dio después de que —siempre según la percepción de la persona encargada de la salud del niño— habían resultado ineficaces terapias previas. En el seguimiento directo de los episodios, obtuvimos resultados similares. En cada uno de los ocho síndromes que pasaron a través de más de una “fase” antes de su resolución, fue el ámbito doméstico donde se dio la primera intervención terapéutica; en dos de los casos, se consultaron después a médicos particulares. En todos los casos (8) se recurrió al curandero, pero siempre posteriormente al agotamiento de las otras opciones.

La naturaleza evolutiva y de múltiples etapas de muchos padecimientos gastrointestinales fue detectada en un principio a través de las entrevistas retrospectivas. Ésta se confirmó en el seguimiento directo de los episodios. Su frecuente ocurrencia fue una característica compartida en los resultados de ambos métodos: 43.7 por ciento de los padecimientos reportados en las entrevistas y 47.1 por ciento de los episodios bajo seguimiento.

No obstante éstas y muchas más similitudes, se encontró sin embargo una diferencia adicional sutil y un poco elusiva entre, por un lado, el modo en que las mujeres le daban sentido y buscaban o no apoyo médico para sus hijos en el momento mismo en que éstos estaban enfermos y se les estaba dando seguimiento en el estudio y, por el otro, las formas en que ellas hablaban de las enfermedades que habían ocurrido recientemente pero ya estaban resueltas, en las entrevistas retrospectivas. Durante el seguimiento se notaron dos actitudes, a veces opuestas. Por un lado, fue común encontrar que en muchas ocasiones las madres no hacían nada para curar la enfermedad en sus pequeños, por lo menos durante los primeros dos o tres días. Hay que recordar que la enfermedad —y en especial la diarrea— es parte de la vida cotidiana en este pueblo, y por lo tanto se vive como algo casi normal. Pero, por otro lado, cuando el niño enfermo llevaba ya varios días sin mejorar, lo que se notó fue

un sentido de preocupación difuso —que en casos extremos se volvió frenesí— que verdaderamente guiaba la búsqueda por parte de las mujeres —y en casos extremos también de los hombres— de un tratamiento que pudiera dar resultados para su hijo. Este sentimiento en algunos casos se alternaba con una actitud de espera paciente, un poco sumisa y a veces resignada frente al destino. Este panorama contrasta radicalmente con la concepción mucho más organizada y la descripción racional de los patrones de búsqueda de atención que encontramos durante las entrevistas. Probablemente, al igual que otros seres humanos, los ojitecos parecen presentar una tendencia hacia el “arreglo” de la realidad caótica e imprevisible de la enfermedad; arreglo que cumplen y justifican en sus narraciones.

Conclusiones

En Ojitlán, el hecho de que los niños se enfermen seguido y padezcan afecciones gastrointestinales forma parte de la vida diaria. Las madres, o quien (entre las mujeres adultas) sea responsable de la crianza y salud de los niños en el hogar, viven continuamente estos sucesos y se enfrentan a ellos con los medios conceptuales y materiales que tienen a su disposición. En este ensayo, se exploró únicamente el lado cognoscitivo de la experiencia. El modelo clasificatorio ojiteco alrededor de estos padecimientos es sumamente complejo y provee la referencia cognoscitiva para las madres cuando encaran estas enfermedades en el seno familiar. Cuando el episodio gastrointestinal se resuelve por sí solo, o puede ser curado en un tiempo breve con recursos de la medicina doméstica o con una intervención médica menor, la concepción del padecimiento es sencilla y directa. La enteritis se etiqueta de acuerdo a la morfología, el olor y color del excremento; la atribución de un factor causal no requiere mayor dificultad y viene normalmente diagnosticado por las mismas madres en el ámbito del hogar cuando hablan o racionalizan la experiencia.

Por otro lado, cuando el síndrome evoluciona y se percibe como una situación de mayor gravedad, el proceso de concebir la enfermedad y etiquetarla se vuelve más complejo. La enfermedad puede atravesar distintas fases, se le puede atribuir más de un nombre y una causa, y comúnmente se busca múltiple atención médica —sucesiva y/o simultánea.

Se encontró una diferencia significativa entre la concepción y la actitud hacia la enfermedad en las entrevistas retrospectivas en comparación con la observación directa y pormenorizada de los episodios. En el

primer caso, las madres nos presentaron un panorama claro, organizado y racionalizado con relación a la etiología, la sintomatología y la gravedad de la enfermedad; así como con respecto a las estrategias de curación adoptadas. La etiología resultó ser el elemento clave para discriminar entre los distintos tipos de enfermedad, así como en la búsqueda de atención.

En el segundo caso, la experiencia se reportó y observó como un evento más desordenado, en donde la etiología no era tan importante y en muchos casos no se llegó a determinar el tipo y el tiempo de intervención. La percepción de la gravedad —percepción que la madre construía tanto sobre la base de una evaluación diagnóstica “externa” de signos y síntomas, así como sobre la base de la conducta del niño enfermo y la interacción de éste con ella— se volvió mucho más relevante que la etiología para otorgarle un “sentido” a la enfermedad y guiar el proceso de búsqueda de atención.

Estos resultados, todavía no conclusivos, indican que los modelos cognoscitivos etnomédicos cumplen con una importante función en el proceso de racionalización de la experiencia médico-curativa, pero no juegan un papel similar en la determinación de cómo actuar y manejar la enfermedad cuando ésta ocurre. Tal distinción adquiere particular relevancia cuando el padecimiento se percibe como grave y potencialmente más peligroso.

Lo anterior nos indica claramente que, para poder evaluar de manera precisa y correcta la relevancia de los modelos etnomédicos en las prácticas reales de búsqueda de atención, cualquier trabajo de antropología aplicada debería siempre incluir un componente etnográfico de observación participante en la recopilación de datos. Esta afirmación se vuelve crucial cuando la intención es generar recomendaciones al sector salud para el diseño, implementación y/o evaluación de los programas de control de las enfermedades gastrointestinales en contextos interculturales. Tomar como punto de partida exclusivamente las técnicas de recopilación de información que enfatizan los patrones cognoscitivos y los modelos explicativos etnomédicos y/o que recaban la narración *a posteriori* de concepciones y manejos terapéuticos tiene, entre otros, la tendencia a a) darle demasiada importancia a la causalidad como factor determinante en los patrones de búsqueda de atención; b) sobrevalorar la intervención curativa inmediata, rápida y segura por parte de las madres en el ámbito doméstico; c) darle un peso excesivo a la decisión racional en cuándo, cómo y hasta qué punto intervenir en el proceso terapéutico; y d) deducir de manera errónea que al conocer el modelo explicativo etnomédico se pueden extrapolar las pautas de acción curativa de los sujetos sociales bajo estudio.

Bibliografía

- BARTOLOMÉ, M. Y A. BARABAS
1990 *La presa Cerro de Oro y el ingeniero el Gran Dios*, Instituto Nacional Indigenista/Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.
- BENTLEY, M.E.
1988 “The household management of childhood diarrhea in rural North India”, en *Social Science and Medicine*, núm. 27, pp.75-85.
- BENTLEY, M.E. ET AL.
1988 “Rapid ethnographic assessment: applications in a diarrhea management program”, en *Social Science and Medicine*, núm. 27, pp. 107-116.
- BERTRAND, W.E. Y B.F. WALMUS
1983 “Maternal knowledge, attitudes and practice as predictors of diarrhoeal disease in young children”, en *International Journal of Epidemiology*, núm. 12, pp. 205-210.
- CHOWDHURY, A.M.R. Y Z.N. KABIR
1991 “Folk terminology for diarrhea in rural Bangladesh”, en *Reviews of Infectious Diseases*, núm. 13 (Suppl. 4), pp. 252-254.
- CLAESON, M. Y M.H. MERSON
1990 “Global progress in the control of diarrheal diseases”, en *Pediatric Infectious Diseases Journal*, núm. 9, pp. 345-355.
- CONAPO (CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN)
1988 *México demográfico. Breviario 1988*, Consejo Nacional de Población, México.
- COREIL, J. Y E. GENECE
1988 “Adoption of oral rehydration therapy among Haitian mothers”, en *Social Science and Medicine*, núm. 27, pp. 87-96.
- CUTTING, A. A. M., R.I. OMER Y S. J. MCLEAN
1981 “A worldwide survey on the treatment of diarrhoeal disease by oral rehydration in 1979”, en *Ann. Trop. Paedict*, núm. 1, pp. 199-208.
- DECLERQUE, J., P. BAILEY, B. JANOWITZ, R. DOMINIK Y C. FIALLOS
1992 “Management and treatment of diarrhea in Honduran children: factors associated with mothers' health care behaviors”, en *Social Science and Medicine*, núm. 34, pp. 687-695.
- DE ZOYSA, I. ET AL.
1984 “Perceptions of childhood diarrhoea and its treatment in rural Zimbabwe”, en *Social Science and Medicine*, núm. 19, pp. 727-734.
- DUBOIS, JEAN ET AL.
1979 *Diccionario de lingüística*, Alianza Editorial, Madrid.
- EL-TOM, A. O.
1987 *Diarrhoeal diseases among children in Tayiba village: an anthropological perspective*, Traditional Medicine Research Institute, Sudán.
- ESCOBAR, G., E. SALAZAR Y M. CHUY
1983 “Beliefs regarding the etiology and treatment of infantile diarrhea in Lima, Peru”, en *Social Science and Medicine*, núm. 17, pp. 1257-1269.
- FOSTER, G.
1976 “Disease etiologies in non-Western medical systems”, en *American Anthropologist*, núm. 78, pp. 773-782.
- FRAKE, C.
1961 “The diagnosis of disease among the Subanun of Mindanao”, en *American Anthropologist*, núm. 63, pp. 113-132.

- GOOD, B.J.
1977 "The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran", en *Cult. Med. Psychiatry*, núm. 1, pp. 25-58.
- GREEN, E.C.
1985 "Traditional healers, mothers and childhood diarrheal disease in Swaziland: the interface of anthropology and health education", en *Social Science and Medicine*, núm. 20, pp. 277-285.
- GREEN, E.C. Y L. MAKHUBU
1984 "Traditional healers in Swaziland: toward improved cooperation between the traditional and modern health sectors", en *Social Science and Medicine*, núm. 18, pp. 1071-1079.
- HURTADO, E. Y A. ESQUIVEL
1986 *Health-seeking behavior at the household level in a highland community in Guatemala*, ms.
- INEGI Y SSA
1991 *Información estadística Sector Salud y Seguridad Social*, Cuaderno 7, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Aguascalientes.
- ISENALUMHE, A.E. Y O. OVIawe
1986 "The changing pattern of post-partum sexual abstinence in a Nigerian rural community", en *Social Science and Medicine*, núm. 23, pp. 683-686.
- KENDALL, C., D. FOOTE Y R. MARTORELL
1983 "Anthropology, communication, and health: the mass media and health practices program in Honduras", en *Human Organization*, núm. 42, pp. 353-360.
- KENDALL, C., D. FOOTE Y R. MARTORELL
1984 "Ethnomedicine and oral rehydration therapy: a case study of ethnomedical investigation and program planning", en *Social Science and Medicine*, núm. 19, pp. 253-260.
- KUMAR, V., C. CLEMENTS C., K. MARWAH, Y P. DIWEDI
1981 "Maternal beliefs regarding diet during acute diarrhoea", en *Ind. J. Pediat*, núm. 48, pp. 599-603.
- KUMATE, J. Y A. ISIBASI
1986 "Pediatric diarrheal diseases: a global perspective", en *Pediatric Infectious Disease*, núm. 5, pp. S21-S28.
- LOZOFF, B., K.R. KAMATH Y R.A. FELDMAN
1975 "Infection and disease in South Indian families: beliefs about childhood diarrhoea", en *Human Organization*, núm. 34, pp. 353-358.
- McKEE, L.
1987 "Ethnomedical treatment of children's diarrheal illnesses in the highlands of Ecuador", *Social Science and Medicine*, núm. 25, pp. 1147-1155.
- MALIK, I.A. ET AL.
1992 "Mothers' fear of child death due to acute diarrhoea: a study in urban and rural communities in Northern Punjab, Pakistan", en *Social Science and Medicine*, núm. 35, pp. 1043-1053.
- MARTÍNEZ, H. Y G. SAUCEDO
1991 "Mothers' perceptions about childhood diarrhoea in rural Mexico", en *Journal Diarrhoeal Diseases Resources*, vol. 9, núm. 3, pp. 235-243.
- MENDOZA, ZUANILDA
1994 *De lo biomédico a lo popular. El proceso salud-enfermedad-atención en San Juan Copala, Oaxaca*, tesis de maestría en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- MENÉNDEZ, E.
1990 *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Cuadernos de la Casa Chata 179), México.
- MESSER, E.
1987 "The hot and cold in Mesoamerican Indigenous and Hispanized thought", en *Social Science and Medicine*, núm. 24.
- MULL, J.D. Y D.S. MULL
1988 "Mothers' concepts of childhood diarrhea in rural Pakistan: what ORT program planners should know", en *Social Science and Medicine*, núm. 27, pp. 53-68.
- NATIONS, M.K. Y L.A. REBHUN
1988 "Mystification of a simple solution: oral rehydration therapy in Northeast Brazil", en *Social Science and Medicine*, núm. 27, pp. 25-38.
- NICHTER, M.
1988 "From Aralu to ORS: Sinhalese perceptions of digestion, diarrhea, and dehydration", en *Social Science and Medicine*, núm. 27, pp. 39-52.
- 1989 *Anthropology and international health. South Asian Case Studies*, Gordon and Breach Publishers, Amsterdam.
- OSORIO, R.M.
1994 *La cultura médica materna y la salud infantil*, tesis de maestría en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- SCRIMSHAW, S.C.M. Y E. HURTADO
1988 "Anthropological involvement in the Central American diarrheal disease control project", en *Social Science and Medicine*, núm. 27, pp. 97-106.
- SSA (SECRETARÍA DE SALUD)
1992 *Guía para el manejo efectivo de niños con enfermedad diarreica y pacientes con cólera: Manual de procedimientos*, Secretaría de Salud, México.
- SNYDER, J.D. Y M.H. MERSON
1982 "The magnitude of the global problem of acute diarrheal disease: a review of active surveillance data", en *Bulletin of World Health Organization*, núm. 60, pp. 605-613.
- VÁSQUEZ MARTÍNEZ, A.M.
1987 *Estudio antropológico sobre creencias, comportamientos y actitudes de las madres en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades diarreicas en cuatro asentamientos humanos del Cono Sur de Lima, Perú* (manuscrito).
- WEISS, M.G.
1988 "Cultural models of diarrheal illness: conceptual framework and review", en *Social Science and Medicine*, núm. 27, pp. 5-16.
- YOUNG, A.
1976 "Internalizing and externalizing medical belief systems: an Ethiopian example", en *Social Science and Medicine*, núm. 10, pp. 147-156.
- Zolla, C. et al.
1988 *Medicina tradicional y enfermedad*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.