

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El tema de la presente investigación yo no lo busqué, se me apareció. Aprendí a escuchar y a fluir con lo que se me presentaba en campo, y así llegué a la enfermedad llamada *chuvaj*, que entre los tsotsiles y tseltales corresponde a lo que llamamos locura.

En el verano de 2016 realicé mis prácticas profesionales con el Dr. Jaime Page Pliego en el Centro de Investigaciones Multidisciplinarias de Chiapas y la Frontera Sur (CIMSUR) en San Cristóbal de las Casas. Yo sabía que quería hacer investigación en Chiapas y sobre antropología médica, pero aún no lograba definir mi tema. El 4 de julio de 2016, fuimos, a celebrar un cumpleaños, a la clínica del promotor tsotsil de la comunidad de Zitím en Huixtán. Ahí se abrió un espacio en el que yo pude introducirme. Torpemente hablaba en tsotsil (*bats'ik'op*) con la gente, les decía cosas como “¿*K'subi abi?*” (¿cómo te llamas?), y me presentaba en el tsotsil más básico diciendo: “*Vo'one ja'jbi Jimena*” (me llamo Jimena). Circulé entre toda la gente sin mucho éxito y sin gran oportunidad de plática.

Decidí esperar a lado de una señora muy sonriente, donde volví a aplicar el mismo rompehielos. En ese momento yo estaba obsesionada con los nombres que pueden decirse en tsotsil como *Juan-Xun* y *María-Maruch*. Así que parecía que mi misión especial era descubrir cuantos nombres tuvieran traducción en tsotsil. Sin embargo, esta señora sonriente no tenía nombre en tsotsil a lo que respondí: “yo tampoco. Me llamo Jimena”. Ella mostró curiosidad por mi nombre y desde ahí seguimos hablando de los nombres que

tienen y no tienen forma en tsotsil. La conversación se extendió dado que su español era muy bueno, y mi tsotsil había llegado a su límite. Hablamos de la comunidad, me enseñó los nombres de otras comunidades y así descubrí que ella era de San Gregorio.

Emocionada y sonriente, como siempre, me dijo que estaba en un grupo de mujeres que bordaban y que intentaban vender sus productos. Los bordados de Huixtán pasan desapercibidos en el mar de textiles en el que se ha convertido San Cristóbal. Sobre todo, porque a ellas “las abuelas ya no les enseñaron a usar el telar”, el cual es sumamente valorado en el mercado. Sin embargo, sus floreados bordados a mano me resultaron muy hermosos. Así que le encargué una chalina, blanca con flores como las que usan en Huixtán, para mi abuela, quien en ese tiempo aún vivía.

Así se inició mi relación con quien después se convirtió en mi colaboradora principal. La señora sonriente, llamada Carmen, me compartió poco a poco sus saberes y percepciones sobre su comunidad, el campo, la milpa, las plantas que curan, las enfermedades que no se curan sino es con rezo, el *ch'ulel*, los peligros del monte, el maíz y mucho más. Me enseñó a hacer tortillas de verdad, y nunca se cansó de enseñarme a hablar y entender el tsotsil, por más que yo fracasara. Fue gracias a ella que pude introducirme en la dinámica familiar y conocer a más personas en la comunidad.

Conocer a las mujeres de su grupo de artesanas me abrió las puertas a diferentes hogares y oportunidades de investigación. Establecí relaciones con ellas y empecé a ayudarles con su cooperativa, actividad que desencadenó en un conflicto resultado de mi presencia y los intereses de algunas de las mujeres. A pesar de esto, pude mantener mis relaciones y mi investigación, la cual, en esa época, se inclinaba hacia otro lado. Empecé interesada en la búsqueda de atención médica y los saberes médicos de las mujeres. Así, preguntaba cosas como “¿cuándo fue la última enfermedad de tu familia y qué fue lo

primero que hicieron?” Ahí, empecé a encontrar un patrón que me llamó mucho la atención. Muchas de las mujeres estaban emparentadas, eran hermanas o cuñadas y todas hacían referencia a un caso familiar muy interesante en el que alguien de su familia había “perdido la mente”. Empecé a profundizar, ellas me decían que por años su familiar había “olvidado todo”, que había vuelto a ser como niño y que su mente se había perdido. Una de ellas me dijo que hasta había ido con un psiquiatra, el cual les dijo que tenía esquizofrenia, pero que al final se curó con un *jpoxtavanej*. Después me enteré de que le había dado una enfermedad llamada *chuvaj*, la enfermedad tsotsil de la locura. Ahí supe que había encontrado mi tema de investigación.

Objetivos

Una vez identificado el tema, decidí realizar un estudio de caso sobre la enfermedad de este joven. Por medio de la reconstrucción de la trayectoria médica, buscaba contrastar el diagnóstico psiquiátrico con las categorías tsotsiles de cuerpo y enfermedad contenidas en el diagnóstico de los agentes terapéuticos involucrados en el caso de estudio.

Me planteé describir y analizar la trayectoria de búsqueda de atención médica del joven que “había perdido su mente”, una trayectoria que duró tres años y en la cual participaron ocho agentes terapéuticos de cuatro diferentes grupos étnicos. A su vez, comparé los distintos diagnósticos y tratamientos de la enfermedad que surgieron a lo largo de esta trayectoria para entender la diferencia, entre el sistema médico psiquiátrico y el sistema médico tsotsil, respecto al concepto de enfermedad. Por último, contrasté el concepto denominado *chuvaj* (locura) documentado en otras regiones de los Altos de Chiapas con el caso de estudio para ver diferencias y similitudes.

Realizando este último punto fue que percibí que había diferentes tipos de *chuvaj*, diferentes experiencias de “estar loco”. Por lo tanto, decidí ampliar mi tema de investigación y abarcar más allá de una trayectoria médica en particular. No es lo mismo el *chuvaj* que se enferma por tanto pensar, el que es víctima de *ak’chamel* (mal echado), el *chuvaj* moderno que sufre de amor y se comporta como ladino y el *chuvaj* cuya locura es la revelación de un don.

Metodología

Para realizar el trabajo de campo de esta tesis se contó con el apoyo financiero, por medio de una beca nivel I, del proyecto de investigación adscrito al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología titulado, “Exclusión desde adentro: la ideología de la normalidad y la discriminación hacia niños y niñas indígenas con discapacidad” dirigido por la Dra. Laura Elena Romero López. Dicho trabajo comprendió de mayo a julio 2016, periodo en el que realicé mis prácticas profesionales y cuando establecí los primeros contactos con la familia de doña Carmen y el resto de la comunidad. Después, realicé dos estancias cortas de quince días; la primera en octubre y la segunda en diciembre de 2016. Posteriormente, realicé una estancia más en Semana Santa de 2017. La mayor parte de la información aquí presentada se realizó en mi quinta estancia de trabajo de campo, la cual realicé de junio a agosto de 2017. La última estancia la realicé, durante 15 días en diciembre de 2017.

Desde el comienzo del trabajo de campo en 2016, me dediqué a llevar un diario de campo y a realizar observación participante con la familia de doña Carmen. En esta primera etapa la mayor parte de mi información proviene de charlas informales. Realicé entrevistas semiestructuradas con las mujeres de la cooperativa especialmente sobre el tema de salud.

Durante esas entrevistas empecé a escuchar del caso que después abordaría como mi tema de investigación.

Las técnicas, propiamente aplicadas, de la investigación etnográfica requieren paciencia y empatía con las personas y los lugares en los cuales se realiza el trabajo de campo (Restrepo 2016:39). Al tratarse, mi investigación, de un tema sensible para la familia y no uno del que se platica todos los días, empecé a realizar las entrevistas a profundidad un año después de haber empezado mi trabajo de campo. Especialmente, tenía que construir una relación de confianza con uno de mis colaboradores principales, Xun, el joven cuya trayectoria me planteaba recrear.

De junio a agosto de 2017 realicé 11 entrevistas a profundidad con diversas personas de la comunidad, entre ellas a Xun y su familia, el promotor y la partera de la clínica de Zitím. Estas entrevistas estaban enfocadas a recrear la trayectoria médica de Xun y, posteriormente, a profundizar en el tema de la locura y el *chuvaj*. Todas mis entrevistas fueron grabadas en audio y transcritas con el programa de *Express Scribe* y, por último, utilicé el programa de análisis cualitativo ATLAS T.I para el procesamiento y análisis de los datos cualitativos.

Decidí, por la privacidad de muchos temas y de la familia en específico no incluir las transcripciones como anexo a esta tesis. Sin embargo, se encuentran disponibles. Asimismo, aclaro que las transcripciones de las entrevistas aquí presentadas están intervenidas sólo para facilitar la lectura, pero cuidando siempre el contenido y significado de las mismas. Por la naturaleza de la información empleo seudónimos para todos los colaboradores, mismos que ellos eligieron.

A manera de compensar mi falta de experiencia con los conceptos tsotsiles utilizaré las categorías locales siguiendo la guía del Dr. Page. Por eso, haré uso del concepto de

“*jpoxtavanej*” (los que ayudan a sanar) para referirme a lo que los colaboradores mencionaron como “curandero” y “*ak’chamel*” para referirme a “brujería” o “mal echado”. Entendiendo *jpoxtavanej*, conforme a lo señalado por Page (2011:16), como “término genérico que designa a los distintos especialistas de las medicinas tsotsiles y tseltales”. A pesar de esto, en los textos directos dejaré los conceptos que utilizaron al momento de la entrevista porque, como he dicho, no he intervenido más que para hacerlos comprensibles para el lector.

Finalmente, propongo hacer uso de los términos “pueblos originarios, tsotsiles, tseltales y mayas de los Altos de Chiapas”, no solamente porque el uso de la palabra “indio” o “indígena”, refiere a un término colonial, racista y excluyente, sino porque como señala Menéndez (1994:83) hablar de “indígenas como si fueran una sola entidad, constituye una arbitrariedad, en virtud de las diferencias existentes entre los mismos al interior de un país”.

Debido a que la presente investigación se llevó a cabo en una comunidad tsotsil de los Altos de Chiapas me veo obligada a presentar la ortografía de la lengua ya que se utilizan palabras en este idioma y es necesario puntualizar su escritura. Como referente a la ortografía tsotsil estoy utilizando el trabajo de Miguel Sánchez Álvarez (2012: 13-15) ya que es autor del tsotsil del municipio huixteco.

Con respecto a la escritura, me baso en los acuerdos propuestos en el encuentro de escritores tsotsiles celebrado en el año 2000 en la ciudad de San Cristóbal de las Casas por el Centro Estatal de Lenguas, Arte y Literatura Indígenas (CELALI). Se acordó que las grafías de la lengua tsotsil son: a, b, ch, ch’, e, i, j, k, k’, l, m, n, o, p, p’, r, s, t, t’, ts, ts’, u, v, x, y, ‘. Por lo que en este trabajo utilizaré la “ts” en lugar de la “tz” en la denominación tsotsil y tseltal. Por su parte, las consonantes glotalizadas ch’, k’, p’, t’, ts’, representan

sonidos pronunciados con los órganos vocales en las mismas posiciones como ch, k, p, t, ts, pero cerrando las cuerdas vocales durante la emisión del sonido.

El enfoque de la investigación

Pocos aspectos de nuestras vidas son tan importantes como la salud. Vivimos buscando y perpetuando nuestro bienestar físico y emocional: seguimos dietas; tomamos medicinas o tés; insertamos agujas o bisturís en nuestro cuerpo; acudimos a diferentes agentes terapéuticos; buscamos en nuestros sueños o en nuestros genes. Pasamos toda una vida preocupándonos por vivir sanos y sin enfermedad. Sin embargo, ¿qué significa y cómo se vive la enfermedad? ¿Se experimentarán de la misma manera en diferentes sociedades? ¿Qué significa estar sano? ¿Cómo cambia la búsqueda de atención médica y con quién se acude? ¿Cómo experimenta un joven tsotsil su enfermedad y cuáles son las diferentes percepciones de la misma? Estas preguntas se pueden resolver desde la antropología médica.

No existe una sola definición de lo que la antropología médica es. Sin embargo, partiremos de que ésta es el estudio de las dimensiones sociales y culturales de la salud, la enfermedad y la medicina (Barnard y Spencer 2002). La antropología médica plantea que la salud y todo lo relacionado con ella, incluyendo las enfermedades y los tratamientos, el por qué y cómo nos enfermamos y cómo nos recuperamos, está muy lejos de ser únicamente un fenómeno biológico (Singer y Baer 2012). Es decir, los procesos asociados a la salud y la enfermedad están fuertemente influenciados por factores culturales y sociales.

Los antropólogos médicos buscan comprender los aspectos socioculturales que acompañan la enfermedad, su enfoque puede ser tan amplio que abarque desde la construcción social de los síntomas y tratamientos hasta el impacto que la política tiene en

los padecimientos. En este sentido, puedo decir que en toda sociedad donde haya un discurso sobre la enfermedad, la salud y el cuerpo existe un objeto de estudio para la antropología médica. Así, el estudio no se concentra en una sola sociedad, o una práctica médica en particular o un solo sistema médico, sino que ve las cuestiones de salud como un todo e, incluso, a través del tiempo (Singer y Baer 2012).

Un punto central de la antropología médica del cual parto para realizar este trabajo es aquel que rechaza la homogeneización de cuerpos y que concibe múltiples maneras de experimentar la salud y la enfermedad. Tomando las ideas de Margaret Lock y Vinh-Kim Nguyen (2010:1-2), considero que los cuerpos humanos no son lo mismo en todas partes; son el producto de una serie de cambios evolutivos, históricos y sociales, resultado de un sinfín de interacciones entre sujetos, su ambiente y los medios sociales y políticos en los que viven.

Lo anterior, que podría resultar una obviedad para la antropología, se enfrenta a que, durante los últimos tres siglos, la biomedicina ha considerado que el cuerpo humano es una entidad biológica sobre la cual se realizan diagnósticos útiles para definir tratamientos sobre enfermedades que son “universales”. Quiero puntualizar que utilizo el término biomedicina de acuerdo con lo que Lock y Nguyen (2010:365) definen como el “acervo de conocimientos y prácticas clínicas y experimentales fundados en Europa y Norteamérica desde el siglo 19” y que ahora es conocida como la medicina “occidental”. Estos mismos autores plantean que la idea de un cuerpo estandarizado tomó forma cuando las tecnologías biomédicas empezaron a utilizarse experimentalmente por los imperios coloniales sobre los colonizados en el siglo XIX (Lock y Nguyen, 2010:1).

Desde entonces la biomedicina se volvió el discurso oficial, situación que se vio impulsada por las políticas de salud pública, las cuales se han vuelto un medio por el cual

gobiernos y agencias de desarrollo intentan solucionar los problemas de salud en todo el mundo.

El problema es que a pesar de las diferencias culturales se establecieron prácticas médicas homogeneizantes y con ellas no sólo se fue ignorando la pertinencia cultural en la salud, sino que se ignoraron las “otras” prácticas médicas. Omitiendo la idea de que la biomedicina es una de tantas medicinas, sólo con la ventaja histórica que le ha otorgado el monopolio del conocimiento sobre el cuerpo, la salud y los tratamientos (Singer y Baer 2012).

Con las enfermedades mentales no fue distinto. Desde sus orígenes, la psiquiatría concibió como universal lo experimentado en los psiquiátricos europeos, especialmente respecto a las enfermedades mentales que se consideraban graves (Barnard y Spencer 2002). Las primeras investigaciones realizadas en contextos no occidentales, buscaron identificar las enfermedades mentales registradas en Occidente creando en consecuencia el concepto de “síndrome de filiación cultural”, el cual fue utilizado para describir toda enfermedad no occidental que no coincidiera con el conjunto de síntomas y signos identificados por la psiquiatría (Barnard y Spencer 2002).

Para el caso de México, un ejemplo de esto son las investigaciones realizadas por Carod y Vázquez-Cabrera (1998) y por Martínez-Salazar y compañía (2016), las cuales reflejan esta perspectiva universalista de las enfermedades mentales, aun en pueblos originarios. En ambos casos, se sugiere como base del tratamiento la psiquiatría, mientras que se considera la medicina indígena sólo como apoyo alternativo. El problema de este enfoque radica que al omitir las diferencias culturales respecto a cómo es pensado el cuerpo y sus enfermedades, se anula el entendimiento de que la cura se logrará por medios diversos.

Ante este tipo de problemas, surgió la necesidad de concebir las enfermedades mentales desde su representación nativa, por lo que se utilizó el término etnopsiquiatría para referirse al estudio de las enfermedades mentales dentro de sistemas médicos no occidentales (Barnard y Spencer 2002; Kohrt et al. 2015). Este concepto plantea el estudio de la etiología, las prácticas médicas y las teorías de la enfermedad mental dentro de un grupo cultural específico (Barnard y Spencer 2002).

El concepto de etnopsiquiatría propone un enfoque *emic* de las categorías de salud y enfermedad que rodean las enfermedades mentales. Sobre esto, Patel (2015:9) enfatiza la importancia de emplear los conceptos con los que la gente expresa sus problemas y del uso de las narrativas etnográficas sobre las enfermedades mentales, ya que ningún padecimiento puede ser aislado del contexto en el que ocurre. La narrativa sirve de medio para identificar las que la salud mental de las personas se ve afectada por múltiples factores, los cuales pueden ir desde el acceso a los servicios médicos básicos y de salud mental, hasta la marginación (Patel 2015:9). Por último, Vikram Patel (2015:10) subraya que es necesario tomar las categorías en las que se está expresando la gente como válidas y no colocarlas como inferiores a la psiquiatría. Tener los conceptos locales de las afecciones locales es un buen punto de partida para el entendimiento y ofrecimiento de servicios de salud mental culturalmente apropiados.

La locura en poblaciones originarias y el *chuvaj*

Pese a que la antropología médica es una de las ramas más amplias de la disciplina, no existe un estudio amplio, sobre todo considerando el enfoque *emic*, sobre las enfermedades mentales en las poblaciones originarias. Entre los estudios más recientes está la obra de

Carlo Severi (1996) quien registra que la locura entre los Kuna es resultado de un intercambio de almas entre el enfermo y el espíritu del blanco. En este caso, podemos ver cómo la locura solamente es curable mediante la enunciación ritual de uno de los cantos chamánicos más importantes. La obra es relevante, además, por exponer uno de los rasgos más significativos de la narrativa kuna: la locura es resultado de la otredad.

Para el caso de México, señalo los trabajos de Laura Romero (2011:2015) quien identifica que la locura, entre los nahuas de la Sierra Negra, es resultado de la pérdida del *tonal* (espíritu), situación que ocasiona una anomalía donde la persona corre el riesgo de perder su humanidad. Es decir, al perder dicha entidad anímica, la enfermedad va arrebatando poco a poco la condición humana del paciente, llevándolo a una situación crítica donde queda excluido del colectivo social al cual pertenece. La cura se logra, sólo cuando es oportuna, mediante la enunciación chamánica del *ixtlamatki* (el que sabe) y la reintegración del alma (Romero 2011:212).

Otro ejemplo es el texto de Gonzáles-Sobrino (2012) quien compila una obra donde se expone, desde un enfoque etnológico, los conceptos coras, tarahumaras y huicholes sobre la locura. Para el caso tarahumara el trabajo de Fujigaki y Martínez (2012:45) expone que la locura depende del equilibrio del universo mental, y que el daño al *alewá* (alma) ocasiona anomalías conductuales, cognitivas y oníricas. En la obra se concluye que la etnografía es el primer paso para comprender los trastornos mentales en los pueblos originarios y que se deben considerar las categorías nativas para comprender el sentido que la locura tiene en cada contexto (González-Sobrino 2012:14).

Para el caso de los Altos de Chiapas, pese a la vasta bibliografía sobre el proceso salud-enfermedad en las comunidades tseltales y tsotsiles, encontramos pocas menciones al respecto. Esto es de llamar la atención, pues como veremos –y como han mencionado otros

autores- la locura está asociada al alma, tema que ha ocupado un lugar central en los estudios antropológicos de la zona. Las investigaciones que se concentran en entender el cosmos, el cuerpo y la vida de los grupos alteños como son las de Fabrega y Silver (1973), Gossen (1988b), Guiteras (1965), Holland (1963), Page Pliego (2011), Pitarch Ramón (1996), Vogt (1966), abordan de manera tangencial la locura, sus causas, síntomas y tratamientos.

Sobre el *chuvaj* tampoco encontramos una producción destacada. Collier y compañía (2000), relacionan a esta enfermedad con el estrés y la ansiedad ocasionados por el rápido cambio socioeconómico. Por su parte, Eroza (2006; 2008) registra que, en casos especiales, el *chuvaj* está asociado con el don para curar.

En este contexto, la presente tesis busca, en lo particular, ser una aportación al entendimiento antropológico del *chuvaj* y, en lo general, coadyuvar al entendimiento de lo que significa la locura en las poblaciones originarias, específicamente entre los tsotsiles y tseltales.

Estructura

Para entender el caso que nos ocupa, he elegido el siguiente orden de exposición. Inicio contextualizando la comunidad de San Gregorio, lugar donde se realizó la investigación. El enfoque de este apartado es histórico, pues considero que la situación actual, no sólo de San Gregorio, sino del municipio y la región, tiene su origen en la Colonia. Asimismo, expongo la situación multicultural que caracteriza a Huixtán y me enfoco, brevemente, en exponer al lector la situación que la población enfrenta en términos del acceso a la educación y la salud, así como las circunstancias que viven los pobladores quienes aún se dedican, en su

mayoría, al campo. El objetivo de este recorrido es mostrar que las condiciones de Xun, y la vivencia de su enfermedad, se enmarcan en un contexto de marginación y pobreza.

Posteriormente, expongo los elementos centrales que han sido revisados en las etnografías clásicas de los Altos de Chiapas, respecto al tema de la salud y la enfermedad. Identifico los elementos que conforman a la persona tsotsil, haciendo énfasis en las entidades anímicas, específicamente el *ch'ulel*, pues se halla directamente relacionado con el tema central de mi investigación.

El cuarto capítulo, a partir de la literatura y de mi trabajo etnográfico, identifico los síntomas, causas y métodos de curación del *chuvaj*. Asimismo, planteo diversos escenarios en los que puede una persona enloquecer, destacando, al final del apartado, el vínculo que en la actualidad tiene la locura con la modernidad y con el mundo ladino.

En el quinto capítulo analizo el caso específico de la trayectoria médica de Xun, identificando los factores externos que influyeron en la toma de decisiones. La narrativa cronológica de su enfermedad señala cómo la locura, la enfermedad del *chuvaj*, le va despojando de su humanidad, hasta que llega a una crisis en la que no es persona. Sin embargo, debido al diagnóstico de uno de los agentes terapéuticos involucrados, logra reintegrarse a su colectivo y empieza a vivir la enfermedad de manera diferente.

Finalmente, en las reflexiones finales presento los puntos centrales de la investigación. Propongo que se considere dentro de las trayectorias médicas las narrativas de los agentes terapéuticos involucrados. Asimismo, reflexiono sobre los problemas que surgieron a lo largo de la investigación.

