

entrevistas en profundidad. La familiaridad de los pequeños en la investigación permitió una muy buena interacción y naturalidad en sus respuestas (Foto 1). Buscamos que fueran niños de ambos sexos y menores de 12 años para encontrar esas expresiones que, por su edad, el tiempo de convivencia y las actividades desempeñadas, nos remitieran a relaciones sociales estrechas con sus padres.



Foto 1. Algunos niños de paraíso del Grijalva, Chiapas. Disfraces para el carnaval en la comunidad. **Fuente:** trabajo de campo, María Eugenia Balderas (MEB), 2009.

Características generales del área de estudio

La comunidad de Paraíso del Grijalva cuenta con 1,930 habitantes, de los cuales 975 son hombres y 955 mujeres (INEGI, 2010). El clima predominante en la región es cálido-sub húmedo con lluvias en verano; los meses más calurosos son marzo y abril; los meses más lluviosos son mayo a septiembre. Se presenta una estación seca de octubre a mayo y una húmeda de junio a septiembre (Molina, 1976). Se localiza a sólo 21 km de la cabecera municipal. La principal vía de comunicación para llegar al municipio de Venustiano Carranza es la carretera Tuxtla-Angostura-Comitán, que se encuentra en regulares condiciones de pavimentación.

La comunidad cuenta con un jardín de niños, una escuela primaria y una telesecundaria. Hay una iglesia católica, así como también la presencia de miembros pertenecientes al Ministerio Internacional Vida Nueva, Jesús Paraíso de Dios, adscritos a la Iglesia Evangélica.

Condiciones materiales de vida en Paraíso del Grijalva Chiapas

Paraíso del Grijalva cuenta con 194 viviendas habitadas, con energía eléctrica, agua entubada y drenaje. El servicio de agua suele ser muy irregular, por lo que las personas tienen que acarrearla del río, de acuerdo a sus necesidades. El agua, tanto entubada como acarreada, sólo es utilizada para labores domésticas. El agua de consumo personal se adquiere embotellada o bien es hervida. Los desechos inorgánicos son quemados al aire libre o son arrojados en áreas comunes, mientras que los orgánicos se utilizan en los huertos familiares para servir como abono natural o bien son utilizados para alimentar a algunos animales de traspatio, como perros y cerdos. Estas condiciones de vida propician que proliferen problemas de salud infecciosos, respiratorios y gastrointestinales. Los habitantes del poblado se dedican a la agricultura, principalmente al cultivo de maíz y frijol. El trabajo asalariado es, en su gran mayoría, para los hombres. Las mujeres atienden el hogar, se encargan de la preparación de alimentos y del cuidado de los hijos (Fotos 2 y 3). Algunas elaboran telas utilizando el telar de cintura, las cuales son comercializadas en forma de lienzo o confeccionadas en prendas de vestir y bolsas. El dinero obtenido es utilizado por las mamás para apoyar a los gastos del hogar, sobre todo, para la alimentación y educación de los hijos. Las familias combinan la agricultura con actividades como pesca, ganadería y crianza de animales de traspatio, como cerdos, pollos y guajolotes. Según el INEGI, en el año 2000 el municipio de Venustiano Carranza se clasificó en la categoría de *marginación media*.



Foto 2 Preparando la comida. **Fuente:** trabajo de campo, María Eugenia Balderas, 2009.



Foto 3. El aseo de los utensilios de cocina.
Fuente: trabajo de campo, María Eugenia Balderas, 2009.

Paraíso del Grijalva es una comunidad donde muchos varones entre 16 y 32 años de edad migran a los Estados Unidos de Norte América (comunicación personal de hombre de 21 años). Los movimientos de muchos de los varones de Paraíso del Grijalva fuera de México son muy variables, pues una persona puede salir y regresar a su comunidad varias veces en un año, mientras que hay otros que permanecen fuera hasta por cuatro años. Así mismo,, los hombres viajan al interior de nuestro país, a lugares como Playa del Carmen y Cancún, en Quintana Roo, y permanecen por periodos de seis meses para emplearse en proyectos de la industria de la construcción, restaurantes y hoteles que demandan trabajadores eventuales y poco calificados.^{xvi} La comunidad cuenta con una unidad de salud que maneja la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas, en donde se promueven el Seguro Popular y el programa Oportunidades.^{xvii}

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

^{xvii} El Programa Oportunidades busca incrementar capacidades y alternativas para mejorar los niveles de bienestar, condiciones socioeconómicas y calidad de vida de la población, por medio del apoyo en salud, educación, nutrición e ingresos, además de contribuir a la vinculación con nuevos servicios y programas de desarrollo (SEDESOL, 2010).

Materiales y métodos

Partimos del supuesto de que en la vida cotidiana las personas presentan roles sociales y además están sus percepciones^{xviii} acerca de lo que viven. Estas referencias pueden ser objetivas o subjetivas. Objetivas como las condiciones económicas, materiales y sociales que viven las familias *elementos que se desprenden de la estructura en que el actor establece sus prácticas vitales*. Son factores objetivos o condiciones materiales ya que son externos y no controlables por los individuos. Los subjetivos se construyen a partir de las aspiraciones, expectativas y valoraciones del grupo humano. Son subjetivas las imágenes, ideas, creencias, que desarrollan los sujetos respecto a su condición de vida, en este caso, la salud, la enfermedad y la atención que reciben. Estas referencias sociales pueden definirse como representaciones, "... ideas que son utilizadas consciente o inconscientemente en la vida cotidiana. Es la manera de ver, entender, interpretar o concebir una realidad, no son casuales ni se encuentran aisladas..." (Yáñez, 1998:33). Denisse Jodelet (2000) plantea que las representaciones sociales son un conjunto de imágenes, significados o sistemas de referencias y permiten explicar ciertos fenómenos sociales.

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

^{xviii} El concepto de percepción nos permitirá identificar los valores y significados que otorgan las personas a las experiencias de vida, no significa que esta percepción carezca de un carácter social; enfatizamos el uso del concepto percepción para dar cuenta del interés por registrar y analizar ese ámbito personal del sujeto en las causalidades del padecer la enfermedad, así como las experiencias que viven cuando buscan y reciben atención a la salud.

De tal manera que entenderemos como percepción a una conducta humana que a través de la vivencia, atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos construidos y reconstruidos por el grupo (Vargas, 1998).

Cuadro 1
Actividades económicas de los entrevistados

Sexo	Ama de casa	Ama de casa y artesana	Agricultor	Estudiante	Chofer	Migrante*	Sastrería	Total
Femenino	27	13	0	1	0	0	0	41
	6,0%	17,3%	,0%	1,3%	,0%	,0%	,0%	54,7%
Masculino	0	0	30	1	1	1	1	34
	,0%	,0%	40,0%	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	45,3%
Total	27	13	30	2	1	1	1	75
	6,0%	17,3%	40,0%	2,7%	1,3%	1,3%	1,3%	100,0%

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

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

interesa conocer cómo las madres y padres de familia de Paraíso del Grijalva, interpretan, significan, definen la enfermedad. Bajo que creencias, significados e interpretaciones buscan atención y si estos referentes subjetivos y objetivos determinan el papel que ellos juegan en el proceso S/E/A.

El trabajo de campo se realizó de enero a octubre de 2009 y consistió en la aplicación de 75 entrevistas cortas^{xix} a hombres y mujeres. La mayoría de los padres de familia entrevistados tienen una edad que oscila entre los 25 y 29 años. Las madres de familia están entre los 20 y 24 años de edad. El 47% (32 / n = 75) de las personas entrevistadas cuenta con estudios de educación primaria concluidos y el 36% (27 / n = 75) tiene estudios de primaria sin concluir porque deben insertarse en el mercado laboral a temprana edad. Sólo un 6.7% terminó la secundaria y un 4% no lo hizo, mientras que el 6% no tienen estudios (Cuadro1). De acuerdo a las estadísticas oficiales, el promedio de hijos nacidos vivos en mujeres de 15 a 49 años es de 2.23 (INEGI II. Chiapas, 2005).

Las entrevistas se realizaron a padres y madres de familia de manera independiente, por lo general, no se entrevistaron a parejas. Los entrevistados procedían de diferentes hogares seleccionados al azar, tras recorrer toda la

^{xix} Cuarenta y un entrevistas fueron hechas a madres de familia y treinta y cuatro a padres, la aplicación de las mismas se detuvo porque ya comenzaba a presentarse saturación teórica y porque los datos obtenidos proporcionaban información suficiente para cumplir con los objetivos de la investigación.

comunidad. Nos interesaba conocer y dimensionar nuestro fenómeno de estudio en los diferentes hogares asentados en cada uno de los rincones del poblado, sin concentrarnos en alguna zona o cuadrante en especial. Las preguntas giraron en torno a qué es la salud, la enfermedad, causas, síntomas y qué se hace cuando se vive un problema de salud. Se hicieron preguntas relativas a la percepción que tienen ellas de las enfermedades de sus esposos y qué percepción tienen ellos de las enfermedades de sus esposas. Las narrativas^{xx} que obtuvimos nos remitieron a interacciones entre los cónyuges, a diferencias, conflictos y desigualdades en ellos, su familia y la comunidad.

En los primeros recorridos de campo observamos que los varones migraban buscando trabajo fuera de la comunidad, parecía ser éste un comportamiento común. Nos preguntamos si este hecho era frecuente y si podría determinar algunas de las experiencias y acciones que aplican ellos y sus familiares cuando enferman.

^{xx} Las corrientes interpretativas han propuesto que las experiencias de padecimiento pueden expresarse en forma significativa a través de narraciones. La narrativa no sólo constituye un instrumento de investigación, sino que puede cumplir también funciones terapéuticas. La narración permite comprender cómo el paciente y también el curador construyen sus saberes, como se articulan la experiencia del padecimiento, las formas simbólicas de una cultura y las estrategias de atención de la enfermedad. A través de la narración los eventos son presentados en un orden significativo y coherente para los sujetos, siendo descritos junto con las experiencias asociadas con ellos y la significación y el sentido que tienen para las personas involucradas (Cortés, 1997).

Desde esta perspectiva y bajo el interés de observar el comportamiento de los hombres en el proceso S/E/A realizamos una clasificación de las familias ya entrevistadas al azar (n = 75) en donde la presencia o no de los varones, así como los ingresos económicos, determinarían los distintos tipos familiares. Encontramos que la mayoría de familias cuentan con un ingreso económico bajo (menos de un salario mínimo, 45, 60%) y, por lo regular, el padre de familia permanece más tiempo en la localidad que fuera de ella.

La división sexual del trabajo, los roles domésticos y los estereotipos de lo que es ser un hombre o una mujer se reconstruyen y tienen una continuidad con cada espacio de sociabilidad en el que están inmersos los sujetos, sean la casa, la escuela, el trabajo, el templo, los espacios públicos, el transporte etc., y cada una de las instituciones que se desenvuelven en los espacios de sociabilidad contribuyen a normar las prácticas (Ramírez, 2002). Los roles paternos y maternos en el ámbito doméstico pueden presentar diferencias y no ser los esperados, por ejemplo, las mujeres se dedican a hacer artesanías para contar con cierto ingreso económico y contribuir con ello al gasto familiar y la sobrevivencia de los integrantes de la familia. Los varones están preocupándose por los hijos, por encontrar alternativas para una mejor atención en la salud, sin embargo, pesa el desempeño de los roles domésticos, los cuales generan diferencias y desigualdades, aunque igualmente se acepta que los cuidados y atenciones así definidas llegan a resultar positivas para el grupo (Hernández, 2009).

Las madres cumplen con los roles domésticos habituales, se dedican al cuidado de los hijos pequeños y las labores de la casa; por lo tanto, permanecen en el hogar (Foto 4). Los padres son los proveedores económicos mayoritarios, los que deben encontrar un trabajo de suficiente solvencia económica, los que se dedican a las labores públicas y no domésticas y los que son resistentes al trabajo físico y a las enfermedades.^{xxi} Las representaciones e ideas en torno a lo que *debe ser, el papel que debe*

^{xxi} Luis Bonino (2000) retoma de Brannon y David (1976) “los cuatro imperativos de la masculinidad” planteamiento resultante de un estudio que identifica a partir de frases comunes el reflejo de diversas creencias-ideales-mandatos acerca del *ser masculino*”.

desempeñar un hombre o una mujer producen una presión individual, familiar y social por cumplir estos roles, que lleva a diferencias y relaciones desiguales que se podrán observar en las siguientes representaciones sobre los estados de salud y enfermedad entre las madres y padres de familia.



Foto 4 En los preparativos para la fiesta de bautizo, la cual es colectiva y se hace una vez por año para toda la comunidad.

Fuente: trabajo de campo, María Eugenia Balderas, 2009.

Los problemas de salud primarios (es decir aquellos problemas de gravedad leve) entre las madres y padres de familia son padecimientos^{xxii} como dolores de cabeza, estómago, fiebre, diarrea o vómito, que frecuentemente los incapacitan, causan dolor y generan estados de ánimo desmotivantes. Por lo regular, las madres y padres de familia al describir un problema, recurren a la narración de lo que viven y sienten:

Cuando estoy enferma me siento muy triste, no me dan ganas de hacer nada, no puedo comer bien, ni mucho menos descansar (mujer de 28 años).

^{xxii} El padecimiento es la experiencia subjetiva de síntomas y del sufrimiento, es decir, es la forma en que la persona enferma expresa, vive un problema, y la forma en que reacciona ante síntomas y limitaciones que se desprenden tras cualquier evento o problema de salud.

Los síndromes de filiación cultural son aquellos complejos mórbidos que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación de los procedimientos de eficacia simbólica para lograr la recuperación del enfermo (Zolla *et al*, 1988:31)

Estar aburrido porque no puedo hacer mis cosas (mujer de 32 años)

Enfermarse es algo duro, pero no por los síntomas físicos, sino más bien las preocupaciones, ya que se necesita dinero para curarse (mujer de 27 años).

La representación social del vivir un problema de salud en los entrevistados está ligada a la *tristeza, el aburrimiento y las preocupaciones*. Las mujeres expresan sus problemas de salud a partir de *no cumplir sus deberes como esposas, madres*. Por ejemplo, si ellas están enfermas, los hijos no tendrán comida ni ropa limpia para ir a la escuela y el marido no tendrá quien lo atienda cuando regrese cansado de la milpa.

Al preguntarles acerca de lo que significa *la salud* las madres y padres de familia recurrieron a términos como *tener ánimos para trabajar, tener fuerza para realizar las actividades*, conceptos que hablan sobre estados óptimos para el desempeño de sus roles y actividades diarias.

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

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

Asimismo, las mujeres refirieron sus estados de salud como *bienestar físico y mental*. Los varones recurrieron al uso de términos relativos a *no tener preocupaciones económicas y poder realizar tu trabajo*.

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

Esta diferencia entre las ideas de las madres y padres de familia venimos observándola en las representaciones que se han hecho de la enfermedad. Una distinción es que las madres de familia recurren a explicar estados de salud a partir de términos que hacen alusión a la instrucción médica, la cual es cercana a sus

demandas y necesidades, que más adelante observaremos.

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

Los varones, mayoritariamente agricultores, utilizan conceptos que hacen alusión a ideales para el óptimo desempeño de sus quehaceres, y puesto que enfermarse tiene un costo social (representación de roles domésticos) y económico (costos para la atención médica) estar sanos es no tener problemas o preocupaciones que giren en torno ante todo de su economía.

Las causas de la enfermedad en la pareja, los hijos y los ancianos. El punto de vista del otro.

Las representaciones sociales de las causas de la enfermedad en la pareja, los hijos y parientes cercanos (ancianos) a partir de la percepción de los papás, las mamás y de algunos niños nos permitió profundizar y observar contradicciones y diferencias en la pareja, derivados de las representaciones sobre la salud y la enfermedad y de las presiones sociales al cumplir o no con sus roles domésticos. Resultados interesantes si consideramos que las preguntas no sobrevaloraron el papel de uno de los cónyuges, ni partió del hecho de observar cómo los varones podían ser los perpetradores de algún comportamiento particular^{xxiii} o ser ellas las que recibieran las consecuencias de los actos de los esposos.

Las mujeres, desde el punto de vista de sus parejas, se enferman por *descuidos* en el cuidado de sus cuerpos o en la atención de los hijos:

Las preocupaciones por los hijos, el cansancio y los enojos con nosotros, pueden llegar a enfermar a las mujeres (hombre de 40 años).

^{xxiii}Aún en los estudios de género relativos a violencia doméstica e intrafamiliar, se plantea que se requiere incluir en toda investigación sobre el tema a los varones, sin considerarlos *per se* como perpetradores de agresiones o violencia física y emocional contra las mujeres. Se propone reflexionar de forma problematizadora, relacional, y no como una dicotomía en donde uno es el agente activo y otro el pasivo (Ramírez, 2002)

Mientras que en la opinión y las creencias de ellas, los esposos se enferman de una mayor diversidad de males que ellos no mencionaron:

Se enferman por andar de bolos y por andar con otras y no se cuidan, les puede dar SIDA, luego en su casa contagian sus esposas (mujer de 27 años).

Nos enfermamos por estar enojadas con el marido, por maltrato. Nos dan cólicos y enojos por culpa de los hombres que nos provocan disgustos por el alcohol. A veces tenemos partos de cuatro días y ellos se la pasan ahogados en el alcohol (mujer de 37 años).

El trago y las drogas son una enfermedad sólo de ellos, y lo peor es que no tiene curación, les altera totalmente los nervios y los vuelve agresivos y no trabajan (mujer de 35 años)

Asimismo, podemos reconocer experiencias que sólo pueden ser referidas por quienes lo viven. Por ejemplo, ante la pregunta *¿cuál es la causa de las enfermedades de su esposo?* fue particularmente notorio que los problemas derivados de accidentes no fueron nombrados o al menos insinuados por ellas. Los varones sí mencionan o utilizan el concepto de “accidentes” como causas de sus enfermedades. El resultado en sí mismo indica una experiencia de vida significativa en los padres de familia que sólo puede ser referida por quienes resultan afectados.^{xxiv}

No todos los problemas de salud suelen representarse por quien lo experimenta y padece, menos si esos problemas exhiben o atentan contra el estereotipo o rol que representa a la persona, por ejemplo, los varones. Al parecer experimentan problemas de salud debido al consumo de alcohol, uso de sustancias tóxicas y relaciones extramaritales, sin embargo, son las

^{xxiv} Metodológicamente, hablando se debe incluir a los varones en un estudio sobre el proceso S/E/A en el ámbito doméstico, pues sus experiencias de vida y percepciones están determinadas por los propios anhelos y necesidades de esta manera, toman sus decisiones y buscan entender, conocer, explicar y actuar sobre lo que es la salud y la enfermedad desde un ámbito compartido. La convivencia no garantiza el desciframiento de la explicación de lo que pasa en cada miembro de la familia, pero se tienen acercamientos, ya que la convivencia genera percepciones y atenciones particulares derivadas de la interacción social, pero hay otras que si bien se originan igualmente de la interacción familiar, su manifestación debe ser rescatada de manera personal e individual.

esposas y no ellos quienes representan los problemas de salud de los varones a través de expresiones como *se enferman por andar bolos, están ahogados en alcohol, por andar con otras*. ¿Por qué no son éstos problemas de salud expresados mayoritariamente por los varones? Quizás la dificultad se deba a un estigma^{xxv} familiar y social,^{xxvi} al temor por ver desvalorizado un estereotipo (Ramírez, 2002), a un rechazo y sanción familiar (es claro que haya un rechazo familiar, pues son las esposas quienes denuncian estos comportamientos)^{xxvii} o, más probablemente, como lo constataremos más adelante por una presión familiar y social al no cumplir con los roles domésticos asignados (al evaluar las representaciones que tienen los cónyuges acerca de la salud de los hijos y los ancianos, en donde ahora la opinión de los hombres pareciera poner en duda el *rol doméstico femenino*, además del registro de las propias representaciones de los niños acerca de su salud).

Los niños y los problemas de salud derivados de “los descuidos” en la percepción de los padres de familia

Al preguntarles a los padres de familia acerca de los problemas de salud de sus hijos, las respuestas giraron en torno al concepto de *descuido*:

Los niños se enferman de tos, calentura y dolor de estómago, porque sus mamás no los cuidan bien, si uno como padre no está al pendiente, es muy fácil que los pichitos se enfermen (mujer de 27 años).

^{xxv}El estigma es la desaprobación social severa de características personales o creencias que van en contra de las normas culturales. El estigma social conduce a menudo a marginación.

^{xxvi}Nos parece que independientemente de los resultados la pregunta hacia las mujeres acerca de qué perciben de sus parejas es, por ende, igualmente vital en un análisis sobre procesos de S/E/A en las familias.

^{xxvii} Quizás al tener las mujeres un mayor desempeño en las esferas públicas (venta de artesanías) y una pareja que permanentemente sale para desempeñar actividades laborales, ellas se ven expuestas a una fuerte carga de trabajo doméstico y extradoméstico. Lo anterior probablemente les facilite una creciente conciencia de sus capacidades para auto-valerse frente a su hogar y sus hijos. Este hecho repercute en su inserción social y roles habitualmente desempeñados (Bringiotti, 2005) e incide sobre los roles de sus parejas varones, suscitándose un ambiente de desvalorización de quehaceres, actitudes o ideas.

Asimismo, conceptos como *las infecciones, las diarreas, los vómitos y la mala alimentación* fueron comunes en la opinión en este caso de las mamás:

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

La mala salud puede venir desde el embarazo, sobre todo si la madre no está bien alimentada (mujer de 36 años).

Otros conceptos recurrentes, aunque en menor proporción, fueron *la falta de vacunas y el polvo*:

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

Antes, los papás escondían a sus hijos, mi papá nos escondía para que no nos vacunaran porque decía que llorábamos mucho, pero mi mamá nos llevaba a la vacuna (mujer de 31 años).

En la opinión de los varones, sus hijos enferman por descuidos refiriéndose a:

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

Los niños se enferman de tos, calentura, dolor de estómago. Esto les da porque sus mamás no los cuidan bien (hombre de 27 años)

El uso de conceptos relativos a las *infecciones, las diarreas, vómitos, la mala alimentación, la falta de vacunas y el polvo* como causantes de las enfermedades de los hijos muestran cierta influencia del sector salud. Hay un apego a las recomendaciones médico-alopáticas por parte de las madres de familia que así lo deciden y demandan. Mientras tanto, los papás, al recurrir con frecuencia al uso de conceptos como *los descuidos* para explicar las enfermedades de sus hijos, revelan una diferencia de valoraciones. Las madres de familia son consideradas por antonomasia y sólo de acuerdo a los roles domésticos asignados y a una percepción social estereotipada quienes *cumplen el rol de atender a los hijos*. Al observar que no son ellas quienes expresan (como causas de enfermedad en los hijos) conceptos alusivos a *los descuidos* pareciera que su rol social asignado estuviera siendo cuestionado pues se pone en evidencia su

falta a una norma social con la cual no se sienten totalmente identificadas (Montoya y Harold, 2009).

Al preguntarles a los niños la percepción que tienen de sus problemas de salud, pudimos observar que sus representaciones sobre la salud y la enfermedad daban cuenta de esos *descuidos* y problemas que identificamos en las opiniones de algunos padres.

Los seis niños (dos niñas y cuatro niños entre 3 y 12 años de edad) con los que se trabajó realizaron dibujos de niños enfermos y sanos (Foto 5) y encontramos respuestas como:



Foto 5. Dibujando en Paraíso.

Fuente: trabajo de campo, María Eugenia Balderas, 2009.

La niña se enfermó porque jugó tierra... no se lavó las manos y así se fue a comer (niña de 7 años).

La niña se enfermó porque jugó agua, cuando terminó de jugar no se cambió la ropa... le dio mucha tos, no se cuidó y murió (niña de 10 años).

Al niño le dio diarrea y se enfermó (niño de 3 años).

Al niño le dio calentura y dolor de cabeza (niño 6 años).

El niño estuvo jugando todo la tarde en la lluvia, no se quitó los zapatos... le dio tos y gripa (niño 10 años).

El niño jugó mucho rato en el sol, no tenía la playera puesta, ni tomó agua...le dio mucha fiebre y su piel se quemó (niño 12 años).

Fue muy revelador encontrar que los conceptos usados por los niños se asociaran a la idea de *descuidos* como causa de sus enfermedades o

problema de salud y lo corroboramos a partir de ciertas prácticas que ellos enfatizaron.



Foto 6. La experiencia del padecer.

Fuente: trabajo de campo, María Eugenia Balderas, 2009.

Si los niños son un grupo vulnerable (Foto 6) y que demanda cuidados para su óptimo desarrollo ¿qué sucede con las personas ancianas? Las causas de sus problemas de salud en la opinión sobre todo de las madres de familia entrevistadas, están asociadas a conceptos como *la edad, mala alimentación y falta de defensas.*

Las reumas le salen a la gente con la edad, sienten mucho dolor en sus huesos, lo malo es que cuando te salen ya no se quitan, queda uno propenso para toda la vida, dan dolor y fastidio. Aquí, en Paraíso, usamos algunos remedios caseros por ejemplo, machacamos ajo, que quede bien machucado, y lo pones en alcohol a reposar por unos días. Después con ese alcohol se soba la reuma, también se puede hacer con tabaco seco. Esas canijas reumas dan por no cuidarse, muchas veces está el cuerpo caliente y se bañan con agua fría, o se quitan los zapatos y pisan el piso frío, con los pies descalzos. La pomada del viejito también sirve para los dolores de reuma, bañarse con hojitas de eucalipto también. Me dijeron que también hay unas inyecciones, pero de eso no sé mucho. (mujer de 35 años).

Significativamente, los papás usaron el concepto de *maltrato* para representar lo que eran las causas de problemas de salud en los ancianos.

A veces, los tíos se quedan solos mucho tiempo, nosotros salimos al campo y las mujeres andan en sus cosas, hay un viejito al que se le murió su esposa, quedó solito, todos sus hijos están casados, a veces le van a llevar comida, pero hay días que no veo que vaya nadie (hombre de 23 años).

Los tíos se enferman porque sus familias los descuidan, si los llevaran al doctor, no se enfermarían (hombre de 29 años).

Ellos se enferman de gripa, cáncer, problemas de sus pulmones y artritis. Se pueden enfermar por maltrato familiar, mal comer y mal aseo. Los viejos no se enfermarían si sus familias los llevaran con especialistas, así se cura la gente (hombre de 27 años).

Ancianos y niños son dos grupos que necesitan cuidados, apoyo y vigilancia continua, procurarles atención es una actividad demandante y las mujeres suelen expresar en menor medida dicha idea. Muy probablemente no pronunciarse en relación a situaciones de *descuidos y maltrato* en niños y ancianos pueda deberse a que no desean exhibir el no cumplimiento de *sus deberes* asignados.

Las prácticas de salud. El discurso biomédico y la necesidad de atender los problemas de salud de los hijos de manera inmediata y a bajo costo

Las madres de familia manejan conceptos e ideas respecto a su salud, que nos llevan a pensar que hay un apego importante a las recomendaciones de carácter biomédico, promovidas a través del sector salud. De tal manera que los adultos de ambos sexos comentan recurrir inicialmente al médico del centro de salud de su localidad (43.3%), o bien se dirigen al médico particular de la cabecera municipal (40.0%), sobre todo en casos graves.

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

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

Al profundizar sobre las causas o razones que atribuyen las (los) entrevistados a la búsqueda de

atención médica alópata local o municipal, regularmente utilizaron ideas como *por la atención que recibo, por mi cita de oportunidades*.

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

La búsqueda de atención médica alópata local o municipal es alta y va en correspondencia con sus preocupaciones por atender la salud de las (los) hijos y cumplir con sus quehaceres y roles sociales cotidianos. Son las mamás quienes deben acudir al centro de salud a recibir las becas de sus hijas(os) menores de edad (Programa Oportunidades) y atender las revisiones, valoraciones y recomendaciones médicas para la entrega de los recursos económicos: *voy al centro de salud por la cita de oportunidades por mis hijos*. Esta situación genera un estrecho vínculo entre el sector salud y las mamás, sin embargo, el vínculo no es perfecto. Algunas mujeres y varones respondieron con un *no, nunca voy, no hay medicina, nos atienden mal*, cuando se les preguntó acerca de las razones por las cuales no acuden con un médico.

Una expresión recurrente entre las mamás y los papás fue: *Sólo si mis hijos se enferman de algo grave voy al particular, porque cuesta mucho dinero*.

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

Otras mujeres respondieron que acuden con el personal médico del municipio porque en su centro de salud local hay *mala medicación*:

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

La expresión de *mala medicación* nos llevó a pensar que muy probablemente se acude al

médico bajo la percepción de una eficacia curativa atribuida a los medicamentos y la respuesta inmediata de los mismos a ciertos males, entonces: *¿Hasta dónde el recurso medicamentoso forma parte de la atención que se busca con los médicos y hasta dónde es parte de la auto-atención?*^{xxviii} Al preguntarles enfáticamente acerca del uso de medicamentos sin acudir con el médico, la mayoría respondió que no utiliza alguno (64%). Sin embargo, son particularmente las mamás (23%) quienes mencionaron usar con frecuencia aspirinas, neomelubrina y vaporub.^{xxix} Los padres de familia suelen no usar términos alusivos a medicamentos.

Yo uso naproxeno para desinflamar y ambroxol para la tos (mujer de 36 años).

Yo sufro de presión alta, cuando vivía en Estados Unidos me atendían y tomaba mis medicinas, pero desde que regresé a Chiapas ya no, el dinero no alcanza (hombre de 26 años).

En la opinión y en el concepto de los padres de familia, el problema está asociado con el maltrato al paciente y la negligencia.

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

Casi no me gusta ir con los doctores, son muy groseros, a veces ni nos revisan y ya

^{xxviii} La auto-atención supone la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a la reproducción biológica y social, a partir del grupo familiar. Dichas actividades, en lo que respecta a los procesos de salud/enfermedad, integran alimentación, limpieza e higiene, curación y prevención de las enfermedades.

Para fines de esta investigación la auto-atención incluye el diagnóstico, la selección y prescripción de un tratamiento y su administración, el mismo puede incluir acciones físicas, remedios mentales, medicamentos de patente, uso de remedios caseros, etc.

^{xxix} Montoya y Harold (2009) mencionan que, por lo regular, las mujeres consumen de tres a cuatro veces más analgésicos y tranquilizantes que los hombres, y se auto medican frecuentemente, tratando de aliviar los malestares de la cotidianidad. Por otro lado, la medicalización de finales del siglo XIX en el mundo occidental implicó, por un lado, mayor acceso a servicios médicos y, por otro, la influencia de los preceptos higiénicos en todos los ámbitos de la vida y de la muerte, tanto en la sexualidad, la alimentación y diversión, el estudio y el trabajo, como en los sueños, creencias y deseos.

nos están mandando a comprar medicinas bien caras (hombre de 32 años).

Muchas veces ni saben lo que tiene uno, a veces sólo le atinan, hay demasiada negligencia, pero ¿Qué podemos hacer? (hombre de 25 años).

Los médicos parece que trabajan con flojera, no tienen interés en lo que hacen y nosotros somos los que pagamos las consecuencias (hombre de 29 años).

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

Observamos que son las madres de familia quienes suelen tener más apego a los cuidados y tratamientos biomédicos y que los varones encuentran que la atención médica es costosa, hay negligencia y maltratos.

El uso de los recursos médico tradicionales, la presencia de las iglesias no católicas y la poca eficacia curativa de la biomedicina

Puesto que la atención médica alopática representa para los habitantes de Paraíso un recurso útil, pero cuestionable, por las experiencias vividas y sus representaciones sociales, buscamos evaluar las representaciones que tienen acerca de la atención y práctica del médico tradicional.^{xxx} La presencia de curanderos sugería cierta demanda o, al menos, reconocimiento. La pregunta que hicimos a las madres y padres de familia fue: *¿En algún momento ha recurrido o buscado atención con un curandero?* La mayoría respondió que no (52%), aunque muchos también manifestaron que alguna vez (43%), estas respuestas fueron sobre todo de varones agricultores.

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

^{xxx}En la comunidad hay cuatro curadores tradicionales reconocidos por sus pobladores: una partera, una sobandera y dos curanderos.

Este resultado señala que no podemos precisar cuándo acuden con los curanderos, ni qué tan frecuentemente y en qué proporción lo hacen. Sin embargo, su uso, su demanda y su valoración están claramente identificados.

Es muy probable que la presencia de las Iglesias Evangélicas y de Testigos de Jehová influya en la respuesta y opinión que obtuvimos acerca del uso de la medicina tradicional, pues muchas de estas iglesias prohíben creer o acudir con quienes la practican. Pudimos identificar que la mayoría de las personas que reconocieron y valoraron el trabajo de los curanderos son católicas. Mientras que padres y madres de familia que profesan la religión evangélica admiten haber recurrido alguna vez a la medicina tradicional, pero antes de convertirse a la nueva religión.

Reflexiones finales

Encontramos diferencias culturales significativas entre las madres y padres de familia, tanto en la forma de percibir y entender la salud/enfermedad, como en la atención que se busca. Ellas reciben una fuerte influencia por parte del discurso biomédico en sus conceptos y búsqueda de atención. La enfermedad de sus hijos es más preocupante y se diagnostica a partir de problemas anímicos y fisiológicos. Determinan normas y valores maritales y familiares donde el consumo de alcohol y relaciones sexuales extramaritales son mal vistos y desencadenan problemas en la salud y en sus relaciones familiares, estos males no resultan ser representados por los propios varones por no experimentar la descalificación y exhibición del no cumplimiento de los roles sociales y domésticos asignados. Esta falta de expresión en ellos sobre los problemas de alcoholismo y relaciones extramaritales o en las madres de familia no hablar de *descuidos*^{xxxi} y *maltratos* en

^{xxxi} El descuido de los hijos ha sido considerado por varias investigaciones como parte de un ambiente en donde la negligencia y abandono físico sobresalen. Se ha realizado una distinción entre maltrato por negligencia y abandono físico. El primero es consecuencia de actuaciones inconvenientes por parte de los padres/cuidadores, ante las necesidades del menor a cargo. Lo anterior es propio de las familias donde existen unas necesidades adicionales prioritarias, pudiendo tener el maltrato un carácter consciente o inconsciente (ignorancia, pobreza, etc.). Mientras que el abandono físico, es una situación de negligencia infantil en la cual el grado es extremo y cuyas

los hijos y ancianos, nos llevan a plantear que hay una falta de adecuación y aceptación de las mamás y papás a los roles domésticos y sociales asignados.

Las madres de familia buscan atención médica en el centro de salud de la comunidad, porque de lo contrario tienen que trasladarse hasta la cabecera municipal y pagar por el servicio privado, ambos padres de familia deciden buscar atención privada cuando son sus hijos los que requieren ese apoyo. Si el personal médico los atendió indebidamente o el tratamiento recibido fue ineficaz, las mamás piensan que el nulo resultado de su curación fue por un diagnóstico mal elaborado y la falta de una buena prescripción medicamentosa. El personal médico es percibido por los varones como profesionales que *cuestan dinero*, que no informan sus diagnósticos, son mañosos y abusivos, esto es, generan incertidumbre. Acudir con un médico tradicional o curandero es una de las alternativas de atención a la salud. Sin embargo, hay problemas por confesar y mencionar su utilidad y uso.

Conclusiones

Las carencias económicas, los roles domésticos, las actividades desempeñadas, los valores y normas familiares, la hegemonía biomédica, la movilidad de algunos hombres para trabajar fuera de la comunidad, la presencia de algunas iglesias no católicas y las experiencias curativas que viven los padres y madres de familia, determinan las representaciones sociales observadas. Algunas de las expresiones y percepciones que obtuvimos al entrevistar a 75 padres y madres de familia revelaron una serie de diferencias, contradicciones o conflictos maritales y familiares y un rechazo a los roles domésticos y sociales asignados. Sin embargo las representaciones sociales en madres y padres de familia determinan en buena medida el papel que cada uno juega en el proceso S/E/A. Las mujeres efectivamente son quienes inicialmente deciden qué hacer sobre todo cuando sus hijos pequeños enferman. Al ser la enfermedad un proceso que lleva varios días, diferentes pasos que involucra la propia evolución morfo-fisiológica de la enfermedad de quien padece, dados los determinantes económicos de

consecuencias físicas en el niño son muy elevadas (Moreno, 2002)

marginalidad y pobreza de las familias y las representaciones sociales diferenciales registradas, concluimos que los varones son una pieza determinante en toda la trayectoria de búsqueda de atención a la salud familiar. Proponemos hablar más que de una figura femenina o masculina como aquella que determina los pasos a seguir cuando algún miembro de casa enferma, referirnos a sujetos que actúan dependiendo los diferentes momentos de la trayectoria de la enfermedad y de la diversidad de experiencias y percepciones personales que se desprenden tras un diagnóstico o al recibir algún tratamiento por parte de los diferentes recursos médicos que se utilizan.

Para finalizar: Agradecemos a todas las personas de Paraíso del Grijalva, Chiapas, por permitir realizar esta investigación en su comunidad, en especial a Eva, Bartolomé, Carmen, Odelma, Luis Manuel, Marisol, Ana, el bebé, Luisa, Adrián y Jaime por su hospitalidad. Al Colegio de la Frontera Sur y CONACyT por la beca estudiantil recibida.

Referencias

- Bonino, L. 2000. "Varones, género y salud mental. Deconstruyendo la "normalidad" masculina". En: *Nuevas masculinidades*, Segarra, M y Carabí A. (Editores), Barcelona.
<http://www.luisbonino.com/pdf/Varones%20genero%20salud%20mental.pdf>. Fecha de consulta: noviembre de 2010
- Bringiotti M. I. 2005. "Las familias en "situación de riesgo" en los casos de violencia familiar y maltrato infantil", *Texto & Contexto Enfermagem*, año/vol. 14, número especial, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis- SC-, Brasil pp 78-85
- Cortés, B. 1997. "Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura". *Nueva Antropología*, XVI. México. pp. 89-115
- Hernández, A. 2009. "El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad", *Gerencia y políticas de salud*, Vol.8, núm.17, junio-diciembre, 2009, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. pp. 173-185
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
2005. II Censo de población y vivienda 2005.
2005. II Censo de Población y Vivienda. Perfil Sociodemográfico, Chiapas, México.
2000. XII Censo General de población y vivienda. México.
2010 Censo de población y vivienda

- Jodelet, D. 2000 "Representaciones sociales: contribución a un saber sociocultural sin fronteras". En Jodelet D. y A. Guerrero. *Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales*, México, UNAM, pp.7-30.
- Menéndez, E. 1993 "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica". En: Mercado, F., Denman, C., Escobar, A., Infante, C., Robles, L. (Coords.) *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*. Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, CIESAS, El Colegio de Sonora. México, 130-162.
- Molina, V. 1976. *San Bartolomé de los Llanos, una urbanización frenada*. Centro de Investigaciones Superiores, INAH. México. pp. 239
- Moreno, J.M. 2002. "Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil". *Anales de psicología*, Junio, año/vol. 18, numero 001, Universidad de Murcia, España pp.135-150
- Montoya E.; Harold J. 2009. "La articulación de las categorías género y salud: un desafío inaplazable", *Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 8, núm. 17, Junio-Diciembre, 2009. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia. pp. 106-122
- Osorio, R. 2001 *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. INI. CIESAS, CONACULTA-INAH. México. 275 p.
- Ramírez J.C. 2001 "Pensando la violencia que ejercen hombres contra sus parejas: problemas y cuestionamientos, En: *Papeles de Población*, enero-marzo, número 031 Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, 219-241 pp.
- Secretaría de Desarrollo Social. 2010. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. <http://www.oportunidades.gob.mx> Consulta: Mayo 2010.
- Vargas, L. M. 1998. *Los colores lacandones: la percepción visual de un pueblo maya*. Colección Científica. Instituto Nacional de Antropología e Historia. México. 117 p.
- Yañez, C. C. 1998 *Representaciones y conceptos estructurantes, un aporte al método*, editorial Abya-Yala, Quito, Ecuador, segunda edición, 5-57 pp.
- Zolla, C.; S. del Bosque, A. Tascon, V. Mellado. 1988. *Medicina tradicional y enfermedad*. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México.

Recibido: 27 de noviembre de 2010.

Aprobado: 12 de febrero de 2011.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos