



**CHUVAJ: UN ACERCAMIENTO A LA
ENFERMEDAD TSOTSIL DE LA LOCURA**

Tesis presentada al
Departamento de Antropología de la Universidad de las Américas Puebla
en cumplimiento de los requisitos del Programa de Honores

Por
Jimena López Montaña

Licenciatura en Antropología Cultural

Departamento de Antropología,
Universidad de las Américas Puebla
Mayo 2018

Dra. Laura Elena Romero López

Presidenta

Dr. Timothy James Knab

Secretario

Dr. Jaime Tomás Page Pliego

1er. Vocal

Dra. Alison Elizabeth Lee

2o. Vocal

Sta. Catarina Mártir, a 7 de mayo de 2018

Para mi abuela Carmen
Disfruta, en el cielo, tu chalina floreada



AGRADECIMIENTOS

Como suele suceder en trabajos de esta índole, la lista de personas a las cuales hay que hacerles mención por su apoyo es inmensa. Antes que nada, quiero agradecerle a la Dra. Laura Romero, porque gracias a ella aprendí a amar la antropología. Fue mi maestra adentro y fuera del salón de clases. Confió en mí y me ayudó a crear las condiciones para que sucediera y concluyera esta investigación. Entramos juntas, y ahora yo me voy. Asimismo, quisiera agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por brindarme el apoyo económico para realizar esta investigación.

Inmensas gracias al Dr. Jaime Page Pliego por recibirme aquel verano de 2016, y ser mi guía y soporte aun cuando yo no sabía ni qué quería hacer. Sus comentarios y aportaciones no hicieron más que enriquecer mi investigación y mi persona. A la Dra. Graciela Freyermuth por su retroalimentación y comentarios mientras hacía trabajo de campo. Al Dr. Frank Miller por haberme mandado su tesis de doctorado, documento que guardaré siempre con mucho cariño.

De la Universidad de las Américas Puebla, inmensas gracias al maestro Jerónimo García quien me ayudó a identificar la famosa planta. Asimismo, agradezco a toda la facultad del Departamento de Antropología. A la Dra. Alison Lee y al Dr. Tim Knab por sus comentarios y paciencia. A la Dra. Patricia Plunket por ayudarme a centrar mis ideas y darles forma, su sabiduría e inteligencia fueron esenciales para este trabajo. Gracias, desde siempre, a Martha quien me recibió en su oficina y nunca terminó de echarme porras.

Agradezco infinitamente a las personas que me acompañaron en este viaje: Ricardo, Isa, Francisco, Davia, Owen y los demás compañeros de antropología con los que fue un gusto compartir el salón de clases. A Iván, que me enseñó a amar San Cristóbal y a Karla Pérez Cánovas por la guía, las charlas y el café. Especialmente agradezco de todo corazón a mis amigas y compañeras, de quienes he aprendido tanto: Alicia, Amapola, Sol y Yolanda. Su bondad, cariño e inteligencia hicieron de este proceso y de toda mi carrera algo inolvidable.

A quienes nunca dejaré de agradecer, y sin los cuales nada de esto hubiera pasado: Xun, doña Carmen, Horacio, Andrés, María y Juanita, Margarita, don Vicente, Esperanza, Adriana y Martina. Quienes me abrieron las puertas de su casa y me recibieron con todo y libreta de campo. A mi ahijada María, espero que estés disfrutando tus tenis y que no dejes de ir a la escuela, y a doña Carmen por su paciencia, cariño e inteligencia. Porque es una mujer brillante y sabia y gracias a ella, yo soy un poco menos ignorante y un poco más antropóloga.

Por último, quiero agradecerle a mi familia. A Leticia, Ignacio y Sofía, quienes siempre me apoyaron, nunca dejaron de creer en mí y a quienes admiro profundamente. A la familia Burrón y a los López Aranda, porque no sólo aguantaron mi ausencia, sino también, mis interminables (y seguramente inentendibles) pláticas sobre la antropología y mi investigación. A mi abuelo, Ignacio, por enseñarme que esta vida sólo tiene sentido si haces lo que te apasiona, y a mi difunta abuela Carmen, por haberme escuchado y bendecido hasta el final.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
AGRADECIMIENTOS.....	vii
LISTA DE FIGURAS.....	xii
 Capítulo	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
Objetivos.....	3
Metodología.....	4
El enfoque de la investigación.....	7
La locura en los pueblos originarios y el <i>chuvaj</i>	10
Estructura.....	12
II. SAN GREGORIO, HUIXTÁN.....	15
El municipio de Huixtán y la comunidad de San Gregorio.....	19
San Gregorio de las Casas.....	20
Historia.....	24
El Instituto Nacional Indigenista.....	27
Ser tsotsil campesino en San Gregorio.....	29
La educación.....	34
La salud.....	37
¿Y la salud mental?	42

III.	LA SALUD Y LA ENFERMEDAD: ESTADO DE LA CUESTIÓN....	43
	El <i>ch'ulel</i>	44
	El <i>ch'ulel</i> como alma y como conciencia.....	46
	La persona sana.....	50
	<i>K'al</i> , el calor.....	51
	' <i>Ora</i> , la vela de la vida.....	52
	<i>Vayijel</i> , animal compañero.....	54
	La salud y la enfermedad.....	58
	La enfermedad como control social.....	60
	Enfermedades del <i>ch'ulel</i>	62
IV.	LA ENFERMEDAD DEL <i>CHUVAJ</i>	65
	El <i>chuvaj</i> desde la literatura.....	68
	Síntomas.....	68
	Causas.....	70
	Curación.....	72
	Sufrir de <i>chuvaj</i> en San Gregorio, Huixtán.....	73
	Nacer "loco".....	76
	Estigma y <i>chuvaj</i>	77
	<i>Nich xchel</i> : remedio local para el <i>chuvaj</i>	78
	Identificación de la planta <i>nich xchel</i>	80
	El <i>chuvaj</i> de la modernidad.....	83
V.	EN BÚSQUEDA DE LA CURACIÓN DEL <i>CHUVAJ</i> : CASO DE XUN.	87
	El uso de la narrativa.....	88
	Pluralismo médico y búsqueda de atención médica.....	90
	¿Cómo empezó todo?	91
	El psiquiatra y los factores externos.....	99
	Crisis de humanidad: el punto más crítico de la enfermedad.....	104

La reincorporación de Xun.....	109
Tener <i>chuvaj</i> y tener el don para curar.....	113
VI. REFLEXIONES FINALES.....	119
REFERENCIAS.....	127

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Mapa de las regiones de Chiapas.....	16
2. Mapa de los municipios de los Altos de Chiapas.....	20
3. El maíz de San Gregorio.....	32
4. El pelo del jilote.....	33
5. Altar y ofrenda doméstica.....	53
6. Ofrenda doméstica.....	54
7. <i>Nich xchel</i>	81
8. “Nuestra Raíz”.....	111

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.

CAPITULO II

SAN GREGORIO, HUIXTÁN

El propósito de este capítulo es contextualizar: ubicarnos en un escenario histórico, social, económico, y cultural en el que se desarrollan las vidas de las personas y su salud mental. Para entender la región alteña es necesario observarla desde una perspectiva histórica, tomando en cuenta el contexto actual donde predomina el capitalismo/neoliberalismo. Este entendimiento nos permitirá dar cuenta de que el caso que nos ocupa, pese a su acotamiento, es producto—de manera directa e indirecta—de un proceso histórico de marginación, de olvido, de la diversidad cultural y de la premisa de que vivimos en un mundo con muchos mundos.

La región de los Altos de Chiapas (región V) se localiza en el altiplano central del estado. Al norte limita con las regiones Tulijá Tseltal Chol (XIV) y Selva (XII). En el occidente colinda con la región De los Bosques (VII) y Metropolitana (I). En el sur es vecina de la región De los Llanos (IV) y de la Meseta Comiteca Tojolabal (XV) (CEIEG 2012) (Figura 1). La topografía montañosa de la región favorece los asentamientos aislados en pequeños valles. El clima de la región es templado sub-húmedo con lluvias en otoño y verano y heladas durante la temporada invernal (Olivera 2011). Sin duda alguna, es una región rica en recursos naturales, ríos y bosques, pero sobre todo es rica culturalmente.

Los Altos de Chiapas se caracterizan por su alto porcentaje de población originaria (68%), de la cual 62% es tsotsil y 37% es tseltal (Hacienda de Chiapas 2014). Es un área que ha sido escenario de la evangelización, las rebeliones tsotsiles y tseltales, la

marginación histórica y más recientemente de las políticas neoliberales y la destrucción del campo. Sin embargo, a pesar de todo esto, la gente continúa identificándose con los rasgos que los definen como tsotsiles o tseltales.



Figura 1. Mapa de las regiones de Chiapas. Obtenido de CEIEG 2012.

Desde la llegada de los españoles, la región de los Altos se volvió significativa por estar ubicada en las rutas de conquista hacia el sur, pero sobre todo por la resistencia que algunos grupos, entre ellos los chamulas, mostraron hacia los conquistadores (Viqueira 1995b). La época colonial, iniciada en 1535 con la fundación de la ciudad sede de los españoles, San Cristóbal de las Casas, cambió drásticamente la vida de los tsotsiles y tseltales (Viqueira 1995b). Al tratarse de un territorio extenso y carente de minerales, los

españoles vieron en la mano de obra alteña y el trabajo humano puntos clave para la explotación colonial (Olivera 2011; Viqueira 1995b).

Desde la segunda mitad del siglo XVII, los tsotsiles y tseltales servían como mano de obra barata para las regiones de Chiapas y Tabasco, donde había escasez de población para el trabajo (Viqueira 1995b). En esta época, la región alteña funcionaba a través de mecanismos jurídicos y económicos, tales como la imposición de pago de tributo para obligar a los mayas de la región a ir a trabajar a las plantaciones de cacao entre Tabasco y Chiapas o en las haciendas ganaderas y de azúcar en Ocosingo (Viqueira 1995b).

Este régimen hacendario semi-esclavista se prolongó en Chiapas, prácticamente, hasta mediados del siglo XX (Olivera 2011). Después de la Independencia se procedió a despojar a los mayas de los Altos de sus mejores tierras, para obligarlos a trabajar en las grandes propiedades ladinas de la Depresión Central (Viqueira 1995b). A finales del siglo XIX y durante el siglo XX, el monopolio sobre la venta de aguardiente y el sistema de enganche permitieron asegurar una mano de obra constante para las fincas cafetaleras del Soconusco y del norte (Viqueira 1995b), provocando pobreza y violencia estructural entre las poblaciones originarias de la región (Villafuerte y García 2008).

La coexistencia y mezcla violenta entre españoles y criollos con los pueblos originarios dio origen al mestizaje cultural. El sistema de castas fue una estructura social, encabezada por los blancos y conquistadores, para ejercer poder sobre la sociedad, segregando y discriminando a las poblaciones originarias y a su cultura (Olivera 2011). El racismo y la discriminación hacia estas poblaciones tiene sus raíces desde esta época, y como dijo Federico Navarrete (2018) en la conferencia *Nuevos y Viejos Racismos en México*: “El racismo en México es resultado de 500 años de historia y 30 años de publicidad”. La naturalización del discurso racista y su representación en los medios de

comunicación y en los estereotipos mediáticos provoca que, actualmente, estas poblaciones sigan estando en increíbles desventajas. Así, cuando, posteriormente, llegó el discurso neocolonial del desarrollo, las bases ya estaban establecidas: la razón de atraso del país y de la pobreza del estado de Chiapas eran ellos.

Durante los años 40 y 50 las tasas de crecimiento poblacional se dispararon. En 1970 la población de habla maya (tsotsil y tseltal) era de 68% y para el 1990 era de 79% (Viqueira 1995a). De acuerdo con Viqueira (1995a) este crecimiento demográfico y la falta de otras alternativas económicas, condujo a una sobreexplotación de los suelos y a su consecuente agotamiento, aumentando la deforestación. La escases de tierras aptas para el cultivo ha obligado a los mayas de los Altos a depender del trabajo asalariado, el cual se mantiene abajo del mínimo legal.

En la segunda mitad del siglo pasado, el incremento del turismo atraído por el “exotismo” de las comunidades y por el atractivo colonial de San Cristóbal de las Casas ha abierto nuevas fuentes de trabajo, que no han sido suficientes para solucionar la crisis económica de la región (Viqueira 1995b). Por el contrario, pareciera que sólo ha servido para enfatizar las desigualdades, al crear espacios artificiales dentro de la dinámica regional, como sucede con el centro de San Cristóbal de las Casas. Mientras que los tsotsiles y tseltales se ven obligados a buscar trabajos en lugares cada vez más alejados, migrando a las zonas turísticas del sur como Villahermosa y Cancún y al norte del país y hacia los Estados Unidos (Olivera 2011; Viqueira 1995b), San Cristóbal se vuelve una burbuja de extranjeros.

Para ilustrar esto último, nada más en la familia que me abrió las puertas de su casa, dos de sus miembros han seguido el mencionado patrón migratorio. Ramiro, el hermano de Carmen, en el transcurso de un año fue a trabajar a Playa del Carmen como portero de una

residencia turística y, luego, a Puebla como albañil. No va a Estados Unidos por el costo del “coyote” y porque tiene dos hijos muy pequeños y una esposa muy joven. Juanita, la hija mayor de Carmen, es otro caso. Partió a los 15 años a Matamoros, Tamaulipas para trabajar como niñera, sin embargo, regresó a los pocos meses porque extrañaba a su familia.

La explotación de los suelos, la falta de alternativas económicas y la migración a trabajos asalariados mal pagados y provocó una crisis en el campo, la cual se vive desde los ochenta. Aunado a esto la aplicación de políticas neoliberales provocó la generalización de la pobreza y la marginación estructural que existía desde la Colonia se acrecentó (Villafuerte y García 2008). La situación actual de las poblaciones alteñas es un reflejo de esto. Lo cual me lleva a recalcar lo importante que es pensar las comunidades mayas de los Altos, no como entidades aisladas, sino relacionadas y articuladas en una sociedad global (Favre 1992), pues son comunidades que, participan en relaciones de poder y dependen de un sistema mayor, lo que nos permite entender cómo y porque se modifican y adquieren nuevas características.

El municipio de Huixtán y la comunidad de San Gregorio

Huixtán es uno de los 19 municipios que conforman la región de los Altos. Al norte colinda con Tenejapa y Oxchuc, al este con Chanal, al sur con Amatenango del Valle y al oeste con San Cristóbal de las Casas. Su extensión territorial es de 181.3 km, lo que representa 4.80% de la región y 0.23% del estado (Sánchez 2012) (Figura 2). La cabecera del municipio, Huixtán, está a 45 minutos, en transporte público, de San Cristóbal de las Casas. El patrón de asentamiento es disperso, y el total de la población del municipio es de 21, 507 habitantes, de los cuales el 60.48% se encuentra en condiciones de pobreza extrema (SEDESOL 2013).



Figura 2. Mapa de los municipios de los Altos de Chiapas. Obtenido de Hacienda Chiapas, 2014.

San Gregorio de las Casas

La comunidad en donde realicé la investigación fue San Gregorio de las Casas, lugar que elegí por haber sido ahí donde pude establecer mis primeras relaciones de campo. Llegar, desde la cabecera que es Huixtán, toma un lapso de 15 o 20 minutos en transporte público. Existen dos cooperativas de transporte, una tsotsil que se encarga de los viajes a las comunidades tsotsiles como San Gregorio, Zitím, y Los Llanos y una ladina (mestiza o, como se refieren a ellos los tsotsiles y tseltales, *kaxlan*) encargada de los viajes a la comunidad ladina San Andrés Puerto Rico. Si bien los taxis ladinos pueden acceder a las comunidades tsotsiles, el costo es mayor.

El camino a San Gregorio está dañado por deslaves lo que provoca que el trayecto sea mucho más lento, especialmente en época de lluvias. Las casas se ubican dispersas en el territorio, algunas se hallan al borde de la carretera, mientras que a otras sólo se llega por pequeñas veredas hechas con el tiempo. La casa de doña Carmen es una de éstas.

San Gregorio de las Casas es una de las 50 localidades que componen Huixtán y se mantiene bajo el sistema de tenencia ejidal. Es mayoritariamente tsotsil, aunque existen familias tseltales que viven ahí. De acuerdo con SEDESOL (2013) la población es de 920 personas, las cuales se encuentran en un alto índice de marginación. Por su tamaño, cuenta con una clínica de gobierno y una escuela primaria y secundaria. El patrón de asentamiento disperso ocasiona que no exista “un centro”, sin embargo, buena parte de la actividad económica comunitaria se realiza en la zona donde se ubica la clínica, la escuela y la iglesia.

Siguiendo la carretera, pasando San Gregorio, se encuentra la comunidad vecina de Zitím, la cual carece de clínica de gobierno, pero cuenta con una clínica de promotores tsotsiles autogestivos, misma que se encuentran dentro de un colectivo que busca mejorar la situación de salud y de derechos humanos para las poblaciones de la redonda.

Una de las características del municipio de Huixtán es su carácter multiétnico pues conviven tsotsiles, tseltales y ladinos. San Gregorio cuenta con población tseltal y tsotsil, y muchas de las familias son multiétnicas. Sánchez (2012:30) anota que la relación entre estas tres etnias se remonta a la época colonial, por lo que se han establecido una serie de mecanismos sociales, lingüísticos, políticos, económicos, culturales y ambientales que dan lugar a un territorio multicultural y multilingüe.

La comunidad de San Gregorio se fundó durante el gobierno del presidente Cárdenas cuando se dio un acelerado proceso de redistribución de tierras. Las grandes haciendas fueron divididas para dar paso al ejido (Miller 1967). El proceso de redistribución de tierras

reafirmó viejas tensiones entre los tsotsiles y tseltales y los ladinos que se asentaban en ellas. A diferencia de otras comunidades con familias mestizas, como San Andrés Puerto Rico y la cabecera de Huixtán, en San Gregorio existe un rechazo comunitario hacia los fuereños.

Doña Carmen me contó, en uno de mis primeros días en su casa, mientras desayunábamos, que hace unos años había un “gringo” (forma de referirse también a los ladinos) viviendo en la comunidad y que la gente lo sacó y le quitó la tierra. A partir de ahí se prohibió el asentamiento de ladinos en la comunidad y no sólo eso, sino que su presencia levantaba sospechas y provoca desconfianza.

Cuando decidí trabajar en San Gregorio, me dispuse a hacer el trabajo de campo como había aprendido en mi clase de métodos de campo, con cartas y pidiendo permiso a las autoridades. Le comenté a doña Carmen y a su esposo que deseaba presentarme frente a las autoridades antes de empezar mi investigación. Preocupada, me aconsejó que dejara de lado esa idea, porque me iban a pedir que me retirara, quizá no de la mejor manera. En especial, me dijo que a “los hombres”, autoridades de la comunidad, no les gusta que extranjeros lleguen a hacer investigación. Dos meses previos a que yo llegara, ellos tuvieron una junta donde se discutió que no iban a dejar llegar extranjeros a la comunidad, ya que había personas que llevaban a mucha gente de fuera y, simplemente, no podían confiar en ellos.

Se recuerda en la comunidad que hace unos años un vecino se adentró a uno de los cerros sagrados, el *Cruz Box*, acompañado de varios extranjeros que traían “máquinas y tecnología”. En él se pide lluvia, maíz y salud; se reza y se quema velas, y cuando necesitan dejan ofrendas, incienso, Coca-Cola y *pox* (aguardiente de caña). Se sabe que este cerro está lleno de oro y que el dueño es el Señor del Monte. Después de la visita de los foráneos, los pobladores fueron a visitar la montaña y descubrieron que el oro había desaparecido. La

desconfianza hacia los extranjeros “investigadores” fue el motor de las advertencias de doña Carmen. Sin embargo, ella me propuso una solución: ante cualquier problema me presentaría como su prima de Tabasco (lugar donde ella tiene familia). Al principio mi presencia causaba sorpresa y curiosidad, pero después de que ella me presentara como su prima la gente no tenía razón para dudar de mí. A pesar de que fenotípicamente fuéramos diferentes, ella había creado una relación conmigo y eso bastaba en la comunidad. Al año de empezar mi trabajo de campo, en el verano 2017, me pidieron que fuera la madrina de graduación de primaria de su hija menor. Cualquier duda que quedaba de mi presencia se esfumó después de eso.

Debo mencionar que, aunque no me presenté ante las autoridades municipales, todos los colaboradores y la familia que me hospedaba sabían que yo estaba haciendo una investigación sobre “las enfermedades y cómo se curan ahí”. Al poco tiempo la misma doña Carmen, después de presentarme como su prima, agregaba que estaba aprendiendo de las costumbres de San Gregorio. La gente se acostumbró a verme con la libreta en mano y yo—muy zurda—tomando nota de todo lo que me decían. Era tan común verme así que cuando no anotaba ellos pausaban su relato y me recordaban que escribiera.

Sin duda alguna, se requiere de mucha sensibilidad para integrarse a una comunidad tsotsil donde los “investigadores” y los foráneos generan tanta desconfianza. La desconfianza está plenamente justificada, pues los ladinos han sido los ejecutores de una serie de acciones que los empobrece e, incluso, les arrebató tierra, recursos y autonomía. En este contexto, al antropólogo no le queda más que adaptarse, siendo esto también parte del trabajo de campo. A veces romper el protocolo sirve para proteger a las personas que están abriéndote las puertas de sus casas. Así, ahora soy la prima y comadre de doña Carmen y soy, también, la estudiante de antropología que, siempre, hace muchas preguntas.

Historia

Huixtán tuvo un proceso de “reindianización” previo al levantamiento del Ejército Zapatista, el cual terminó de revitalizar la identidad étnica local (Viqueira 1995b; Martín 2014). El resultado de este proceso fue la expulsión de los ladinos del gobierno municipal y de las fincas (Martín 2014). La historia del municipio es compleja y detrás de ella se encuentra una lucha de poderes entre los tsotsiles y tseltales y los ladinos y, por supuesto, la inserción de políticas de desarrollo que afectaron la vida diaria de los huixtecos.

A la llegada de los españoles, en el territorio huixteco, ya estaba constituida una población con características sociales, culturales y lingüísticas propias (Sánchez 2012). A lo largo del siglo XVI, se le obligó a la población a reubicarse en poblados cercanos y a no salir de sus nuevas provincias (Martín 2014; Sánchez 2012). Además, se decretó la necesidad de evangelizar y de construir templos católicos en las nuevas poblaciones. Los indios cristianizados se eligieron como gobernadores, es decir, autoridades de los Cabildos Indígenas, situación que duró hasta principios del siglo XVII (Martín 2014).

En esa época, a pesar de que las autoridades fueran tsotsiles y de que el gobierno de Huixtán pareciera estar en “manos de sus propios habitantes”, la Corona Española necesitaba asegurarse de que los gobiernos locales asumieran sus mandatos (Martín 2014:5), por lo que eligieron coroneles, alcaldes y regidores capaces de acatar las órdenes españolas. Estos cargos, al ser ocupados por “ladinos terratenientes” (Martín 2014:6), promovieron transformaciones en el territorio y en las comunidades de alrededor, principalmente repercutieron en el incremento de la población ladina y en el control de la tierra.

En el caso de Huixtán, los ladinos terratenientes se enfocaban en la producción de trigo, la cual alimentaba a la creciente población criollo-mestiza que se estableció en los

Altos y en el centro administrativo de San Cristóbal de las Casas (Martín 2014; Miller 1967). Esto provocó que Huixtán fuera relevante en la geopolítica de la época. Sin embargo, estos procesos provocaron que desde muy temprano los pobladores mayas fueran desplazados del ayuntamiento y de la cabecera y las autoridades tradicionales no tuvieron más opción que replegarse en las pequeñas comunidades o parajes (Martín 2014).

Esta situación duró hasta 1930 cuando Huixtán recibió la categoría de municipio. A lo largo de esa década se dio lo que Jan Rus (1995:251-252) llama la “verdadera revolución” para los tsotsiles y tseltales de los Altos. En este periodo estos grupos recibieron, por primera vez, los beneficios del “México Nuevo” entre los que estaban la reforma agraria, la aparición de sindicatos y el final de un régimen de peonaje y de contratación por deuda (García de León 1985; Rus 1995). En el caso de Huixtán esto resultó en el ascenso tsotsil al ayuntamiento, proceso que se consolidó en 1938 cuando los ladinos pobres y los tsotsiles y tseltales se aliaron con el fin de destruir el poder de los ladinos terratenientes (Martín 2014), provocando que los ladinos fueran desplazados de los principales cargos, los cuales fueron ocupados por tsotsiles.

Así, en Huixtán la “victoria” de los tsotsiles sobre su ayuntamiento se vio obstruida en 1940 cuando se creó la figura de “secretario municipal ladino”, subordinando con ello el nuevo ayuntamiento (Martín 2014). Tanto este puesto como la producción de trigo continuaban siendo monopolizados por los ladinos de la región. Estos funcionarios servían como tutores de los gobiernos locales, manteniendo sus registros civiles, cobrando impuestos y asesorándolos en materia de legislación (Rus 1995). Sin embargo, también vendían bebidas alcohólicas y servían de intermediarios de los enganchadores que organizaban el trabajo en las plantaciones (Rus 1995; Martín 2014).

La figura del secretario ladino llegó a su fin en 1951, cuando se instauró en San Cristóbal de las Casas el Centro Coordinador Tsotsil-Tseltal (CCT-T) dependiente del Instituto Nacional Indigenista (INI) (Martín 2014). Así, después de la mitad del siglo XX el gobierno pasó por un nuevo proceso de “reapropiación/indianización” y comenzaron a funcionar con un ayuntamiento en el que todos eran tsotsiles (Martín 2014).

Aunado a lo anterior, otro factor que afectó el declive de la población ladina en el municipio fue la construcción de la carretera en los años 70 (Rus 1995). Esto provocó una economía de mercado que ocasionó la competencia en los precios de productos traídos de otras regiones como el trigo, grano que habían monopolizado, hasta entonces, los ladinos terratenientes. La fuerte caída en el precio del trigo desplazó y ocasionó una severa crisis en el municipio ya que la mayor parte de su economía dependía del cultivo y comercialización del grano (Martín 2014). Esta situación detonó la caída de la economía y llevó al debilitamiento definitivo del poder económico y político ladino en Huixtán, establecido desde finales de 1930. El resultado fue la expulsión de muchas familias ladinas de la cabecera, sin embargo, otras más se quedaron.

Las diferencias entre ladinos y tsotsiles y tseltales se mantienen no sólo en el ámbito económico sino en otros espacios, por ejemplo, en la fiesta de San Miguel, celebrada el 29 de septiembre. En ella, uno puede observar que existen dos momentos. Por la mañana cuando se hace la procesión de los santos la población es, en su mayoría, tsotsil y tseltal. Las autoridades tradicionales salen con sus trajes y sus bastones de mando, se toca música tradicional huixteca y toda la cabecera brilla por las flores bordadas en las chalinas de las mujeres. Al terminar la procesión los presentes comienzan a dispersarse y se empieza a generar otro ambiente. Conforme oscurece se comienza a escuchar música de marimba y banda y entonces sí, es más fácil percibir a los *kaxlanes*.

Aunque esta fiesta también la disfrutaban los tsotsiles y tseltales, la cantidad es mucho menor. La ropa no es el único rasgo por el cual se identifican, ya que cada vez es más común que los tsotsiles y tseltales de las comunidades aledañas utilicen ropa “occidental”. Las mujeres visten tacones y *jeans* y los hombres chamarras negras y botas. Sin embargo, es fácil identificarlos por cómo se comportan en la fiesta. Mientras pasábamos por la carpa que ponen en medio de la cabecera le pregunté a doña Carmen: “¿Quiénes son esas personas?”, señalando a un grupo que bailaba muy cercanamente entre ellos, siguiendo el ritmo de la música de banda. Ella soltó una carcajada y me dijo “Esos son los *kaxlanes*”.

El Instituto Nacional Indigenista

En 1945, con la apertura de la carretera Panamericana que conectó la región con el resto del país se dio inicio a la modernización capitalista (Olivera 2011). Esta época fue el resultado de la monetarización de la economía maya de los Altos (que trajo más pobreza que beneficios), la integración al mercado y las políticas de asimilación del Instituto Nacional Indigenista (INI) y, posteriormente, del PRODECH (Programa de Desarrollo de Los Altos de Chiapas). A partir de los años 70 se amplió la red carretera uniendo las tierras bajas con las altas y se construyeron caminos, con mano de obra local, que conectaron las principales cabeceras de los Altos con la ciudad de San Cristóbal (Rus 1995). Una última ampliación se construyó después del levantamiento zapatista, entre 1994-1998, permitiendo la presencia del ejército en todas las regiones y la introducción de cultivos no tradicionales para la exportación (Olivera 2011).

El movimiento indigenista que floreció a mediados del siglo XX incorporó simbólicamente a las poblaciones originarias al discurso nacionalista, sin embargo, no se

les consideró portadores legítimos de la identidad nacional. Ciertos aspectos de la “identidad indígena” se romantizaron, especialmente el pasado prehispánico consolidando, así, una parte del proyecto nacionalista, el cual necesitaba un sustento ideológico. Esta relación con los pueblos originarios resultó conflictiva, pues por un lado se usó como parte de la identidad mexicana, pero por el otro se consideraban como la expresión más clara de los “atavíos” que no permitían el avance nacional (Favre 1992).

En el proceso de integración de los pueblos originarios al proyecto de nación, el Instituto Nacional Indigenista jugó un papel central. En 1951 se estableció en San Cristóbal de las Casas el Centro Coordinador Tsotsil – Tseltal (CCT-T), dependiente del INI. Con él se buscaba fomentar dicha integración por medio de un programa de innovación en la agricultura, la educación, el transporte y la salud (Favre 1992; Freyermuth 1993; Köhler 1975; Martín 2014; Olivera 2011). Con esto se introdujeron paraestatales como la CONASUPO e INMECAFÉ. En el caso de la CONASUPO se popularizó el consumo de agroquímicos que vendía a los campesinos al momento de pagarles las cosechas de maíz. Este cambio tecnológico, que se generalizó rápidamente, aumentó por algunos años la producción de maíz, pero en el mediano plazo la dependencia del mercado puso fin a la autosuficiencia alimentaria, empobreció los suelos y acarreó cambios profundos en la cultura tradicional (Olivera 2011).

Las políticas del INI parecían la solución a los problemas de las poblaciones originarias. Al contar con la participación de antropólogos, más que de economistas, se esperaba que tuvieran un alcance totalizador con respecto a las políticas de desarrollo (Favre 1992; Köhler 1975). Este desarrollo, más que surgir bajo los propios parámetros de las poblaciones, se impuso siguiendo los ideales impuestos por el capitalismo occidental (Olivera 2011). Los únicos provenientes de estas poblaciones aceptados fueron aquellos

que “lograron mexicanizarse”; los que no lo hicieron fueron señalados como responsables de su propia marginación. El indigenismo borraba las huellas del proceso histórico de empobrecimiento, y acusaba a los pobres de su propia tragedia. La cultura de estas poblaciones era, en este contexto, la causa de la marginación.

Años después, las políticas neoliberales aceleraron el empobrecimiento que se extendió hasta los sectores medios y agudizó la polarización social en el país. En las comunidades mayas de los Altos aumentó significativamente la pobreza, y la proporción de personas altamente marginadas. Esto trajo como consecuencia la aceleración de la migración y la violencia (Villafuerte y García 2008).

Ser tsotsil campesino en San Gregorio

El neoliberalismo enriqueció a un grupo selecto de personas, y afectó al campesinado. Los Altos de Chiapas no sólo no fueron la excepción, sino uno de los principales escenarios de lucha. En el caso de Huixtán y, particularmente, de la comunidad de San Gregorio, una de las medidas que tuvieron que tomar los tsotsiles y tseltales fue transformar su economía a un modo pluriactivo de existencia (de Grammont 2009). La pluriactividad es una estrategia de diversificación de las actividades en el hogar para mejorar sus ingresos y, con ello, mayor probabilidad de salir de la pobreza (de Grammont 2009). Sobre todo, porque, en diversas situaciones, la milpa no es suficiente y porque están sujetos a la necesidad de comprar productos de limpieza, cocina y siembra, entre otras cosas.

La familia de doña Carmen es un ejemplo de qué pasa cuando el modo de vida campesino y, sobre todo, la milpa ya no es suficiente para la subsistencia. Horacio, el padre de familia se despide de su esposa todos los días a las 6 de la mañana para irse a trabajar al

ayuntamiento como chofer. Su sueldo es de \$5000 pesos al mes y hay días en donde trabaja más de 18 horas seguidas o realiza viajes largos para transportar material de construcción a Tierra Caliente (nombre que designan a las tierras bajas de Chiapas) o a otras comunidades de Huixtán. Sin embargo, Horacio y Carmen mantienen su milpa. Es lo más valioso que se tienen. Para ambos una persona pobre es quien no trabaja la milpa, pues pese a que no provee de dinero, sí les otorga los alimentos que permitirán la subsistencia de la familia. El problema es que últimamente las lluvias han llegado más tarde y en menor cantidad, lo que repercute directamente en la producción de maíz. En consecuencia, familias como la de Carmen tienen que comprar el grano a la SEDESOL.

La economía campesina, como la que se puede observar en la región alteña, constituye una forma de producción no capitalista, en la que no es posible determinar la propiedad de los medios de producción: capital, trabajo y tierra, pues “no existe allí ganancia, salario ni renta” (Bartra 1976:50); los campesinos forman parte de un modo de producción que, aunque subordinado en mayor o menor grado al sistema capitalista, no se rige bajo la misma lógica (Scalerandi 2010). El paradigma dominante, el del capitalismo agrario, y que es promovido por casi todos los programas de desarrollo, sostiene que los campesinos sólo mejorarán sus condiciones de vida cuando logren convertirse en empresarios agrícolas (Scalerandi 2010). Sin embargo, esto está muy lejos de suceder.

Los campesinos deben producir suficientes raciones calóricas para la subsistencia de la familia, igualmente, para cubrir las necesidades de siembra del año siguiente y la alimentación del ganado (Scalerandi 2010). Si la producción de la milpa no es suficiente están obligados a comprar maíz de la CONASUPO, el cual me dijeron es “transgénico” y caro. El maíz tiene un costo de entre \$2000 y \$3000 pesos, esto sólo considerando de 8 a 12 semanas que es el tiempo que una cosecha regular no alcanza a cubrir. Tomemos en

cuenta además que esto no incluye a los animales. Si se desea darles de comer es necesario comprar más.

Con respecto al maíz “transgénico”, pese a que en México hay una medida precautoria que prohíbe su cultivo, doña Carmen asegura que el maíz que compra lo es, y afirma su idea debido a la diferencia entre sus mazorcar y las que no lo son (Figura 3). En este caso, “transgénico”, no hace alusión al concepto de modificación genética de la planta, sino a algo que sabe es químico, es extranjero, porque también lo llama “gringo” y daña la tierra porque la empobrece. Pero sobre todo con algo que resulta aberrante, la semilla se debe comprar.

Como sabemos el maíz ha sido la base de la alimentación de buena parte de la población mexicana, pero sobre todo la rural. Además, el valor alimenticio del grano se ve enriquecido con el valor cultural que este tiene, pues se sabe que fue un regalo que los abuelos recibieron. En San Gregorio se cuenta que los mayas, los antepasados, escucharon el llanto de un bebé en el monte, se introdujeron y en un claro en el bosque lo encontraron. Su piel era amarilla y su cabellito era dorado. Los abuelitos no podían dejarlo ahí y lo llevaron consigo de regreso a su casa. Antes de dormir lo colocaron en un petate junto a ellos sobre la tierra. Al día siguiente el bebé había desaparecido y en su lugar se encontraba un jilotito. El cabello dorado del bebé se convirtió en el cabello del maíz. A partir de ahí los abuelitos supieron qué era el maíz y lo empezaron a sembrar, siembra que perdura hasta nuestros días (Figura 4).



Figura 3. El maíz de San Gregorio. La mazorca de la izquierda proviene de la milpa de doña Carmen y la de la derecha de un costal de maíz de la CONASUPO. Doña Carmen se refiere al maíz modificado como “transgénico” y maíz “gringo”. Foto de la autora.



Figura 4. El pelo del jilote. Cuentan los abuelitos que se trata del pelo de un bebé. Foto de la autora.

El pensamiento campesino en San Gregorio enfatiza la defensa del maíz y la tierra, puesto que, como en muchas comunidades campesinas, la prioridad la tiene la tierra misma y el trabajo en ella (Collin 2014; González-Jácome 2003). Una de las preocupaciones más grandes de doña Carmen con respecto al maíz modificado no son los químicos, sino que es maíz “gringo” y que debilita la fuerza de los otros maíces. Así, ella asegura que si siembra ese maíz ya nunca más crecerá el nativo: “Ya nada, ya no va a ser como ese maíz que estás

viendo. Tienen pinto, digamos porque en una mazorca hay blanco, negro, amarillo. En una mazorca transgénica ya no va a haber ya.”.

Ahora en San Gregorio se dice que el gobierno no quiere que siembren su maíz, porque “ya no da”. Una vez más vemos la imposición del pensamiento capitalista agrario, que busca crear dependientes agrícolas. Así, quieren que siembren modificados, pero la gente se reúsa. Doña Carmen me dijo:

No queremos perder nuestro maíz que nuestros abuelitos nos dieron. Ahora, ya no van a poder guardar sus semillas. Cada año tienes que comprar semillas transgénicas. Eso es lo que quiere el gobierno. Aquí la madre tierra da todo, frijol, verdura, porque la tierra todavía tiene fuerza. Si comenzamos a sembrar maíz transgénico ya no vamos a poder sembrar maíz natural. (Diario de campo, 2017:39).

De la misma manera, el agua ha resultado ser un problema en Huixtán. La lucha en defensa del agua del municipio empezó en 2002, cuando la Coca-Cola amenazó con la privatización de los mantos acuíferos. Un rumor a mil voces es que “la Coca” ya se acabó el agua de San Cristóbal de las Casas y ahora están buscando dónde poner una nueva planta. Cuando puso sus ojos en Huixtán, la población salió a la defensa del manantial amenazado, *Mulino Xchel*, alegando que era un lugar sagrado para los tsotsiles y tseltales huixtecos (Martín 2014; Sánchez 2012).

La educación

La situación educativa y sanitaria es un reflejo de la incompetencia de los servicios otorgados por el Estado bajo el esquema de programas de desarrollo. Cada familia huixteca

nos da un ejemplo. Andrés y María se levantan de lunes a viernes a las 6 de la mañana. Desayunan café y pan dulce y, a veces, tortillas con frijoles o huevo. Tienen que salir de su casa, a más tardar a las 7, para cruzar el monte y poder llegar a su escuela. Caminan dos horas por las veredas, para ir cortando por la montaña, ya que si lo hicieran por la carretera principal el tiempo sería mucho mayor. Pese a este esfuerzo, no siempre tienen clases, pues el profesor suele no llegar. El regreso a su casa es el mismo, solo que se le suman el hambre y el calor. Cuando doña Carmen me pidió que fuera la madrina de graduación de primaria de su hija menor, María, le pregunté a ella qué quería de regalo. Me dijo que quería unos tenis como los míos, con los que pudiera caminar mucho sin que le dolieran los pies. María es la única de sus hijos que tiene la beca de Prospera, y por lo tanto no puede faltar a la escuela. El monto que recibe bimestralmente no soluciona el problema de pobreza, pero si la obligan a asistir diariamente y obtener buenas calificaciones.

Dado el patrón de asentamiento de Huixtán, la escuela primaria se encuentra a horas de camino para las comunidades que no cuentan con planteles educativos. Lo mismo sucede con los niveles medios, pues si algún joven logra llegar a ellos deberán trasladarse a la comunidad mestiza de San Andrés Puerto Rico, la cual se ubica a más de tres horas de caminata.

El problema educativo no sólo se observa en el acceso a los planteles, sino en los contenidos. Un día, mientras doña Carmen hacía las tortillas para el desayuno, María me enseñó uno de sus libros de texto gratuito, “La Educación Intercultural Bilingüe: cuaderno de trabajo para las niñas y niños de educación primaria indígena” de quinto y sexto grado. El libro estaba escrito en tsotsil, sin embargo, ellos no le entendían bien porque era tsotsil de Chamula. Además, los niños, encuentran muy difícil leer su lengua materna y es hasta que repiten muchas veces en voz alta lo escrito, que las palabras cobran sentido. El libro

despertó mucho mi interés por una sección que trata sobre la diversidad e identidad. Leía las secciones en español que decían: “Soy tsotsil, pero, sobre todo, soy mexicano” y una actividad que les pedía identificar qué cosas los hacían sentirse más orgullosos de ser “mexicanos”. El proyecto nacionalista no se ha marchado del todo.

Además de esto, doña Carmen me explicó que el número de libros que llega a la comunidad no coincide con el número de niños inscritos de tal forma que no alcanzan. En el salón de Andrés y María hay 35 alumnos, y tan solo 16 libros. Así, que éstos se deben compartir. En su caso tienen la ventaja de ser hermanos, y poder tener un libro en la misma casa.

Doña Carmen asistió a la misma primaria que sus hijos, y recuerda que antes les hacían muchos exámenes, ocasionando que muchos niños reprobaran. Ahora, “ya nada que se hacen exámenes. Ahora el que sabe, sabe y el que no, pues no. Sepan o no, se van a graduar porque así dice la computadora del maestro”, concluyó mientras mojaba la tortilla recién hecha en los frijoles. Ella tiene la sospecha de que los maestros ven en las computadoras las listas de niños y ahí deciden que todos deben aprobar, sepan en verdad o no. Todos tienen que egresar de la primaria.

Su sospecha no es para nada errónea, pues los programas como Prospera funcionan con indicadores que reflejan el éxito o fracaso de un programa. En este contexto, la preocupación de doña Carmen sobre la educación de sus hijos es totalmente congruente, pues pese a que los niños caminan horas para llegar a clase, los profesores se ausentan, o los libros no alcanzan, un índice alto de aprobación mostrará un mayor nivel de escolaridad, disminuyendo con ello el índice de marginación. La realidad es que sí, quizá más niños se están graduando, pero no están preparados para continuar su educación. El rezago educativo sigue existiendo y la pobreza también.

La salud

Durante mucho tiempo los servicios de salud de la región alteña han tenido dos características principales: baja cobertura y mala calidad (Freyermuth 1993). Cuando se establecieron los centros coordinadores del INI uno de los principales objetivos era mejorar la salud de las poblaciones mayas de los Altos (Favre 1992; Köhler 1975). En 1951, el centro coordinador abrió en cada una de las comunidades un consultorio médico a cargo de un enfermero capaz de proporcionar primeros auxilios (Favre 1992). Si un paciente llegaba a esa clínica en estado grave se debía trasladar a otra más equipada, generalmente en San Cristóbal de las Casas, la cual contaba con un médico. La idea original prometía a los usuarios llegar hasta los hospitales de México donde los tratarían “con las mejores condiciones” (Favre 1992: 363). Sin embargo, y obviamente, este no fue el caso. La calidad de los caminos, así como la demora burocrática del procedimiento, agregando el hecho de que muchos tsotsiles y tseltales llegaban con enfermedades muy avanzadas, provocó que este proceso de transporte resultara en numerosos decesos (Freyermuth 1993; Molina y Palazuelos 2014).

A pesar de las redes de consultorios y clínicas y del personal con el que se contaba, la atención médica no fue del todo acogida por los tsotsiles y tseltales. Si uno lee entre líneas los trabajos de investigación de la época (Köhler 1975; Miller 1967; Holland 1963) puede notar que culpabilizan a los mismos pobladores por la toma de decisiones con respecto a la búsqueda de atención médica. Es decir, el problema no estaba en la clínica sino en los mayas alteños que la utilizaban como última instancia y ya en grados avanzados de enfermedad. Sin embargo, hay que tomar en cuenta la fama que se generó alrededor de los hospitales: al recibir a muchos pacientes sufriendo enfermedades avanzadas, los

hospitales se volvieron antecámaras de la muerte (Freyermuth 1993), lo que afectó la percepción que se tenía de la biomedicina y de los médicos del INI.

En aquellos primeros años de aplicación se buscó la colaboración de los *jpoxtavanej*, pero experiencias previas llevaron a concluir que era muy difícil que ellos fueran los promotores de salud, sobre todo porque la medicina tsotsil y tseltal difería de la occidental, no solamente en su etiología, sino en la terapéutica (Köhler 1975). Las concepciones tsotsiles sobre la enfermedad y la curación son parte integral de una concepción global del universo maya de los Altos (Holland 1963). La noción de enfermedad está asociada con causas que no tienen cabida en la biomedicina (Favre 1992). La introducción de prácticas biomédicas contrastantes con las concepciones locales de salud y enfermedad provocó que los servicios de salud se utilizaran poco y bajo mucha cautela.

Por ejemplo, en 1961, la clínica de Chamula sólo logró atraer a una docena de pacientes por semana. Pacientes que ya habían agotado sus oportunidades fuera de la clínica y cuya enfermedad había llegado a su último momento de evolución (Favre 1992). En cambio, en la comunidad de Yalcuk en Huixtán se solicitó que se construyera un dispensario médico (Miller 1967; Freyermuth 1993). En este caso, la decisión fue respaldada por un líder huixteco que había visitado a un médico de San Cristóbal, después de que una serie de *jpoxtavanejetik* fracasaran en la cura de una infección intestinal. Le impresionó tanto el éxito del tratamiento médico que comenzó a hacer uso regular de la medicina “moderna” y posteriormente fue el que solicitó la construcción del dispensario (Miller 1967:12). Miller documenta que durante este periodo la medicina tsotsil del municipio estaba en declive. Los *j'iloletik* (los que pueden ver, escuchar y sentir) se veían envueltos, cada vez más, en acusaciones de *ak'chamel* (Miller 1967:12). Así, en 1952 se construyó la primera clínica en la cabecera de Huixtán donde ya había un pequeño segmento de la población dispuesto a

emplearla y donde como ya se mencionó seguían viviendo ladinos (Miller 1967; Martín 2014; Sánchez 2012).

A lo largo de la década de los 50, el INI enfatizó la necesidad de que los médicos alópatas que trabajaran en comunidades alteñas estuvieran sensibilizados y tuvieran conocimientos sobre las prácticas de salud tradicionales (Köhler 1975). Sin embargo, este interés se fue extinguiendo al grado de que en la década siguiente se había perdido y hacia 1970 el propio INI desautorizaba las prácticas de la medicina tsotsil y tseltal (Freyermuth 1993). A pesar de que la biomedicina ofreciera la solución efectiva a ciertos problemas de salud, los malos tratos, la mala calidad médica y la distancia de mucho de los servicios repercutieron en la imagen que se tenía de la medicina en las comunidades.

Uno de los problemas relacionados con el acceso a la salud, es el estigma impuesto a los pueblos originarios y los estereotipos racistas (Menéndez 1994). Considerarlos ignorantes o anticuados y sobre todo culparlos de su situación por ser “tradicionales” es un ejemplo de dichos estereotipos. Tal estigmatización se expresa en diferentes campos, desde el económico hasta el educacional, y por supuesto se manifiesta en forma particular a través de la relación médico-paciente (Menéndez 1994).

En México, las poblaciones originarias son las que reciben menores inversiones en recursos humanos y materiales por parte del Estado (Menéndez 1994). Son las que menos posibilidades tienen de acceder al segundo y tercer nivel de atención médica y son las que tienen menores coberturas de inmunización (Menéndez 1994). Además, son las que más faltas a sus derechos humanos sufren cuando acuden a instancias gubernamentales de salud, los abusos van desde recetar medicamentos caducos, hasta la esterilización forzada (Freyermuth 2003:367-368).

Esta desconfianza continúa hasta nuestros días y abarca no sólo al servicio prestado sino a sus mecanismos, por ejemplo, las medicinas. Las mujeres de San Gregorio prefieren utilizar hierbas pues saben que solo curan, es decir, si el problema para el que están prescritas no es la causa del malestar de la persona, no dañarán. Por el contrario, las medicinas alópatas sí. Al no saber al cien por ciento lo que se tiene, ellas se sienten más cómodas con hierbas que con pastillas. Esto también está ligado a que, generalmente, los diagnósticos provenientes de la clínica de la comunidad no son muy acertados. En su mayoría les dan medicamentos muy fuertes para enfermedades que no lo requieren, incluso recetan alta cantidad de antibióticos. Esta preferencia por la herbolaria resulta en que se utilicen más los servicios de los promotores de la región.

Muchas de las mujeres de San Gregorio evitan ir al Hospital de las Culturas o al Hospital de la Mujer (ambos se encuentran en San Cristóbal) porque las han tratado muy mal, o porque conocen a alguna mujer que ha sido víctima de malos tratos. Mujeres que recuerdan que llegaron al Hospital de la Mujer embarazadas y que sin su consentimiento les practicaron una cesárea después de la cual ya no pudieron tener hijos nunca más. Una en particular, Tere, llegó al hospital y le dijeron que su hijo iba a ser prematuro. Sin explicarle ningún tipo de procedimiento, ni pedirle su consentimiento, la amarraron y la anestesiaron. Ella pensaba que iba a tener un parto natural, pero cuando despertó sintió el fuerte dolor de la cesárea, se sentía débil y violentada como nunca lo había estado en su vida. Este era su tercer embarazo. Recuerda que no sólo el dolor la atormentó, sino que no le dieron de comer y que las enfermeras la trataban muy mal. Teresa, al no tener ni Prospera ni Seguro Popular, tuvo que pagar \$6,000 pesos por una operación que no sólo no consintió, sino que la dejó “mal”, ya nunca pudo tener hijos. Este caso de esterilización forzada es uno

de muchos más documentados a lo largo de la vida de injusticias, racismo y odio hacía estas poblaciones (Castro y Erviti 2014; Freyermuth 2003).

La clínica de gobierno de la comunidad de San Gregorio se encuentra a unos 100 metros de la iglesia y la escuela. Para un porcentaje de la población queda muy bien ubicada. Sin embargo, para las familias que viven más lejos del camino la caminata hacia la clínica puede ser de más de dos horas. Ahí trabaja un médico y un par de enfermeras de 9 a 5 de lunes a viernes. Pobre de aquel que ose enfermarse fuera del horario laboral.

La percepción con respecto a la clínica es muy variada, algunas personas, sobre todo las que tienen algún tipo de apoyo de Prospera, argumentan que los tratos no son tan malos y que las enfermeras hablan tsotsil. Una vez reunida con las mujeres pregunté por las medicinas que les dan en la clínica, me respondieron en tsotsil y en español enojadas: “Los doctores creen que somos tontas” dijo Margarita, silenciando a las demás, “Que no nos damos cuenta que nos están dando medicinas caducas, cuando podemos ver la fecha. A mí me dieron una vez, no me las tomé. Las tiré en cuanto salí.”. El promotor de la comunidad también identifica este problema, no nada más los medicamentos caducos sino con los antibióticos innecesarios.

Margarita es una madre de dos niños, ella tiene Prospera y bajo el programa está obligada a ir a chequeos mensuales a la clínica de la comunidad. Si llega a faltar le van quitando apoyo. Sin embargo, la amenaza más grande es contra las parteras. “Si el doctor se entera de que vas con la partera, o de que tuviste a tus hijos con ella. Ya no te dejan registrar al niño”. Así, la lógica de exterminio en contra de los saberes de las parteras dictamina que es mejor generar más niños invisibles a que la gente se atienda donde consideren más apropiado.

Estas últimas situaciones nos demuestran lo conflictiva que puede llegar a ser la relación entre los grupos mayas de los Altos con los aparatos institucionales de salud. A pesar de los problemas mencionados, muchos de ellos reconocen su eficacia. El programa de promotores tsotsiles y tseltales de la comunidad de Zitím, ha resultado muy efectivo en comunidades como San Gregorio. A pesar de tener ciertas limitantes, demuestran confianza, mejores tratos y un uso más adecuado de las prácticas médicas.

¿Y la salud mental?

Vikram Patel (2015:8) argumenta que la narrativa etnográfica revela que ninguna enfermedad mental puede ser aislada del contexto en el que ocurre. Por ello he intentado mostrar, en las secciones anteriores, la situación en la cual se desarrolla el caso central que da sentido a esta investigación: relaciones conflictivas con los ladinos, la incompetencia de los programas de desarrollo; el desvanecimiento de las prácticas tradicionales; los problemas en el campo; y la desconfianza hacia los servicios de salud. En este contexto, la salud mental parece no tener cabida. El promotor, admite que el tema de la salud mental es inexistente en las clínicas del gobierno.

Por ello, como veremos, el joven que “perdió su mente” tendrá que recorrer un largo trayecto médico, pasando por agentes terapéuticos tsotsiles, tseltales, k’iche’ y mestizos. Un caso que refleja la situación de pluralismo médico, pero en el cual los sujetos se enfrentan a diferentes factores resultado de la desigualdad, pobreza y marginación.

CAPITULO III

LA SALUD Y ENFERMEDAD: ESTADO DE LA CUESTIÓN

La situación de marginación y pobreza afecta de manera constante la vida de los tsotsiles y tseltales de los Altos de Chiapas. A pesar de esto, siguen nutriendo y actuando con base en lo que consideran fundamental del “ser” tsotsil. Como afirma Jaime Page (2011:131) el concepto de persona está constituido por numerosos elementos resistentes al cambio, por ejemplo, aquellos relacionados con el “Costumbre”. Como veremos tanto en los datos etnográficos como en la revisión de la literatura, en el pensamiento tsotsil la persona está compuesta por uno (o varios) cuerpos, almas diversas y animales compañeros, los cuales están interrelacionados, y el daño a una de estas partes resulta en el desequilibrio sufrido por la totalidad.

La antropología médica propone estudiar el significado de la enfermedad en diferentes sociedades (Singer y Baer 2012). De esta manera, la persona tsotsil es conceptualmente diferente, conformada por elementos clave de su cosmovisión, los cuales son esenciales para entender las enfermedades que le aquejan. Debido a que no tengo un referente bibliográfico específico para Huixtán con el cual contrastar mis datos, haré referencia a la amplia literatura de la zona, puntualizando las diferencias que se presentan en cada municipio. Así, el objetivo de este capítulo es ubicar al lector en la vastísima literatura que existe con respecto a la noción de persona y sus enfermedades. Si bien las enfermedades más graves se entienden como una afección del *ch'ulel* (alma o espíritu) es necesario entender cómo es que se vive y se entiende este concepto. La enfermedad del

chuvaj (locura) está directamente relacionada con el *ch'ulel*, por lo que es sumamente necesario, antes de hablar de la enfermedad, ubicarla dentro del contexto cultural al cual pertenece.

El *ch'ulel*

El concepto de *ch'ulel* ha sido objeto de estudio e interés de diversos autores, desde las primeras investigaciones en los Altos a mediados del siglo XX hasta el presente. Para la antropología ha sido uno de los ejes centrales de la investigación sobre las poblaciones alteñas. La razón recae en su importancia, pues otorga sentido a la vida de los tsotsiles y tseltales de los Altos de Chiapas y es un mecanismo útil para describir su cosmovisión, ya que es uno de los puntos centrales en diferentes aspectos de la vida, desde la salud y la enfermedad hasta el poder y el control social.

La traducción de la palabra *ch'ulel* ha generado debates entre los estudiosos. “Alma” fue el concepto otorgado por los primeros investigadores para hacerlo comprensible hacia fuera (Guiteras 1965; Holland 1963; Vogt 1966;1979). Sin embargo, como afirma Page (2011:147) el término “alma” se ha utilizado como equivalencia “sin considerar que ambos se originan en cosmovisiones muy diferentes”. Este autor considera el concepto *ch'ulel* como derivado de una entremezcla y resignificación de elementos de larga duración “dando como resultado una entidad que por un lado es el soplo de Dios, reside y da sentido al cuerpo, y por otra, es una diversidad de seres etéreos y partes situadas dentro del cuerpo y en el espacio del *Yan Vinajel- Yan Balamil*, con voluntad y emociones propias” (Page 2011:147).

El espacio del *Yan Vinajel- Yan Balamil*, corresponde al “Otro cielo-Otra Tierra”. De acuerdo con Jacinto Arias (1975:39), autor tsotsil originario de San Pedro Chenalhó, los

tsotsiles y tseltales conciben el mundo como un todo, compuesto por el cielo y tierra. Para el autor, la vida diaria—diurna—que se desarrolla en la superficie, sucede en “Este cielo-Esta tierra”, “*Li'ta Vinajel-Li'ta Balamil*”. Mientras que lo que sucede en los sueños—vida nocturna—sucede en “Otro cielo-Otra tierra”, “*Yan Vinajel-Yan Balamil*”. Otra manera de entender esta división es pensando en el mundo visible e invisible. Arias (1975:39) argumenta que el hombre puede ver las cosas de “Este cielo-Esta tierra” porque sus ojos fueron hechos para verlo. En cambio, no puede ver las cosas del “Otro cielo-Otra tierra” porque sus ojos no han sido hechos para verlas: tratándose del mundo invisible.

Para entender el sentido de la enfermedad tsotsil, es necesario conocer lo que significa ser humano, esto se ha registrado en numerosas etnografías, (Fabrega y Silver 1973; Gossen 1988b; Guiteras 1965; Holland 1963; Page 2011; Pozas 1987; Vogt 1979, 1980), pero también es necesario conocer cuál es el sentido que le otorgan, pues la enfermedad responde también a la relación que los seres humanos establecen con otros espacios, por ejemplo con lo que la autora Lunes-Jiménez (2011:220) llama el “Mundo *ch'ulel*”.

Junto con el *ch'ulel* otros elementos como el *vayijel*, se pueden definir como entidades anímicas. A éstas, López-Austin (2004:197) las caracteriza como partes esenciales del organismo humano en la que existe una concentración de fuerzas anímicas y en la que “se generan los impulsos básicos de dirección de los procesos que dan vida y movimiento al organismo”. Su característica principal es que son sumamente variables. En palabras del autor son “singulares o plurales, divisibles o indivisibles, con funciones específicas, jerarquizables, materiales o inmateriales, separables o inseparables del organismo humano, percederas o inmortales, trascendentales a la vida del ser humano o finitas en la medida de éste.” (López-Austin 2004:198).

El *ch'ulel* como alma y como conciencia

A través del tiempo y a lo largo de los Altos de Chiapas, se han documentado distintas nociones sobre el *ch'ulel*. Entre los pedranos, Guiteras (1965:262) lo documentó como “alma indestructible”. De manera similar, entre los chamulas, Pozas (1987:199-200) lo registró como “alma indestructible e inmortal”, mientras que Gossen (1988b:128) como el “alma de la lengua”. Por su parte, entre los zinacantecos, Vogt (1979:37) lo reportó como “alma innata”.

En San Andrés Larráinzar, en la década de 1960, William R. Holland documentó *ch'ulel* como espíritu, definiéndolo como “la fuerza vital de la naturaleza, la energía dinámica vivificante e indestructible, de todos los humanos, animales y plantas. En el hombre, el *ch'ulel* es el medio innato por el que expresa su carácter psicológico y social, la naturaleza esencial del ser humano” (Holland 1963:99). Por su parte, en San Pedro Chenalhó, en la década de los 60, Guiteras (1965:229-230) registró *ch'ulel* como una sustancia espiritual que nunca muere, ya que pasa de un ser a otro en un ciclo interminable. Si bien, la fuerza, energía y carácter que el *ch'ulel* le da a la persona es sustancial también puede desprenderse del cuerpo ocasionando enfermedades y en algunos casos, la locura y la muerte.

Se ha documentado entre los tsotsiles de San Pedro Chenalhó y tseltales de Pinola, actualmente Villa las Rosas, que el *ch'ulel* se empieza a manifestar desde el embarazo, en el momento en que el feto demuestra los primeros movimientos dentro del vientre materno (Guiteras 1965; Hermitte 1970; Page 2011). En el caso zinacanteco, en la década de 1960, Vogt (1966:115) reportó que la llegada del *ch'ulel* es resultado de que los *Totil Me'iletik* (deidades ancestrales, literalmente significa “padre y madre”) lo han colocado en el embrión.

Guiteras (1965:95-96) señaló entre los pedranos que el aborto, o dar a luz una criatura muerta, se explica como resultado de que, en ocasiones, el *ch'ulel* se escapa del feto debido a que éste es todavía inquieto o porque quiere regresar junto a las deidades ancestrales. Sobre esto, Hermitte (1970:55) registró entre los pinoltecos, en la década de 1970, que los niños son los más vulnerables a perder su *ch'ulel* debido a su estado tierno y sin aprendizaje (Hermitte 1970:55). Es por eso que los tsotsiles deben aprender a mantener su *ch'ulel* ya que de lo contrario la persona enfermará, pues abandonará el cuerpo fácilmente (Arias 1975).

Una característica generalizada del *ch'ulel* es su divisibilidad y alojamiento en diferentes partes del cuerpo. Con respecto a esto, entre los chamula, Gossen (1988b:128) registró que se encuentra en la punta de la lengua, y que éste se le da al feto cuando se le forma la lengua. Asimismo, entre los tseltales de San Juan Cancuc, Pitarch (1996:124) señaló que el *ch'ulel* se ubica en la garganta, generando el habla y, al mismo tiempo, en el corazón y/o la cabeza procesando así el conocimiento. En el caso zinacanteco, Vogt (1979:37) lo localizó en el corazón y en el torrente sanguíneo. Mientras que, Laughlin y Karasik (1992:20) registraron que puede encontrarse en el corazón, pero no en todas las personas, ya que para algunas se encuentra en la parte posterior de la cabeza.

Sobre su división, se considera que el *ch'ulel* es una unidad, pero también es múltiple (Guiteras 1965:231). En el caso zinacanteco, se registró que las personas pueden poseer de tres a trece *ch'uleletik* (Vogt 1979; Laughlin y Karasik 1992). Por su parte, Page (2011:143) sostiene que, entre los chamulas y pedranos, una persona normal puede tener máximo tres *ch'uleltik*, pero un *j'ilol* puede tener nueve o más. Una persona que posee trece *ch'uleltik* es una “persona completa” con mayor sabiduría, estatus, poder y control sobre los demás (Page 2011:173). Si bien el *ch'ulel* es divisible y la falta de una de sus partes es

causa de enfermedad (Guiteras 1965; Page 2011), es considerado eterno e indestructible; solamente en el momento de la muerte el *ch'ulel* abandona finalmente el cuerpo.

Existe consenso con respecto a los momentos en los cuales el *ch'ulel* puede abandonar temporalmente el cuerpo, siendo estos: el sueño, la inconciencia, el orgasmo, la embriaguez, o cuando la persona se asusta (Guiteras 1965; Holland 1963; Page 2011). Esta cualidad hace sumamente frágil a la persona. En palabras de Page (2011:139), “el *ch'ulel* requiere de los cuidados más especiales; la vida depende de éste, su ausencia del cuerpo y de otras entidades anímicas, primero debilita y finalmente mata”. Según doña Carmen, el *ch'ulel* se enferma en los sueños porque sale, se va lejos. Una persona que muere en sueño y que ya no despierta es porque su *ch'ulel* ya no regresó.

Es importante entender que no solamente los seres humanos poseen *ch'ulel*. Por ejemplo, en Zinacantán, Vogt (1979:38) documentó que todo lo que es importante o valioso para los zinacantecos posee *ch'ulel*: los animales y plantas domésticas, la sal, las casas y el fuego del hogar, las cruces, los instrumentos musicales, el maíz y todas las deidades. Aunado a esto argumentó que la interacción más importante del universo no se da entre personas, o entre personas y objetos, sino entre las almas innatas de personas y objetos materiales (Vogt 1979:38).

El concepto *ch'ulel* también ha sido relacionado con el desarrollo de la persona *tsotsil* en su sociedad. Sobre esto, Jacinto Arias (1975:29), originario de San Pedro Chenalhó, señaló al *ch'ulel* como la conciencia que se adquiere lenta pero constante y paulatinamente, es decir, que no se posee de pronto. De acuerdo con el autor, esto se refleja en las expresiones: “*Mu to xvul xch'ulel*” el *ch'ulel* todavía no ha llegado; “*Vulesel ch'ulelal*” el *ch'ulel* viene; “*Vulen va xch'ulel*” el *ch'ulel* ya llegó (Arias 1975:29). La

improductividad de los niños en términos sociales es atribuida al hecho de que su *ch'ulel* todavía no ha llegado. En palabras de Arias (1975:29):

Es hasta que los padres enseñan a los hijos a labrar la piedra, cortar madera, cómo tratar a los extranjeros, cómo rezar; en una palabra, cómo habérselas con todo lo que la comunidad considera valioso. Entonces se dice que un padre hace que su hijo adquiera conciencia de sí mismo y lo que le rodea.

Aunado a esto Miguel Sánchez (2012:296), originario del municipio de Huixtán, define *ch'ulel* como conciencia, y argumenta que “una persona llega a tener *ch'ulel* cuando, después de su niñez, desarrolla suficientemente las capacidades de sus sentidos y de su mente en el entendimiento, conocimiento y explicación de las cosas y de su realidad, así como de su propio ser”.

Así, el proceso de la formación de una persona se logra mediante el ejercicio y la ayuda de otros. Bajo este panorama, uno es persona sólo como resultado de la relación con los demás y por el trabajo en la comunidad. Entonces, también el *ch'ulel* representa el buen comportamiento social que deriva de la educación (Lunes-Jiménez 2011). Abordar al *ch'ulel* como conciencia aporta información con respecto al “ser tsotsil”. Sobre esto Lourdes de León (2005) agrega que el *ch'ulel* entre los zinacantecos, actualmente, se adquiere a través de la socialización por el lenguaje. Es decir, se basa en la adquisición del lenguaje durante la infancia, definiéndolo como “la llegada del alma”. En su análisis ella afirma que: “tener *ch'ulel* representa un tejido de fibras de naturaleza lingüística, emocional, cognitiva y cultural” (De León 2005:324).

El proceso de socialización, similar al que señala Arias (1975:29), implica la capacidad gradual de atender, entender, comunicar, participar y actuar a la manera en que lo haría un tsotsil. Es decir, el niño se va desarrollando y va adquiriendo características

culturales de la sociedad en la que vive. Lo mismo expone De León (2005:59) para quien la expresión zinacanteca “*oy xa xch’ulel*”, “ya tiene alma, entendimiento”, engloba la idea de que al niño se le define como persona a partir de su capacidad de actuar en sociedad. Lo más importante de estas aportaciones es que sitúan al *ch’ulel* como un elemento central del ser persona, idea cristalizada en la importancia cultural dada al trabajo y la colectividad. Visto así, es indispensable que los niños trabajen en el campo y en la casa puesto que sólo con ello podrán incorporarse a la vida comunitaria. Por ello uno de los síntomas que determinan la gravedad de una enfermedad es la incapacidad de la persona para trabajar. Así, en el caso que se analizará en los capítulos siguientes una de las cosas que más afectaba a la familia y al mismo Xun era que por su enfermedad, había perdido voluntad y capacidad de trabajar el campo, de comer tortilla y de hablar correctamente tsotsil. Perdiendo con ello características elementales en la conformación de la persona sana tsotsil y volviéndolo en *chuvaj*, un loco.

La persona sana

En el caso de los grupos tsotsiles y tseltales de los Altos de Chiapas, la salud está sujeta a la interconexión de entidades anímicas que conforman a la persona: el cuerpo, el *ch’ulel*, el animal compañero (*vayijel* o *chanul*), el *k’al*, la *’ora*. Lo que le sucede a uno, afecta a todos (Gossen 1988b; Guiteras 1965; Holland 1963; Page 2011; Pitarch 1996). La salud se concibe, entonces, como el estado en el que “la persona está tranquila, feliz, no tiene sueño ni cansancio durante el día, no le duele el cuerpo y puede hacer sus actividades diarias” (Page 2011:180).

La salud también es el resultado del respeto a la costumbre y al cumplimiento de las normas: ofrendar, ayunar y cumplir con las directrices para la vida cotidiana (Page 2011). De acuerdo con Gossen (1988b:127), entre los chamulas, la salud humana se explica y se logra por el equilibrio de los elementos que conforman a la persona *tsotsil*.

***K'al*, (calor)**

K'al refiere al temperamento, fuerza y energía de una persona. Forma parte de la persona y se relaciona con el *ch'ulel*, por lo tanto, con la salud. Henri Favre afirma que el *k'al* es el *ch'ulel*, y que se ha mal entendido la relación de estos dos. Así, el *ch'ulel* no es el alma en un concepto cristiano sino una fracción individual que todo ser humano posee y que es el elemento vital de todos los seres, es decir *k'al* (Favre 1992:258).

Jaime Page (2011:135) menciona que, entre los pedranos y chamulas, este elemento representa el “lazo sobrenatural que mantiene unido el cuerpo con sus entidades anímicas y éstas entre sí. Aquellas partes que han formado parte del cuerpo o estado en contacto con éste por mucho tiempo—pelo, uñas, orina, excremento, dientes, ropa, *ch'ulel*, *vayijel*, *kibal...*”. Asimismo, afirma que al estar estas ligadas a la persona pueden ser utilizadas en su contra si caen en manos enemigas (Page 2011:136). Al respecto, Guiteras (1965:97) documentó que las madres de San Pedro Chenalhó guardaban las uñas y los cabellos de sus hijos, y las conservaban durante toda la vida para proteger el alma y cuando la persona fallecía debía ser enterrada con “todo”, de lo contrario su alma regresaría a buscarlas.

El concepto de *k'al* nos indica que el calor es una característica esencial del ser humano y su salud. La persona al nacer posee un poco de calor y mediante su crecimiento físico y social se va fortaleciendo, así los bebés son fríos, mientras los ancianos poseen

demasiado calor (Favre 1992; Guiteras 1965; Vogt 1979). La importancia del *k'al* para la vida se manifiesta en los rituales y las oraciones, pues el que sabe rezar significa que posee buena cantidad de calor (Lunes-Jiménez 2011:18). Gossen (1988a:115) documentó entre los chamulas que el estilo poético en las oraciones y fórmulas rituales refleja el “calor del corazón”. Así, los rituales para prevenir y mejorar la salud incluyen elementos como el tabaco, el *pox* (aguardiente), el incienso, las velas y las oraciones, que generan o emiten calor (*k'al*) (Gossen 1988a; Lunes-Jiménez 2011).

'Ora, la vela de la vida

“La vela de la vida” (*hora*, *'ora*) es otorgada en el nacimiento, y se va consumiendo poco a poco. Se encuentra al cuidado de un ser superior (Gossen 1988b:128; Guiteras 1965:236; Lunes-Jiménez 2011:234; Page 2011:184). Por ejemplo, en San Andrés Larráinzar, Holland (1963:80) documentó que el santo patrono es el cuidador de las velas, “tiene tantas velas blancas como habitantes el municipio; estas velas representan sus vidas. A medida que la vela se gasta, el individuo va viviendo, hasta que, al extinguirse la vela, muere.”. En San Juan Cancuc, Pitarch (1996:82) registró que las velas se encuentran sobre una plataforma rectangular en el aire “[...]hay colocadas un sin número de velas blancas que corresponden a las vidas de todos los hombres del mundo, indígenas o no. Las velas, según algunos, están al cuidado de un *jtatik velarol* [“nuestro padre velador”]”. La vela de la vida se puede alargar mediante el rezo y ceremonias especiales (Lunes-Jiménez 2011).

En San Gregorio, el 23 de junio, día del Sagrado Corazón, la familia de doña Carmen realiza un altar doméstico en el que se reúne para rezar. El altar se monta en el interior del

hogar, con las imágenes del Sagrado Corazón, San Antonio y la Virgen de Guadalupe, adornan con *tecolúmate*, flores colgantes que en tsotsil son llamadas *yoknene* (Figura 5).



Figura 5. Altar y ofrenda doméstica. Dedicada al Sagrado Corazón. Foto de la autora.

Estas flores crecen en el monte y se utilizan en las iglesias, y en las fiestas religiosas. Según la familia, se utilizan para que Dios note que se habían esforzado para embellecer el altar. Se colocan, además, 13 velas (Figura 6). Doce de tamaño mediano y en el centro una más alta, lo que simboliza a los Doce Apóstoles y a Jesús. Además de las velas, se ofrenda

incienso y Coca-Cola. Generalmente se ofrece *pox*, sin embargo, la familia de doña Carmen no bebe alcohol, así que concluyen el rezo con un vaso de refresco por integrante. Cuando les pregunté por qué se ponían velas, doña Carmen y su suegra me dijeron: “[...]es nuestra luz desde el bautismo. Es la luz que nos guía. Como no tenemos nada que ofrecer, prendemos la vela.”.



Figura 6. Ofrenda doméstica. Las trece velas simbolizan a los apóstoles y a Jesús y las tres veladoras fueron colocadas por algunos familiares como parte de una petición a Dios. Foto de la autora.

***Vayjel*, animal compañero**

El concepto *tsotsil* sobre la persona se basa en la idea de que ésta se forma por una “multiplicidad de cuerpos, animales y almas de los cuales la mayoría se moviliza preferentemente durante la noche” (Page 2011:131). Es por eso que, dentro de los estudios

realizados para describir la naturaleza y salud del ser humano, el *vayijel*—animal compañero—aparece como un segundo “espíritu”, “alma” o “ser” de la persona. El animal compañero es un animal que existe físicamente y que habita en las montañas. Su importancia radica en que la vida del ser humano depende de la de su contraparte animal, haciéndolo vulnerable (Guiteras 1965:231). Las personas no suelen saber dónde se encuentra su animal compañero o de qué animal se trata. Este desconocimiento es parte de las medidas que son tomadas para protegerlo y no exponerlo a las agresiones de agentes externos (Lunes-Jiménez 2011; Page 2011).

Con respecto a este tema, doña Carmen me contaba las historias que los abuelitos decían sobre los *vayijel* en Huixtán. Su abuela le contó que antes había un señor que casi muere a causa de que cazaron a su animal compañero:

Dicen nuestros abuelitos, que al coyote sólo le echaron machete, pero no se murió, sólo el dolor. El animal estaba con el dolor y también llegó a su cuerpo del señor que estaba revolcándose del dolor. Así dice mi difunta abuelita, pero ¿por qué?, le dije. Porque es su *ch'ulel* que sentía.” Cuando los hombres que lastimaron al coyote regresaron a la comunidad y escucharon del señor que tenía la misma herida que el animal, lo fueron a ver y se dieron cuenta que tenían que encontrar al animal. Así lo hicieron y lo curaron “cuando se curó el animal, dice que estaba bueno también el señor. (Entrevista 1, 2017:10).

Doña Carmen concluyó su relato diciendo: “si se muere el animal, nos morimos también. ¡Rápido nos morimos!, pero creo que es porque se muere nuestro animalito. Así dicen nuestros abuelitos antes”.

El *tsotsil* y su animal compañero comparten el *ch'ulel*. De acuerdo con lo registrado por Vogt (1979:39) entre los zinacantecos, en la década de 1960, cuando los antepasados

colocan el alma en el embrión, también lo hacen en el animal; en el momento en que nace la persona también lo hace su animal. Durante toda la vida cualquier cosa que le suceda a uno, le sucederá al otro y viceversa. Si el animal es herido o se pierde en el monte, la persona con la que comparte el alma también se enfermará (Vogt 1979:39). Las ideas del *vayijel* se actualizan a través del tiempo e integran nuevos espacios en donde éstos pueden residir. Doña Carmen me asegura que las personas que se encuentran en la cárcel, más que estar ahí por haber cometido un crimen, están ahí porque su animal compañero se encuentra “prisionero” en un zoológico.

Un error que cometí en mi trabajo de campo, sobre todo al inicio, cuando me estaba familiarizando con los conceptos tsotsiles sobre la persona, fue confundir al animal compañero con el nahual. Ambos son *alter ego*. En el tonalismo, el *alter ego* animal comparte con el ser humano parte del *ch'ulel* habita una parte del espíritu del ser humano, ambos están ligados desde el nacimiento hasta la muerte, compartiendo con él su destino, en cambio, el “nahualismo es transformarse a voluntad en animal, poder sobrehumano que algunos cuantos llegan a poseer” (De la Garza 1990:172-173).

El nahual, al que en los Altos se puede referir como *kibal*, es la capacidad de transformarse en animal o en fenómeno natural (Page 2011:149). Hacer la distinción es necesario ya que desde la época colonial se confundieron los conceptos. Tal como señala Mercedes de la Garza, “por una confusión de los términos iniciada seguramente por los frailes y cronistas coloniales, quienes no lograron entender la diferencia ni el sentido de estas creencias en torno a los vínculos con los animales, resulta que a veces hasta los propios indígenas llegaron a llamar nahual al compañero animal” (De la Garza 1990:173).

Un día, sentadas en el patio de la casa, mientras desgranábamos maíz, doña Carmen me contó un sueño. En él, ella se encontraba con el hijo de uno de sus compadres, quien

hace no mucho tiempo había muerto por un rayo. Recuerda cómo sucedió: el rayo lo golpeó “por el fuego el cuerpo olía a humo y rápido se pudrió”. Horas después de su entierro doña Carmen empezó a soñar. Soñaba que volaba como pajarito por el monte y veía montañas y árboles. En su vuelo ella escapaba de cazadores sin cara, que le querían hacer daño, pero como volaba muy rápido y muy alto nunca la podían alcanzar. Ella reía y estaba feliz porque no la podían alcanzar. Doña Carmen, siempre sonriente, me dice: “mi *ch'ulel* volaba como paloma”. Después de soñar, todas las mañanas se levantaba con cansancio y dolor en sus brazos. Un día, su vuelo se vio obstaculizado por un muro que logró sobrevolar. Así, al otro lado del muro donde los que le querían hacer daño ya no llegaban, encontró al niño que había fallecido. Volaron juntos un rato, pero él le dijo: “Tú no puedes ir a donde estoy que ahora mi trabajo es cuidar los cerros”. Doña Carmen quería regresarlo, pero el niño se negaba. Al final, la mandó de vuelta a su casa y entonces ella ya no volvió a soñar con él.

Si bien, se puede considerar como el *ch'ulel* y *vayijel* como pertenecientes a lo “invisible”, el sueño anterior ayuda a ver cómo las cualidades de las entidades anímicas son contextuales. La dicotomía visible-invisible parece ser más una proyección de las categorías de Occidente, que se fundan en oposiciones absolutas. No es que el *ch'ulel* y el *vayijel* sean invisibles, sino que el contexto no propicia su visibilidad. De esta manera, en el sueño de doña Carmen, ella puede ver a su animal compañero y el *ch'ulel* del niño difunto porque el contexto los hace visibles. Esto es importante tenerlo en cuenta al momento de concebir a la persona tsotsil, a la salud y la enfermedad.

La salud y la enfermedad

La salud tsotsil no solamente depende de la interconexión de los elementos que la componen, también depende del respeto que la persona dé a la costumbre, a su trabajo en la comunidad y al cumplimiento de las normas religiosas y a las actividades de la vida cotidiana como el trabajo. La enfermedad es considerada resultado de la pérdida de la protección divina debido a la transgresión de normas morales y de conductas establecidas por la costumbre (Page 2011:190). Mientras más sean las faltas, más grave será la enfermedad, las cuales pueden llegar por diversas vías: el cuerpo, el *ch'ulel* y el *vayijel* (Page 2011). Con respecto a esto, Arias (1975:41), entre los pedranos, afirmó que la “enfermedad es una de las maneras en que los guardianes de la tradición castigan a los pecadores; pero se deben tener presente que esa es sólo una de las maneras entre otras de castigar el mal comportamiento”.

Fábrega y Silver (1973:81) documentaron en los 70, que para los zinacantecos las enfermedades reflejaban y expresaban el estatus de la relación del ser humano consigo mismo, con su grupo social y con las deidades. Por ejemplo, la hostilidad y la envidia, dos sentimientos que conflictúan las relaciones sociales, se consideraban causa, directa o indirecta, de la enfermedad. Entre los andreseros, Holland (1963:120) registró que la enfermedad es el resultado del desacuerdo entre un individuo y su sociedad, que da lugar a sanciones mágico-religiosas. Por su parte, Page (2011:190) señala, entre los pedranos y chamulas, que, si bien la enfermedad es, en términos generales, resultado del comportamiento social, puede adquirirse por dos vías: la pérdida de alguna entidad anímica y la introducción en el cuerpo de algún elemento patógeno.

Holland (1963) clasificó lo documentado en San Andrés Larráinzar como enfermedades naturales y sobrenaturales. Las primeras se consideraban como enfermedades

leves, que no producían ansiedad y que generalmente se solucionaban solas (Holland 1963). Actualmente, éstas pueden ser padecimientos respiratorios como gripe, tos, faringitis; diarreas leves, parásitos, golpes y magulladuras (Page 2011:191). Cabe señalar que Vogt (1979:61) registró entre los zinacantecos que las enfermedades naturales también surgen por cambios en la dicotomía “frío y caliente”, debido a que la cosmovisión tsotsil ordena a las personas y objetos por grados de calor— aunque no necesariamente tienen que corresponder a la temperatura mensurable—. En este caso, las curaciones buscan restablecer el equilibrio natural del cuerpo, entonces si la enfermedad es caliente debe ser contrarrestada con un remedio frío, y viceversa.

Guiteras (1965:119) documentó, entre los pedranos, que no todas las enfermedades se contraían voluntariamente, por ejemplo, un bebé era propenso a enfermar a causa del enojo de la gente mayor, o por estar en contacto con personas que poseían más calor. De manera similar en San Gregorio las embarazadas no pueden estar cerca del frío de los muertos ya que les causara frialdad y, eventualmente, malestar. Esto significa que hay condiciones que facilitan la llegada de la enfermedad: la edad temprana, cuando una persona carece de sabiduría para protegerse, la debilidad; el sueño, cuando el *vayijel* sale del cuerpo a vagar, y éste no recibe la protección del *ch'ulel* (Guiteras 1965:119).

Un ejemplo de este tipo de clasificación lo tenemos con Andrés, hijo de doña Carmen, a quien hace un año le dio apendicitis. De acuerdo con su madre, la apendicitis da por un enojo que debilita al cuerpo. La razón de enojo en el caso de su hijo había sido que sus primos fueron a sacar miel, y olvidaron decirle. Ella recuerda que ese día comieron huevo con tomate y arroz, y más tarde carne. “Todo ahí se revolvió. Es muy peligroso la carne y el huevo”, me decía doña Carmen. En circunstancias normales esa mezcla no habría

ocasionado nada, pero el calor producido por el enojo más el de los alimentos, resultó en un desequilibrio calórico en el cuerpo que afectó a su hijo.

A Andrés lo operaron en San Cristóbal, tanto su madre como él ignora qué fue lo que hicieron los doctores. A las pocas semanas de su operación fui de visita a la comunidad y salí a caminar con él. Cuando regresamos a su casa, doña Carmen había conseguido carne de una res que acababa de matar su vecino. Andrés que venía caminando conmigo, me dijo que él no podía ver la carne cruda o se iba a enfermar. Su madre gritó desde la cocina: “no puede ver carne fresca o le va a agarrar cáncer. Está recién operado.” Andrés pasó de largo con los ojos cerrados y se comunicaba con nosotros a gritos desde afuera. Doña Carmen rápidamente cocinó la carne para que su hijo pudiera entrar.

En contraste, las enfermedades sobrenaturales son todas aquellas que se entienden como castigos por la transgresión de las normas sociales, la desviación de las tradiciones, y el incumplimiento de las obligaciones religiosas y morales (Holland 1963:121). De acuerdo con la investigación de Holland (1963:120) “los tsotsiles creen que una persona se encuentra bien por naturaleza hasta que su salud es perjudicada por medios mágicos”. Así, Holland (1963:120) reportó que, en San Andrés Larráinzar, la medicina tsotsil se fundaba principalmente en causas y curaciones sobrenaturales, a excepción de los males sencillos, las enfermedades son interpretadas como un castigo de las fuerzas sobrenaturales aplicado al que transgrede las pautas tradicionales de la sociedad.

La enfermedad como control social

De manera muy breve me interesa abarcar la idea de cómo la enfermedad es un sistema de control social. Lunes-Jiménez (2011:228) afirma que esto se debe a que la enfermedad es

lanzada principalmente como castigo por parte de los *j'iloletik* hacia los “pecadores” y/o los ofensores, pues ellos son los guardianes de la tradición y de las normas morales. Sobre esto, Arias (1975:41-42) señaló que, entre los pedranos, la idea del *ch'ulel* como conciencia provocaba que los sujetos tuvieran reparo de sus propias violaciones a las normas de la tradición y que se debía pedir perdón, siendo este el primer paso en la práctica terapéutica. “Ser jactancioso ante la gente, especialmente ante las personas con experiencia, provoca la ira y los celos, tarde o temprano es causa de infortunio, especialmente en forma de enfermedad” (Arias 1975:41-42). Por su parte, Guiteras (1965:120) señaló que la envidia se utilizaba para ahogar la ambición, evitando de ese modo la disparidad, la desigualdad, y consecuentemente la competición.

Entre los zinacantecos, Vogt (1979:40) señaló que el control social radicaba en que cualquier tipo de comportamiento incorrecto provocaría la ira de los antepasados resultando en el castigo, siendo este la pérdida del alma, o –en los casos más extremos- en la expulsión del animal compañero del corral donde son protegidos, para que deambulara desprotegido. Por su parte, entre los pinoltecos, Hermitte (1970:147-158) documentó que el poder sobrenatural se hacía presente en el mundo humano mediante ciertos personajes que iban adquiriendo autoridad, obteniendo con ello un estatus que los autorizaba para castigar y/o curar. Esta autoridad se adquiría ya sea por medio de cargos políticos y o religiosos, o por los conocimientos acumulados a lo largo la vida. Según este estudio hay tres tipos de agentes de control social: *me'iltatil* que cuidan a los individuos y a la comunidad - *poxtawanej* - a cargo de la curación de enfermedades -, y los *ak'chamel* - dedicados a "echar mal"- siendo estos los tres roles más importantes en el control social de la comunidad (Hermitte 1970:147-158).

Enfermedades del *ch'ulel*

Existen varias enfermedades relacionadas con el *ch'ulel*, la mayoría se pueden adquirir en los sueños (Lunes-Jiménez 2011). Entre los pableros, durante la década de 1960, Köhler (1995:22-23) las registró como *ch'ulelal*, traducéndolo como “el problema del alma” o “la enfermedad del alma”. El *ch'ulel* puede ser víctima de los descuidos de la persona, si no se atienden los sueños amenazantes (Page 2011:174). Los sueños pueden ser sumamente peligrosos para éste, así, el *ch'ulel* de uno puede encontrarse con otros que son más fuertes y malvados, y causar enfermedades muy serias. Como veremos más adelante, la locura, entre los pedranos, de acuerdo con lo que documentó Guiteras (1965:240), es resultado de un encuentro de este tipo. La cuestión con los sueños es que el *ch'ulel* disfruta deambular y en ocasiones se pierde. Cuando éste ha permanecido fuera del cuerpo más de cierto tiempo, que variará para cada quién en función de la fuerza de su sangre, la persona enfermará, y si se prolonga demasiado, se producirá la desconexión entre ambos con el consecuente deceso de la persona (Page 2011).

Para chamulas y pedranos, dentro de las enfermedades relacionadas al *ch'ulel* se pueden encontrar dos tipos: *Muc'ta Ch'ulel* e *Its'inal Ch'ulel* (Page 2011:198-204). Las primeras a las que Page (2011:198) se refiere como celestiales, son enviadas por Dios, para castigar a los humanos, o eliminarlos (Page 2011). Estas enfermedades son epidémicas y afectan a todos los seres humanos, son de corta duración, pero nadie se salva de padecerlas. En este caso, debido a que estas enfermedades tienen cualidades celestiales no se recomienda la participación de un *j'ilol* ya que si lo hace el mismo procedimiento empleado puede coadyuvar el agravamiento del enfermo (Page 2011:198-199). La mayoría de los padecimientos de *muc'ta ch'ulel* son considerados como calientes, aunque pueden contener

ambas temperaturas (Page 2011). Entre las enfermedades más frecuentes se encuentran: la varicela, el sarampión, paperas, viruela, entre otras (Page 2011:199-203).

Las enfermedades *its'inal ch'ulel* afectan directamente al *ch'ulel* (Page 2011:204). Como mencioné anteriormente, éste puede desprenderse del cuerpo en diversas circunstancias, por ejemplo, durante el sueño. Así, cuando el *ch'ulel* tiende a abandonar el cuerpo por las noches y vagar por el Otro Mundo/ Otro Cielo-Otra Tierra “*Yan Vinajel-Yan Balamil*”, se arriesga a encontrarse con el *ch'ulel* de personas muy fuertes, que pueden maltratarlo, apresararlo y venderlo. Sobre esto, Köhler (1995:22-23) señaló que entre los pableros la “enfermedad del *ch'ulel*” refiere a que los *ch'uleltik* cayeron en poder de las deidades malignas quienes los someten a diversos maltratos. Asimismo, es frecuente encontrar referencias a la *ipixantal* (envidia), que también es una de las causas principales de enfermedad. Igualmente, el diablo puede ponerle trampas con alimentos con lo que se introduce la enfermedad a la persona.

Dentro de las enfermedades más frecuentes que penetran por la vía del *ch'ulel* tenemos: quebradura de *ch'ulel*; *xi-el* susto o espanto; *muk'ta ch'ulelal* enfermedad mayor del *ch'ulel*; *ch'onbital ch'ulelal* venta de *ch'ulel*; mal del sueño *poslob ch'ulelal*; pérdida de *ch'ulel* como consecuencia del encuentro con un demonio; y por último *chuvaj*, atarantamiento o locura (Page 2011:205).

En suma, como veremos más adelante la enfermedad afecta al individuo no sólo de manera física, sino social. Lo anterior nos permite entender, de manera muy general, el sentido que los *tsotsiles* y *teltales* dan a la enfermedad. Veremos ahora cuáles son las implicaciones sociales y las consecuencias que tienen en la vida de las personas enfermas de *chuvaj*.

CAPITULO IV

LA ENFERMEDAD DEL *CHUVAJ*

“Cuando un sueño no puede ser explicado, se dice que es simplemente la locura del alma” (Laughlin y Karasik 1992:25).

El caso del “joven que había perdido su mente” se presentó ante mí cuando le pregunté a sus familiares cuál había sido la última enfermedad grave de la unidad doméstica. Era obvia la conmoción familiar que había causado la enfermedad. No solamente había sido un proceso difícil para los presentes, sino que significó un gasto excesivo que endeudó a la familia durante los siguientes años. Mi primer acercamiento a lo que sería mi tema de estudio se dio a través de la familia de Xun, sin embargo, me hacía falta conocer su versión, misma que llegó casi al final de mi trabajo de campo.

Mi presencia, poco a poco, se hacía más común en la comunidad y en la familia de Carmen y Horacio. Los presentes cada vez se sentían más cómodos a mí alrededor. A lo largo de mi estancia en campo, mi relación con Xun fue cambiando. Mientras pasaba el tiempo se sentía más seguro conmigo y poco a poco me hablaba más. Él disfrutaba practicar su español conmigo y yo disfrutaba escucharlo. La culminación de su confianza se mostró cuando habló de su enfermedad. Se quejó del psiquiatra que le había dicho que era

esquizofrénico, me contó sobre las voces que lo atormentaban, de todos los agentes terapéuticos que visitó y cómo había logrado, después de tres años, encontrar la tranquilidad.

Mediante un acercamiento paulatino a Xun logré reconstruir su trayectoria médica, la cual analizo en el siguiente capítulo, pero, en términos generales, podemos decir que su enfermedad inició cuando escuchó unas voces durante la noche que lo llevaron a perderse en el monte escapando de la gente que él pensaba quería hacerle daño. Nada de lo que él escuchó era percibido por otra persona.

Durante el primer año de su enfermedad asistió con diferentes *jpoxtavanejetik* y un psiquiatra, quien le recetó antipsicóticos que no significaron mejoría alguna, sino daños a su estómago, fiebres altas y dolores de cabeza. Además, de esto gastó en una terapia que, al estar en español, él no entendía. Después de este año, la enfermedad no sólo proseguía, sino que se intensificaba. Desesperados, él y su familia, regresaron a la medicina *tsotsil* y *tseltal* y buscaron a más *jpoxtavanejetik*. Su búsqueda de atención médica los llevó hasta Guatemala, con un *ah kin K'iche'*. Así, Xun recibió el diagnóstico que cambió su vida: su enfermedad era revelación de un don, el don para curar.

Partiendo de los síntomas que la familia de Xun identificó me propuse a investigar si alguna vez habían relacionado dichos síntomas con la locura, y de ser así por qué. Al revisar la literatura en búsqueda de referencias sobre el tema, encontré que el único concepto con el que podría relacionar el caso estudiado era el de *chuvaj* en *tsotsil* (Eroza 2006:79; 2008:379; Fabrega y Silver 1973:247; Freyermuth 1993:75; Guiteras 1965:122; Holland 1963:280; Page 2011:210; Vogt 1979:302) o *chawaj* en *tseltal* (Collier et al. 2000:22; Manca 2009:224; Pitarch 2010:13).

Metodológicamente hablando sabía que podía comprometer los datos si preguntaba directamente si Xun tuvo *chuvaj*. No solamente porque acotaría la respuesta a un simple “sí

o no” sino porque deseaba buscar las categorías con las cuales ellos mismos explicaban la enfermedad. Así, en lugar de buscar la respuesta partiendo desde este caso particular, pregunté por el concepto. Pedía que se me explicara una palabra (*chuvaj*) que había escuchado pero que no sabía qué significaba. La respuesta unánime fue que el *chuvaj* era el *loco*, el que se enloquecía, el que perdía la mente. Con la intención de darme más información sobre mi pregunta utilizaban un ejemplo: a Xun. “¿No sé si tú conozcas al joven de aquí?”, me decían, y cada quién contaban aspectos diferentes de la enfermedad. Unos argumentaban que era *chuvaj* porque veía y escuchaba cosas que no estaban ahí, otros porque se iba a caminar de noche sin rumbo al monte, otros por sus cambios de humor y sus repentinos ataques violentos. Sin embargo, no nada más me hablaron de él. Me contaron las historias de los abuelitos y sus remedios los cuales se siguen utilizando. Escuchando a la gente percibí que había diferentes tipos de *chuvaj*, diferentes experiencias de “estar loco”.

Por esta razón, decidí ampliar mi tema de investigación y abarcar más allá de una trayectoria médica particular. Preguntar primero por el concepto me otorgó un sinfín de información, de historias, de narrativas y de diferentes maneras en la que la locura es entendida. No es lo mismo el *chuvaj* que se enferma de tanto pensar, que el que es víctima de brujería y envidias, el *chuvaj* moderno que sufre de amor, se suicida y se comporta como ladino o aquél *chuvaj* cuya locura es la revelación de un don.

Entonces, el propósito de este capítulo es entender el concepto de “locura” *tsotsil*, con todas las facetas que pude registrar, y mencionar sus causas, síntomas, remedios y complicaciones.

El *chuvaj* desde la literatura

Como en todas las sociedades, una persona es generalmente considerada demente cuando se encuentra desorientada en su propio ambiente y cuando su conducta llega a ser ineficaz cuando se enfrenta con la realidad (Holland 1963:280).

Las palabras de William Holland—quien estudio la medicina maya en el municipio de San Andrés Larráinzar en los años 50—funcionan como base para entender la enfermedad del *chuvaj*. Se trata de una enfermedad que hace justamente eso: desorienta a la persona en su propio ambiente y dificulta las relaciones con el grupo social. De acuerdo con este autor el *chuvaj* es “la psicosis, en todas sus formas” (Holland 1963:281). Page (2011:210) y Freyermuth (1993:75) lo documentaron como “atarantamiento”. Por su parte, Manca (2009:224) lo refiere como “pérdida de la razón por temporadas que se van alargando”. A partir de su trabajo en la década de 1970, Fabrega y Silver (1975:247) son los únicos que lo documentaron como “agresividad”. Sin embargo, el registro más utilizado hasta la fecha es “locura” (Collier et al. 2000:22; Eroza 2006:79; Fabrega y Silver 1973:247 Guiteras 1965:122; Pitarch 2010:13; Vogt 1979:302). La palabra *chuvaj* se puede utilizar como sustantivo y verbo, así se puede escuchar tanto “el *chuvaj*” como “estar *chuvaj*”.

Síntomas

Los síntomas que caracterizan al *chuvaj* reflejan conductas indeseables para la sociedad tsotsil, por ejemplo, que las personas canten, silben, griten, hablen o mascullen de manera

estridente e irrespetuosa; que pierdan el apetito o que olviden comer; que se desnuden públicamente o utilicen ropa del sexo contrario; que se queden dormidos donde sea; y que caminen sin rumbo por las montañas; que huyan al monte y se desorienten (Collier et al. 2000; Fabrega y Silver 1973; Guiteras 1965; Holland 1963). Page (2011:210) identifica que el enfermo se “ataranta” y se echa a correr; no sabe qué hacer, ríe, llora, habla y grita solo.

Uno de los síntomas más frecuentes es que el enfermo pierde la capacidad de comunicarse con sus semejantes y de relacionarse eficazmente con su grupo (Holland 1963). Esto se debe a que las personas con *chuvaj* difícilmente logran mantener una conversación. Entre los zinacantecos, Fabrega y Silver (1973:247) lo refirieron como “escuchar mal” (“*poor hearing*”), y agregaron que una persona sufriendo de esta enfermedad no cumplirá con las reglas sociales: ignorará a las personas cuando le hablen, no responderá y será irrespetuoso. En San Gregorio también hicieron hincapié a esto como “no platicar bien”.

El comportamiento violento es uno de los síntomas más importantes del *chuvaj*, especialmente cuando los arranques de hostilidad son repentinos y sin razón aparente (Fabrega y Silver 1973:100; Guiteras 1965:157; Holland 1963:281). Fabrega y Silver (1973:100) señalaron que en Zinacantán los cambios en la intensidad de agresividad de una persona o la tendencia a la irritabilidad estaban relacionados con el *chuvaj*. En San Gregorio, esa es una de las principales preocupaciones, pues no solo quieren lastimar a otras personas, sino también a sí mismas.

A pesar de que la mayoría de sus síntomas tienen que ver con cambios en el comportamiento social, el *chuvaj* tiene algunos síntomas físicos como dolores que suben a la cabeza, sentimiento de debilidad en todo el cuerpo y fuertes mareos (Collier et al. 2000; Fabrega y Silver 1973; Manca 2009). Fabrega y Silver (1973:99) documentaron también tos, falta de apetito, dolor en el pecho y temperatura. Manca (2009:225) registró dolores de

estómago y náuseas. Un síntoma único y poco mencionado es que se oscurezca la visión, se pierda la visión o se vea sólo negro (Collier et al. 2000:25; Manca 2009:225). Como veremos más adelante, el primer síntoma que identifica Xun es precisamente éste.

Eroza (2006:79), entre los chamulas y Fabrega y Silver (1973:247) entre los zinacantecos, registraron las “alucinaciones” y pensamientos delirantes como síntomas poco frecuentes, pero característicos del *chuvaj*. También se ha reportado que el enfermo imagina a gente que está junto a él (OMIECH 1989:34). Por último, se reconocen también como síntomas los cambios repentinos de humor, la tristeza, y la desmotivación que pueden llegar a impedir a la persona a llevar a cabo sus tareas diarias (Collier et al. 2000; Eroza 2008).

Causas

“El *chuvaj* viene del alma y por el sueño”
(Freyermuth 1993:75).

La enfermedad del *chuvaj* afecta el *ch’ulel* y generalmente lo hace en un sueño (Freyermuth 1993; Guiteras 1965; Holland 1963; Page 2011). Es común que la enfermedad se perciba como un encuentro violento entre dos *ch’uleletik* en el *Yan Vinajel-Yan Balamil* “Otro Mundo-Otra Tierra”, o como un ataque hacia el animal compañero en la montaña sagrada (Holland 1963). Sobre esto, Guiteras (1965:122) menciona que la locura “se atribuye a un golpe que recibe en la cabeza el *ch’ulel* de una persona por parte del *ch’ulel* de un garrote, blandido por otro *ch’ulel*.”. Page (2011:224) considera que penetra por la vía de los sueños cuando la recoge el *ch’ulel* a lo largo de sus andanzas.

Durante las investigaciones en la década de 1960 y 1970 se documentó entre los pedranos, los zinacantecos y los andreseros que el *chuvaj* provenía del inframundo a manera de castigo por los seres que vivían ahí (Fabrega y Silver 1975; Guiteras 1965; Holland 1963). Guiteras (1965:122), entre los pedranos, registró que se consideraba como un castigo aplicado por un miembro del Ayuntamiento de los Muertos en el *K'atimbak*. El *K'atimbak* era a donde iban las almas después de la muerte, el “centro de la tierra”. De manera breve, en el caso de los andreseros, Holland (1963:125) agregó que la esquizofrenia era producida por los dioses de la muerte y los hechiceros. Aunque dijera “esquizofrenia” es probable que el autor se refiriera al *chuvaj* ya que posteriormente la refiere como “psicosis”.

De acuerdo con Manca (2009:224), en Tila, el *chuvaj* es un ejemplo de la presencia constante y violenta de las divinidades en la vida cotidiana tsotsil y tseltal. Sobre esto, la autora agrega que es provocado por los seres poderosos del inframundo “que quieren castigar a los seres humanos que osan entrar a sus espacios, no se acuerdan de ellos, o dedican excesiva atención a las divinidades celestes” en este caso, el castigo también está motivado por la envidia de estas deidades. Por eso, la autora considera la enfermedad como un ejemplo de la violencia simbólica incrustada en la cosmovisión maya tsotsil y tseltal.

Otras causas son el *ak'chamel* (mal echado) a la cabeza, la envidia, el alcoholismo o la señal de poseer el don de curar (Holland 1963; Eroza 2006, 2008; Fabrega y Silver 1973; Guiteras 1965; OMIECH 1997; Page 2011). En el caso zinacanteco, Fábrega y Silver (1973:247) también registraron que cuando el *chuvaj* era resultado de *ak'chamel* se debía a la introducción de gusanos por oídos y nariz de la víctima.

Aunque la mayor parte de los autores están de acuerdo con que la enfermedad es resultado del castigo divino por las actitudes y conductas de los humanos (Eroza 2008; Holland 1963; Fabrega y Silver 1973; Manca 2009), Collier y compañía (2000:23) brindan

una interesante aportación ya que registraron, en la década de 1990, que en Tenejapa y Zinacantán se relacionaba más con el estrés que provocaba el rápido cambio socioeconómico. Esta nueva mirada a la enfermedad la colocó como un reflejo de los “dilemas intratables [...] no necesariamente personales, sino de la marginación, los rápidos cambios sociales y las diferencias económicas” (Collier et al. 2000:23). Estos autores son los únicos que relacionaron el *chawaj* con el abuso en el matrimonio y consideraron que es más común que lo sufran las mujeres. Es decir, como una forma de estrés emocional en todas tus expresiones.

Curación

En la mayoría de los casos, el *chuvaj* no tiene cura, pero si se llegase a buscar una curación se debe acudir a con un *j'ilol* ya que es el único que puede atender la enfermedad (Collier et al. 2000:29; Freyermuth 1993:75; Holland 1963:281; Manca 2009:224; Page 2011:210; Pitarch 2010:13). Holland (1963:281) registró entre los andreseros el uso de remedios que incluían baños en agua caliente con hierbas y vapores a los que se exponía la cabeza del paciente, también se podía lavar la cabeza del enfermo en *chuvaj jil vomol* (planta para curar el *chuvaj*). Por su parte, en Zinacantán, Fabrega y Silver (1973:247) documentaron un remedio llamado *poxil chuvaj* (medicina del *chuvaj*). La planta se molía cruda y se hacía jugo; después se introducía por la nariz y por los oídos (por donde se introdujeron los gusanos). Otro remedio era hervir una cierta cantidad de insectos que viven en tierra caliente y, posteriormente, beber el agua. Sin embargo, cuando estos métodos fallaban, se debía recurrir al rezo y a la ceremonia (Fabrega y Silver 1973:247; Holland 1963:281).

La OMIECH (1997:4) menciona que la planta para curar el *chuvaj*, utilizada en los municipios de Chenalhó, Mitontic, Larráinzar y Pantelhó, es el *K'anal Nich Vomol*. Esta planta es identificada como *Asclepia curassavica l*, hierba lechosa de 45cm de alto, tallo mediano, que crece en la orilla del caminos y lugares húmedos. Para su preparación se corta el tallo por la mitad y se extrae la leche: “de ésta se le pone una gota en la nariz del enfermo. Después de un minuto empieza a estornudar y así empieza a salir la enfermedad” (OMIECH 1997:4). Esto se debe realizar tres veces al día, por un día, si no se cura hay que recurrir al rezo.

Otro remedio para la “locura” entre los mayas de Yucatán era el de “sangrar”. De acuerdo con Roys (1975:28-29) el dejar sangrar a un paciente cortando las venas en lugares específicos—las que se encuentran en la base de las uñas, las encías y las cejas—y dejar salir la “mala sangre”, servía para liberar al enfermo de la locura

Sufrir de *chuvaj* en San Gregorio, Huixtán

Cuando le pregunté por primera vez a doña Carmen sobre el *chuvaj*, me contestó: “¡Ah! El *chuvaj* es el que enloquece. Es la enfermedad en que se pierde nuestra mente”. Ella dice que es una enfermedad del *ch'ulel*: “... a veces, nuestro *ch'ulel*, digamos nuestro espíritu, se encuentra con un mal espíritu y ya con eso. Así empieza...”. Especialmente el peligro lo corren los *ch'uleletik* buenos y débiles. La partera de la clínica de promotores de la comunidad cercana dice que la locura es porque “molestan a tu *ch'ulel*”. Esperanza, una aprendiz de partería, agrega que sucede porque el “animal [*vayijel*] está amarrado en las montañas o se aventó de un cerro”. También consideran que puede llegar por tristeza, porque se piensan muchas cosas o se enojan mucho las personas.

El *chuvaj* se considera una enfermedad que viene y va. Así, la persona puede estar normal y en cualquier momento pueden alterarse y empezar a comportarse diferente. Manca (2009:244) menciona algo similar, solo que agrega que los lapsos de locura se van alargando cada vez más. Cosa que puede estar relacionada a la fragilidad de la persona frente a la ausencia del *ch'ulel* y mientras más pase el tiempo más difícil es de curar la enfermedad.

Doña Carmen y su cuñada, Margarita, conocen a una señora *chuvaj* en la comunidad. Se sabe que está enferma porque se le puede ver caminando sin rumbo por el monte, no contesta cuando le hablas, y no te mira. Sólo camina. Empero, en ocasiones puede notar tu presencia y lanzarte piedras, palos o perseguirte intentando golpearte. Sin embargo, la mayor parte del tiempo simplemente está sola en el monte, en el camino, murmurando incoherencias. A veces se va caminando hasta Huixtán, y la policía la tiene que regresar a su casa. Margarita dice que “[...]te platica la señora, pero ya no es buena su plática. Tantas cosas que dice que no son verdad, no son lo que dice la señora”. A veces se la ha visto dejando flores silvestres, juncia y ramas de ciprés en los panteones de las comunidades aledañas.

Dicen que antes, la señora vivía bien, tenía marido e hijos. Su locura llegó cuando se puso a estudiar un “mal libro”, de esos que se utilizan para magia negra. Al parecer ella creyó que si estudiaba todo lo que estaba en el libro iba a conseguir una llave que ella podría usar “donde quiera, para sacar dinero o lo que quiera de cualquier tienda”, sin que nadie la viera. Se volvió loca, porque estudió y estudió, por pensar demasiado.

Para doña Carmen y Margarita la locura de esta mujer está justificada, porque ella “la buscó”. Su ambición la volvió *chuvaj*. Sin embargo, la situación de la señora también tenía un trasfondo. Al parecer, ella ya no tenía hijos en la comunidad y su esposo la había

dejado. Margarita cree que la señora camina hacia Huixtán, no porque quiera ir hacia allá, sino porque quiere llegar a San Cristóbal donde se encuentran sus dos últimos hijos. Según ella, sus visitas al panteón se deben a que su hermano había fallecido hace mucho y la señora cree que “en todos los panteones está su hermano”.

En este caso, la primera explicación para la enfermedad es el castigo divino ante la ambición de la mujer y por usar magia negra. Sin embargo, también se explica como resultado de sus propias circunstancias y sufrimientos. En la narrativa de Margarita y Carmen no se sabe si la mujer se volvió loca antes o después de que la dejara su esposo o se fueran sus hijos. Desconozco la situación socioeconómica de la mujer, sin embargo, considero que, si estudiaba *ak'chamel* para poder acceder a dinero y cosas materiales, la pobreza y las presiones socioeconómicas también aquejaban su vida.

Si recordamos, las enfermedades que afectan el *ch'ulel* surgen por el desprendimiento y ausencia de éste, el cual primero debilita y después mata (Guiteras 1965; Hermitte 1970; Gossen 1988b; Page 2011; Pitarch 1996; Vogt 1979). Es por esto que, en San Gregorio se considera un factor importante en la curación del *chuvaj* la rapidez con la que se busca el remedio para la persona. Doña Carmen argumenta que “el *chuvaj* si no busca remedio rápido, ya cuando tarda, es más difícil que se cure”. Sobre esto considero que se trata de la ausencia peligrosa que presenta el *ch'ulel*, no sólo en su término de alma y fuerza vital (Holland 1963) sino en su término humanizador y de conciencia.

Si observamos los principales síntomas del *chuvaj* entendemos que la enfermedad pone en riesgo la humanidad misma de las personas. Uno de los peores síntomas es que la gente *chuvaj* “ya no saben hacer nada, olvidan todo”. Es decir, ya no saben “ser” *tsotsiles*. Como bien dice Romero (2015:27) la locura “arrebata la condición humana” y afecta las categorías que la sociedad considera esenciales para la convivencia. En el caso *tsotsil* éstas

se ven amenazada cuando la gente se desnuda, agrede, comete faltas de respeto, se suicida, se enamoran y huyen sin respetar “el Costumbre”, dejan de trabajar y de comer. Así, la persona deja de ser persona y se vuelve en un enfermo *chuvaj*, cuya situación es incurable y despreciada.

Nacer “loco”

Hemos dicho que al atacar al *ch’ulel*, el *chuvaj* es una enfermedad que afecta la convivencia y la existencia social. Esto puede confirmarse cuando sabemos que a los niños no les puede dar *chuvaj*, ni un bebé puede nacer loco, pues si consideramos el *ch’ulel* como la conciencia, aprendizaje y socialización, entenderemos que los niños no nacen tsotsiles, se hacen tsotsiles conforme van adquiriendo su *ch’ulel* (Arias 1975; De León 2005; Sánchez 2012).

De acuerdo con Sánchez (2012:296) una persona sólo puede llegar a tener *ch’ulel* cuando, después de la niñez, “desarrolla suficientemente las capacidades de sus sentidos y de su mente en el entendimiento, conocimiento y explicación de las cosas y de su realidad, así como de su propio ser”. Por consiguiente, si vemos el *ch’ulel* así y no como una calidad innata (o además de) podremos concebir que aquel que sufra *chuvaj* primero debe ser persona.

Uno de los hermanos menores de Carmen, hijo del mismo padre, pero de diferente madre, nació con un tipo de retraso mental. Luisito, nació, en palabras de su hermana mayor “con la mente incompleta”. Entiende y habla poco, es bizco, pero come y trabaja, y esa es la razón por la cual está integrado a la dinámica familiar. Luisito no es *chuvaj* a pesar de que a veces tenga ciertos comportamientos anómalos como hablar solo, murmurar, y no platicar bien. Su impertinencia se ve como un acto de inocencia, como si su persona

estuviera incompleta, pero no enoja ni preocupa como aquella causada por el *chuvaj*. No lo consideran *chuvaj* porque él nació así: “Luisito no está loco. No, sino que ese es normal. Está perdido un poco, no está completa su mente. Sólo eso nada más. No es como digamos que está loco, no” dice doña Carmen.

De acuerdo con la familia, al padre de Luisito lo castigó Dios, porque era borracho y golpeaba a su mujer, aun cuando ella estaba embarazada. Por eso, cuando nació, ella falleció y a él lo tuvieron que criar sus hermanas y hermanos. Doña Carmen cree que Luisito nació así, por la tristeza de su mamá y porque quizá Dios estaba castigando a su padre.

Estigma y *chuvaj*

Una enfermedad que deshumaniza, estigmatiza. Siguiendo la idea de estigma de Goffman (2012:14), una persona que tiene *chuvaj*, es portadora de un atributo que lo vuelve diferente a los demás y que de acuerdo con las categorías tsotsiles sobre la persona, lo convierte en alguien no apreciable y peligroso. Así, a las personas con *chuvaj* se les teme e invisibiliza. Martina, la partera, recuerda un caso de *chuvaj* en San Pedro, de donde ella es originaria, una comunidad tseltal del municipio de Huixtán:

Porque allá donde vivía si hay un hombre que conocíamos antes, pero se murió. Siempre cargaba pues, busca algo de lo que puede cargar y siempre sale a molestar a la gente, o sale a gritar o sale a decir cosas. Pero sin saber qué es lo que está haciendo, decía pues cuando vuelve en sí, pero cuando está en su... cuando le da eso, siempre es así. Pero sí daba miedo, nos escondíamos, nos tapábamos en la casa, que no entre en la casa. (Entrevista 2, 2017:7).

Ella recuerda cómo la familia del señor tenía que esconder machetes, hachas, azadones, o cuchillos porque los quería agarrar. Asimismo, cómo por el miedo que ocasionaban las personas con *chuvaj* en su pueblo, los dejaban amarrados en un poste, o en los patios de la casa para que no pudieran huir y lastimar a la gente. La violencia como parte del diagnóstico del *chuvaj* es esencial y fue mencionada por todos. Igualmente, se hizo presente en la trayectoria de Xun, por lo que su familia, también, tuvo que esconder cuchillos y machetes, pero no porque quisiera hacerle daño a alguien más, sino porque quería hacerse daño a sí mismo.

Según Martina el *chuvaj* es una enfermedad que la gente no olvida. Donde no sólo el enfermo sufre sino la familia que lo está acompañando y que está buscando una cura:

Por ejemplo, una familia tiene a su hijo o hija no te dice pues que se está enferma de eso [*chuvaj*], porque para mí es algo como muy especial, o muy íntimo. Porque digamos si me enfermo de eso, la gente ya no confía de mí, o ya no me quieren hablar. O un poco de rechazo así, con la gente. He visto eso. (Entrevista 3, 2017:3).

De acuerdo con Goffman (2012:16) el estigma provoca, en este caso, que el enfermo deje de verse como una persona cabal y es reducida a un ser incompleto y temido. También, considero, que la existencia de las personas con *chuvaj* son fuente potencial de conflicto, pues por su condición de ambigüedad constantemente se está poniendo en duda su humanidad. Sobre todo, cuando la enfermedad se presenta de manera intermitente.

Nich xchel*: remedio local para el *chuvaj

Por un breve periodo de tiempo, el *chuvaj* tiene esperanza de reincorporarse a la sociedad.

En San Gregorio se conoce un remedio herbolario para la locura. Este ha sido utilizado desde el tiempo de “los abuelitos” y se sabe que puede curar el *chuvaj* cuando se trata de un aire en la cabeza que produce el enloquecimiento. Doña Carmen recuerda lo que decían los abuelitos sobre la enfermedad:

Dicen, según los abuelitos de antes, que entra el aire en nuestra cabeza. En nuestro cerebrito Entra un poco *enfriedad* de aire y con ese, empieza nuestro cerebro así [con las manos hace como que le gira la cabeza] ya no reacciona bien digamos. Se pierde, pues. El que le agarra así la enfermedad del *chuvaj* le meten hierba en su nariz, parece que se va a ir a calentar su cerebro. Dicen que salga todo el aire. (Entrevista 1, 2017: 1).

Con respecto a su preparación, el promotor de la comunidad menciona que primero se consigue un puño de la planta, se machaca y se agrega poca agua. Después se saca la tintura, con un colador de tela, y las gotas se meten a la nariz del enfermo.

[...] Y con eso se cura, y eso es una enseñanza de nuestros abuelos. Así, mi papá me enseñó a mí y así vamos a ir enseñando. Entonces se curan y ya quedan otra vez normal [...]. Una vez recuperadas, se ven así normal como nosotros: trabajan y entienden bien. Hay otro señor aquí, por esta comunidad de Yalcuk, yo creo que hace como un año, o menos, así le pasó. Sale huyendo, corre, platica, ríe, o te regaña, entonces le dimos también la misma plantita. Ahorita está bien. (Entrevista 4, 2017: 17).

La planta, cuyo nombre en “castilla” (español) nadie conoce, en tsotsil se llama *nich xchel* y tiene un olor similar a la menta. Sin embargo, el olor es imperceptible cuando la planta está en su estado natural, es hasta que es machacada que empieza a expedir su fuerte aroma. El promotor ha aplicado el remedio muchas veces y siempre por la nariz—a Xun también se lo aplicó—. Se dice que la fuerza de la planta va a subir hasta el cerebro y debido

a que huele muy fuerte, enfría la cabeza. Sin embargo, puede ser doloroso y esto puede dificultar su aplicación, pues según su experiencia cuando las personas se vuelven *chuvaj* se vuelven más fuertes y se necesita ayuda para controlarlos y aplicarles el remedio.

Este método varía un poco respecto a lo documentado por otros autores. Holland (1963:281) reportó que al enfermo se le lavaba la cabeza y se bañaba con *chuvaj jil vomol*. Mientras que Fabrega y Silver (1973:247) señalaron que la tintura se introducía en los oídos del enfermo. Claramente es un remedio que tiene variaciones dependiendo de la región y que seguramente ha cambiado a lo largo del tiempo. No sólo el método de curación cambia sino la planta misma, puesto que la gente utiliza las plantas que son accesibles a su alrededor. Por ejemplo, la planta que identifica la OMIECH como remedio para el *chuvaj*, llamada *k'anal nich vomol*, no sólo no la conocen en Huixtán, sino que están seguros de que la planta no se da ahí.

Identificación de la planta *nich xchel*

A petición mía, en diciembre de 2017, doña Carmen y su hija María me llevaron a donde crece abundantemente el *nich xchel*: entre la milpa y la leña; donde hay suficiente sombra y humedad (Figura 7). “Es una planta fría, le gusta el agua y el frío”, me decía doña Carmen mientras cortábamos un manojito hasta la raíz. Para identificarla llevé un ejemplar vivo a la Universidad de las Américas Puebla, donde el maestro Jerónimo García Guzmán del departamento de Biología, la identificó como perteneciente a la familia de las *Lamiaceae*.

Dentro de la familia de las *Lamiaceae* se encuentran la mayor parte de las plantas olorosas (lavanda, menta, albahaca). Para acotar un poco más la identificación utilicé como referente el trabajo de Martínez-Ico y compañía (2015), en el cual se hace un inventario

florístico de la vegetación de pino-encino en la comunidad de Bazóm, Huixtán. Dentro de la categoría *Lamiaceae* se encontraba la lista de plantas, revisé una por una y comparé las fotografías con el espécimen que había traído conmigo. Junto con el maestro García Guzmán acordamos que se trata de una planta perteneciente al género de *Clinopodium sp.* De acuerdo con Domínguez-Vázquez (2002:44) en Chiapas existen seis especies de *Clinopodium*, por lo tanto, no puedo afirmar la especie a la que pertenece la *nich xchel*.



Figura 7. *Nich xchel* (*Clinopodium sp.*). Planta perenne, con aroma similar a la menta. De 10 a 30 cm de alto. Hoja pequeña alargada lisa, agrupadas. Tallo decumbente (tendido). Flor de color morada. Foto de la autora.

Este género de planta tiene propiedades medicinales. Cosh (2012:77) menciona que la *Clinopodium* (poleo), se emplea como antigripal, digestivo, colagogo, espasmolítico,

expectorante, diurético, antiséptico, antioxidante y cicatrizante. También menciona que se utiliza para curar el espanto, además de ser excelente relajante por sus propiedades aromáticas (Cosh 2012). La relación no parece ser casual pues en algunos lugares de México, como entre los nahuas de la Sierra Negra, la locura se considera una de las consecuencias más graves de un espanto no curado (Romero 2011).

El uso de esta planta ha sido documentado entre los mayas de Yucatán como remedio para enfermedades relacionadas con el enojo y el vértigo (Roys 1976:84-89). De acuerdo con Roys (1976:84) la enfermedad de “*irritabilidad*”—considerada grave—tiene síntomas similares a los del *chuvaj*: la persona tiene brotes súbitos de enojo, llora cuando alguien más le habla, respira agitadamente tanto que puede ocasionar dolor en el pecho y la garganta. Como remedio se debe beber una infusión de *ix-camuk-olal* (*Clinopodium*) en un cascarón (Roys 1976:84). De la misma manera, el “vértigo” cuyo síntoma principal es que la sensación de mareo y no poder sostenerse tiene un remedio herbolario que incluye poleo (*Clinopodium*) machacado con “vino” y untado en el pecho del paciente (Roys 1976:89). Los síntomas de la enfermedad de “vértigo” son similares a aquellos que en el *chuvaj* se describen como el comportamiento “*bolo*” (borracho), pues la persona no puede sostenerse, se marea y se cae.

En conclusión, si el *chuvaj* es causado por un aire al cerebro la planta *nich xchel* servirá como remedio. De la misma manera relajará al enfermo con su aroma y disminuirá la temperatura provocando una sensación de bienestar. Sin embargo, en la mayoría de los casos el *chuvaj* no se logra eliminar. Se puede intentar una mezcla de rezo y ceremonia con velas y el remedio herbolario, sin embargo, debido a la seriedad de la enfermedad es difícil que se cure.

El *chuvaj* de la modernidad

Adriana es una joven tsotsil de 19 años de la comunidad de San Gregorio. A diferencia de su hermana mayor, Esperanza quien estudia partería y no se quiere casar, ella es una romántica ilusionada. O al menos lo era hasta que su novio la dejó, después de haberla enamorado. Adriana sufrió tanto que juraba que se iba a volver “loca”. Según ella el *chuvaj* te da por la tristeza y porque uno no puede dejar de pensar: cuando se está intranquilo con la familia, enojado sin razón o simplemente desmotivado para vivir.

Cuando le pregunté a Adriana por qué se iba a volver *chuvaj*, su hermana interrumpió con una carcajada y dijo: “por sus novios”. Después de las risas, Adriana necesitó explicar su versión de los hechos:

Yo te voy a explicar de verdad, desde que salí en sexto grado no sé cómo me sentía yo. Tuve un novio y me traicionó. Me dijo que me amaba, que me quería y no es cierto. Bueno, yo le creí, pero no era cierto. Sólo me traicionó, me dijo cosas. Ahí yo me quedé pensando en mi vida.

Desde que yo estaba chiquita, pensaba que me quería casar, pero, mi hermana me decía: -Todavía estás chiquita, no hagas caso a ese hombre, mira cómo te hizo, sólo te traicionó. Te dijo que te amaba, pero no era cierto-. Ahí me empecé a pensar muchas cosas, como que se va así de una cosa a otra, ¡viene otra y viene otra! Una se vuelve loca por la tristeza, por el enojo. Así de todo. Se junta todo en nuestras mentes. Se llena todo y ya no sabe. Ya no funciona. Tanto pensar, tanta tristeza, todo. [...] enferma no me siento tranquila, sólo quiero estar así sola, no quiero que nadie me platique. Pues yo digo una se vuelve loca por la tristeza y enojo. (Entrevista 5, 2017:10-11).

Esperanza le dio remedios de hierbas a su hermana para que se relajara y no le diera *chuvaj*. Entre ellos, té de tila, una fruta llamada canario y diente de león. Estos remedios estaban dirigidos a mejorar su estado de ánimo y sus nervios y los tomó por ocho días seguidos, uno después de otro. Esperanza también le dio un remedio llamado *lovilal moy*

(variedad de tabaco silvestre), una planta que se muele seca y el polvo se pone en la lengua y en la cabeza. Se cree que te cuida del espanto y del Diablo: antes de salir al monte hay que ponerse *lovilal moy* para evitar encontrarse un coyote o una culebra, o al mismo *pukuj* (demonio). Adriana menciona que las plantas ayudaron, sin embargo, el mejor remedio que pudo tener fue hablar de sus problemas con su madre y su hermana.

El caso de Adriana me llevó a preguntarme por nuevas categorías que entraran dentro de la enfermedad del *chuvaj*. Sobre esto, Neila (2012:284) en su estudio del “nuevo vivir” *ach’kuxlejal* considera que el *chuvaj* se convierte en una de las categorías con las cuales los adultos—especialmente los que se mantienen regidos por la costumbre—señalan a los jóvenes que empiezan a cambiar sus comportamientos hacia un camino mucho más “moderno” y “ladino”.

Neila (2012:288; 2013:46) documenta en San Andrés Larráinzar y San Juan Chamula que, actualmente, el tiempo en los Altos de Chiapas se puede dividir en dos categorías: uno en el cual la gente se mantiene de acuerdo a la costumbre y otra en el cual la gente se aventura por un cambio hacia lo que entienden por modernidad. Esta última categoría es lo que ella denomina *ach’kuxlejal*, “nuevo vivir”. Estas categorías más que ser temporales o espacios cronológicos, son opciones de vida y la gente demuestra su preferencia (y pertenencia) a uno o a otro a través de sus gestos (Neila 2012:288).

Este tipo de *chuvaj* pone en peligro uno de los principios que regulaba el modo de establecer relaciones sociales y que garantizaba el correcto funcionamiento de la sociedad: el respeto. Desde la infancia, la instrucción sobre el carácter y la construcción de la voluntad estaban orientadas a la formación de personas de “razón”, es decir, respetuosas (Neila 2012). De acuerdo con lo que Neila (2012:291) documentó, este respeto aprendido—manifestado en los gestos y comportamientos—equivalía tanto a formas determinadas de cortesía

vinculadas a una rígida estratificación social con base en la edad y género como al acto ritual de pedir. Lo que ha sucedido con “el nuevo vivir” es que han irrumpido nuevos principios basados en las emociones, cambiando así los elementos deseables para entablar lazos interpersonales y orientar la experiencia más que ordenarla. Estos nuevos principios se encuentran fundamentalmente en la amistad y el amor romántico (Neila 2012).

El amor del que sufrió Adriana se podría concebir como parte de este “nuevo vivir”. En el que los jóvenes que se dejan llevar desmedidamente por sus sentimientos: se fugan, se enamoran o se suicidan son concebidos como *jtoy ba* (rebeldes o alzados), *simarrones* (cimarrones), o *chuvaj* (locos) (Neila 2012:291).

El respeto está siendo desplazado por comportamientos que aclaman la amistad y el romanticismo como alternativa para construir relaciones y vínculos personales (Neila 2012). Sin embargo, las relaciones basadas en estos sentimientos son claves en el proceso de diseño y construcción de una vida “moderna”. El no pedir permiso ni respetar la costumbre—reflejo de un carácter humilde y de adecuada sociabilidad *tsotsil*—es síntoma de un carácter exagerado de la forma de ser *kaxlan* (mestizo), rasgo que también denota el individualismo moderno (Neila 2012).

Así, el hombre *loko* se comporta berraco, libertino y violador, mientras que la mujer es casquivana, provocativa y busca a muchos hombres (Laughlin 1975:216). Esta categoría de *loka*, es un tipo de personalidad provocada por nacer en el mes de “febrero loco”; suerte; aprendizaje (crecer con una mujer igual); por realizar cosquillas en las palmas de las manos; o en las plantas de los pies; porque una mujer embarazada vea a perros apareándose, y por *ak'chamel* (Neila 2013:65). Lo interesante es que una mujer que padezca su locura de esta manera puede percibirla como una enfermedad, como señala la colaboradora de Neila Boyer (2013), originaria de San Juan Chamula quien percibe su comportamiento como

resultado de la enfermedad. Ya que ella no quiere en realidad coquetear con dos hombres, pero es la locura la que la lleva a hacerlo.

En suma, el *chuvaj* atenta contra aquellas categorías esenciales del ser persona tsotsil. No solamente a un nivel anímico, en donde la enfermedad está haciendo daño directo al *ch'ulel* o al *vayijel*, sino a los comportamientos que se consideran apropiados de una persona completa tsotsil. De esta manera, el loco se excluye y se estigmatiza, quizá por el resto de su vida. Sin embargo, como veremos, hay veces en las que la enfermedad no sólo tiene cura, sino que el enfermo de *chuvaj* logra reincorporarse plenamente a la sociedad.

CAPITULO V

EN BÚSQUEDA DE LA CURACIÓN DEL *CHUVAJ*: EL CASO DE XUN

En este capítulo lo que veremos es el caso de un joven tsotsil de San Gregorio, Huixtán. en los Altos de Chiapas, a quien le fue dado un diagnóstico de esquizofrenia. A partir de la reconstrucción de su trayectoria busco ejemplificar cómo la búsqueda de atención médica está influenciada por factores externos, experiencias previas en la vida del sujeto y su familia, por las concepciones locales de cuerpo y enfermedad y, en consecuencia, el mismo saber terapéutico, provocando un movimiento de los usuarios entre diferentes prácticas médicas.

Era diciembre cuando Xun se atrevió a hablar conmigo sobre su enfermedad. Me llamó mientras cuidaba a sus toros, cosa que me sorprendió porque hasta ese momento no hacíamos más que saludarnos. Cuando me acerqué me dijo que antes no hablaba nada porque había estado enfermo de su cabeza, pero ahora que estaba bien ya le daban más ganas. Le pregunté del nombre de su enfermedad y me dijo que no lo recordaba, pero que al principio creían que era una cosa y luego resultó ser otra, que no se trataba de una enfermedad natural del cuerpo como la gastritis, sino una sobrenatural, una que el psiquiatra, que había estado viendo por un año, nunca pudo curar a pesar de que gastaron mucho dinero y él tomó mucha medicina. Le pregunté cómo empezó todo: –En un sueño-, me contestó.

Me tardé un año en generar una relación de confianza con él, hasta el punto en que se sintiera cómodo de contarme su historia. Cuando le pregunté si quería ayudarme con mi investigación me dijo que sí, que me iba a contar su historia porque podía ayudar a otras

personas que, como él, enfermaron, buscaron su remedio y no se han curado. Así, con mi libreta en mano y la grabadora sobre la mesa comencé a documentar su trayectoria médica.

Analizar el caso de Xun no solamente brinda información sobre la enfermedad específica del *chuvaj*, sino que ilustra cómo actúa un sujeto que busca atención médica, especialmente cuando se posee una enfermedad tan ambigua y peligrosa como ésta. Igualmente, describe el camino que Xun y su familia tuvieron que tomar y cuáles fueron los factores que impulsaron la toma de decisiones. El proceso que demostraré en este capítulo refleja el camino del enfermo no sólo en términos de la búsqueda de atención médica, sino también, respecto a la condición de persona que subyace a la lógica médica, pues como veremos la enfermedad del *chuvaj* lo fue despojando de los elementos necesarios para ser una persona cabal, hasta llegar a una crisis en la que “había olvidado todo”.

El uso de la narrativa

Decidí utilizar la narrativa como herramienta metodológica ya que en ella se describe la visión local acerca de las causas que originan y perpetúan la presencia de la enfermedad. Eroza (2010:37-38) argumenta que las narrativas dan cuenta de historias en las que, dada la indefinición con que son presentados los padecimientos, la incertidumbre aparece como una constante y un hilo conductor para especular acerca de inagotables posibilidades, operando como un amplio marco de referencia que da cabida a todas las conjeturas a la hora de buscar explicaciones en torno a la enfermedad. Agrega que las causas asignadas al padecimiento pueden variar o alternarse de muchas formas a lo largo de una narración, situación que veremos en la presente trayectoria. También plantea que al utilizar la narrativa se percibe cómo a lo largo de un proceso de búsqueda de atención, ninguna opción

excluye por fuerza a otra y ninguna es tampoco definitivamente desechada. Encuentro difícil concordar con esta idea ya que las investigaciones de Menegoni (1996), Álvarez y colegas (2001) y Molina y Palazuelos (2014) reportan factores que afectan directamente la búsqueda de atención médica y que promueven el rechazo total de una práctica médica. Por ejemplo, los altos costos de transporte o de oportunidad, los malos tratos o la discriminación por parte del personal de salud o el agente terapéutico, o las experiencias previas de personas cercanas.

Para Eroza (2006; 2008; 2010) quien trabajó con narrativas de padecimientos mentales entre los tsotsiles de San Juan Chamula, la búsqueda de atención está parcialmente medida por un diálogo entre la persona y las relaciones que su cuerpo va manifestando en torno a los efectos derivados de determinados medicamentos o tratamientos, sean biomédicos o de otro tipo. En ello intervienen síntomas percibidos de mejoría o de agravamiento o de efectos colaterales, con frecuencia interpretados dentro del marco de concepciones locales de cuerpo y enfermedad. En el caso de la trayectoria médica de Xun, hubo una serie de enriquecimientos al diagnóstico inicial, que fue desechando agentes terapéuticos por medio de prueba y error y que, al final, se quedó con lo que el paciente consideraba más adecuado. Las categorías de la enfermedad, a pesar de que cuentan con demarcaciones muy precisas de cada padecimiento, no hay que tratarlas como concepciones del todo homogéneas ya que cada una está modulada por las propias experiencias. Así, es posible que una primera explicación ceda lugar a otra, o que ambas se vayan sumando, o bien que cada una o todas juntas se enriquezcan con nuevos elementos, gradualmente incorporados a la lógica narrativa (Eroza 2010:38).

Pluralismo médico y búsqueda de atención médica

La coexistencia de diferentes tipos de medicina es un fenómeno mundial, histórico y en realidad inevitable. El concepto utilizado dentro de la antropología médica para ilustrar esto es el de pluralismo médico, definido por Barnard y Spencer (2002:541) como la idea de que diferentes maneras de curar, provenientes de diversos sistemas médicos—por ejemplo, en este caso el occidental y el tsotsil y tseltal—se encuentran disponibles para las personas. Por su parte, Inoue y Umezaki (2016) y Kazianka (2012) transformaron el concepto más hacia la coexistencia de diferentes prácticas médicas donde los pacientes se mueven libremente entre ellas. Sin embargo, advierten que esta coexistencia casi siempre está sujeta a una relación de violencia epistemológica, donde un sistema (generalmente el biomédico) se impone ideológicamente sobre los demás.

El pluralismo médico en los Altos de Chiapas se ve reflejado en la existencia de una amplia “oferta” de opciones de curación, donde los individuos buscarán servicios de salud de acuerdo con su contexto sociocultural y a las creencias que tienen sobre la eficacia del tratamiento (Inoue y Umezaki 2016). De esta manera, a partir de las interpretaciones subjetivas del enfermo sobre el significado de sus síntomas se da inicio a la búsqueda de atención. Estas interpretaciones están influenciadas por una serie de entendimientos culturales sobre las enfermedades y las acciones que rodean al enfermo (Singer y Baer 2012:28).

Debido a la situación de pobreza y marginación en la que se encuentra la mayor parte de la población alteña, es esencial concebir que los aspectos económicos juegan un papel importante en toda trayectoria médica. Cada paciente y familia escoge un camino único que lleva de la enfermedad a la salud no sólo por sus creencias, sino también con

relación a su situación económica (Kazianka 2012; Molina y Palazuelos 2014). El movimiento que tome cada paciente y su familia será multifactorial y el impacto de factores externos como el costo o la distancia será tan importante como las concepciones de salud y enfermedad que se tengan.

¿Cómo empezó todo?

Xun tenía 21 años cuando “le vino” la enfermedad. A lo largo de tres años él y su familia buscaron, sin parar, un remedio para la enfermedad que lo aquejaba: el *chuvaj*, la “locura”. En total, y a lo largo de tres años, Xun recibió diagnóstico y curación de un promotor *tsotsil*; un *jpoxtavanej* de San Cristóbal de las Casas y uno de Altamirano; un espiritista *tseltal*; un *ch’abajel* de Cancuc; un *ah kin K’iche’* de Guatemala; un *jpoxtavanej* de Huixtán; y un psiquiatra de San Cristóbal. Ahora tiene 24 años y se siente como no se había sentido en mucho tiempo, tranquilo.

Xun siempre había sido una persona amable. Disfrutaba trabajar en la milpa, cuidar de los animales y ayudar en la casa. Al ser el menor de cinco hermanos y el único que no se había casado, su trabajo ayudaba enormemente a sus padres quienes son ya personas mayores. Siempre se le consideró prudente y respetuoso. El alcohol y el cigarro fueron vicios que nunca tocó. Su único defecto era ser demasiado tímido, al menos así era hasta que le dio su enfermedad.

Él recuerda cuando, en la noche de un sábado, “le vino” la enfermedad en la oscuridad del sueño:

Fue como que viene una oscuridad, una oscuridad que llegó y me tapó mi mente. Y me quedé en la oscuridad. Como a las 12 de la noche. Fue como algo que entró aquí en mi cabeza y ahí como que se fueron todos mis sentidos [...]. La oscuridad como que me pasó a las 12 y cuando desperté como que sigue, no ha pasado. Seguía oscuro, se ve como que hay sol, pero mi mente como que se quedó tapada. Veía todo. Sólo mi mente que quedó. Y después se desnubló otra vez mi ojo. La gente se ve muy chiquita, muy chiquita se ve. (Entrevista 6, 2017: 2).

Esta oscuridad que nubla su visión también ha sido reportada en otros casos de *chuvaj* (Collier et al. 2000; Manca 2009). En el caso de Xun, más que ser un síntoma la reconoce como el instante en el que la enfermedad entra a su cabeza. Posteriormente, empieza a escuchar ruidos que sólo él escuchaba: voces que lo amenazaban, le gritaban y causaban un barullo incomprensible. Estas voces, cuando eran comprensibles, estaban en *tsotsil*:

La enfermedad que me pasó, el ruido, es como que hay mucha gente. Mucha. Como que hay mucha gente y como que se burlan mucho. Sí, mucha gente, mucha como que se pelean. Pero no hay, es espiritual lo que estoy viendo. Es puro espiritual. Y los demás no lo pueden ver, no lo pueden escuchar, sólo yo. (Entrevista 6, 2017: 3).

Los sonidos que escuchó Xun fueron mayoritariamente voces en *tsotsil*. Especialmente, gritos como de un grupo de hombres peleándose, las cuales lo atacaron verbalmente y le decían que lo iban a encontrar y lo iban a matar. A la mañana siguiente, la familia no se percató de ningún comportamiento fuera de lo común. Él se preparaba para ir a la iglesia como todos los domingos. Sin embargo, ante la rutina y cotidianidad de la mañana ningún familiar se da cuenta que Xun nunca llegó a la iglesia. Ya entrada la tarde

y próximo a que se hiciera de noche su familia empieza a preocuparse por él. Su cuñada, doña Carmen, relata lo sucedido:

Y nos vino a decir mi suegro, pues. Porque él [Xun] se fue a la iglesia sólo que no muy se quería ir, o se olvidaba de sus cosas, dice. Primero que ya se va ya y regresa y dice que viene a llevar su camisola, y se va otra vez y cuando lo ve dice que no se ha ido otra vez. Dice mi suegra: -¿Qué te pasó Xun?, a poco no te vas a ir-. -Sí, ya me voy-, dice, -¿Qué te olvidaste pues? -, -No sólo me voy a llevar mi camisola- dice y se fue ya al rezo. Cuando es ese día que se fue de largo, no entró a la iglesia, se fue hasta la casa de su difunto abuelito en Xantic, hasta ahí que llegó. Que quién sabe hasta dónde dio vuelta, según dice que allá porque ese puente se va al río pa'arriba y hay montaña en donde bajamos en el río hay bastante piedra y tenemos que bajar así de largo para encontrar otra piedra para cruzar al otro lado, quién sabe si ahí pasó si ahí bajó cuando fue a la casa de su abuelito. Solamente dice mi prima que hasta allá llegó, porque mi suegro vino a decir, ya cuando estaba tarde. Porque también él nunca lo supo, si estaba digamos, perdido. Sólo cuando nos vino a avisar ya.

El domingo aquí siempre está Horacio y dice que Xun no está en la Iglesia, ya fui a preguntarle a Tere [su hermana]. No está en la iglesia, dice que alguien lo vio, dice que se fue para abajo, quién sabe ahorita ya va a ser noche, ¿dónde vamos a encontrar ahorita al Xun? (Entrevista 8, 2017:1).

La narrativa de doña Carmen refleja la preocupación familiar y la respuesta de la familia ante la crisis. Los padres de Xun acudieron con su hijo mayor, Horacio, esposo de Carmen, para buscarlo:

Y dice pues mi suegro fue así, y mi suegra preocupada estaba de una vez - ¿Cómo se fue, apoco no lo vieron? -, -No lo sabemos si ahí está caído- Sólo que dijimos - ¿Dónde se ha ido?, vamos a tener que buscar, ya es tarde- Y ya vamos a encontrar qué tal a dónde se fue a matar en el río o en el barranco, quién sabe dónde está metido. Dice mi suegro que no entró a la Iglesia. -Porque tú eres su hermano, te venimos a avisar- le dijo a Horacio. - Bueno dice pues, vamos a buscarlo-. (Entrevista 8, 2017: 1).

Cuando Xun llegó con su familia en Xantic les dijo que tenía que huir rápido de San Gregorio y dejar Huixtán. Tenía que irse porque lo estaban persiguiendo y lo iban a matar. Su familia le creyó—porque nunca habían tenido razón de desconfiar de él—y ya le iban a ayudar a escapar. Pero después se dieron cuenta que algo no andaba bien con Xun. La pérdida de fluidez verbal y “la buena plática” fue lo primero que identificó la familia como señal de alarma. Después, lo fueron a buscar a Xantic su padre y su hermano, pero Xun no quería irse con ellos. Como relata doña Carmen:

Empezó: -No, no quiero, no voy a ir con mi papá, no voy a ir, porque me van a ir a echar chicote, me van a meter a la cárcel, no quiero ir a la cárcel-. Su papá y su hermano estaban muy tristes de ver así a Xun, le preguntaban ¿Qué te pasó? ¿Qué te hicimos? A lo que él contestaba en llanto: “No sé, pero me dijeron hace rato que me van a meter a la cárcel, por eso mejor me vine hasta acá, por eso ya no quiero irme. (Entrevista 8, 2017: 2).

Después de un tiempo convencieron a Xun de que se fuera a su casa, ahí doña Carmen lo vio por primera vez:

Y lo trajeron a la casa, llegando a la casa llegó a sentarse. Y estábamos platicando y dice - ¡Cállense, alguien viene! ¡Cállense ya! -. Y, ¡no! cuando vemos ya estaba ahí el machete ahí, un palo, corriendo va a agarrar el machete y dice mi suegra: -¿Para qué quieres eso?-, -Para que si alguien viene lo vamos a matar de una vez-, -No, ¡cómo crees!, no hay nadie que va a venir aquí está tu hermano, aquí estamos todos-. Y le dice mi suegro: -Mejor vamos allá a tu cuarto y vete a dormir ya.

Y ya se fue a dormir, pero ¡no quiere dormir! Sino que escucha digamos, cosas que no hay, ¡que él hasta lo ve! ¡Dice que viene! ¡Llega la gente! Que va a venir gente, pero no lo vemos. Corriendo ya quiere agarrar su machete, su hacha, corriendo quiere agarrar eso, [...]porque perdió la mente, se ve rápido que está perdido. Escucha cosas, ve cosas y no hay. Si estábamos platicando un poquito, dice que estamos arreglando para matarlo. Turnos hacíamos de noche cuando dormíamos. Ya lo cuidamos nosotros. Ese día también Horacio iba a dormir y escuchamos cómo abrió

la puerta y solo que lo vi y ya salió Xun. Cuando le dije a Horacio, corriendo sale mi suegro también. Yo también corriendo, salí. Fue a agarrarlo un poquito así por el camino y corriendo fui a agarrarlo también. Hasta me caí con él, porque fuerza que tenía él. Y dice mi suegro: - ¿Qué estás haciendo, Xun?, ya se cayó la esposa de tu hermano. ¡Pórtate bien! ¿Qué te pasó, pues? - Y no contesta. Sólo le dije: -Xun ya vete a dormir, ¿Qué te pasó? Si ya es de noche ¿a dónde vas a ¿ir. Es media noche a dónde vas a ir. -.Pero no, es que alguien va a venir ¿No lo sienten? Ustedes están durmiendo alguien va a venir, por eso que voy a salir y voy a esconderme en el barranco para que nadie me vaya a encontrar ya. -, dijo. Y le dije - ¡Cómo crees si no hay nadie! Sólo que estás viendo tantas cosas. Y ahí entra a dormir otra vez. Pero no duerme. Ni nada duerme. No sé dónde las tres noches creo que estaba ahí y nada durmió. Nada, nada. Ni un poquito en tres noches. Y tres noches y tres días que nada durmió. (Entrevista 8, 2017: 2-3).

Hasta este momento, Xun ya había presentado tres de los más importantes síntomas del *chuvaj*: no hablar bien o decir incongruencias; escuchar cosas que sólo él podía; y huir al monte de noche. La familia consiente de esto empieza a temer lo peor y al día siguiente lo llevaron con el promotor de la comunidad. Ahí le aplicaron el remedio herbolario para el *chuvaj*, la planta *nich xchel*. El promotor recuerda cuando vio a Xun enfermo por primera vez:

¡No sí claro! Porque llegó tranquilo - ¿Qué te pasó Xun? - Y empieza a platicar, como que empieza a reír, pero se ve que no está... Así físicamente se ve que no está normal, pues. No como ahorita. Entonces - ¿Cómo te sientes?, ¿cómo te empezó? -, -No, estoy bien-, -De veras que no estás bien Xun-. Entonces, nada más dice que está bien y que está bien. - ¿Pero ¿qué sientes? -, - No, es que estoy bien.- O sea sólo eso. Entonces ya le dije a sus familiares, a su papá y a su cuñado, miren aquí no se puede hacer nada. Le dimos esta plantita, pero no sé si le va a ayudar. Entonces pues llévenlo esto y mañana voy a ir a ver. Y sí, fui. Entonces ahí me platican todo cómo empezó. (Entrevista 4, 2017:20).

El remedio se le aplicó siguiendo las instrucciones que dejaron los abuelitos. Así, la planta se molió y se sacó la tintura la cual se introdujo por la nariz de Xun ocasionándole un ataque de estornudos. Sin embargo, el *chuvaj* no salió de su cerebro ya que no estaba ocasionado por un aire, ante esto la familia sabía que necesitaba intentar otra cosa.

El promotor de la comunidad además de tener conocimientos de herbolaría y partería, se instruyó dentro de la biomedicina, por lo que también puede aplicar inyecciones y antibióticos. Parte de la ayuda que ofrece esa clínica es la conexión con otros servicios de salud. Así, el promotor les sugiere llevar a Xun con un psiquiatra que generalmente atiende en Altamirano, pero que también hace consultas en San Cristóbal de las Casas. Él identifica que no puede hacer más por Xun ya que su enfermedad requiere otro camino médico que él no puede proporcionar. Semejante decisión se ve reflejada en la siguiente narrativa en la que también explica la razón de la enfermedad de Xun, de acuerdo con su perspectiva:

[Se enfermó] porque salió a trabajar y como que le criticaron, como que se burlaron. Entonces eso piensa. Y después empezaba a hablar eso -No porque es que me dicen que soy esto... que no puedo esto...- No sé qué trabajo me comentó su mamá de Xun, no sé qué trabajo fue. Pero que no muy sabe trabajar o que no muy puede porque nunca sale a trabajar. Entonces como primera vez que salió, se relaciona muy poco. No habla, entonces lo tratan -No porque eres...-, o sea lo empiezan a tratar como muy mal psicológicamente. Entonces dice su mamá, como desde ahí cuando regresó, eso nos llegó a decir y siempre lo platican -Que no eres hombre, porque no platicas, no puedes, no sabes hacer esto, no hablas- Como ya ves que está un poco calladito. Entonces como que empiezan a insultarlo, pues. Eso fue lo que nos llegó a decir de cuando salió a trabajar. Pero ahorita eso es lo que lo hace recordar y empieza a llorar y a llorar. Entonces por eso yo le dije, cuando después que vino acá, le dimos la planta y vemos que no.

Por eso yo les sugerí: -Miren aquí no quiero engañarlos, yo creo que, así como empezó por problema emocional entonces sí yo creo que esto se está complicando más-. Y por su edad, tal vez a parte de lo que pensó o lo que lo trataron mal allá, y como persona, yo creo que también tiene sus emociones ¿no? Entonces tal vez no lo platica y como él, aquí no nos acostumbramos así. Antes yo también así. Porque los jóvenes siempre

salen, van a la escuela de San Gregorio. Pero él, era el joven que no sale. Siempre ahí, por sus animales, y todo, ahí. Entonces ahí yo pensé esto no. Entonces porque no tiene amigos, y no hay, no tiene relación. Solito platica, piensa y no hay con quien se relaciona de platicar, de jugar de todo ¿no? Entonces yo les digo, yo pienso que es un problema psicológico, pero esto ya no es sencillo. Sino que esto es grave. Entonces yo les sugiero que vayan al hospital y yo los puedo llevar o llamar por teléfono, para llevar allá. - ¿Entonces ya no le vas a dar nada? - No quiero hacerlos gastar así porque no, no se puede hacer nada. No puedo hacer nada yo aquí. (Entrevista 4, 2017: 20-21).

El contacto que ha tenido el promotor con la biomedicina es notable. Él identifica factores psicológicos que están afectando a Xun y se los comunica a la familia. Es importante advertir cómo la trayectoria médica no sólo la delimitan los usuarios, sino que también los propios agentes terapéuticos son quienes marcan sus límites con respecto a su capacidad de curación, como fue el caso del promotor de la comunidad.

Xun estuvo recibiendo el remedio de *nich xchel* por parte del promotor a lo largo de una semana, pero no mostraba ninguna mejoría, sino al contrario, cada vez se ponía peor. Los episodios violentos aumentaban durante día y en la noche alguien tenía que dormir con él para evitar que escapara al monte. Fue en este periodo de tiempo que la familia tuvo que deshacerse de cuchillos y machetes. La familia preocupada, recurrió a un conocido cuya esposa había enfermado de manera similar, de *chuvaj*, pero que se había curado con un *jpoxtavanej*. Así, siguiendo la recomendación lo contactaron.

Cabe mencionar que se refirieron a él como curandero, y no como *j'ilol* ya que nunca lo pulsó. Considero que también utilizaron el nombre de curandero y no el de *jpoxtavanej*, “el que cura” (Page 2011:225), porque estaban traduciendo los conceptos para mí. Sin embargo, después que pregunté si era *jpoxtavanej* me dijeron que sí. Los *jpoxtavanej*, pueden ser *j'ac'vomol* (hierbatero), *jvetom* (partera), *jtsac-bac* (huesero), *jtoibitz* (rezador

de cerros) y *j'ilol* “los que pueden ver” la enfermedad cuando pulsán la sangre del enfermo (Page 2011:282).

El *jpoxtavanej* en cuestión se encontraba en San Cristóbal lo que implicaba el traslado continuo de Xun y al menos dos familiares más (generalmente su madre y su padre). La explicación que dio de la enfermedad es que era producto de envidia, a lo que el *jpoxtavanej* procedió a limpiar con huevo y plantas, y también le prendió velas. Sin embargo, la situación de Xun no mejoró. Se cree que el remedio falló porque no lo buscaron suficientemente rápido. Esto se debe a que, como ya se mencionó, las enfermedades que atacan el *ch'ulel* requieren la más rápida atención médica ya que si se deja pasar más tiempo, la conexión entre éste y el cuerpo se debilita empeorando la salud (Gossen 1988; Guiteras 1965; Hermitte 1970; Page 2011; Pitarch 1996; Vogt 1979). Por lo que la semana que pasó enfermo entre el promotor y el *jpoxtavanej* de San Cristóbal fue decisiva para la situación de locura de Xun. Muchos familiares consideran que esta primera tardanza ocasionó que el *chuvaj* realmente lo enfermara, sin embargo, al mismo tiempo, la persistencia no dejó que se volviera totalmente loco.

Bajo la recomendación del promotor y la insistencia de una de sus hermanas— además de aprovechar el viaje a San Cristóbal—, la familia decide llevar a Xun al psiquiatra al mismo tiempo que estaba recibiendo las curaciones del *jpoxtavanej*. Esta utilización de diferentes tipos de medicinas ilustra la situación de pluralismo médico en la que se vive en los Altos de Chiapas. Sin embargo, dicha situación estaría sujeta a factores externos, los cuales comienzan a ser limitantes para Xun y su familia.

El psiquiatra y los factores externos

El sistema biomédico actual ocasiona que, en la mayoría de los casos, el dinero determine el acceso a los servicios oportunos y de calidad. Incluso, cuando los servicios son públicos hay que considerar gastos de transporte, comida, y el costo de oportunidad que implica perder un día de trabajo en el campo, lo que provoca que todo esto resulte problemático al momento de acceder a los servicios de salud por parte de los usuarios más vulnerables del país.

Las investigaciones que analizan el comportamiento de búsqueda de atención médica concuerdan que ésta se ve influenciada, no solamente por el paciente y sus percepciones sino por factores externos, en algunas ocasiones, estructurales. Éstos pueden ser problemas económicos reflejados en las barreras de oferta y demanda de los servicios de salud (Ensor y Cooper 2004), o por los elevados costos de oportunidad para los campesinos (Álvarez et al. 2001; Molina y Palazuelos 2014).

A partir de un análisis económico sobre la búsqueda de atención médica, Ensor y Cooper (2004:69) plantean que ésta se puede entender en términos de oferta y demanda. Por un lado, la oferta la conforman los servicios de salud ofrecidos por el gobierno o alguna institución, incluyendo la calidad del personal, los protocolos de tratamiento y el abastecimiento de medicinas. Los autores identifican las barreras al momento de acceder a la oferta de servicios médicos (Ensor y Cooper 2004:71): altos costos de medicinas y de administración, eficacia de atención, rapidez y calidad del tratamiento. Por el otro lado, la demanda, está conformada por el paciente. Así, las barreras de demanda son su cultura y manera de percibir la enfermedad, sus características individuales (sexo, género), el conocimiento de los servicios médicos disponibles y la educación sobre la salud en general

(Ensor y Cooper 2004:70). En conclusión, los autores proponen que para mejorar la situación de salud de pacientes en situaciones de vulnerabilidad y escasos recursos hay que solucionar las barreras de ambos lados (Ensor y Cooper 2004:74).

Considero que muchas de las barreras en el lado de la demanda que señalan los autores se pueden sobrellevar con el apoyo de la familia y la comunidad. Álvarez y compañía (2001:289) subrayan que, en contextos campesinos, cualquier miembro de la familia tiene más oportunidad de vivir por la solidaridad que se genera: si se necesita un automóvil el compadre lo puede poner; si se necesita algún acompañante están los cuñados y los tíos. Igualmente, Manca (2009:224) señala la importancia de la familia en la curación, ya que se requiere de su apoyo para organizar los rituales, rezar, preparar ofrendas y la comida. En fin, se crea una red de apoyo entre las personas para sobrellevar estas barreras.

En el caso de Xun, las barreras de la demanda no son tan graves como las de la oferta. Ensor y Cooper (2004:71) consideran que los costos de medicinas recaen en el lado de la demanda, puesto que el paciente es quien debe pagarlas. Sin embargo, no consideran que el costo de ciertos servicios curativos del lado de la oferta no necesariamente tiene que ser pagado con dinero. Así, al *jpoxtavanej* le pagas lo que puedas, sin embargo, en muchos casos, un servicio biomédico no lo puedes pagar con una gallina.

Las distancias y costos de transporte, generalmente, impactan de manera negativa en la utilización de los servicios médicos. Asimismo, la distancia es el principal determinante para la búsqueda de atención tardía (Ensor y Cooper 2004:72). Molina y Palazuelos (2014:27) subrayan que el que poblaciones pobres y en situación de vulnerabilidad utilicen las prácticas medicinales locales como primer o única opción médica refleja también los altos costos de búsqueda a tratamientos más distantes.

Acudir a cualquier servicio de salud, ya sea una consulta, terapia psicológica o una curación con cualquier *jpoxtavanej* puede llegar a ser consumidor de tiempo. Especialmente si los pacientes y sus familiares tienen que esperar largos periodos para ser atendidos. El trabajo en el campo también es consumidor de tiempo, por lo que la vida del campesino se ve sujeta a las actividades que tiene que realizar para producir su comida y cuidar a los animales. Por esto, Molina y Palazuelos (2014:27) consideran que la búsqueda de atención médica implica costos de oportunidad significativos cuando la vida depende del campo. Por costo de oportunidad, los autores refieren a aquellas actividades a las que tienen que renunciar los pacientes y su familia por buscar y utilizar servicios de salud (Molina y Palazuelos 2014:26-27). Eventualmente, en la historia de Xun, ir hasta San Cristóbal para la terapia del psiquiatra se vuelve una limitante. Situación que cambió con los diferentes agentes terapéuticos *tsotsiles* y *tsetales* ya que la mayoría fueron a su casa y su pago fue el pasaje y la comida.

Por último, Molina y Palazuelos (2014:29) registran que los pacientes intentan evitar a toda costa las clínicas del gobierno, y que solamente acuden cuando el apoyo privado es imposible de pagar. Entre las razones por las que evitan estos servicios de gobierno se encuentran los problemas de administración, las deficiencias de infraestructura y los problemas de confianza. Además de estos factores, considero que, en la presente investigación, la decisión para no ir a los servicios públicos de salud ni a la clínica de San Gregorio está basada en las concepciones de salud de la familia. Es decir, al tratarse de una enfermedad del *ch'ulel*, ellos sabían que perdían el tiempo acudiendo a la clínica con un doctor.

A partir de estas investigaciones, y de lo registrado etnográficamente, considero que los factores externos que afectaron la búsqueda de atención de Xun fueron: los costos de la

terapia y el idioma, las medicinas y los efectos secundarios de las mismas y los costos de oportunidad a los que la familia se enfrentaba cuando acompañaban a Xun. Asimismo, considero que las recomendaciones de los vecinos y las experiencias previas de familiares y amigos fungieron, también, como factores externos que afectaron el camino de Xun.

Xun estuvo yendo a San Cristóbal de las Casas por un año aproximadamente, durante el cual se describe a sí mismo como “perdido”. No sabía bien qué día era ni dónde estaba, pero recuerda perfectamente cada punto de la trayectoria. Cuando podía lo acompañaban ambos padres, a veces se ofrecían sus hermanas y cuñados. Las redes familiares que se encuentran impulsando al enfermo desafían las barreras de la demanda que mencionan Ensor y Cooper (2004:70). La familia estaba haciendo todo lo posible para apoyar a Xun y que éste saliera de su enfermedad, sin embargo, se enfrentaron a diversas limitantes.

Tres conflictos surgieron a lo largo de la terapia con el psiquiatra. El primero, los costos eran demasiado elevados para que se pudiera mantener la terapia a largo plazo. El segundo, las medicinas antipsicóticas que le recetaron afectaron su cuerpo y, por lo tanto, en lugar de hacerlo sentir mejor, se sintió mucho más enfermo. El tercero, la terapia no era adecuada a las diferencias culturales. Xun no hablaba español en ese momento y el psiquiatra no hablaba *bats'i'kop* (tsotsil, “lengua verdadera”), por lo que en todas las terapias necesitaba de un traductor, fuera su mamá o su hermana.

Los costos impuestos por el lado que ofrece el servicio médico provocaron que la familia empezara a generar grandes deudas y a perder mucho dinero. Cada consulta era de \$400 pesos y acudían a consulta una vez al mes. Además, Xun no confiaba en el psiquiatra y sentía que no le hacía las preguntas correctas y por lo tanto no lo curaba bien:

Sí y no pregunta muchas cosas. Así como me estás preguntando, él no pregunta. Sólo cuando llegamos, - Buenos días ¿cómo estás? -. Pero como te dije, en ese tiempo no sé hablar español. Sólo sabe un poquito mi mamá. Ahorita como que está mejorando, mejoró un poco. Pero sólo así, y después sólo me decía, que siguiera tomando mi pastilla. Sólo me dijo así y después pagas \$400. La primera pastilla que me dio no se quedó, me daba dolor de estómago. No sirve su pastilla y entonces si no queda esa, entonces vamos a cambiar. Y cambié a otra, pero está muy cara la pastilla a \$800. \$800 una cajita y otra a \$600. (Entrevista 6, 2017: 9).

Las cajas le duraban un mes. Al mes gastaba \$1,800 pesos, aproximadamente. Ese gasto en una familia que se dedica al campo y se alimenta de su milpa se volvió imposible de mantener a largo plazo, que es justamente como los antipsicóticos y las terapias deben funcionar. Sin embargo, al no tener otra fuente de ingreso económico y con la presión de las deudas que habían generado hasta ese momento, la familia decide terminar con el tratamiento psiquiátrico.

Como podemos ver, la situación de pluralismo médico está sujeta a las barreras que se presentan en la oferta de los diferentes servicios médicos. En este caso, las barreras de la demanda se sobrellevaron por el apoyo familiar y comunitario, sin embargo, fue imposible hacerlo con las barreras correspondientes a la oferta, especialmente en la terapia psiquiátrica. De esta manera podemos notar limitantes en el pluralismo médico, ya que en la práctica la gente no podrá acudir a muchos servicios por factores que no dependen de ellos.

Sin embargo, la cuestión económica no fue la única razón que motivó el abandono de la psiquiatría. Después de estar un año con estas medicinas y terapias, la situación de Xun no había mejorado. Al contrario, cada vez preocupaba más y la familia cada vez se arrepentía de la decisión de llevarlo tanto tiempo con un doctor, ya que sabían que se trataba de otra enfermedad. El recordatorio de esto se veía reflejado cada vez que Xun tenía un

ataque violento o intentaba huir. La familia temía haber dejado que la enfermedad del *chuvaj* se extendiera y, por lo tanto, Xun poco a poco dejaba de ser como ellos.

Crisis de humanidad: el punto más crítico de la enfermedad

Xun tenía 21 años cuando le vino la oscuridad, se nubló su mente y empezó a escuchar voces. Se trataba de un joven cuyo proceso de aprendizaje como persona tsotsil ya se había consolidado. Es decir, si retomamos la idea del *ch'ulel* como conciencia, aprendizaje y socialización (Arias 1975; De León 2005; Sánchez 2012), aquello que lo había integrado a un grupo se vio amenazado y posteriormente destruido por la enfermedad de la locura. Doña Carmen me cuenta del punto más crítico del proceso de Xun:

¿Podía comer?

¡No! Ya no quería, si le dábamos de comer con mi suegra decía -No, me van a matar ¿qué me van a dar de comer? Es veneno, veneno me van a dar de comer, ya me están matando- ya dice. Una manzana así le damos pues y no, no quiere manzana. Manzana no quiere.

¿Trabajar?

¡No! Nada. Se perdió pues su mente, ya no sabe su trabajo, ya no sabe sus animales, ya no sabe nada. Digamos así está pues. (Entrevista 9, 2017:2).

Durante el año que estuvieron yendo a San Cristóbal, Xun fue perdiendo poco a poco las categorías que lo relacionaban con su grupo. Primero, diario intentaba huir al monte, despreciaba la compañía de sus familiares, no hablaba y se aislaba. Después, dejó de comer ya que temía que lo fueran a envenenar. Por último, dejó de trabajar: había olvidado cómo usar el azadón y ya no sabía cómo cuidar a sus animales.

El *chuvaj* lo había despojado de todo lo que se consideraba tsotsil dejando a un hombre de 21 años como niño, “como bebé”. Este punto identificado por todos los

colaboradores en las narrativas fue el peor momento de la enfermedad., pues se olvidó de trabajar, de comer pozol y tortilla y comenzó a depender de su grupo familiar.

Ese momento fue decisivo en la trayectoria médica de Xun, pues debían tomarse decisiones serias. Considero que en este momento la familia tenía dos opciones, una era dejarlo hundirse en su locura y tratarlo como algunas personas recuerdan a los *chuvaj* del tiempo de los abuelitos: amarrándolos, encerrándolos y escondiéndolos. La otra, era seguir buscando solución a su enfermedad. Conscientes de la diversidad terapéutica que los rodeaba, la familia decide volver a la medicina *tsotsil* y *tseltal* para intentar curar la locura de Xun como las enfermedades del *ch'ulel* lo requieren: con *j'ilol*, vela, rezo y ofrenda.

Kazianka (2012:48) señala que toda enfermedad está sujeta a una categorización que esencialmente determina cómo se trata dicha enfermedad y cómo se asignan a los terapeutas distintas áreas de competencia. Cuando les pregunté por qué no llevaron a Xun a la clínica del gobierno que se encuentra en su comunidad me contestaron: “No, porque veíamos que ya no es, aunque sea que lo vamos a llevar en clínica, pero vemos que no va a funcionar porque también él estaba más grave digamos pues, no estaba curándose, sino que peor, estaba más enfermo”. El comentario de Xun refleja esta categorización de la enfermedad:

Es una brujería que me ha pasado, esto no viene así nomás que estoy enfermo. Porque es cierto. No viene así nomás, nunca viene. Si hemos nacido bien, aunque es una enfermedad que viene tienes que curar en doctores, pero eso no se cura en doctor pues. No se cura en doctor, en doctor no. Tomamos pastillas y pastillas, se acaban, pero no. No sirve. Por eso, porque no es el mandado de dios. Mi enfermedad que no se ve, no se alcanza a ver. El mandado de dios sí se puede ver. Pero, así como yo en mi cabeza no. No tienen máquina para ver. Simplemente estamos bien, es pura espiritualmente. No se ve. (Entrevista 7, 2017: 4).

Este comentario refleja claramente las diferencias conceptuales sobre la enfermedad y sobre el tipo de medicina que le toca a cada enfermedad. Si recordamos la concepción tsotsil de la enfermedad podemos poner el caso de Xun en las enfermedades más serias, producto de un daño directo al *ch'ulel*.

Recordemos que Page (2011:205) registra, entre pedranos y chamulas, que las enfermedades del *its'inal ch'ulel* son resultado del daño al *ch'ulel* que reside dentro del cuerpo. En este caso, las enfermedades son recogidas por el *ch'ulel* mientras vaga, durante los sueños, por el *Yan Vinajel – Yan Balamil* (Page 2011). Por ejemplo, se documentó entre pedranos y andreseros que una persona podía enfermar por comer algo o por encontrarse con otro *ch'ulel* más fuerte (Guiteras 1965; Holland 1963). En San Gregorio, Doña Carmen me advirtió que el comer en los sueños casi siempre es razón de enfermedad, sobre todo porque en el *Yan Vinajel – Yan Balamil* lo que luce como comida en realidad, visto desde el mundo humanos, está podrida o son gusanos. Se trata de un engaño, de *ak'chamel*.

Dentro de las enfermedades del *its'inal ch'ulel* se encuentra la envidia, el susto, la pérdida del *ch'ulel*, el *ak'chamel* y la locura, entre otras (Page 2011:205). Las enfermedades no necesariamente son mutuamente excluyentes, así una persona puede haber sido víctima de *ak'chamel*, de envidia y sufrir del *chuvaj*—como Xun—sin embargo, estas enfermedades sí son de exclusiva competencia de los *jpoxtavanejetik*, específicamente de los *j'iloletik* (Freyermuth 1993:75; Page 2011:68).

La familia, impulsada por la interpretación de los síntomas de Xun, decide volver a la medicina maya de los Altos; argumentando que se trataba de *ak'chamel* debido a que no “encontraba cura” y estaba afectando su *ch'ulel*. En este momento de la trayectoria, la familia coloca la poca esperanza de recuperación en las opciones terapéuticas tsotsiles y tseltales que se encontraban a su alrededor.

Primero, fueron con don Marcos, tseltal de Agua Bendita en Huixtán, quien resultó ser una opción sumamente decepcionante. Xun lo considera un charlatán que “no sirvió para nada”. Por un momento consideré que se trataba de un espiritista tseltal, los cuales están aumentando cada vez más en las comunidades alteñas (Jaime Page, comunicación personal 2017). Esto porque cuando se refirió a don Marcos dijo que su “mesa estaba pedida”, lo que significaba que su conocimiento no provenía de un mandato divino, sino que lo había pedido y aprendido de “libros de magia”. Pese a ser un agente terapéutico tseltal, su método chocó fuertemente con Xun, quien sumamente irritado decidió abandonar a este terapeuta porque no entendía cómo lo iba a curar. No lo pulsó y tomaba mucho *pox*, más por alcohólico que por el ritual mismo, según las palabras de Xun. No tengo más información sobre este momento, pues Xun se negó a dar detalles, sus palabras fueron contundentes: “No servía para nada, ¡qué te voy a contar de él! Eso anota, que no servía para nada”.

Después de este encuentro, la familia buscó un *ch'abajel* en San Juan Cancuc (Pitarch (1996:12) lo registró como el “recuperador de almas” entre los cancuqueros), quien sí lo pulsó y explicó la enfermedad como el producto de envidia de los hombres de la comunidad hacia el padre de Xun, porque ninguno de los dos tomaba alcohol:

Cuando llegó, me dijo que la enfermedad no es de dios - Es que lo pueden ver que es una envidia lo que le pasó. - Él dijo así. - ¿Y cuál es la envidia pues, puedes contarme? ¿Por qué mi hijo si él no sabe tomar y no sabe hacer nada? Es lo que nosotros tenemos, ¿por qué y dónde viene su enfermedad? - -No, es que, porque tú no tomas, no tomas. Tú no tomas, por eso, por eso tu hijo, él que va a pagar. Él es que va a pagar -. (Entrevista 6, 2017: 8).

El discurso de la envidia alrededor de no tomar trago es sumamente importante. En la familia de Xun, efectivamente, no se bebe alcohol. Su hermano mayor, Horacio, esposo de doña Carmen, sufrió de alcoholismo por unos años, sin embargo, se curó con un *j'ilol* ya que la enfermedad era producto de *ak'chamel*. Doña Carmen sospecha que ésta provenía de su abuelo, don Agustín, quien la atormentaba en sus sueños, pero al no poder dañarla a ella, dañó a su esposo. Por otro lado, en San Gregorio no se puede comprar ni vender ninguna bebida alcohólica, porque hay ley seca por parte de las autoridades tradicionales. Si alguien quiere comprar alcohol hay que ir a la comunidad ladina más cercana, San Andrés Puerto Rico. El monopolio ladino sobre el alcohol no es nuevo, pues Frank Miller lo registra en los años 50. Entonces el alcohol se utilizaba como método de enganche para que los mayas de los Altos trabajaran en las fincas (Miller 1959). En este sentido, la envidia hacia Xun y su padre por no consumir alcohol deriva de que se trata de una familia que no gasta en algo que no genera beneficios y porque no tienen vínculo, en este sentido, con los ladinos.

Don Manuel, el *ch'abajel* de San Juan Cancuc, quien fue a la casa de Xun para diagnosticar y curarlo, le dijo que los malos espíritus le habían echado la enfermedad. En este caso, cuando hace mención a los malos espíritus, se refiere a el *ch'ulel* de personas que quieren hacerle daño. De acuerdo con él, el *ch'ulel* de Xun se tapó, al ser un joven bueno y noble, pero débil.

Algo que surgió a lo largo de este proceso es que, así como en este caso las causas de la enfermedad no fueron excluyentes los remedios no fueron inútiles. Es decir, Xun nunca se volvió completamente loco porque nunca dejaron de “buscarle” su remedio:

Porque tardamos porque dice que fuimos a buscar por qué no sé, ese remedio me faltó todavía. Por eso no encontramos rápido, y tardó para curar. Nos tardamos en encontrarlo. Faltan unos medicamentos, o quiere otras cosas también. Ahí está en quema de velas y medicinas un poco y ya. Sí. Hay enfermedades que sí sólo doctor quiere, pero hay enfermedades que quieren otras cosas. (Entrevista 7, 2017: 4).

Lamentablemente, Xun no se sintió curado después de recibir el remedio del *ch'abajel* de San Juan Cancuc, así que retomaron la búsqueda de atención médica con un *jpoxtavanej* de Altamirano. El cual también fue a su casa a atenderlo, lo limpió con huevo y le dijo que la enfermedad había sido producto de envidia. Sin embargo, la curación tampoco fue suficiente y la enfermedad perduraba. Un último intento lo hicieron al asistir con un médico jubilado quien ahora practica como *jpoxtavanej* en la cabecera de Huixtán. Él le recetó, principalmente, hierbas y vitaminas, pero también hizo limpias con plantas, blanquillo y diferentes animales, incluido un pato. La salud de Xun no empeoraba, sin embargo, tampoco mostró ninguna mejoría, sobre todo en cuestiones de comportamiento.

La reincorporación de Xun

Habían transcurrido casi dos años desde que a Xun “le vino la oscuridad y se le tapó la mente”. Su familia desconoce si en este momento él seguía escuchando voces. Hablaba cada vez menos y con el paso del tiempo se transformaba en un cuerpo inerte. Sin embargo, a pesar de tener su “mente perdida”, recuerda mucho más de lo que la familia reconoce.

Él recuerda perfectamente cuando conoció a un señor que venía desde Guatemala sólo para curarlo. Una de sus hermanas, quien gracias a sus redes de apoyo tenía conocidos en la región K'iche', propuso que a su hermano lo tratara un maya guatemalteco. La alta estima que tienen los tsotsiles por los mayas de Guatemala hizo a esta propuesta muy

tentadora. Después de unos meses de organización y de ahorros, la familia pudo llevar a la comunidad a don Tomás, un *ah kin k'iche'*. Deseo agregar una reflexión con respecto al conocimiento maya guatemalteco y por qué los tsotsiles de San Gregorio aprueban tanto las prácticas provenientes de sus vecinos mayas.

Barbara Tedlock (1992:2), en su estudio del tiempo y los mayas k'iche', define al *ajk'ik / ah kin* como el personaje “cuya ocupación son los días”, es decir, son quienes tienen el poder de la adivinación por sus conocimientos del calendario maya. Ella menciona que en idioma k'iche' la palabra es *ajk'ik*, mientras que *ah kin* es el equivalente yucateco. A manera de paréntesis menciono que la familia se refirió a don Tomás como *ah kin*, sin embargo, él venía de Guatemala. El *ajk'ik*, traducido como el “cuidador del tiempo” (Tedlock 1992:47), hace referencia a los practicantes k'iche' iniciados en la interpretación de sueños y curandería. Tedlock (1992:50) menciona que los *ajk'ik* son tanto sacerdotes como chamanes, ya que tienen que pasar por un proceso de iniciación y son elegidos por medio del mandato divino.

Una de las razones por las cuales los tsotsiles aprecian tanto el conocimiento proveniente de Guatemala es porque creen que, al saber leer los calendarios mayas, son “más mayas”, al menos más que ellos. Este tipo de comentarios surgió a lo largo de mi estancia en campo, no sólo cuando realicé las entrevistas de la trayectoria, sino en conversaciones informales. Con respecto a esto Xun considera que “son mejores porque son antiguos mayas. Son antiguos mayas, nosotros somos maya común. Aquí nosotros somos semilla de maya, somos hijos de maya”. Este comentario sobre el valor de “lo maya” no sólo lo escuché de Xun, sino de doña Carmen quien es una mujer sabia. Ella, curiosa por la cultura y la historia, tiene un libro de Jan de Vos titulado “Nuestras Raíz” (Figura 8). Lo compró un día en San Cristóbal y le encanta leerlo cuando tiene tiempo. Uno de los

atractivos del libro es que está en *bats'i'kop* y español, el otro, aún más grande, es que tiene imágenes de lugares hermosos como Palenque, Yaxchilán y Toniná. Doña Carmen asegura que quienes aparecen en el libro sí eran mayas:

Sí, son mayas. Sí, son ellos [refiriéndose al libro]. Porque ellos más tenían fuerza que nosotros. Pero dónde, porque los mayas digamos, eran creo ellos. Pero cuando vinieron los españoles le vinieron a quitar todo lo que tenían ellos, lo que tenían construido. Que no servía, les dijeron, todo lo que hicieron, hacen ellos, que no, no sirve les dijeron. Pues así, ya no más hicieron ya. Sí, así estuvo. (Entrevista 10, 2017: 4).



Figura 8. “Nuestra Raíz”. Andrés sosteniendo el libro de Jan de Vos. Foto de la autora.

Mientras decía esas palabras, pasaba sus dedos por encima de las fotografías de los glifos mayas y yo trataba de tragar el nudo en mi garganta. Doña Carmen simplemente no podía creer cómo aquellos [los mayas] podían hacer eso, y ellos [los tsotsiles] lo hubieran perdido en el camino. Ante su incógnita, ella tenía una teoría: “antes, las piedras eran suaves. Por eso los abuelitos podían hacer este tipo de cosas”, me dijo mientras dibuja el glifo con su dedo, “pero se hicieron duras cuando los españoles vinieron”.

Laura Romero, en comunicación personal, me comentó que en términos de terapéutica existe una tendencia a considerar que “los otros” son siempre mejores terapeutas, ya sea porque tienen conocimientos distintos o porque se les considera más cercanos a aquello que no es humano. Sin embargo, en este caso es claro que la idea que tenían de don Tomás ya era sumamente positiva, incluso desde antes de que llegara. Considero que esta amplia valoración del conocimiento maya k’iche’ formó parte, también, en el proceso de curación de Xun, pues había pasado de tratarse con un “psiquiatra que según había estudiado muchos años” por un *ah kin* cuyo conocimiento fue un mandato divino. Esto, para Xun y su familia se vio como un gran avance:

¿El psiquiatra te daba confianza? -.

No, es muy alzado. No platica. Si jalamos su mano no te la da. No la agarra bien. Ahora, hay un doctor, sí, que te vaya bien; te cuidas bien. Échale ganas a tu medicina. Te da ánimos. Ese no. Nada. Pero pues estaba pensando ahorita, ese doctor es que lo aprendió, lo gastó. Si quiere curar y si no, no. Si quiere decide y si no, no. Es que lo gastó. Su estudio duró diez años. Dice que costaba mucho dinero. Sólo me estaba diciendo así. Como que está platicando su vida, cómo lo pasó también. (Entrevista 6, 2017: 11).

Esta manera de concebir el conocimiento es totalmente contraria a la biomédica. Nosotros no permitiríamos que un cirujano nos operara si no consideramos que tiene el

suficiente conocimiento, si no tiene una especialidad y si no está respaldado por el conocimiento científico en donde como “occidentales” depositamos nuestra fe. En el caso que analizo no es diferente, un problema de índole espiritual, del *ch'ulel*, no sólo va a requerir un especialista, sino que también requiere que su conocimiento haya sido revelado. Esta diferencia la vuelve a mencionar Xun cuando habla de don Tomás:

La verdad no se aprende, sino que esa persona de por sí trae. Las personas, los que curan ese lo traen. Sólo un poco de ensayos o de práctica nomás o de pedir a dios si puede curar a esta persona, si se puede porque él lo tiene ya. Pero si una persona viene así, y no es así, entonces no se aprende. No se aprende. Bueno se aprende como el promotor, ese no es revelado, sólo te da medicinas, pero, así como que tiene su cuaderno, lo estudió así. Pero ese no. No le viene especialmente como a Don Tomás. Como que de nacimiento quiere y espiritual trabaja. (Entrevista 6, 2017: 13).

Tener *chuvaj* y tener el don para curar

La recepción de don Tomas fue sumamente positiva y desde que llegó, Xun ya percibía algo diferente con él. Especialmente, le llamó la atención la humildad del señor y la amabilidad con la que lo trató. Pero sobre todo don Tomás comenzó a validar la enfermedad de Xun, que hasta ese momento se había visto como producto de *ak'chamel* y envidia:

Ese señor está muy respetuoso [refiriéndose a don Tomás]. Pa'que voy a decir, está muy respeto. Sí respeta mucho. -La última vez que vine mi corazón como que me quiere llorar- así me dijo don Tomás. -Es que tú tuviste una batalla, hiciste una batalla tú y tu familia. Es que, a tu familia, creo que va a venir una cosa, pero muy fuerte, pero como tú salvaste. Así como que fuiste a una guerra, pero espiritualmente- así me dijo. (Entrevista 6, 2017: 12).

Una particularidad del trabajo de don Tomas fue que integró a toda la familia en la curación. Mientras que los otros agentes terapéuticos sólo trataban la enfermedad de manera individual, especialmente en el caso del psiquiatra. Don Tomás fue el primero en involucrar a la familia en la trayectoria médica y hacerles notar su relevancia en la curación. La segunda, y muy importante diferencia, fue que don Tomás no sólo llevó a cabo las curaciones de manera colectiva, sino consideró necesario atender al ojo de agua y la cueva cercanos a la casa de Xun:

Sí, me dijo que la cueva es para ir a orar ahí, es que ahí el nacimiento de agua y una cueva, vamos a echar sus velitas ahí y hacemos oraciones para que así esté bien. Así me dijo que es importante. Porque la tierra es madre tierra pues. Es lo que estamos pisando, estamos tirando basura, estamos.... vamos a pedir que perdone lo que estamos haciendo aquí en la tierra, nosotros trabajamos con la madre tierra pues. Que también que quiere su ofrenda también. Quiere su ofrenda. (Entrevista 6, 2017: 16).

Don Tomás mandó a la familia y a Xun a limpiar el ojo de agua y la cueva, donde posteriormente hicieron quema de velas y rezos. Una actividad interesante es que incitaba a Xun a integrarse con su familia, haciendo lo que pudiera hacer para preparar los espacios en donde se iba a llevar a cabo el rezo. Si bien, don Tomás realizó muchas actividades colectivas, también pasó mucho tiempo con Xun a solas. Entre ellas hizo un fuego en la casa, donde quemó velas y ahí vio su enfermedad.

El diagnóstico de don Tomás cambió por completo la experiencia de Xun con respecto a su enfermedad. En lugar de concebirla como producto de la envidia, o *ak'chamel*, le dijo que tenía el don para curar y al no aceptar el mandato divino, las voces que escuchaba eran los espíritus de sus abuelos que lo estaban atormentando a modo de sanción:

Me dijo – Sí, tú Xun vas a trabajar, así como yo. Trabajando vas a ayudar bastantes mujeres, vas a ayudar bastante gente, bastante trabajo tienes. Pero todavía lo esperas, todavía no. Porque estás chiquito todavía. Ahorita estas como que estás creciendo otra vez, pero de cuando más madurez entonces sí vas a ayudar a mucha gente, muchas mujeres. Vas a ayudar. Vas a ver que vas a trabajar mucho -, así me dijo, que yo voy a curar, solo que todavía no porque estoy chiquito. (Entrevista 6, 2017:13).

Veo este y como lo que me pasó, yo como que fuera un doctor. Porque este, que me pasó, si alguno está enfermo su cabeza puede venir conmigo y lo platico con él. Le voy a decir qué es lo que está pasando, porque, como ya me pasó ya, ya aprendí. Este fue un maestro, vas a ir a sacar este, cómo lo sacaste, cómo lo recibiste, ese que está enfermo igual aprende. Se estudia a sí mismo su cuerpo y después practica con personas y puede enseñarlo. [...] Me enfermé porque tengo un trabajo. Porque tengo mi nombre de mis abuelitos pasados difuntos, son abuelos que están muy grandes y tenían trabajo también. Yo igual lo voy a hacer también. (Entrevista 6, 2017:11).

De acuerdo con Page (2011:245) en los procesos de formación de los *j'iloletik* el proceso de formación del predestinado puede suceder de dos maneras: en el contexto de la tradición familiar y la onírica. Menciona que, aunque en la mayoría de los casos aparezcan entrelazadas, para que tenga validación social tiene que ocurrir en el plano onírico. Sobre esto señala lo siguiente:

El espacio onírico, nos interesa por construir, en su carácter de naturaleza y cultura: primero, el ámbito en el que se recrean y actualizan los mitos y, segundo, su ubicación en el centro de la génesis de los conocimientos y destrezas que, para el caso que nos ocupa, requiere el *jpoxtavanej* para su práctica en el campo médico, al poder trasladar las enseñanzas y poderes entregados por las deidades en el plano sobrenatural al plano natural, al cuerpo, y ser capaz con ello de actuar en consecuencia con las enseñanza y mandato divino encomendado (Page 2011:252).

Cuando un candidato se resiste a aceptar el mandato divino, además de las sanciones, repetidamente tiene sueños cuya función es presionarlo para que acepte el don. “El futuro

j'ilol es elegido por las deidades para el cargo, es decir, no le es posible acceder a él por elección personal y tampoco le es posible negarse” (Page 2011:260). En este caso la enfermedad puede verse como señal de predestinación, como crisis de iniciación o como castigo cuando el candidato se niega a aceptar el mandato (Page 2009). Pérez Téllez (2015:57) documenta que, entre los nahuas de la Sierra Norte de Puebla, cuando una persona se enferma de manera recurrente y sufre de locura temporal, se sospecha que posee el don para curar y se concibe como un ser elegido por las divinidades. En este caso, de no aceptar el don, es posible que el predestinado muera (Pérez-Téllez 2015).

A partir del diagnóstico de don Tomás, Xun empezó a vivir su enfermedad de manera diferente: entendía que había enfermado por no aceptar el mandato divino, encontrando con ello sentido a las voces que le atormentaban ya que eran de sus abuelos, uno de los cuales había sido *jpoxtavanej*. Pero también entendió que la enfermedad era necesaria para que él pudiera aprender a curar, así que también fungió como señal de predestinación. Xun no recuerda con certeza si en su infancia tuvo sueños que pudieran indicarle que tenía el don, aunque afirmó que ocasionalmente aparecían en sus sueños cosas que compartía con sus hermanos, quienes lo ignoraban o se burlaban de él. Así que simplemente les dejó de contar.

Interesantemente, cuando le pregunté a Xun qué iba a curar, me dijo que iba a curar la mente, que iba a ser psicólogo. Con respecto a la formación en el plano onírico, Xun se soñaba curando a un paciente, sin embargo, su curación era a través de la plática, similar a las que él tenía con el psiquiatra. Obviamente éstas estaban en *tsotsil* y él se soñaba escuchando los problemas de la gente y ayudándoles a resolverlos. Ayudándoles a evitar que les pasara lo que a él.

Lévi-Strauss (1987:205-206) menciona la triple experiencia de curación chamánica, en la que se intercalan tres aspectos claves para considerar la relevancia médica en una sociedad. La parte del enfermo quien logra o no una mejoría; la parte del público quien también participa en la curación y quien determina una adhesión colectiva; y, por último, la del chamán mismo que experimenta ciertos estados específicos. Esta triple experiencia es la que podemos encontrar en la curación de don Tomas y de Xun. Donde no sólo el diagnóstico causó un cambio en la manera de encarnar la enfermedad, sino que además involucró al colectivo del cual Xun se había excluido. Todo esto apoyado por la misma relevancia del conocimiento maya, el cual como vimos, tiene un lugar especial entre los involucrados en la trayectoria.

La intervención de don Tomás cambió la vida de Xun para siempre. Le explicó que su *ch'ulel* ya no iba a enfermarse después de lo que pasó, ya que había ido al cielo y de regresó recogió mucha fuerza. Ahora no le pasaría nada a su *ch'ulel*: “Ya no me van a hacer daño tan fácil. Cuando me dio la enfermedad es que mi *ch'ulel* estaba débil, no tenía fuerza”. Mientras Xun me decía esto, podía notar la confianza en sus ojos, quizá por primera vez en toda su vida.

Durante más de tres años, la enfermedad del *chuvaj* había atormentado a Xun, lo había despojado de su humanidad, dejándolo como un bebé adulto. Sin embargo, después de la curación y diagnóstico de don Tomas, Xun vivió un aprendizaje no sólo para poder curar sino para poder ser *tsotsil* nuevamente. Una vez más aprendió a comer pozol y tortilla; a trabajar la tierra siguiendo los pasos de su padre; aprendió a cuidar a los animales y a caminar en el monte; pero, sobre todo, aprendió a platicar otra vez. La humanidad que había perdido por culpa de la locura la recuperó en un proceso de aprendizaje y socialización, de

la misma manera que cuando había sido niño. Desarrollando nuevamente su *ch'ulel* y reintegrándose al colectivo que nunca dejó de apoyarlo.

CAPÍTULO VI

REFLEXIONES FINALES

En la ciudad los *chuvaj* son las personas que meten al manicomio. Porque en la ciudad no hay costumbres de velas y rezos. La gente se queda así. No porque no pueden curarse sino porque no saben cómo. Les dan pastillas y así, pero la enfermedad no quiere eso. Sigue sufriendo su *ch'ulel* porque no lo cuidan... (Doña Carmen 2017).

Cuando llegué a San Gregorio, Huixtán, nunca pensé que fuera a terminar investigando un tema como la locura. Sin embargo, escuché las inquietudes de la gente y aprendí a seguir las señales que se me presentaban. El caso del joven “que perdió su mente” me parecía un misterio que poco a poco iba desenredándose frente a mí. La constante presencia en campo y la participación en la vida familiar me llevaron a crear relaciones de confianza con Xun y su familia. Sólo así, logré que él se sintiera lo suficientemente cómodo como para decirme sobre la oscuridad que nubló su mente, las voces que escuchaba en su cabeza y el camino que tomó su familia para ayudarlo. Xun y su familia expresaron, bajo esta relación de confianza, cómo la enfermedad del *chuvaj* lo había despojado de toda humanidad, dejándolo en un estado débil, enfermo y peligroso.

Como vimos, el *chuvaj* ocasionará comportamientos que son indeseables para la sociedad tsotsil, las personas se volverán irrespetuosas, violentas y ruidosas. Sus

comportamientos anormales desafían las advertencias, por ejemplo, huirán al monte a mitad de la noche, a pesar de ser un lugar lleno de peligros. Perderán la capacidad de comunicación, se reirán y hablarán solos y, en los peores casos, escucharán y verán cosas que no están ahí. Poco a poco la enfermedad de *chuvaj* destruirá las categorías que hacen al enfermo partícipe de un colectivo, lo alienará y estigmatizará.

Considero que la gravedad de la enfermedad radica en que afecta uno de los componentes más importantes de la persona tsotsil: el *ch'ulel*. La importancia del *ch'ulel* no sólo como característica vital del ser humano en términos anímicos sino como concepto integral en el proceso en el cual se forja la persona tsotsil. El aprendizaje, el idioma, la costumbre, el respeto hacia los mayores y a Dios, el saber comer y trabajar son parte esencial de esta conformación de la persona tsotsil. Como reporta De León (2005:25) tener *ch'ulel* representa la manera correcta de “ser persona”, estado que se desarrolla a través de un proceso de socialización. Igualmente, Page (2011:86) señala que la conformación de persona trasciende el espacio ritual y se proyecta en la dialéctica de la dinámica social y en cada acto de la vida cotidiana.

Esta es la razón por la cual no se puede nacer con *chuvaj*. Porque el infante, no es aún persona, por lo cual enloquecer no tiene sentido. A su *ch'ulel* le falta pasar por un proceso de aprendizaje, socialización y experiencia para que pueda afectarle la enfermedad. Si bien, el *ch'ulel* es introducido por Dios cuando se es un embrión o cuando el feto empieza a moverse en el vientre materno, es el desarrollo de éste que va conformando a la persona tsotsil. Es decir, no es nada más el hecho de tenerlo, sino de desarrollarlo. Recordemos el caso de Luisito, quien, a pesar de compartir ciertos síntomas con el *chuvaj*, no se le consideraba como uno, porque si bien, su mente había nacido incompleta, su *ch'ulel* se desarrolló integrándolo a la comunidad a través del lenguaje, aprendizaje y socialización.

Esto no significa que él estuviera libre de estigma. Posiblemente esta etiqueta de “mente incompleta”, aunada con las mismas limitantes de su condición, le impida casarse y tener una familia.

Sin embargo, pareciera que el *chuvaj* es un destino aún peor que el de aquella persona que nació con la mente incompleta. Al tratarse de una persona que nació y se desarrolló ampliamente, como Xun, quien ya estaba conformado como persona, la enfermedad significó una amenaza total. El ser *chuvaj* lo estigmatizó en la comunidad. Al referirse a Xun la gente bajaba la voz, miraba hacia los lados y generalmente acompañaba su ejemplo con un “pobrecito”, “era trabajador”, “su familia sufrió mucho”. Su presencia ocasionaba miedo y preocupación, principalmente porque vivía en este estado ambiguo en el que no era persona como los demás, sin embargo, vivía y se le cuidaba.

La familia tuvo que enfrentarse a una decisión difícil, entre seguir cuidando a Xun o dejar que lo consumiera su locura. Considero que, debido a que Xun es el último hijo hombre de una familia de cinco hermanos, en la que todos están casados, él tenía un lugar importante en la vida doméstica y en las actividades diarias. Esto puede notarse más ahora que Xun se encuentra, en sus palabras “tranquilo”, de él dependen muchas de las tareas en el campo puesto que su padre y su madre ya son mayores. Es decir, se trataba de un par de manos trabajadoras que no podían perderse, además del cariño mismo de la familia. Al final, toda la familia agradece que nunca le dejaron de buscar curación y que fue esto lo que evitó que se volviera totalmente *chuvaj*.

La situación de pluralismo médico de la región facilitó la búsqueda de diversos métodos curativos. Resultando en una trayectoria médica que duró tres años y en la que intervinieron un promotor tsotsil; un *jpoxtavanej* de San Cristóbal de las Casas y uno de Altamirano; un espiritista tseltal; un *ch'abajel* de Cancuc; un *ah kin k'iche'* de Guatemala;

un *jpoxtavanej* de Huixtán; y un psiquiatra de San Cristóbal. De acuerdo con Xun, gracias a esta diversidad terapéutica, la enfermedad “no agarró más fuerza”.

Sin embargo, el punto de toda la trayectoria en el que la familia y Xun consideran que llegó la curación definitiva fue con don Tomás, de Guatemala. Él no sólo venía con alta reputación por ser *ah kin* maya k’iche’, que como vimos se encuentran en alto grado de estima para los tsotsiles de San Gregorio, sino que su estrategia curativa se diferenció de los demás agentes terapéuticos. Don Tomás integró a la familia a la lucha contra la enfermedad y les hizo notar su relevancia en el camino de Xun. Asimismo, propuso actividades que relacionaran a la familia con el espacio en el que vivían, como limpiar la cueva y el ojo de agua y quemar velas, hacer ofrenda y rezo, en las que impulsó a Xun a integrarse dentro del colectivo al cual había abandonado.

El hecho de que don Tomás optara por una estrategia de curación colectiva, integrando a la familia y al enfermo, y que diagnosticara la enfermedad como un mal necesario provocó la mejoría de Xun. Sobre todo, estando respaldado por la alta estima del conocimiento maya que se tiene en la comunidad.

La curación se dio a partir de la desaparición de los síntomas que lo excluían. Los cambios en su comportamiento se hicieron notables rápidamente: volvió a comer, a hablar, a trabajar, dejó de huir al monte y los ataques violentos cesaron para siempre. Sin embargo, actualmente desconozco si sigue o no escuchando voces. Algo es cierto, a partir del entendimiento de su enfermedad, Xun encontró sentido en las voces que escuchaba. Puede que siga escuchándolas, pero éstas ya no lo atormentan.

El proceso de reintegración de Xun no sucedió de un día para otro. Desde que don Tomás lo diagnosticó le dijo que tenía que crecer, porque “ahorita estaba chiquito, como niño”. No sólo en términos del don que Xun tenía que desarrollar, sino en términos de su

humanidad. Un proceso que Xun podía empezar, pero, esta vez, con un *ch'ulel* reforzado por la enfermedad y por el viaje que vivió.

Ahora, Xun está en edad para casarse y empezar a una familia, sin embargo, aún se comenta su enfermedad en la comunidad lo cual le ha imposibilitado conseguir mujer, a pesar de que la gente nota que se encuentra bien, que “ya es normal” otra vez. Al respecto Goffman (2012:21) menciona que se puede cambiar la situación del estigma, no en la adquisición de un estatus plenamente normal, sino en la transformación del “yo”. En el caso de Xun esta transformación es sumamente poderosa para él y su familia.

Goffman (2012:21) subraya que el cambio de estigma se da cuando “alguien que tenía un defecto particular se convierte en alguien que cuenta en su haber con el *record* de haber corregido un defecto particular”. Para Xun, este momento llega cuando reconoce que la enfermedad que le aquejaba era producto de una razón especial. A partir de ahí, la manera de vivir la enfermedad y concebirse a sí mismo cambia para siempre.

Una vez concluida su trayectoria me quedo perpleja de todas las nuevas interrogantes que surgieron a lo largo del proceso. ¿Cuáles habrían sido las narrativas de los agentes terapéuticos involucrados? Es decir, analizar, dentro de la misma trayectoria médica que la del paciente, las narrativas de los agentes terapéuticos involucrados. En el caso de la presente investigación hubiera hecho falta tiempo y, sobre todo, experiencia para llevar a cabo semejante labor. Por lo que dejo abierto a futuras investigaciones entender el caso, pero observando detenidamente los diagnósticos y explicaciones de la locura desde aquellos que tienen el “poder” de curarla. Asimismo, considero que hace falta ver la importancia de la enunciación chamánica, especialmente por parte del *ah kin k'iche'*, en la curación de la locura.

Otra interrogante nace a partir de lo que Xun, al concluir su trayectoria médica, me dijo, sobre ser psicólogo. ¿Cómo está él concibiendo el concepto de “psicólogo”? Él y el promotor de la comunidad me comentaron sobre la falta de externalización de los problemas en comunidades “cerradas” como San Gregorio, lo que argumentan, es uno de los generadores de *chuvaj* entre la población, porque en lugar de hablar los problemas se quedan en la cabeza “y se piensa mucho”, causando locura. Esto, además de su experiencia previa con el psiquiatra explica por qué Xun se identifica como un psicólogo. La experiencia con su propia enfermedad le dio la habilidad de ayudar a otras personas, en palabras de Xun: “...Porque esto que me pasó, si alguno está enfermo de su cabeza puede venir conmigo y lo platico con él. Le voy a decir que está pasando, porque, como ya me pasó, ya aprendí”. Lo interesante de esto también es que Xun soñó consigo mismo hablando con personas. Seguramente recordando su propia experiencia.

Interesantemente, este fue un momento en la trayectoria que él no apreció, ni considera relevante para su salud. El psiquiatra le pareció una persona “alzada” que con sus tantos años de estudio no lo había podido curar. Esto también refleja la importancia del conocimiento revelado entre los tsotsiles. Así, aunque Xun no haya estudiado, él recibió un don con el cual va a ayudar a personas que enfermaron de manera similar.

A lo largo de esta investigación me enfrenté a diversos problemas, dignos de la primera experiencia antropológica. Uno de ellos fue con respecto a la traducción de los conceptos que hacían los colaboradores al momento de explicarme ciertas cosas, especialmente aquellas relacionadas con la salud. Algunos de estos errores los identifiqué en campo y algunos me los hicieron saber. Cuando se está trabajando con personas cuya lengua materna es otra, y que además están acostumbrados a traducir para los mestizos, me

encontré con un primer boceto de la trayectoria médica en el que todos los agentes terapéuticos eran “curanderos”.

La familia y Xun traducían muchos de los conceptos al español y, con esta traducción se perdía la diversidad terapéutica y étnica de la trayectoria. Tuve que repetir prácticamente todas las entrevistas, pero preguntando por los conceptos en *bats'i'kop* (tsotsil, “lengua verdadera”). Así, empezaron a surgir no sólo diferencias terapéuticas como el *jpoxtavanej* que curó con hierbas y el *j'ilol* que pulsó, sino también diferencias étnicas como el espiritista tseltal y el *ah kin k'iche'*. Ahí reside en la importancia del enfoque *emic*, de buscar en los sistemas de categorías nativos de las personas los conceptos en su propio idioma. Al mismo tiempo, concientizar que cuando se es extranjero a una comunidad la gente va a cambiar su comportamiento—y sus palabras—alrededor de ti.

Por último, quisiera dejar una reflexión para los jóvenes estudiantes que, como yo, se están aventurando al campo antropológico por primera vez. En muchas ocasiones vamos a trabajar en comunidades cuyas poblaciones viven en desventaja, en situaciones dolorosas y en contextos de suma desigualdad. El joven e ingenuo antropólogo, como yo, puede tomar decisiones y provocar situaciones que nacen de esta ingenuidad y solidaridad ciega, situaciones que terminan provocando un problema para las personas que nos están recibiendo en la comunidad. No olvidemos que, al final del trabajo de campo, nosotros regresamos de donde vinimos y dejamos en la comunidad una situación conflictiva. Esto no sólo puede llegar a dañar el tejido social, sino que puede arruinar el trabajo de futuros investigadores.

Es parte esencial del aprendizaje antropológico el concientizar tus propias cargas, prejuicios y categorías, para, idealmente, despojarte de ellas. Este ejercicio es de suma importancia en todo el trabajo antropológico. Sin embargo, considero que una categoría que

tenemos que aprender a deshacer en nuestra mente es la de la ayuda. A veces ayudar no necesariamente implica en términos monetarios, dependientes, y paternalistas. A veces escuchar a la gente y fluir con la información es más valioso que llegar con las manos llenas de cosas que creemos que necesitan. Especialmente cuando se está en un nivel formativo y en un proceso de aprendizaje.

Al final, mi experiencia, aunque atropellada, fue sumamente enriquecedora. En la cual la honestidad y la perseverancia me ayudaron a mantener relaciones de confianza con la gente de San Gregorio. Sólo así pude construir esta investigación y contar a la historia del joven que perdió su mente.

Para futuras investigaciones considero que el tema de las enfermedades mentales, no sólo en poblaciones originarias sino en general, podría analizarse desde el marco de la antropología médica crítica. Abarcando modelos que puedan estudiar el proceso de sufrimiento y de violencia estructural al que se enfrentan las personas que viven con alguna enfermedad y sus familias que, como vimos, son actores esenciales en la trayectoria médica.

Por último, deseo reforzar la importancia de que se realicen trayectorias médicas sobre enfermedades mentales, en general, no sólo con poblaciones originarias. La etnografía provee la oportunidad de entender las complejidades de los problemas de salud mental, a nivel global y local, y, además, toma en cuenta las variables sociales, económicas, y políticas que dan forma a la experiencia y expresión de la enfermedad mental a través de distintos contextos. Conuerdo con lo que mencionan Kohrt y Mendenhall (2015:13), “Hay que tomar la salud mental en manos totalmente etnográficas”.

REFERENCIAS

- Álvarez, Guadalupe, Dolores Molina, y José Eugenio Dorantes
2001 La búsqueda de atención para la tuberculosis en Chiapas, México. *Revista Panameña de Salud Pública* 9(5):285-293.
- Arias, Jacinto
1975 *El mundo numinoso de los mayas: estructura y cambios contemporáneos*. Instituto Chiapaneco de Cultura, Tuxtla Gutiérrez.
- Barnard, Alan y Jonathan Spencer
2002 *Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*. World Reference, London.
- Bartra, Roger
1976 Introducción a Chayanov. *Nueva Antropología* 1(3):49-69.
- Carod, Francisco Javier, y Carolina Vázquez-Cabrera
1998 Pensamiento mágico y epilepsia en la medicina tradicional indígena. *Revista de Neurología* 26(154):1064-1068.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti
2014 25 Años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *CONAMED* 19(1):37-42.
- Collier, George A., Pablo J. Farías Campero, John E. Pérez, y Victor P. White
2000 Socio-economic Change and Emotional Illness Among the Highland Maya of Chiapas, Mexico. *Ethos* 28(1):20-53.
- Collin, Laura
2014 *Economía Solidaria: local y diversa*. El Colegio de Tlaxcala, México.
- Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas (CEIEG)
2012 *Regiones Socioeconómicas*. Documento electrónico, http://www.ceieg.chiapas.gob.mx/home/wp-content/uploads/downloads/productosdgei/CIGECH/CIGECH_REGIONES.pdf, último acceso el 17 de febrero 2018.

Cosh Vázquez, Gloria Claudia

2012 Saberes populares y el uso actual de plantas con propiedades medicinales, en los humedales de la montaña de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Tesis de Licenciatura, Universidad Intercultural de Chiapas, San Cristóbal de las Casas.

De Grammont, Hubert C.

2009 La nueva estructura ocupacional en los hogares rurales mexicanos. En *La pluriactividad en el campo latinoamericano*, coordinado por Hubert C. De Grammont y Luciano Martínez Valle, pp. 273-307. FLACSO, Ecuador.

De La Garza, Mercedes

1990 *Sueño y alucinación en el mundo náhuatl y maya*. Instituto de Investigaciones Filológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

De León Pasquel, Lourdes

2005 *La llegada del alma. Lenguaje, infancia y socialización entre los mayas de Zinacantán*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Publicaciones de la Casa Chata, México.

Domínguez-Vázquez, Gabriela, Brent Berlin, Adriana E. Castro-Ramírez, Erin J.I. Estrada-Lugo

2002 Revisión de la diversidad y patrones de distribución de Labiatae en Chiapas. *Botánica* 73(1):39-80.

Ensor, Tim and Stephanie Cooper

2004 Overcoming Barriers to Health Service Access: Influencing the Demand Side. *Health Policy and Planning* 19(2):69-79.

Eroza Solana, Enrique

2006 Las crisis convulsivas entre los tsotsiles y los tseltales: del don sagrado al estigma. *Desacatos* 20:77-108.

2008 Narrativas del padecimiento “mental”: arenas de debate en torno a prácticas sociales y a los valores que las sustentan entre los mayas tzotziles y tzeltales del sur de México. *Revista de Antropología Social* 17:377-410.

2010 Las dimensiones visibles e invisibles de la vida social: narrativas del padecimiento entre los chamulas. *Pueblos y Fronteras* 6(10). Documento electrónico, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90618558003>, accesado el 18 de marzo 2018.

Fabrega, Horacio Jr., y Daniel B. Silver

1973 *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan*. Stanford University Press, Palo Alto.

Favre, Henri

1992 *Cambio y continuidad entre los mayas de México*. Instituto Nacional Indigenista, México.

- Freyermuth Enciso, Graciela
 1993 *Médicos tradicionales y médicos alópatas: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste, Chiapas.
- 2003 *Las mujeres de humo: morir en Chenalhó: género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste, Chiapas.
- Fujigaki Lares, Alejandro e Isabel Martínez Ramírez
 2012 “Locura” y transgresión social: la noción de *Lowíame* entre los Rarámuri de México. En *Entre tarahumaras, coras y huicholes: algunos aspectos sobre la “locura”*, editado por Blanca Zoila González Sobrino, pp. 45-74. Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- García de León, Antonio
 1985 *Resistencia y utopía*. Ediciones Era, México, D.F.
- Goffman, Erving
 2012 *Estigma: la identidad deteriorada*. 2ª ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- González-Jácome, Alba
 2015 Ambiente y cultura en la agricultura tradicional de México: casos y perspectivas. *Ciencia ergo-sum* 11(2):153-163.
- González Sobrino, Blanca Zoila
 2012 Locura y trastornos mentales. En *Entre tarahumaras, coras y huicholes: algunos aspectos sobre la “locura”*, editado por Blanca Zoila González Sobrino, pp. 15-44. Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Gossen, Gary
 1988a Estilo poético y visión del cosmos entre los chamulas de Chiapas, México. En *Mito y ritual en América*, editado por Manuel Gutiérrez Estévez, pp. 111-124. Alhambra, Madrid.
- 1988b La lógica del cuerpo y del cosmos entre los chamulas de Chiapas, México. En *Mito y Ritual en América*, editado por Manuel Gutiérrez Estévez, pp. 125-137. Alhambra, Madrid.
- Guiteras, Calixta
 1965 *Los peligros del alma: visión del mundo de un tzotzil*. Fondo de Cultura Económica, México.

Hacienda de Chiapas

2014 Programa regional de desarrollo: Región V Altos Tsotsil-Tseltal. Documento electrónico,
<http://www.haciendachiapas.gob.mx/planeacion/Informacion/Desarrollo-Regional/prog-regionales/ALTOS.pdf>, último acceso el 17 de febrero 2018.

Hermitte, María Esther

1970 *Poder sobrenatural y control social en un pueblo maya contemporáneo*. Instituto Indigenista Interamericano, México.

Holland, William R.

1963 *Medicina maya en los Altos de Chiapas: un estudio del cambio socio-cultural*. Instituto Nacional Indigenista, México.

Inoue Yuta y Masahiro Umezaki

2016 Medical Pluralism and Traditional/Complementary and Alternative Medicine Use among Older People: A Cross-Sectional Study in a Rural Mountainous Village in Japan. *J Cross Cult Gerontol* 31:57-72.

Kazianka, Barbara

2012 ¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina “global” y la medicina indígena “local”? Un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzáes en San José, Guatemala. *Scripta Ethnologica* 34:39-66.

Kohrt, Brandon A. y Emily Mendenhall

2015 Anthropological Perspectives on Global Mental Health, Introduction. En *Global Mental Health: Antropological Perspectives*, editado por Brandon A. Kohrt y Emily Mendenhall, pp. 13-17. Left Coast Press, California.

Kohrt, Brandon A., Emily Mendenhall y Peter J. Brown

2015 Historical Background: Medical Anthropology and Global Mental Health. En *Global Mental Health: Antropological Perspectives*, editado por Brandon A. Kohrt y Emily Mendenhall, pp. 19-35. Left Coast Press, California.

Köhler, Ulrich

1975 *Cambio cultural dirigido en Los Altos de Chiapas: un estudio sobre la antropología social aplicada*. Instituto Nacional Indigenista y Secretaria de Educación Pública, México.

1995 *Chonbilal Ch'ulelal-Alma Vendida: elementos fundamentales de la cosmología y la religión mesoamericana en una oración en maya-tzotzil*. Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Laughlin, Robert M.

1975 *The Great Tzotzil dictionary of Santo Domingo Zinacantan: with a grammatical analysis and historical commentary*. Smithsonian Institution Press, Washington D.C.

- Laughlin, M. Robert y Carol Karasik
1992 *Zinacantán: canto y sueño*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Instituto Nacional Indigenista, México.
- Lévi-Strauss, Claude
1987 *Antropología cultural*. Ediciones Paidós, Barcelona.
- López-Austin, Alfredo
2004 *Cuerpo humano e ideología: las concepciones antiguas de los nahuas*, Tomo I. 2ª reimpresión. Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Lunes-Jiménez, Elena
2011 El ch'ulel en los Altos de Chiapas: estado de la cuestión. *Pueblos y fronteras* 6(11): 218-245.
- Lock, Margaret y Vinh-Kim Nguyen
2010 *An Anthropology of Biomedicine*. Wiley-Blackwell. UK.
- Manca, María Cristina
2009 El centro de la tierra: equilibrio de fuerzas, convivencia entre bien y mal. Un primer acercamiento al tema de la violencia simbólica en el área maya. En *Mundos Zoque y Maya: miradas italianas*, coordinado por Piero Gorza, Davide Domenici y Claudia Avitable, pp. 2013-229. Universidad Nacional Autónoma de México, Mérida.
- Martín Pérez, José Manuel
2014 La Reindianización del Gobierno Municipal en Huixtán: cambios, persistencias y resistencias en un municipio de Los Altos de Chiapas. *Pueblos y Fronteras digital*. 9(17):3-19.
- Martínez-Icó, Miguel, William Cetzal-Ix, Eliana Noguera-Savelli y Rodrigo Hernández-Juárez
2015 Flora vascular de la comunidad de Bazom, Los Altos de Chiapas, México. *Botanical Sciences* 93(1):53-72.
- Martínez-Salazar, Iván Noé, Erika Acevedo-Stefanoni, y Luis Angel Martínez-Hernández
2016 Medicina indígena tradicional, su enlace con la psiquiatría y la salud pública. *Comunitaria* 11:157-168.
- Menegoni, Lorenza
1996 Conceptions of Tuberculosis and Therapeutic Choices in Highland Chiapas, Mexico. *Medical Anthropology Quarterly* 10(3):381-401.
- Menéndez, Eduardo
1994 La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 4(7):71-83.

Miller, Frank

- 1959 *Social Structure and Medical Change in a Mexican Indian Community*. Tesis doctoral, Harvard, Cambridge, Massachusetts.
- 1967 *El cambio cultural como toma de decisiones, un ejemplo Tzotzil*. Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas, Costa Rica.

Molina, Rose L., y Daniel Palazuelos

- 2014 Navigating and Circumventing a Fragmented Health System: The Patient's Pathway in the Sierra Madre Region of Chiapas, Mexico. *Medical Anthropology Quarterly* 28(1):23-43.

Navarrete, Federico

- 2018 Nuevos y Viejos Racismos en México. Conferencia presentada en el Departamento de Antropología de la Universidad de las Américas Puebla, Puebla.

Neila Boyer, Isabel

- 2012 *Ach'Kuxlejal: el nuevo vivir. Amor, carácter y voluntad en la modernidad tzotzil*. En *Modernidades Indígenas*, editado por Pedro Pitarch y Gemma Orobitg, pp. 281-320. Iberoamericana, Madrid.
- 2013 Los amores locos de una joven chamula: simpatías materno-filiales y cambio social. *EntreDiversidades* 1: 43-85.

Olivera Bustamante, Mercedes

- 2011 *Región de los Altos: Mujeres Marginales de Chiapas, situación, condición y participación*. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México.

Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas A.C. (OMIECH)

- 1989 *Memorias del Cuarto Encuentro de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas*. San Cristóbal de las Casas, México.
- 1997 *Las plantas medicinales utilizadas por los mayas de los Altos de Chiapas*. San Cristóbal de las Casas, México.

Page Pliego, Jaime Tomás

- 2010 Utilidad de los conceptos “chamanismo” y “estados alterados de conciencia” para el estudio de los sistemas etnomédicos de tres pueblos mayas de los Altos de Chiapas. En *Iniciaciones, Trances y Sueños: Investigaciones sobre el chamanismo en México*, coordinado por Antonella Fagetti, pp. 293-412. Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades de la BUAP, Plaza y Valdés, México.
- 2011 *El mandato de los dioses: etnomedicinas entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó, Chiapas*. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Patel, Vikram

- 2015 Foreword. En *Global Mental Health: Anthropological Perspectives*, editado por Brandon A. Kohrt y Emily Mendenhall, pp. 7-10. Left Coast Press, California.

- Pérez-Téllez, Iván
2015 La obscuridad necesaria en el chamanismo nahua. *Revista Artes de México Chamanismo* 118:54-61.
- Pitarch Ramón, Pedro
1996 *Ch'ulel: una etnografía de las almas tzeltales*. Fondo de Cultura Económica, México.
2010 Los dos cuerpos mayas: esbozo de una antropología elemental indígena. *Estudios de Culturas Mayas* 37:149-178.
- Pozas Arciniega, Ricardo
1987 *Chamula, un pueblo indio de los Altos de Chiapas*, Volumen I-II. Instituto Nacional Indigenista, Colección Clásicos de la Antropología Mexicana, México, D.F.
- Restrepo, Eduardo
2016 *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*. Envión editores, Bogotá.
- Romero, Laura E.
2011 *Ser humano y hacer el mundo: la terapéutica nahua en la Sierra Negra de Puebla*. Ciencia Nueva, Doctorados Universidad Nacional Autónoma de México. México, D.F.
2015 La obscuridad, el silencio y la ausencia en Tlacotepec. *Revista Artes de México Chamanismo* 118:24-33.
- Roys, Ralph, L.
1976 *The Ethno-Botany of the Maya*. Institute for the Study of Human Issues, Philadelphia.
- Rus, Jan
1995 La comunidad revolucionaria institucional: la subversión del gobierno indígena en Los Altos de Chiapas, 1936-1968. En *Chiapas: los rumbos de otra historia*, editado por Juan Pedro Viqueira y Mario Humberto Ruz, pp. 251-278. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Sánchez Álvarez, Miguel
2012 *Territorio y culturas en Huixtán, Chiapas*. Universidad Intercultural de Chiapas, San Cristóbal de las Casas, México.
- Scalerandi, V.
2010 El lugar del campesino en la sociedad: aportes del marxismo a la comprensión de la articulación entre campesinos y modo capitalista de producción. *KULA* 2:106-119.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)
2013 Unidad de microrregiones, cédulas de información municipal (SCIM), documento electrónico,
<http://www.microrregiones.gob.mx/zap/datGenerales.aspx?entra=zap&ent=07&mun=038>, último acceso el 19 de Marzo de 2018.

Severi, Carlo

1996 *La memoria ritual: locura e imagen del blanco en una tradición chamánica amerindia*. Biblioteca Abya-Yala, Ecuador.

Singer, Merrill and Hans Baer

2012 *Introducing Medical Anthropology: A Discipline in Action*. 2^a ed. Altamira Press, Lanham.

Tedlock, Barbara

1992 *Time and the Highland Maya*, University of New Mexico Press, Albuquerque.

Villafuerte Solís, Daniel y María del Carmen García Aguilar

2008 Algunas causas de la migración internacional en Chiapas. *Economía y Sociedad* 14(21):41-58.

Viqueira, Juan Pedro

1995a Chiapas y sus regiones. En *Chiapas: rumbos de otra historia*, editado por Juan Pedro Viqueira y Mario Humberto Ruz, pp. 19-42. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

1995b Los Altos de Chiapas: una introducción general. En *Chiapas: los rumbos de otra historia*, editado por Juan Pedro Viqueira y Mario Humberto Ruz, pp. 219-236. Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.

Vogt, Evon Z.

1966 *Los zinacantecos*. Instituto Nacional Indigenista, Colección Clásicos de la Antropología Mexicana, México.

1979 *Ofrendas para los dioses: análisis simbólico de rituales zinacantecos*. Fondo de Cultura Económica, México.