

**CENTRO UNIVERSITARIO UAEM AMECAMECA  
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM NEZAHUALCÓYOTL**

**MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD**

**EL IMAGINARIO SOCIAL ENTRE LA POBLACIÓN INDÍGENA AMUZGA  
DEL MUNICIPIO DE XOCHISTLAHUACA, GUERRERO, SOBRE LA  
PANDEMIA DE LA COVID-19**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD**

**PRESENTA**

**José Antonio Tascón Mendoza**

**DIRECTORA**

**DRA. GEORGINA CONTRERAS LANDGRAVE**

**COMITÉ TUTORIAL**

**DR. DONOVAN CASAS PATIÑO**

**DR. MANUEL LEONARDO IBARRA ESPINOSA**

**Marzo 2024**

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>Resumen</b> .....	4
<b>Introducción</b> .....	6
<b>Capítulo 1. Objeto de estudio</b> .....	9
1.1. Planteamiento del problema .....	9
1.2. Pregunta de investigación .....	15
1.3. Justificación .....	15
1.4. Objetivos .....	17
1.5. Supuesto hipotético .....	17
<b>Capítulo 2. Revisión bibliográfica</b> .....	19
2.1. Marco conceptual .....	19
<i>a) Salud</i> .....	19
2.1.1. COVID-19 .....	19
2.1.2. Cuidados de la salud .....	19
2.1.3. Síndromes de filiación cultural .....	19
2.1.4. Terapeutas tradicionales indígenas .....	20
2.1.5. Modelos médicos .....	20
2.1.5.1. Modelo Médico Hegemónico .....	20
2.1.5.2. Modelo Médico Alternativo Subordinado .....	21
2.1.5.3. Modelo de Atención Basado en la Autoatención .....	22
<i>b) Social</i> .....	22
2.1.1. Ideas .....	22
2.1.2. Creencias .....	23
2.1.3. Valores .....	23
2.1.4. Conductas .....	24
2.2. Marco teórico .....	24
2.2.1. Los imaginarios sociales y la construcción de la realidad .....	25
2.2.1.1. El imaginario social .....	26

2.2.1.2. Las significaciones imaginarias sociales .....	28
2.2.1.3. El imaginario social instituido y el imaginario social instituyente .....	29
2.3. Estado del conocimiento .....	30
2.3.1. Vulnerabilidad de los pueblos indígenas ante la pandemia .....	31
2.3.2. Estrategias y acciones de los pueblos y comunidades indígenas para protegerse de la COVID-19 .....	36
2.3.3. Concepciones, prácticas y recursos de la medicina tradicional de los pueblos indígenas ante la COVID-19 .....	41
2.4. Marco contextual .....	47
2.4.1. Información sociodemográfica e histórica del municipio de Xochistlahuaca y el pueblo indígena amuzgo.....	48
<b>Capítulo 3. Diseño metodológico .....</b>	<b>52</b>
3.1. Tipo de estudio .....	52
3.2. Ubicación y periodo de la investigación .....	52
3.3. Sujetos de estudio .....	52
3.4. Criterios de selección .....	52
3.5. Muestra .....	53
3.6. Método e instrumentos para la recopilación de la información .....	53
3.6.1. Aplicación de instrumentos .....	54
3.6.2. Análisis de la información .....	56
3.7. Aspectos éticos de la investigación .....	58
<b>Capítulo 4. Presentación de resultados .....</b>	<b>60</b>
4.1. Las ideas de los terapeutas tradicionales acerca de la COVID-19....	62
4.2. Las creencias de los terapeutas tradicionales amuzgos acerca de la pandemia de COVID-19 .....	71
4.3. Los valores sobre el cuidado de la salud de los terapeutas tradicionales amuzgos en tiempos de la COVID-19.....	83

4.4. Las conductas adoptadas por los terapeutas tradicionales amuzgos en torno a la pandemia .....	86
<b>Capítulo 5. Análisis de resultados</b> .....	92
5.1. Las ideas y creencias como expresión de las significaciones imaginarias sociales ante la COVID-19 .....	92
5.2. Valores, conductas y significaciones imaginarias de terapeutas tradicionales en torno a la pandemia .....	104
<b>Capítulo 6. Conclusiones</b> .....	112
<b>Capítulo 7. Aportes a la Sociología de la Salud</b> .....	119
<b>Referencias</b> .....	120
<b>Anexos</b> .....	130
Anexo 1. Guía de entrevista .....	131
Anexo 2. Guía de observación .....	132
Anexo 3. Consentimiento informado .....	133
Anexo 4. Documentos para la atención de pueblos indígenas ante la COVID-19 .....	134

## Resumen

Diversas causas estructurales, pero principalmente determinantes culturales, originan antagonismo entre las concepciones médicas indígenas y la biomedicina. En este sentido, la pandemia de la COVID-19 mostró la vulnerabilidad de la población indígena y su respuesta a este fenómeno, a través prácticas y recursos de su modelo médico.

El objetivo de este estudio fue analizar desde el modelo médico alternativo subordinado, el imaginario social de los terapeutas tradicionales amuzgos del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, acerca de la pandemia de la COVID-19, considerando la relevancia que poseen las ideas, creencias, valores y conductas de estos terapeutas en contextos indígenas, donde los servicios de salud presentan serias carencias de infraestructura y deficiencias en la atención de la población.

La investigación tuvo un enfoque cualitativo y, de acuerdo a su objetivo, fue de tipo descriptiva; con diseño no experimental y exploratorio, transversal y prospectivo. Se elaboró y aplicó una guía de entrevista semiestructurada y una de observación, para indagar las ideas, creencias, valores y conductas acerca de la COVID-19, a una muestra de tres terapeutas tradicionales amuzgos, utilizando el método etnográfico para el acopio de información y el método hermenéutico para el análisis de resultados, considerando la teoría de los imaginarios sociales de Cornelius Castoriadis.

Los resultados obtenidos indicaron que los terapeutas tradicionales niegan la existencia de la COVID-19 y aseguran que esta enfermedad corresponde a padecimientos, o síndromes de filiación cultural, denominados “mal aire” y “nagual”, a los cuales conocen y saben tratar, a partir de recursos materiales y simbólicos de su modelo médico.

Lo anterior lleva a concluir que, ante la poca presencia de los servicios de salud en las comunidades amuzgas durante la pandemia, los terapeutas tradicionales fueron proveedores de atención médica y operadores de significaciones imaginarias sociales, lo

que generó en sus comunidades una imagen propia del mundo y un conjunto significativo de objetos, imágenes, discursos y prácticas para enfrentar la COVID-19.

Palabras clave: COVID-19; medicina tradicional indígena; imaginarios sociales; significaciones imaginarias; pueblo indígena amuzgo.

## Introducción

La producción de investigaciones acerca de las creencias, prácticas y recursos de la denominada “medicina tradicional” de los pueblos indígenas, es vasta y se extiende prácticamente a todos los países latinoamericanos que cuentan con población originaria, siendo estudiada desde diferentes disciplinas, principalmente las relacionadas con las ciencias biológicas, químicas, farmacológicas y sociales; dentro de estas últimas destaca la antropología y, en menor proporción, la sociología.

Con la aparición de la COVID-19 en los países de la región, hubo un interés especial por investigar las consecuencias de este fenómeno pandémico en la población indígena, considerando los numerosos determinantes sociales que definen su alta vulnerabilidad, así como para conocer las respuestas organizativas y curativas para enfrentar a dicha enfermedad, sobre todo las relacionadas con los saberes y la flora medicinal. Específicamente en México, el interés de los investigadores sobre la pandemia y los pueblos indígenas se centró en estudiar diferentes aspectos relacionados con su vulnerabilidad -principalmente desde la epidemiología-, las respuestas comunitarias y la utilización de la “medicina tradicional”, como se documenta en el apartado 2.3. Estado del conocimiento.

Debido a la mínima cantidad de estudios centrados en las concepciones de los terapeutas tradicionales indígenas y sus comunidades acerca de la COVID-19, la presente tesis se enfocó en investigar estos tópicos, partiendo del antecedente de algunos terapeutas que negaban la existencia de esta enfermedad y afirmaban la presencia de otros padecimientos reconocidos y tratados desde su “medicina tradicional”, la cual, por motivos conceptuales, se ha preferido denominar modelo médico alternativo subordinado.

Así, la investigación pretende ser un aporte a la sociología de la salud, para la problematización de las significaciones que subyacen al universo simbólico e instrumental de terapeutas tradicionales ante la pandemia de COVID-19, lo cual

representa información indispensable para las acciones de atención y prevención que realizan los servicios de salud en contextos indígenas, en donde estos servicios públicos suelen tener serios problemas de entendimiento con la población, no solo de tipo lingüístico sino también cultural. En tal sentido, la presente tesis se enfocó en conocer y esclarecer el imaginario social de terapeutas tradicionales indígenas acerca de la COVID-19, específicamente entre la población amuzga del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero.

En el capítulo 1, se define el objeto de estudio, a través del planteamiento del problema, la justificación, los objetivos: general y específicos, así como el supuesto hipotético.

El capítulo 2 presenta los resultados de la revisión bibliográfica, que incluye el marco conceptual, donde se definen los conceptos contenidos en las categorías salud y social; se integra también el marco teórico, que presenta sucintamente la teoría del imaginario social. Asimismo, se reseña el estado del conocimiento, vinculado a artículos publicados en revistas científicas, sobre pueblos indígenas y COVID-19; tres fueron los temas abordados por los estudios: vulnerabilidad de los pueblos indígenas, estrategias y acciones de los pueblos y comunidades indígenas y uso de prácticas y recursos de la medicina tradicional, por lo que no se encontró ningún artículo específico acerca del imaginario social de pueblos indígenas y COVID-19. Este capítulo finaliza con el marco contextual, que aporta información sociodemográfica e histórica del municipio de Xochistlahuaca y el pueblo indígena amuzgo.

En el capítulo 3, se especifican los enfoques, criterios y estrategias metodológicos para el desarrollo de la investigación, así como el método y los instrumentos utilizados para la recopilación de información, incluyendo la descripción de su aplicación y los métodos y procedimientos para el análisis de información.

La presentación de resultados aparece en el capítulo 4, a través de la información reunida en campo y su sistematización, para exponerse en función de los objetivos específicos de la investigación: las ideas y creencias de los terapeutas tradicionales acerca de la



COVID-19, así como sus valores sobre el cuidado de la salud y las conductas que adoptaron.

En el capítulo 5 se realiza el análisis de resultados, desde las categorías, reflexiones y postulados propuestos por la teoría del imaginario social de Cornelius Castoriadis, en donde las ideas, creencias, valores y conductas de los terapeutas tradicionales, relacionadas con la COVID-19, se examinan a la luz de las significaciones imaginarias sociales, la producción de sentido y los imaginarios sociales instituido e instituyente, pues, a través de todo ello la colectividad tiene la capacidad de explicar, instituir y crear un mundo y realidad propios.

El capítulo 6 contiene las conclusiones de la tesis, elaboradas a partir de un conjunto de consideraciones construidas con los resultados obtenidos en campo y su análisis, así como con los referentes conceptuales y teóricos. Finalmente, en el capítulo 7 se presentan las aportaciones de este trabajo de investigación en el campo de la Sociología de la Salud.

## **Capítulo 1. Objeto de estudio**

### **1.1. Planteamiento del problema**

La COVID-19 es la enfermedad causada por un nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al recibir información sobre la aparición de algunos casos de neumonía vírica detectados en Wuhan, China. El 11 de febrero de 2020, la propia OMS nombró a este agente etiológico como COVID-19 (Coronavirus Disease, 2019); posteriormente, el 11 de marzo de 2020, la OMS calificó como pandemia el brote de COVID-19, debido a la cantidad de casos de contagio y de países involucrados, por lo que emitió una serie de recomendaciones para su control (OMS, 2020).

En México, la evolución de esta pandemia tuvo diferentes fases, a saber: una fase previa, iniciada el 7 de enero de 2020, durante la cual se determinaron estrategias de respuesta anticipada, a partir de las alertas y experiencias difundidas por China y varios países europeos. Esta fase finalizó el 27 de febrero con el reporte oficial del primer caso diagnosticado, iniciando la fase uno correspondiente a la identificación de casos importados del virus con transmisión de segunda generación y decenas de brotes entre familiares y círculos cercanos. Para el 13 de marzo las cifras oficiales de contagios alcanzaron las centenas de personas, entrando a la fase dos con la dispersión en contagios comunitarios locales. La fase tres inició oficialmente el 24 de marzo, al llegar al primer millar de contagios reportados oficialmente y con la implementación de cuarentena y distanciamiento social. El 30 de marzo se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto para considerar como emergencia de atención prioritaria el combate a la enfermedad provocada por el virus SARS-CoV-2 (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2020, pp.19-20). A partir de esta fecha se observó un importante ascenso en la curva de aparición de nuevos casos, transcurriendo el resto del año 2020 con un continuo aumento en el número de casos y defunciones.

Para el mes de enero de 2021, los casos y decesos por COVID-19 se incrementaron de manera considerable, como producto de la relajación de las medidas de prevención ocurrida en las fiestas de diciembre y los primeros días de enero; en los meses siguientes las cifras fueron en descenso, presentándose un importante incremento de contagios a partir de julio y llegando a un máximo histórico el 18 de agosto, cuando se registraron 28,953 nuevos casos en 24 horas. De manera similar al comportamiento de los contagios, las defunciones presentaron un descenso a partir del mes de marzo, aunque con algunos repuntes, principalmente en agosto y septiembre, pero se continuó con una tendencia hacia la baja en octubre y noviembre (Reuters, 2021).

Este abatimiento de contagios y defunciones fue el resultado, en buena medida, de la vacunación masiva que inició en México el 24 de diciembre de 2020, con la aplicación de 2,924 dosis al personal de salud de primera línea y, hasta el 15 de septiembre de 2022, se habían aplicado 209 millones 670 mil dosis en todo el país (65% de la población con vacunación completa) (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], 2022).

Es oportuno mencionar que existen evidencias de subregistro de casos de contagio en nuestro país, relacionado con el reducido número de pruebas diagnósticas que se aplicaron, con respecto a otros países. Según la Universidad de Oxford, esto sugiere que en México no se realizaron suficientes pruebas para controlar adecuadamente el brote, por lo que el número real de infecciones puede ser mucho mayor que el número de casos confirmados (PNUD, 2020, p. 22); de manera similar, un estudio sobre la respuesta de México a la pandemia, sostiene que el número de casos se subestimó considerablemente debido a la razón ya indicada (Sepúlveda, 2021, p.16-17).

Así, la información oficial del 31 de octubre de 2022, reportó un total acumulado nacional de 7,133,434 casos confirmados y 330,828 defunciones (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [CONACYT], 2022).

Esta enfermedad se ha presentado en todos los grupos sociales que habitan en México, incluyendo a la población indígena, cuya pobreza, acumulación de carencias y la

desigualdad que enfrenta, aumenta su vulnerabilidad ante la aparición de brotes en sus comunidades. En este sentido, la pandemia de la COVID-19 acentuó todavía más las profundas inequidades que existen en nuestro país; específicamente la inequidad en salud preexistente ha contribuido a profundizar las brechas de los grupos que, como los pueblos indígenas, fueron afectados desproporcionadamente por la pandemia, lo que puede traducirse en acceso diferenciado a equipo médico, como los ventiladores, o reducir posibilidades en la búsqueda de tratamientos y vacunas (Secretaría de Salud [SSA], 2021, p. 17).

Ante estas condiciones adversas que agudizaron la vulnerabilidad de la población indígena y debido a la falta de información sobre la COVID-19 en sus lenguas, en abril de 2020 integrantes de los pueblos tseltal, tsotsil, zoque y chol del estado de Chiapas, promovieron un amparo contra los gobiernos federal y estatal con la finalidad de que la autoridad judicial competente exigiera la realización de acciones de difusión masiva y lingüísticamente adecuadas para la prevención de la Covid-19 entre los pueblos indígenas (Cortez-Gómez, et al., 2020, p. 8).

Como respuesta a esta demanda, el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) elaboró la *Guía para la Atención de Pueblos y Comunidades Indígenas y Afromexicanas ante la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)*, con 51 versiones en distintas lenguas indígenas; contiene acciones de prevención, vigilancia y atención relacionadas con la COVID-19, en el contexto de los territorios indígenas; cuenta también con mecanismos estratégicos para brindar asesoría y respaldo a la población indígena migrante (INPI, 2020).

Casi paralelamente a esta guía, el propio INPI, publicó también el *ABC de la COVID-19. Prevención, Vigilancia y Atención de la Salud en las Comunidades Indígenas y Afromexicanas* (Dimas, 2020), a través del cual se busca explicar las medidas básicas de prevención, vigilancia y atención de la salud, que son de importancia universal, particularmente de utilidad para la población indígena y afromexicana.

De igual manera, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, de la Secretaría de Salud (2020), emitió un documento para la atención de los pueblos indígenas y afroamericano frente a la COVID-19, con lineamientos interculturales, cuyo contenido marca pautas y orientaciones para la atención intercultural de estos pueblos.

Otros dos documentos fueron publicados por el Grupo de Apoyo Interinstitucional (IASG-ONU) (s.f.), de las Naciones Unidas sobre Cuestiones Indígenas (IASG), así como por un grupo de investigación del CONACYT/CIESAS (2021), que se desempeña en el “Programa de apoyo para proyectos de investigación científica, desarrollo tecnológico e innovación en salud ante la contingencia por COVID-19”.

El primer grupo aporta una nota electrónica en la que explica los riesgos, necesidades y vulnerabilidad de los pueblos indígenas ante la pandemia, por lo que alerta y recomienda al sistema de la ONU, propiciar la participación de estos pueblos y tomar las acciones correspondientes; el segundo grupo, presentó un informe de políticas para fortalecer la gobernanza comunitaria indígena en escenarios de riesgo, el objetivo del documento se enfocó en brindar evidencia científica a los tomadores de decisiones de los tres niveles de gobierno, para desarrollar dichas políticas.

Las referencias bibliográficas de estos cinco documentos y un resumen del contenido de cada uno de ellos se encuentran en el Anexo 4.

Por su parte, algunos pueblos indígenas generaron sus propias estrategias y acciones para prevenir la llegada de la pandemia a sus comunidades o atenuar los contagios, principalmente bloqueando los accesos a sus territorios a personas foráneas y poniendo en aislamiento a los habitantes que regresan del exterior (Tlachinollan, s.f.). Colocaron también filtros sanitarios para medir temperatura y controlar el tránsito de personas, y organizaron compra de víveres para garantizar el abasto de alimentos durante el aislamiento e, incluso, fueron suspendidas misas y fiestas patronales o de otra índole que propiciarán el relajamiento de las reglas de autoprotección (Barabas, 2020).

Asimismo, se reportaron estrategias comunitarias implementadas en municipios regidos por sistemas normativos internos, en donde, además de las acciones arriba señaladas, se promovió el uso de la medicina tradicional y la partería, junto con medidas de higiene y vigilancia sanitaria biomédicas para enfrentar la COVID-19 (Fuentes Díaz, A. et al., 2020).

Cabe señalar que la mayor parte de las comunidades indígenas se ubica en territorios apartados de los grandes centros urbanos; si bien esta condición pudo haber protegido a las comunidades del eventual contagio en un primer momento de la pandemia, dicha condición puede ser también un factor que agrave el acceso tardío a la atención médica.

No obstante, las indicaciones de protección expresadas en la *Guía para la atención de pueblos indígenas* publicada por el INPI y las acciones comunitarias, hasta el día 29 de octubre de 2022, el panorama epidemiológico COVID-19 de la población indígena a nivel nacional registró 50,485 casos acumulados y 5,074 defunciones. Los estados con el mayor número de casos fueron: Oaxaca (7,145), San Luis Potosí (5,487), Yucatán (5,266) y Ciudad de México (5,084); los estados con mayor número de defunciones fueron: Yucatán (1,312), Puebla (965), Oaxaca (767), Hidalgo (352) y Ciudad de México (300). Por su parte, el estado de Guerrero (entidad donde se ubica el municipio de Xochistlahuaca), ocupó el onceavo lugar en defunciones (220) (Secretaría de Salud, 2022).

En cuanto al panorama de la COVID-19 en el municipio de Xochistlahuaca<sup>1</sup>, habitado por población indígena amuzga, hasta el 15 de noviembre de 2022 se habían acumulado 496 casos confirmados, 15 defunciones y ningún caso activo; del total de casos confirmados, el 91% fue ambulatorio y 9% hospitalizado. Un dato relevante, con respecto a los 456 casos confirmados, son las comorbilidades principales con las que cursaron la COVID-

---

<sup>1</sup> De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021), el municipio de Xochistlahuaca está integrado por 107 localidades, con una población total de 29,891 habitantes; de este total, el 96.1% de 3 años y más de edad se autoadscribió como indígena, y el 91.3% en ese mismo rango de edad, declaró ser hablante de lengua indígena.

19: diabetes (14%), hipertensión (13%), obesidad (13%) y tabaquismo (5%) (CONACYT, 2022).

El número de casos y defunciones del municipio de Xochistlahuaca, podría indicar que hubo un bajo impacto de la COVID-19; sin embargo, al analizar los 23 municipios del estado que poseen 40% y más de población indígena, se observó que Xochistlahuaca se encontraba entre los primeros tres municipios indígenas con el mayor número de casos y defunciones por esta enfermedad (CONACYT, 2022). Este hecho pudiese ser indicativo de que la COVID-19 tuvo un impacto importante en la población amuzga de Xochistlahuaca, con las consecuencias económicas, sociales y de salud que acompañaron a la pandemia.

De manera adicional, debe considerarse que en las comunidades indígenas existió también un subregistro de casos de contagio y defunciones, por lo que las cifras pudieron ser mucho mayores, tal como sucedió a nivel nacional (PNUD, p. 22).

Una evidencia relacionada con el tema del subregistro, se obtuvo a través del trabajo etnográfico que se realizó con autoridades y habitantes de las comunidades y de la cabecera municipal de Xochistlahuaca, quienes aseguraron que el número de personas contagiadas y fallecidas a causa de la COVID-19 rebasó las cifras oficiales, pues la mayoría de las personas contagiadas evitó acudir a los Centros de Salud y a los hospitales de la Secretaría de Salud, bajo la idea de que sólo podrían salir muertas de los servicios médicos o que serían sometidas a prácticas médicas dañinas. Sólo una minoría acudió a los locales médicos, ya sea porque confiaron en la atención ahí brindada o por la gravedad de su enfermedad.

Merece mención especial otra evidencia etnográfica que se obtuvo, con respecto a las creencias que, de alguna manera, han influido también en el posible subregistro de casos de COVID-19; estas creencias provinieron principalmente de los terapeutas tradicionales, quienes consideraron que dicha enfermedad no era tal, sino que correspondía a un

complejo mórbido que ellos denominaron “mal aire” o “aire”, el cual posee síntomas similares a los de la COVID-19, pero con una causalidad y tratamiento diferentes.

Así, las personas que, por desconfianza, temor o por convencimiento, decidieron no recurrir a los servicios de salud, se atendieron generalmente con las y los especialistas tradicionales quienes, desde el modelo médico alternativo subordinado, brindaron atención a sus comunidades. Este grupo de terapeutas indígenas amuzgos fue el que, a través de sus saberes, experiencia y proximidad con la comunidad, interpretó y dio significado, desde su cosmovisión, a este proceso salud-enfermedad-curación.

En este contexto, se planteó el problema del desconocimiento que existe acerca del imaginario social de la población indígena amuzga del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, ante la COVID-19. Lo anterior pudo representar una potencial dificultad para las estrategias y acciones implementadas por los servicios de salud públicos, tanto en la atención de la población indígena infectada como en la prevención y control de la pandemia, pues dichas acciones carecieron de una adecuación intercultural que contemplara la concepción indígena de la COVID-19.

Por lo anterior, se juzgó pertinente realizar una investigación, a partir del campo de la Sociología de la Salud, especialmente, hacer un análisis desde el modelo médico alternativo subordinado, acerca de las ideas, creencias, valores y conductas de la población indígena amuzga ante la pandemia de la COVID-19, de manera específica, entre los médicos tradicionales.

**1.2.** En función de este problema, se plantea la siguiente pregunta de investigación:  
**¿Cuál es el imaginario social de los terapeutas tradicionales amuzgos del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, acerca de la pandemia de la COVID-19?**

### **1.3. Justificación**

A partir de finales del mes de febrero de 2020, fecha en la que se registró oficialmente el primer caso de COVID-19 en México, se verificó un constante aumento de casos



confirmados y defunciones que sólo disminuyó de manera sustantiva a partir del mes de octubre de 2021. Aunque los primeros contagios por el coronavirus SARS-COV-2 se registraron en grupos sociales de alta capacidad económica, poco tiempo después la pandemia se instaló en todos los estratos sociales, incluyendo a los grupos más desprotegidos, entre los que se sitúa especialmente la población indígena, cuyo rezago en todos los órdenes del desarrollo incrementó su vulnerabilidad ante los brotes de la pandemia en sus regiones y comunidades.

Si bien a partir del mes de octubre de 2021 las cifras oficiales reportaron un número relativamente bajo de casos y defunciones por la COVID-19 entre la población indígena, se presume que existió un importante subregistro epidemiológico, debido a diversas causas que van desde problemas en los registros de los servicios de salud, hasta la negativa de buena parte de las personas indígenas contagiadas para recibir atención en los centros de salud y hospitales del sector público. Estas causas pudieron deberse a la desconfianza y al temor, o al significado e interpretación que, desde su particular cosmovisión, atribuyeron a la COVID-19; en este sentido, los terapeutas tradicionales jugaron un papel importante, pues su discurso permea significativamente las creencias y prácticas de salud en sus comunidades.

Es este conjunto de ideas, creencias, valores y conductas lo que propició la realización del presente estudio, enfocado a analizar el imaginario social de los terapeutas tradicionales amuzgos del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, ante la pandemia de COVID-19.

Con los resultados de esta investigación se busca contribuir al conocimiento de las concepciones indígenas, surgidas ante una problemática de salud que afectó de manera más profunda al grupo de población con alto grado de vulnerabilidad, como es el caso de la población indígena. Asimismo, se busca que la información generada por esta investigación sea de utilidad para las acciones de atención y prevención que implementan los servicios de salud contra la COVID-19 en municipios y comunidades indígenas.

Lo anterior responde también a algunos de los contenidos de estudio de la sociología de la salud, principalmente los relacionados con los factores culturales y de desigualdad social que influyen en el enfoque de la salud-enfermedad-atención y de la estructura de modelos médicos, en este caso, tradicionales indígenas que moldean actitudes, creencias y prácticas en sus comunidades.

#### **1.4. Objetivos**

##### **General**

Analizar desde el modelo médico alternativo subordinado, el imaginario social de los terapeutas tradicionales amuzgos del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, acerca de la pandemia de la COVID-19.

##### **Específicos**

- Integrar las ideas de los terapeutas tradicionales amuzgos acerca de la COVID-19.
- Identificar las creencias de los terapeutas tradicionales amuzgos acerca de la pandemia.
- Determinar los valores sobre el cuidado de la salud de los terapeutas tradicionales amuzgos en tiempos de la COVID-19.
- Identificar las conductas adoptadas por los terapeutas tradicionales amuzgos en torno a la pandemia.

##### **Categorías de análisis**

- Ideas
- Creencias
- Valores
- Conductas

#### **1.5. Supuesto hipotético**

De acuerdo con Hernández (2000, p.79) no todos los estudios descriptivos formulan hipótesis, debido a la dificultad que implica hacer estimaciones precisas en fenómenos

del comportamiento humano; sin embargo, en la presente investigación se adoptó el siguiente supuesto hipotético:

*Los terapeutas tradicionales amuzgos del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, han desplegado un imaginario social en torno a la pandemia de la COVID-19.*

## **Capítulo 2. Revisión bibliográfica**

### **2.1. Marco conceptual**

#### **a) Salud**

##### **2.1.1. COVID-19**

La COVID-19 es la enfermedad causada por un nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al recibir información sobre un grupo de casos de “neumonía vírica” que se habían declarado en Wuhan, China. El 11 de febrero de 2020, la propia OMS nombró a este agente etiológico como COVID-19, que significa Coronavirus Disease 2019; posteriormente, el 11 de marzo de 2020, la OMS calificó como pandemia el brote de coronavirus, por la cantidad de casos de contagio y de países involucrados, y emitió una serie de recomendaciones para su control (OMS, 2020).

##### **2.1.2. Cuidados de la salud**

Los cuidados de la salud son una necesidad multidimensional de las personas durante todo el ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de la vida (Izquierdo, 2003).

##### **2.1.3. Síndromes de filiación cultural**

Se denominan también síndromes culturalmente delimitados. Son padecimientos percibidos, clasificados y tratados conforme a las claves culturales propias de un grupo social determinado y, generalmente, se recurre a procedimientos diagnósticos y terapéuticos de eficacia simbólica para lograr la curación del enfermo (Zolla, *et al.*, 2020, p. 26).

#### **2.1.4. Terapeutas tradicionales indígenas**

Son personas a las que el grupo social reconoce como dotadas de los conocimientos, habilidades o facultades para curar; diagnostican las enfermedades conforme a una idea de la causalidad que es compartida por el grupo y cuyo sistema de ideas, creencias, conceptos y prácticas las distinguen de los terapeutas de la biomedicina. El grupo mayoritario está conformado por curanderos, parteras, hueseros y hierberos, al que se suman numerosos especialistas: rezanderos, cantadores, sobadores, ensalmadores, graniceros, chupadores, culebreros y adivinadores, entre otros, con designaciones específicas en las diferentes lenguas indígenas (Zolla, 1986, pp. 16-20).

En general, los terapeutas tradicionales indígenas cumplen también funciones religiosas como guías de rituales asociados al ciclo de vida o a las actividades agrícolas, y se distinguen como guías espirituales e intérpretes de la cultura y la ideología del grupo (Zolla, 2005, pp. 62-65).

#### **2.1.5. Modelos médicos**

Los modelos médicos son categorías conceptuales y metodológicas propuestas por Menéndez (1983), cuya construcción supone la producción teórica, ideológica, técnica y socioeconómica de los diferentes tipos de curadores, así como la intervención en dichas dimensiones de los grupos sociales que participan en su funcionamiento. Son tres los modelos médicos propuestos por este autor:

##### **2.1.5.1. Modelo Médico Hegemónico**

El Modelo Médico Hegemónico (MMH) distingue tres submodelos: el individual privado, el corporativo público y el corporativo privado. Sus principales características estructurales son: biologicismo, base teórica evolucionista-positivista, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía; relación asimétrica médico-paciente, en consecuencia, existe subordinación y pasividad de los consumidores de acciones de salud, y se los excluye del saber médico; profesionalización formalizada, racionalidad científica como criterio ideológico para excluir a otros modelos, medicalización, tendencia al control social e ideológico (Menéndez, 1983 p. 5).

### **2.1.5.2. Modelo Médico Alternativo Subordinado**

El Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMS) integra las prácticas denominadas “tradicionales”, incluye también a la herbolaria china y la acupuntura, así como la medicina curanderil urbana y las prácticas espiritistas, entre otras prácticas médicas que, algunas de ellas, derivan del MMH y presentan rasgos no homogéneos. Algunas de sus características estructurales son: concepción globalizadora de los padecimientos y problemas, las acciones terapéuticas suponen la eficacia simbólica y la sociabilidad como condicionantes de la eficacia, tendencia al pragmatismo, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal de las actividades curativas, identificación con una racionalidad técnica y simbólica, tendencia a excluir a los otros de su saber y prácticas curativas, así como la tendencia a la mercantilización. (Menéndez, 1983 pp. 5-6)

Es importante señalar que en esta tesis se recuperó el concepto de Modelo Médico Alternativo Subordinado -abreviado como MMS- para aludir a la denominada “medicina tradicional”, atendiendo las certeras observaciones de Menéndez (1994), quien cuestiona el uso de dicho término, debido a su propensión a excluir prácticas y representaciones o a sujetos sociales, ya sea desde la perspectiva empírica como teórico-ideológica (p. 77). De igual manera, advierte sobre la confusión que genera el término “medicina tradicional”, pues en ocasiones se la identifica con grupos considerados a priori como “tradicionales”, que pudiese ser el caso de los grupos étnicos, el campesinado indígena y los marginados urbanos, entre otros, pero donde unos serían más tradicionales que otros; o bien, se la define como diferente y antagónica a la biomedicina, incluso es identificada como no modificable o poco modificable (pp. 74-75).

Por lo anterior, en afán de clarificar lo mejor posible la medicina amuzga, se decidió utilizar el término modelo médico alternativo subordinado, en el entendido que dicho modelo incluye las prácticas médicas indígenas o “medicina tradicional”, con lo que se procuró hacer planteamientos a partir de la relación hegemonía/subalternidad -muy conveniente en el estudio de los imaginarios sociales- y, así, poder situar la observación de la realidad no en términos dicotómicos, sino a través de las relaciones donde ciertos

procesos hegemónicos sólo son comprendidos por la presencia de rasgos del saber popular en los estratos dominantes y elementos de oposición de los contingentes subalternos que pueden ser explicados por esa presencia conjunta, pero estructurada de forma diferente. (Menéndez, 1994, p. 76)

### **2.1.5.3. Modelo de Atención Basado en la Autoatención**

El Modelo de Atención Basado en la Autoatención (MAA) se finca en el diagnóstico y atención que realiza la persona enferma a sí misma o a personas de su familia o comunidad, sin la actuación directa de un curador profesional. Este modelo supone acciones conscientes encaminadas a la curación; es estructural a toda sociedad y representa el primer nivel real de atención. Sus características básicas son: eficacia pragmática, concibe a la salud como bien de uso y percibe a la enfermedad como mercancía; participación simétrica y homogeneizante, legitimidad grupal y comunal, concepción basada en la experiencia, tendencia a la apropiación de las prácticas médicas tradicionales, tendencia sintetizadora y a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos (Menéndez, 1983 p. 7).

## **b) Social**

### **2.1.1. Ideas**

De acuerdo al *Diccionario de la lengua española*, las ideas son el primero y más obvio de los actos del entendimiento, que se limita al simple conocimiento de algo. Una segunda acepción lo define como el conocimiento puro, racional, debido a las naturales condiciones del entendimiento humano (Real Academia Española, 2014).

Desde una perspectiva marxista, se definen como el reflejo de la realidad en la conciencia humana que caracteriza la relación de los hombres con el mundo que los circunda; sus percepciones acerca de ese mundo. Cualquier idea está determinada por el carácter del régimen social y por las condiciones materiales de la vida de los hombres (Rosental y Iudin, 1946, p. 146).

### **2.1.2. Creencias**

De acuerdo a un enfoque socioantropológico, las creencias son una construcción ideativa (sobre la realidad material y/o inmaterial) a la cual se da valor de veracidad y de elemento explicativo de la actuación individual y colectiva, independientemente de su confrontación con el mundo objetivo. Toda creencia está culturalmente formulada y ligada principalmente al ámbito religioso, aunque también a las actitudes, ideologías, mitos, símbolos, normas y valores de cada sociedad (Fericgla, 1993, pp. 144-145.).

### **2.1.3. Valores**

Es un conjunto de virtudes y creencias que determinan la actitud de las personas. Son conceptos que pueden estar bajo el influjo de elementos culturales, sociales o religiosos, pero también en el ámbito de lo particular y las experiencias personales, puesto que su determinación y puesta en uso dependen exclusivamente de los fines y metas de cada individuo o actor social (De Significados, 2021).

Los valores actúan como factores condicionantes al momento de tomar decisiones en lo cotidiano, ya que sirven para limitar qué es aquello que las personas pueden o no pueden hacer, conforme a sus necesidades (De Significados, 2021).

De acuerdo a los fines de esta investigación, existen valores con ciertas características definitorias, como lo abstractos y mentales que se vinculan con interpretaciones mentales o con patrones culturales de las acciones y cosas; existen los jerárquicos, en donde unos son predominantes y otros secundarios; hay colectivos e individuales, los cuales son universales, o bien se subordinan al pensamiento individual; los valores históricos se distinguen por surgir de un acontecer capital, nunca por una determinación inconsistente o de manera inminente, por lo que cada etapa histórica puede generar valores y conservar otros; existen también valores trascendentes, que imbuyen de sentido a la existencia de las personas, por lo que son la finalidad de la vida (Enciclopedia Universal, 2021).



#### **2.1.4. Conductas**

Desde la visión de la psicología, la conducta representa una actitud interior en la cual se originan las acciones y las reacciones. Con frecuencia se utiliza equivocadamente como sinónimo de comportamiento, pero este se refiere al conjunto de las acciones y de las reacciones habituales de un organismo al ambiente, susceptibles de observación objetiva; la conducta es menos describible y comprobable que el comportamiento (Galimberti, 2002, p. 234).

Una acepción más cercana a la psicología de la conducta, la define como el conjunto de fenómenos observables o que son factibles de ser detectados. También se aplica a todas las reacciones o manifestaciones exteriores, pero esto implica dejar de lado los fenómenos propiamente psíquicos y mentales que originan la conducta. Esto se asienta sobre un dualismo cuerpo-mente, donde la mente es la fuente de todas las expresiones corporales. Todas las manifestaciones del ser humano son conductas.

Características de la conducta: 1. Es funcional, es decir que toda conducta tiene la finalidad de resolver tensiones; 2. Implica siempre conflicto o ambivalencia; 3. Debe ser comprendida en función de su contexto; 4. Tiende a mantener el equilibrio, un estado de máxima integración o consistencia interna (Bleger, 2003, p.27).

#### **2.2. Marco teórico**

Esta investigación se inscribió en el campo de la Sociología de la Salud, disciplina que se encarga de estudiar la desigualdad social y las dimensiones sociales y culturales que influyen en el proceso salud-enfermedad-atención-prevención, y cuyo objetivo se enfoca en las definiciones sociales de la enfermedad, las prácticas vinculadas con ella y las instituciones que la toman a su cargo, así como el estatus social y conductas del enfermo (Balarezo-López, 2018, p. 269).

La Sociología de la Salud, como heredera de los planteamientos innovadores del Modelo Histórico-Social que generó el surgimiento de la Medicina Social y la Salud Colectiva latinoamericanas, posee los métodos y teorías sociológicas que permiten una

aproximación multifactorial e integral del problema de salud, mediante el paradigma médico-social, que lejos de excluir la esencia de los fenómenos biológicos, los enriquece con un análisis más profundo y generalizador (Rojo y García, 2000, p. 97). En este sentido, aunque en los orígenes de la Salud Colectiva se ubicó a los sujetos en un papel secundario y se excluyó de su campo la aprehensión de las dimensiones relativas a lo simbólico y a los significados, en años recientes se ha incorporado la necesidad de investigar sobre la subjetividad de los sujetos sociales y las representaciones sociales (Bertolozzi y De la Torre, 2012, p. 30).

Bajo estas consideraciones, en los tiempos de emergencia sanitaria global se abrieron perspectivas interesantes para investigar, a partir de la Sociología de la Salud, las ideas, creencias, valores y conductas que, desde el modelo médico alternativo subordinado, conformaron el imaginario social del pueblo indígena amuzgo del estado de Guerrero, con respecto a la pandemia de COVID-19.

### **2.2.1. Los imaginarios sociales y la construcción de la realidad**

El imaginario social ha sido sometido a la visión conceptual y teórica de numerosos autores en diversas épocas y en diferentes disciplinas, lo cual, junto con la propia naturaleza de la teoría, complica homogeneizar criterios no sólo para definir el concepto, sino también para establecer una definición única. Aunque el auge del concepto de imaginario social o imaginarios sociales, inició en los años sesenta del siglo pasado, es notorio cómo paulatinamente ha ido avanzado en los debates de las ciencias sociales, particularmente en la sociología, logrando ubicarse en las aulas y en los ejercicios de investigación, como concepto clave para comprender el mundo, y para ser cuestionado y discutido (García Rodríguez, 2019, p. 32).

Cornelius Castoriadis es el autor con mayor reconocimiento sobre el imaginario, debido a que desarrolló una amplia revitalización del imaginario social al plantear la necesidad de superar la limitadora ontología heredada y formular una renovadora que permitiera dar cuenta de la naturaleza específica de lo imaginario (Carretero, 2001). Sus importantes reflexiones y precisiones acerca del imaginario social, han sido retomadas por otros

autores quienes han contribuido con nuevas y enriquecedoras aportaciones, destacando los sociólogos españoles Pintos (2005) y Carretero (2001), el francés Maffesoli (1990) y el chileno Baeza (2003), entre otros.

Con la publicación de su obra más reconocida, *La institución imaginaria de la sociedad*, Castoriadis (2013) desarrolló abundantes planteamientos y reflexiones sobre el imaginario social; asimismo, exploró la ontología filosófica y consiguió situar el imaginario como pieza constitutiva de lo real y componente fundamental en la configuración de la sociedad, así como el valor de las significaciones imaginarias sociales en el orden social (Aliaga y Pintos, 2012, p. 14).

Para los fines de esta investigación, se planteó definir y desarrollar de manera sucinta aquellos conceptos y categorías esenciales para la comprensión de los imaginarios sociales y que, además, sustentarán teóricamente el análisis de la información de campo, a saber: imaginario social, significaciones imaginarias sociales, imaginario social instituido e imaginario social instituyente.

#### **2.2.1.1. El imaginario social**

Castoriadis (2013) vincula el imaginario social a lo socio histórico, a lo simbólico, a la capacidad de imaginar e inventar de los individuos y las colectividades, así como a los procesos de creación por medio de los cuales inventan sus propios mundos y se auto instituyen como sociedad. De tal manera que los imaginarios sociales expresan la facultad de invención de las colectividades, grupos o sociedades (imaginarios sociales instituyentes), así como la firmeza o eficacia para reproducir lo ya está instituido (imaginarios sociales instituidos). Estas dos dimensiones representan complejos entramados en constante tensión, debido a que son creaciones arbitrarias -no naturales- de lo histórico social (Fernández, 2016). El autor enfatiza que lo imaginario se manifiesta en todas las sociedades, ya sea en las creencias de las sociedades arcaicas o en las concepciones de las sociedades históricas, e incluso tiene una presencia aún más radical en el “racionalismo” extremo de las sociedades modernas (Castoriadis, 2013, p. 240).

Aunque Castoriadis no desarrolló una definición expresa del concepto imaginario social, puesto que contravendría sus nociones acerca de lo “ya dado” o “lo establecido” frente a la dinámica social de los imaginarios, se juzgó conviene partir de una definición puntual que oriente el desarrollo teórico de las tesis. Así, por ejemplo, Martín (2019), considera que para Castoriadis:

*... un imaginario social es entonces una construcción socio-histórica que abarca el conjunto de instituciones, normas y símbolos que comparte un determinado grupo social y, pese a su carácter imaginado, opera en la realidad ofreciendo restricciones y oportunidades a las acciones de los sujetos. Un imaginario no se considera en términos de su verdad o falsedad, sino que insta una realidad que tiene consecuencias prácticas para la vida cotidiana de las personas. (p. 48)*

Por su parte, Pintos (2014), quien desde hace más de dos décadas ha desarrollado una amplia exploración sobre los imaginarios, aporta algunas precisiones para intentar darle mayor claridad al concepto, aceptando la fuerte permanencia e influencia que hasta hoy ha tenido Castoriadis en el abordaje de los imaginarios sociales. Ante las nuevas realidades políticas y sociales, y frente a los procesos múltiples de construcción de la realidad, Pintos propone una definición teórica y operativa de los imaginarios sociales, a partir de la experiencia y conocimientos que las investigaciones realizadas le han proporcionado: “Los imaginarios sociales están siendo esquemas construidos socialmente que orientan nuestra percepción, permiten nuestra explicación, hacen posible nuestra intervención en lo que en diferentes sistemas sociales sea tenido como realidad”. (p. 7-8)

Otra contribución interesante y complementaria a la anterior, se identificó en Pérez Freire (2017), quien realizó un recorrido teórico e histórico acerca del concepto de los imaginarios sociales y, con apoyo del marco de interpretación sociológica que se estructura mediante el constructivismo sistémico y el meta código relevancia/opacidad (propuesto por José Luis Pintos), establece que los imaginarios sociales: “... constituyen esquemas interpretativos de la realidad socialmente legitimados y que tienen su

manifestación material en los símbolos, actitudes, representaciones, discursos, valoraciones culturales y conocimientos históricamente elaborados y modificables en el tiempo”. (p. 13)

A partir de las tres anteriores definiciones y para los fines de este trabajo de investigación, se derivó una definición propia que se ajustó a los objetivos de la presente investigación, asumiendo que los imaginarios sociales son:

Un conjunto de significaciones integrado por ideas, creencias, valores y conductas que conforman lo cultural y lo simbólico de una sociedad en un determinado momento histórico, dotándola de cohesión e instituyendo significaciones que propician un orden y un límite a lo que puede ser imaginado, pensado y deseado.

En correspondencia con esta definición, las categorías de análisis son: ideas, creencias, valores y conductas.

#### **2.2.1.2. Las significaciones imaginarias sociales**

Las significaciones imaginarias sociales (SIS) son aquellas que instituyen lo histórico-social y emanan del imaginario social instituyente, el cual es manifestación de la imaginación radical de los individuos (capacidad de la psique para crear de manera constante representaciones, figuras, formas, deseos). No tienen un referente práctico y pueden no ser explícitas para la colectividad que las instituye, ya que actúan en lo implícito; además, aglutinan la actividad social y forjan a los individuos que conforman a la sociedad (Castoriadis, 2013, p. 564). Se denominan imaginarias porque no se corresponden ni con la realidad ni con la racionalidad, sino que están dadas por *creación*; son sociales porque su existencia debe estar instituida y ser objeto de participación de la colectividad anónima e impersonal (Castoriadis, 2005, p. 68).

El papel de las SIS es brindar respuestas a las preguntas que se hace toda sociedad o colectividad acerca de su identidad, su articulación, el mundo y su relación con él, sus necesidades y deseos; dado que las respuestas a estas cuestiones no poseen un

carácter racional ni una construcción lógica, sino que derivan de lo imaginario, Castoriadis (2013) afirma que es en el *hacer* de la sociedad donde aparecen las respuestas a estas preguntas (p. 237).

Las SIS hacen posible también la creación de un mundo propio para la sociedad, y son en realidad ese mundo, ya que instauran una representación del mismo que incluye a la sociedad y su lugar en él (Castoriadis, 1997, p. 9). Esta cohesión que aun en las crisis y conflictos mantiene una sociedad descansa en el conjunto de sus instituciones (lenguaje, valores, normas, creencias, etc.), pero esta unidad en realidad es la cohesión interna de la urdimbre de SIS que impregna y rige la vida de la sociedad y a los individuos que la conforman.

Castoriadis (2005) denomina a esta urdimbre el “magma”<sup>2</sup> de las significaciones imaginarias sociales que se configuran en la institución de la sociedad y la animan (dioses, Dios, espíritus, tabú, virtud, pecado, ciudadano, nación, Estado, mercancía, dinero, capital, etc.; hombre, mujer, hijo) (p. 68). Vinculadas con el magma y con la dimensión conjuntista identitaria (“lógica”), reconoce dos instituciones que hacen posible la vida social: el *legein* y el *teukhein*. El primero, da existencia al lenguaje, es la dimensión identitaria del representar/decir social; el segundo, encarna lo funcional o instrumental, es la dimensión identitaria del hacer social (Castoriadis 2013, p. 282). Ambos son producto del imaginario social, pero no son lo mismo; uno a otro se requiere, pues son indispensables para la institución de la sociedad (p. 425).

### **2.2.1.3. Imaginario social instituido e Imaginario social instituyente**

Como ya se mencionó, Castoriadis (2013) postula dos dimensiones del imaginario social: el instituido o efectivo y el instituyente o radical. El primero, integra el conjunto de significaciones que fijan lo establecido, aquello que da sentido, valor y orden al comportamiento y acciones del individuo y la sociedad, como las costumbres, las

---

<sup>2</sup> El magma hace alusión metafórica a la emanación volcánica que emerge y se petrifica, como lo hace la multiplicidad de SIS cuando se solidifican (instituidas) y se conservan resistentes hasta que nuevos magmas de significaciones las alteran o desplazan (instituyentes).

tradiciones, la memoria, el lenguaje, las prácticas, las creencias, entre otras; opera desde las significaciones sobre los actos humanos, establece lo permitido y lo prohibido, lo correcto y lo incorrecto; representa el pensamiento heredado, reproduce lo ya dado y determinado, por lo que el autor lo denomina conjuntista identitario. En cuanto al segundo, se erige en el ámbito de lo social histórico y en novedosos universos de significaciones, es lo nuevo en las concepciones y formas de pensar la realidad; se relaciona con la capacidad de invención y creación de la psique, genera los cambios, la transformación social, la revoluciones. Mientras el imaginario social instituido propicia unidad, cohesión y continuidad del grupo, el instituyente genera fragmentación y fisuras, hace posible la transformación social (Agudelo, 2011, p. 10).

### **2.3. Estado del conocimiento**

La búsqueda y acopio de fuentes bibliográficas sobre la situación o estado que guardan las investigaciones sobre el tema de esta tesis o las asociadas a ella, se realizó a través de la exploración de bases de datos y buscadores, principalmente Scielo, Mendeley, Redalyc y Google Académico. Se utilizaron las palabras clave: pueblos indígenas, México, COVID-19, medicina tradicional, imaginario social, indígenas, creencias y prácticas; todas ellas en diferentes combinaciones y utilizando operadores booleanos AND y OR.

Un primer filtro, en el que se eliminaron las investigaciones hechas fuera de la región latinoamericana, permitió reunir 60 artículos, de los cuales se consideraron 25 para su integración al estado del conocimiento, en función de su contenido y ser representativos de diferentes pueblos indígenas de México y otros países de Latinoamérica; 18 de ellos fueron escritos en español, 6 en inglés y 1 en portugués. Como ya se mencionó, los criterios de selección se basaron en privilegiar las investigaciones que fueron realizadas en países de Latinoamérica, especialmente en México, y que se vincularan con las acciones, ideas, creencias, valores y conductas que la población indígena desarrolló ante la pandemia de COVID-19, así como con las percepciones acerca de la pandemia y las afectaciones en la salud y desarrollo de los pueblos indígenas.

La revisión y análisis del conjunto de artículos reunidos, permitió establecer tres líneas de estudio que invariablemente han seguido las investigaciones sobre pueblos indígenas y la pandemia de COVID-19: 1) Vulnerabilidad de los pueblos indígenas ante la pandemia; 2) Estrategias y acciones implementadas por los pueblos y comunidades indígenas para protegerse de la COVID-19; y, 3) Utilización de concepciones, prácticas y recursos de la medicina tradicional de los pueblos indígenas para controlar síntomas de la COVID-19. Bajo estos tres incisos o apartados se presenta el estado del conocimiento.

### **2.3.1. Vulnerabilidad de los pueblos indígenas ante la pandemia**

Las investigaciones que centraron sus objetivos en explorar las adversas condiciones sociales, epidemiológicas y sanitarias de los pueblos indígenas frente a la pandemia se realizaron en México, Brasil y Paraguay. Algunos de estos artículos aluden a la utilización de medicina tradicional por parte de la población indígena, ante las deficiencias en la atención de las instituciones de salud; no obstante, se decidió situar en este apartado dichos artículos, ya que su contenido atiende de manera más amplia la temática aquí presentada. Los ocho artículos reunidos bajo este rubro coincidieron en sus señalamientos sobre el alto riesgo de los pueblos indígenas para enfrentar la pandemia desde su rezago social y condiciones de pobreza y exclusión.

Así, para el caso de México, Cortez-Gómez, Muñoz-Martínez, y Ponce-Jiménez (2020), realizaron el estudio descriptivo “Vulnerabilidad estructural de los pueblos indígenas ante el COVID-19”; su objetivo fue analizar la vulnerabilidad de este sector, como producto de la violencia estructural y el racismo institucional, que los expone al virus y a una atención tardía e inadecuada. Como consecuencia de las deficiencias en la atención se produjeron brotes de la COVID-19 en comunidades indígenas en los meses de abril y mayo de 2020 que ocasionaron decesos. Los autores concluyen que, debido a las dilaciones, omisiones y ausencia de consulta por parte del sector salud hacia la población indígena, existen ideas erróneas acerca de la prevención y atención de la epidemia; asimismo, mencionan que algunos pueblos indígenas han recurrido a “su medicina tradicional”, como una



estrategia comunitaria para hacer frente a la epidemia. Es oportuno mencionar que estas conclusiones han sido confirmadas en otros estudios y por el presente trabajo de tesis.

Bajo el título “Inequidades sociales en la progresión de la COVID-19 en población mexicana”, en 2020, Ortiz-Hernández y Pérez-Sastré, centraron su estudio en determinar la existencia de disparidades asociadas a la estratificación socioeconómica, la etnicidad, los servicios médicos y la región geográfica en la progresión de la COVID-19 en adultos mexicanos infectados por SARS-CoV-2. Para el diseño de investigación, analizaron datos de la Dirección General de Epidemiología, respecto a casos confirmados de COVID-19, en 234,870 adultos de 20 años o más, registrados hasta el 10 de julio del 2020. Establecieron que los indicadores de severidad fueron hospitalización, desarrollo de neumonía, intubación o ingreso a la unidad de cuidados intensivos y muerte; asimismo, estimaron diferencias de acuerdo con el nivel de marginación municipal, la pertenencia a un grupo indígena, la región geográfica y el sector de los servicios. A partir de modelos de regresión multinivel estimaron razones de prevalencias, encontrando como resultado que los habitantes de municipios con más alta marginación tuvieron mayor riesgo de presentar los cuatro indicadores de forma severa de COVID-19. En consecuencia, las personas indígenas tuvieron mayor riesgo de neumonía, hospitalización y muerte, pero en los servicios privados fue menor el riesgo de deceso, aunque mayor el uso de intubación o ingreso a cuidados intensivos. Los autores concluyen que los efectos de la COVID-19 no solo se deben a las características biológicas del SARS-CoV-2, sino también a la falta de recursos para enfrentarlo, los cuales están distribuidos por procesos sociales.

A través de un estudio cuantitativo, Argoty-Pantoja, et al., realizaron en 2021 un extenso estudio, denominado “COVID-19 fatality in Mexico's indigenous populations”. El objetivo fue explorar los factores que podrían explicar las diferencias en la tasa de mortalidad entre grupos indígenas con diagnóstico de COVID-19, y el resto de la población. En el diseño se analizaron los datos de la Secretaría de Salud en la vigilancia de la COVID-19, para estimar las tasas de mortalidad por etnia; asimismo, utilizaron el método de exploración de los factores asociados, utilizando modelos de riesgos proporcionales de

Cox, estratificados por pacientes ambulatorios y con manejo hospitalario en el momento del diagnóstico. El análisis se realizó en los escenarios nacional, en estados con el 89% de población indígena y en la región Pacífico Sur, y en los resultados se incluyeron 412,017 casos de COVID-19, con un 1,1% de población indígena. La tasa bruta de letalidad por 1000 personas-semana fue 64.8% más alta entre los indígenas que entre los no indígenas (29.97 frente a 18.18, respectivamente), y aumentó más del doble en los pacientes ambulatorios (5.99 frente a 2.64, respectivamente). El análisis de Cox reveló que los indígenas que recibieron atención ambulatoria tuvieron una tasa de mortalidad más alta que los pacientes ambulatorios no indígenas, a nivel nacional (índice de riesgo [HR]=1.63; 95% Intervalo de confianza [IC]=1.34 -1.98); dentro del subgrupo de 13 estados (HR=1.66; 95% IC=1.33–2.07); y, en la región Pacífico Sur (HR = 2.35; IC del 95%=1.49-3.69). Los factores asociados con las tasas de mortalidad más altas entre pacientes ambulatorios no indígenas e indígenas fueron la edad, el sexo y las comorbilidades. Los autores concluyeron que la letalidad por COVID-19 es mayor entre la población indígena, particularmente dentro de los pacientes ambulatorios.

En 2020 se realizó la investigación “Critical review of social, environmental and health risk factors in the Mexican indigenous population and their capacity to respond to the COVID-19”, a cargo de Díaz de León-Martínez, y otros autores, cuyo objetivo fue realizar un análisis crítico de los factores de riesgo social, ambiental y de salud en la población indígena mexicana en el contexto de la pandemia de la COVID-19, y proponer estrategias para mitigar los impactos en estas comunidades. Diseñaron un estudio cualitativo y descriptivo, a partir de información sociodemográfica y epidemiológica relativa a la población indígena. Como resultado, identificaron factores de riesgos sociales, ambientales y de salud que impiden tomar medidas de protección mínimas contra la COVID-19, además de hacer más vulnerables a las comunidades frente a esta enfermedad; asimismo, identificaron programas gubernamentales que podrían apoyar el combate a las brechas sociales mencionadas. Como conclusión, los autores señalan que las comunidades contaminadas, además de sufrir amenazas ambientales, son también áreas de pobreza y de economía informal, lo que influye en la falta de acceso a servicios de salud y a mejores servicios educativos, así como a que haya obesidad y desnutrición

en la población, por lo que la salud es el mejor elemento de cohesión para insertar propuestas de desarrollo en las comunidades, dada la vulnerabilidad a la que están expuestas ante la pandemia de COVID-19.

Enfocada también en el caso de México, en 2021 se publicó el estudio “Ethnic disparities in COVID-19 mortality in Mexico: A cross-sectional study based on national data”, a cargo de Ibarra-Nava, et al., planteando como objetivo determinar la mortalidad asociada con la etnia, particularmente de los pueblos indígenas, en una muestra amplia de pacientes con COVID-19. Se diseñó un estudio cuantitativo, de tipo no experimental, transversal y exploratorio, utilizando los datos de acceso abierto de la Secretaría de Salud, principalmente los casos confirmados de COVID-19 en el país, así como los relacionados con población indígena. Los resultados fueron los siguientes: entre febrero y agosto de 2020, se diagnosticó con COVID-19 a un total de 416,546 personas adultas, de las cuales 4,178 fueron indígenas; entre los pacientes hospitalizados o no, murió una mayor proporción de indígenas (16,5 % frente a 11,1 %); la mayor proporción de muertes entre indígenas acaeció entre los hospitalizados y los ambulatorios (37,1% contra 36,3%); una mayor proporción de población indígena falleció tanto en los servicios de salud públicos como en la atención privada. Las conclusiones de la investigación reafirmaron el mayor riesgo de muerte por COVID-19 entre la población indígena en México; en este sentido, el acceso a una mejor atención médica podría influir en el menor impacto de la COVID-19 entre los pueblos indígenas. La pandemia puso de relieve la persistente marginación indígena, lo que hace necesario implementar medidas urgentes que ataquen las desigualdades en la respuesta a la COVID-19, superando las barreras financieras, sociales y educativas que permitan la justicia social y de salud para los pueblos indígenas.

Un ejercicio similar a las investigaciones realizadas en México, lo desarrollaron en Brasil Cupertino y otros investigadores, quienes centraron su objetivo en analizar las condiciones socioeconómicas y de salud de la población indígena de ese país. En 2020 publicaron los resultados de su investigación, bajo el título “COVID-19 and Brazilian Indigenous Populations”. Ellos reunieron indicios para vislumbrar que si las estrategias para contener el avance de COVID-19 no tuviesen éxito, seguramente habría otra

tragedia histórica, como la pandemia H1N1 del año 2009, considerando la rápida propagación del virus y las limitaciones del sistema de salud brasileño. Los autores concluyen que los pueblos indígenas son altamente vulnerables al avance de la infección por SARS-CoV-2, lo que amerita la implementación de una política de atención seria para los indígenas brasileños, pues, de lo contrario, habría la posibilidad real de una nueva ola de aniquilamiento de esta población, como ya lo han demostrado miles de muertes causadas por otras epidemias a lo largo de la historia en Brasil.

Otra investigación realizada en Brasil en 2020, a cargo de Capasso, Marques y Lima, tuvo como objetivo discutir las características epidemiológicas y sociales de la población indígena de Brasil, para protegerla de la pandemia de COVID-19. Con esta finalidad desarrollaron un estudio cualitativo, a través de una revisión bibliográfica y utilizando información pública epidemiológica, relacionada con la población indígena de las diferentes regiones de Brasil. Los resultados obtenidos, publicados con el título de “COVID-19 in the Indigenous Population of Brazil”, indicaron que la falta de acceso al agua potable y al saneamiento básico que padece la población indígena, favoreció la progresión de la COVID-19. De esta manera, en la región Norte, donde habita la mayoría de indígenas (estado de Amazonas), el total de las camas de cuidados intensivos estaban ocupadas, lo que indicó el colapso del servicio de salud y advirtió que el escenario de la población Indígena, vulnerada y discriminada por el gobierno, puede ser aún más trágico que en el resto de la población. Como conclusión, los autores afirman que, pese al subregistro de casos de contagio y muertes por COVID-19, las altas cifras presentadas en el estudio revelan la importancia de mantener a la población indígena en aislamiento social del resto de la población, dada la susceptibilidad y comorbilidades que presentan. Hacen hincapié en que el impacto de la pandemia puede ser una tragedia sin precedentes para la población indígena, por lo que el gobierno brasileño debe tomar medidas de emergencia para contrarrestar estos resultados catastróficos.

Finalmente, en Paraguay, Orrego, Toledo y Alvarenga, realizaron en 2020 la investigación “Comunidades indígenas de Paraguay y la emergencia sanitaria en el contexto del COVID 19”. Diseñaron un estudio descriptivo, con el objetivo de realizar un

análisis reflexivo sobre la situación de vulnerabilidad de los pueblos indígenas ante la amenaza de la COVID-19 y las acciones necesarias para dar respuesta a esta situación. En los resultados se destaca la respuesta a la COVID 19 por parte de comunicadores indígenas, quienes elaboraron spots radiales y en redes sociales de sensibilización en guaraní y otras lenguas nativas, con la participación de integrantes de las comunidades. Asimismo, el Instituto Paraguayo del Indígena, difundió materiales en audio en las distintas lenguas indígenas, para crear conciencia y fomentar la prevención; sin embargo, ese tipo de información estuvo dirigida a la población en general, sin considerar el contexto cultural indígena. Se concluye que es imprescindible repensar “el abordaje y las intervenciones de las instituciones del Estado”, y de reparar algo de los años de deficiencias estructurales en los servicios de salud, de seguridad alimentaria, de agua y de educación, entre otros. Las acciones de salud deben basarse en la investigación-acción, que incluya los saberes y conocimientos tradicionales, las prácticas de la medicina indígena y una atención intercultural a la salud real.

### **2.3.2. Estrategias y acciones de los pueblos y comunidades indígenas para protegerse de la COVID-19.**

Las investigaciones presentadas en este apartado, fueron desarrolladas en México, Perú y Argentina; en los siete artículos se resaltaron las capacidades organizativas y autogestivas de los pueblos y comunidades indígenas para enfrentar las amenazas de la pandemia, destacando las características propias de cada pueblo indígena y las de su respectivo país.

Para el caso de México, en 2020, Barabas centró su investigación en municipios indígenas del estado de Oaxaca. Con el título de “Covid-19 en Oaxaca: respuestas etnoculturales ante la crisis sanitaria”, planteó como objetivo proporcionar una mirada etnográfica sobre un ejemplo positivo de acción colectiva emprendida por los pueblos originarios en el estado de Oaxaca, para prevenirse y superar el contagio de Covid19. La autora diseñó un estudio descriptivo de tipo observacional, aplicado entre población chinanteca del municipio de Santiago Comaltepec; ella encontró que, bajo el sistema normativo interno, la población indígena acordó autoprotegerse de la COVID-19 y evitar

su propagación, a través de cancelar el acceso de las personas ajenas a las comunidades y de las oriundas que regresaban del exterior. Con esta finalidad, se colocaron filtros sanitarios en los accesos y se organizó la compra de maíz y frijol para abastecer a las familias durante el aislamiento; se adoptaron también medidas preventivas recomendadas por los servicios de salud, incluyendo la suspensión de fiestas religiosas y familiares. En la conclusión se destaca este ejemplo positivo de autogestión, sin ayuda del Estado -similar a lo que sucede en otros municipios indígenas con sistemas normativos propios-, en donde la reciprocidad, el respeto por su propia ley y las formas productivas autosustentables, son modelo para construir una nueva realidad social.

Otro estudio similar al anterior, realizado también en México por Fuentes, *et al.*, en 2020: “El autogobierno p’urhépecha de Cherán y las estrategias comunitarias frente a la pandemia”, tuvo como objetivo analizar la reacción frente a la COVID-19 y las acciones comunitarias para enfrentar la enfermedad, como parte de las prácticas e instituciones propias, surgidas en la lucha por los derechos colectivos, los procesos de libre determinación y formas propias de autogobierno. La investigación, realizada en la comunidad de San Francisco Cherán, Michoacán, fue descriptiva, a partir de entrevistas con las autoridades y responsables de los comités comunitarios. Los investigadores encontraron que el municipio de Cherán, regido por un sistema normativo indígena, presentó una respuesta rápida frente a la crisis sanitaria de la COVID-19; las acciones implementadas fueron acordadas entre el Consejo Mayor y el gobierno del estado de Michoacán, principalmente lo relacionado con la difusión de medidas preventivas y la cancelación de cualquier tipo de actividad y evento masivo. Asimismo, hubo estrategias comunitarias para enfrentar la COVID-19, como el uso de medicina tradicional y la partería, con medidas de higiene y vigilancia biomédica. Los autores concluyen que esta estrategia si bien ayudó a evitar contagios, la principal responsabilidad estuvo en la adopción de medidas de prevención, recomendadas por los organismos de salud internacional.

Una investigación más desarrollada en México, tuvo el objetivo de analizar las formas de organización de dos pueblos indígenas para enfrentar la pandemia por COVID-19 y

conocer cómo se han modificado o adaptado sus tradiciones religiosas. Los investigadores, Valtierra y Córdova-Hernández, realizaron en el año 2021 un estudio descriptivo, denominado “Pueblos indígenas y religiosidad en México frente a la pandemia por COVID-19”, con información obtenida en entrevistas telefónicas a autoridades y agentes de la pastoral católica, en comunidades tojolabales de Chiapas y en una comunidad ixcateca de Oaxaca. Como resultado encontraron que, como medida de protección contra la pandemia, los ixcatecos cerraron sus comunidades y suspendieron actividades y festividades religiosas, mientras que los tojolabales procedieron de manera contraria, debido a que creen que la COVID-19 es un invento de la autoridad. En las conclusiones se destaca que los pueblos indígenas ven en la religión más que un culto guiado por la costumbre, una parte vital de su cultura; la cancelación de festividades religiosas implicó la cancelación de mercados regionales, indispensables para la economía de las comunidades y las relaciones intercomunitarias. Estas consecuencias no guardaron mucha relación con la organización y suministro de servicios religiosos, pero, el acompañamiento religioso que tienen las comunidades en Chiapas, a diferencia de Oaxaca, puede ser más redituable en cuanto al proceso de resiliencia que podría incidir en la salud física y mental de las comunidades.

Un último estudio registrado en este rubro para México, fue el realizado por Pérez y Galicia quienes lo publicaron en 2021 con el título “Un fantasma recorre lo rural: experiencias de comunidades rurales e indígenas ante el COVID 19”. El objetivo fue conocer las experiencias intersubjetivas, las actitudes y prácticas socioculturales de las poblaciones campesinas e indígenas de Veracruz y Tabasco, ante la presencia de la COVID-19, las dinámicas de interacción social, los cambios en su vida cotidiana y cómo realizaron acciones diferenciadas de lo que indicaba el gobierno, en función de sus propios procesos socioculturales. Mediante la etnografía, con trabajo de campo virtual, a través de teléfonos celulares, el uso de plataformas virtuales y videoconferencias, debido al distanciamiento físico que impuso la pandemia, los investigadores aplicaron un cuestionario vía telefónica, con muestreo “bola de nieve”. Los resultados indicaron que las acciones y reacciones ante la pandemia fueron cambiando en tiempo y espacio: se habla de “al principio”, y del “ya después”. Los entrevistados no creían, pero si obedecían

y, en la medida de sus posibilidades, atendieron las medidas preventivas oficiales. Los autores concluyen que los mecanismos de imposición, obligación y restricción, como el confinamiento y uso de cubrebocas para evitar el contagio de COVID19, implementados por las autoridades estatales, comunitarias y por cuerpos policíacos tuvieron respuestas y acciones diferenciadas en los marcos socioculturales de pueblos y comunidades rurales.

Otra de las investigaciones publicada en 2021 en México, pero enfocado a Latinoamérica, llevó por título “Epistemocracia frente a las sabidurías indígenas, y la equidad epistémica ante la pandemia de COVID-19”; Velazco planteó como objetivo comprender las consecuencias sociales de la pandemia en la población indígena de Latinoamérica, y valorar las estrategias gubernamentales que afectaron principalmente a esta población. El estudio fue descriptivo y reflexivo, a partir de la revisión de reportes epidemiológicos y de organizaciones indígenas. En los resultados se describe la pandemia de la COVID-19 en contextos de los grupos más pobres y vulnerables de Latinoamérica, así como las consecuencias sociales y la insuficiencia de las políticas públicas para enfrentar la pandemia; se detallan también algunas prácticas y tratamientos contra la COVID-19 por parte de comunidades indígenas, lo cual demuestra la relevancia de sus saberes para contener la pandemia. A manera de conclusión, el autor afirma que las prácticas, acciones y medidas específicas adoptadas en comunidades indígenas contra la COVID-19, mostraron que este nuevo paradigma es una mejor alternativa que el modelo epistemocrático del racionalismo científico, para responder a la crisis sanitaria y social de la enfermedad.

En la línea de mostrar las acciones que desarrolló la población indígena frente a la COVID-19 en Perú, Pesantes y Gianella, realizaron en 2020 la interesante y extensa investigación “¿Y la salud intercultural?: lecciones desde la pandemia que no debemos olvidar”, cuyo objetivo se focalizó en analizar la iniciativa de la organización llamada Comando Matico, en la Amazonía peruana, y la capacidad de los pueblos indígenas para implementar iniciativas autónomas al Estado central. El estudio fue descriptivo y reunió experiencias y artículos relacionados con las alternativas interculturales de estos pueblos



y organizaciones indígenas amazónicas, ante la pandemia de la COVID-19. El resultado de la investigación mostró que el gobierno peruano fue insensible a las necesidades de los pueblos indígenas durante la pandemia, a pesar del alto porcentaje de contagios y a las propuestas de acción indígenas. En este contexto, surgieron grupos de jóvenes para combatir COVID-19, mediante la articulación de medicina indígena y occidental, destacando la actuación del “Comando Matico COVID-19” que brindó atención con plantas medicinales indígenas, como la planta llamada matico, la cual mostró efectividad contra síntomas de COVID-19. Las conclusiones destacaron la capacidad de este Comando para compensar las deficiencias estatales y demostrar que para implementar acciones interculturales en salud no basta con tener normativas y políticas estatales, sino someterse a una transformación que reconozca los conocimientos indígenas; en cuanto a la salud, se señaló la necesidad de pasar de la hegemonía de la biomedicina que excluye otros sistemas de conocimiento, a una perspectiva que reconozca las distintas maneras de conceptualizar la salud y enfrentar la enfermedad, a través del trabajo articulado entre sistemas médicos diferentes, en favor de la salud de la población. Los pueblos indígenas amazónicos peruanos demostraron que sus prácticas culturales, ignoradas y discriminadas por el sector salud, pueden contribuir en el cuidado de personas afectadas por la COVID-19.

Otro estudio sudamericano fue el de Maidana, *et al.*, realizado en Argentina en 2021, bajo un enfoque descriptivo y cualitativo, denominado “Pandemia COVID-19 y pueblos indígenas en la región metropolitana de Buenos Aires – Argentina: la necesidad de un abordaje intercultural”. El objetivo fue describir y analizar las respuestas de los pueblos indígenas ante la pandemia de COVID-19, específicamente las acciones de organizaciones indígenas de la Región Metropolitana de Buenos Aires. A manera de resultado los autores anotan la expresión “los pueblos indígenas son parte de la solución”, manifestando con ello que las prácticas y conocimientos comunitarios pueden constituir, en el contexto de la pandemia, un aporte para el diseño e implementación de programas sociales que los involucren. La investigación concluye que, a pesar de las afectaciones por motivo de la COVID-19, los pueblos indígenas mostraron gran capacidad de

respuesta, por lo que es necesario valorar sus “otras” ontologías/visiones del mundo, a partir del desarrollo de prácticas interculturales.

### **2.3.3. Concepciones, prácticas y recursos de la medicina tradicional de los pueblos indígenas ante la COVID-19.**

En este apartado se recopilaron diez artículos que revelan la respuesta de los pueblos indígenas a la pandemia de COVID-19, ante la deficiente y negligente atención a la salud de las instituciones sanitarias gubernamentales, tanto en la cobertura como en la adecuación cultural de los servicios. Los ejemplos de México, Ecuador, Brasil, Bolivia, Chile, Perú, Guatemala y Argentina, dan cuenta de concepciones, creencias, prácticas y recursos desplegados por las poblaciones indígenas para prevenir y contrarrestar los embates de la COVID-19, ya sea en sus territorios o en las ciudades a donde han emigrado importantes contingentes de estas poblaciones.

La investigación realizada en México “Yúmari y Covid-19. Reflexiones etnográficas sobre la ritualidad rarámuri urbana”, a cargo de Morales en el año 2021, tuvo como objetivo, comprender por qué la población rarámuri residente en asentamientos congregados de la ciudad de Chihuahua recurre a su tradición y ritualidad, de manera específica yúmari, para evitar contagiarse de coronavirus y contrarrestar los males que acarrea. El estudio, de enfoque cualitativo, reunió información a través de entrevistas telefónicas y utilizando noticias de internet y reportes de instituciones gubernamentales. Los resultados indicaron que en varios asentamientos rarámuris de la ciudad de Chihuahua, los gobernadores y gobernadoras tradicionales, convocaron a sus comunidades para reunir dinero y poder realizar el ritual yúmari, lo cual significa una manera culturalmente reconocida para prevenir la COVID-19, así como para revertir la falta de trabajo y de recursos económicos para la subsistencia en la urbe. La ceremonia también es una forma de retribuir a su principal deidad, Onorúame, su protección y cuidado contra la enfermedad. El autor concluye que las personas rarámuri consideran que, si la reciprocidad pactada con su deidad se ha roto, esto constituye un encadenamiento causal que explicaría la llegada del coronavirus, el cual pone en riesgo su salud y acarrea problemas materiales. Por tanto, la realización de los rituales de yúmari posibilita restablecer el pacto y, en

consecuencia, la protección de la salud. En la medida de sus posibilidades, cumplen con la realización de rituales preventivos o curativos, ajustándose a las condiciones y recursos materiales disponibles en la urbe, y confían en su eficacia.

En Brasil, Gonçalves, *et al.*, llevaron a cabo en 2020 la investigación “Medicina tradicional indígena em tempos de pandemia da COVID-19”; cuyo objetivo fue discutir la medicina tradicional indígena en los tiempos de pandemia de COVID-19, para lo cual diseñaron un estudio descriptivo, a partir de una revisión bibliográfica sobre el tema. En los resultados los autores encontraron que la medicina tradicional indígena se utilizó para prevenir y tratar la COVID-19, con prácticas espirituales y uso de plantas medicinales; sin embargo, hallaron dificultades evidentes, como mantener el aislamiento social, el manejo de los cadáveres en el contexto de la pandemia, atender los hábitos y la cultura de la población y vincular a la medicina tradicional con el modelo biomédico. Concluyen que es necesario respetar la cosmovisión y la diversidad cultural de la población indígena, por lo que es importante aplicar el enfoque intercultural en el control de la COVID-19, para evaluar las prácticas de salud que pueden o no entrar en conflicto con el modelo biomédico, además de emprender más investigaciones sobre la población indígena en el contexto de la pandemia.

En el año 2020, Mondardo realizó en Brasil el estudio “Pandemia y autonomía territorial: los Guaraníes y los Kaiowá se enfrentan a propagación de Covid-19 en los Tekoha”. El objetivo fue destacar las acciones autónomas de los guaraníes y los kaiowás en el estado de Mato Grosso do Sul, para contener la propagación de COVID-19 en sus territorios. Los resultados mostraron que en los territorios guaraníes y kaiowás se erigieron barreras sanitarias en forma de barricadas, para impedir que los no indígenas entraran en las aldeas y controlar el tránsito de los indígenas. Para la protección individual y colectiva contra el virus, se utilizaron hierbas de la medicina tradicional y rezos, y se incorporaron nuevas prácticas, como el uso de máscaras, alcohol-gel y agua, entre otros elementos. El autor concluye que estos pueblos indígenas luchan por el cuerpo-territorio, ya que representa su existencia e implica la defensa del territorio tekoha contra la COVID-19.

Dentro de los estudios clasificados en este rubro, destacó el número considerable de investigaciones desarrolladas en Ecuador, siendo necesario seleccionar dos de ellos, para mostrar la importancia de los saberes médicos indígenas durante la pandemia. De esta manera, en el año 2020, Tuaza realizó el estudio “El COVID-19 en las comunidades indígenas de Chimborazo, Ecuador”; el objetivo se centró en analizar el impacto de esta enfermedad en las comunidades indígenas de Chimborazo, examinando la situación de la población indígena frente al sistema sanitario y el papel de las organizaciones indígenas en el manejo de la pandemia. La investigación fue descriptiva e incluyó trabajo de campo y entrevistas virtuales con dirigentes de las organizaciones indígenas; los datos obtenidos fueron analizados a la luz de la literatura académica sobre los pueblos indígenas, notas de prensa y reflexiones surgidas en el contexto de la pandemia. Como resultado, el investigador encontró que los contagios y muertes por la COVID-19 entre la población indígena de Ecuador alcanzaron cifras muy altas, tanto en las ciudades donde han migrado como en sus comunidades de origen. Ante la falta de atención médica y el rechazo y discriminación por parte de los servicios públicos de salud, la población indígena retomó las antiguas prácticas de desinfección y tratamiento de enfermedades respiratorias, y se revaloró a las médicas y médicos indígenas que curan las dolencias y restablecen la armonía del cuerpo, porque las enfermedades son entendidas como el efecto de la ruptura de la armonía con la naturaleza, la familia y la comunidad. El autor concluye que, desde el punto de vista de las organizaciones indígenas, la pandemia creó oportunidades para repensar la vida comunitaria, revitalizar las prácticas de la medicina natural y articular acciones colectivas a nivel local, regional y nacional.

En 2021, Anda y Trujillo publicaron “La enfermedad ya me conoce: la historia de Doña Irma, una sanadora kichwa en tiempos de COVID-19”, la cual tuvo como objetivo describir las perspectivas y experiencias relacionadas al contagio y propagación de esta enfermedad, entre la población de una comuna kichwa de Ecuador. El estudio fue descriptivo, mediante el análisis etnográfico de las narraciones que los autores obtuvieron con entrevistas a profundidad, sobre las dinámicas para enfrentar la pandemia de un núcleo familiar indígena kichwa amazónico. En los resultados se apunta la negligencia de las instituciones de salud, al aplicar políticas homogéneas para toda la población,

siendo incapaces de garantizar un acceso a servicios médicos culturalmente pertinentes para las poblaciones indígenas; en consecuencia, estas poblaciones se vieron en la necesidad de reproducir saberes y prácticas para la salud y el cuidado de los enfermos, alternativas que son independientes del Estado e ignoradas desde la hegemonía biomédica. En las conclusiones se afirma que las intervenciones sanitarias de prevención y control contra la COVID-19, fueron excluyentes e ignoraron las prácticas alternativas de las comunidades indígena, por lo que debería indagarse acerca de ellas, así como las manifestaciones simbólicas de control y hegemonía que ejercen las instituciones de salud sobre estos pueblos.

En Chile, Mansilla y Bravo, llevaron a cabo en 2020 la investigación “Pandemia kuxan covid-19 (kuxan) vista desde la cosmovisión mapuche”. Su objetivo fue conocer, desde la perspectiva mapuche, la concepción de las enfermedades y desequilibrios que afectan las dimensiones corporal, espiritual, mental y social de las personas, para entender su visión de la pandemia; el estudio fue descriptivo y documental. Los resultados destacaron que, ante el monoculturalismo y las acciones sanitarias oficiales, la alternativa son reforzar las prácticas de salud de los pueblos originarios que han sido negadas en su integralidad por las políticas de salud, así como promover estrategias de autoatención con fines preventivos y curativos. Concluyen los autores que la pandemia devela una política de negación e invisibilización de las diferencias socioculturales preexistentes en Chile; hay una prepotencia hegemónica de la cultura oficial, la que es aceptada y enseñada desde la violencia epistémica y ética en las escuelas de medicina y de salud pública oficiales en clave colonial. El monoculturalismo se expresa en la confinación y aislamiento sociocultural, incomprendido por las familias mapuche, y en la uniformidad del enfoque biomédico de un padecimiento inscrito en dimensiones más amplias. Agregan los autores que se está ante un ciclo que violenta a la salud, lo que exige superar la circunscripción bio-psico-social que reduce el fenómeno a un virus y a su tratamiento hospitalocéntrico, ya que no sólo existe la muerte biológica, sino también la muerte social y cultural, aquella que los Estados aplican a los pueblos originarios, ya que los invisibilizan, niegan y ocultan. El autocuidado, complementado con el uso

intensivo de hierbas, se constituye en componente esencial de una medicina ancestral, no valorada suficientemente por las autoridades sanitarias oficiales.

La investigación “Tiempos de crisis y vulneración del derecho intercultural a la salud en las comunidades altoandinas”, la desarrolló Casazola en 2021, en Perú. Tuvo como objetivo describir la vida de la gente, sus experiencias vividas, emociones y sentimientos, en tiempos de pandemia, así como reinterpretar el significado de los fenómenos culturales andinos. El método de estudio fue cualitativo, de tipo descriptivo, utilizando la teoría fundamentada, para el análisis de la información documental y los testimonios de líderes de comunidades andinas. En los resultados, el autor menciona que para la población andina la nueva realidad de la COVID-19, es tiempo de confusión y oscuridad, pues no sólo significa la afectación de la salud, sino que está unida a la negación de sus prácticas tradicionales, a la pérdida de sus medios de vida y a la agudización de la pobreza y de otras carencias. El miedo no los ha paralizado, pues saben que son tiempos de una nueva era *Pacha kuti*, el paso de un ciclo a otro; la población andina se identifica a la COVID-19 con una entidad que ellos nombran “*Qhapaj Niño*” (Niño Rico), por lo que realizan “rogativas” a sus deidades para que dicha entidad pase sin causar más daño ni muerte; con estas prácticas, la población andina expresa sus conocimientos y saberes, a fin de pasar de una situación difícil a otro mundo más humano. Las conclusiones de la investigación señalan que el gobierno peruano no incentivó la creación de centros de salud en las comunidades campesinas, considerando sus prácticas culturales y condiciones sociales; sin embargo, las prácticas ancestrales en salud ayudaron a manejar la COVID-19 y se salvaron muchas vidas. El estudio postula que la pandemia no es solo un tema de salud, sino que representa también una oportunidad para terminar con la inequidad y transitar hacia un Estado que reconozca los derechos indígenas, para incentivar y fortalecer sus experiencias y afrontar las crisis sociales, culturales, políticas y sanitarias.

Walters, *et al.*, desarrollaron en 2021 la investigación “COVID-19, Indigenous peoples, local communities and natural resource governance”, la cual es descriptiva y exploratoria, con enfoque mixto, cuyo objetivo fue explorar el acceso y uso de los recursos naturales,

la solidaridad, la toma de decisiones y el papel de los gobiernos y los pueblos indígenas y las comunidades locales en la gestión de COVID-19, así como la adopción de la medicina tradicional. Aunque la investigación se realizó en varios países, se recuperó para este apartado la información concerniente a Guatemala, cuyos resultados indican que la población indígena encuestada percibió que el uso de la medicina tradicional fue alto, y hubo un sentimiento de orgullo asociado a la utilización de medicina tradicional heredada de sus ancestros, para contrarrestar los impactos de la COVID-19. Las conclusiones indican que los pueblos indígenas están de nuevo apoyándose en la medicina tradicional, ya que históricamente la asistencia gubernamental en salud los ha discriminado, situación que continúa en la actual pandemia con una asistencia escasa y tardía. Ante la falta de acceso a la medicina convencional, las terapias tradicionales de los pueblos indígenas de Guatemala, han sido ampliamente adoptadas para reducir la propagación y el impacto de COVID-19, además de fortalecer el sistema inmunológico de las personas, controlar la fiebre y reducir la congestión respiratoria.

En Argentina, Medrano realizó una investigación en 2020, titulada “Conversando sobre virus, naturalezas e historia. Un diálogo situado junto a un líder indígena qom en el Gran Chaco”. El estudio fue descriptivo y reflexivo, teniendo como objetivo conocer las ideas y reflexiones de un líder indígena qom sobre la pandemia de la COVID-19, a partir de la historia, devenir y cosmología de su pueblo. A través de entrevistas telefónicas, la autora identificó las causas y consecuencias que el pueblo gom atribuye a la pandemia, y cómo ha afectó la vida comunitaria, además de constatar que este tipo de eventos son cíclicos dentro de la cosmovisión qom. Las conclusiones indican que, desde la perspectiva del líder y su pueblo, la pandemia fue resultado de la sobreexplotación y daño a la naturaleza, además de ser un evento que aparece cierto tiempo, y que alteró la vida y dinámica de la población indígena.

López Flores, realizó la investigación “Pueblos indígenas y crisis sanitaria en América Latina. Vulnerabilidad, abandono y violencia acentuada en tiempos de pandemia”, la cual se realizó en 2020, a través de un estudio descriptivo cualitativo que analiza la situación en Bolivia y Brasil. El objetivo fue analizar la situación de los pueblos indígenas en la

región andino-amazónica, ante la pandemia Covid-19, desde las actuales situaciones en Bolivia y Brasil, así como las respuestas que estos pueblos plantean en respuesta a esta crisis sanitaria. Los resultados fueron que la Covid-19 agrava la situación de los pueblos indígenas, quienes padecen pobreza, mortalidad materna e infantil, anemia, desnutrición crónica, diabetes y enfermedades infecciosas, además de enfrentar la indiferencia crónica del Estado en atender sus demandas. Ante la actual crisis sanitaria, diversos organismos internacionales ubican a los pueblos indígenas como “grupos en situación de especial vulnerabilidad” y estiman que 700 pueblos están en alto riesgo por la pandemia. Se concluye que, los embates de la pandemia son padecidos mayormente por los pueblos indígenas, quienes han respondido desde su entramado comunitario y con sus saberes tradicionales a la COVID-19; especialmente en la región Andina-Amazónica, han sido respuestas oportunas y sabias para afrontar la pandemia, ante la exigua o inexistente acción estatal.

Como puede observarse, debido a los riesgos y restricciones sanitarias derivadas de la pandemia, la mayoría de los estudios que conforman el estado del conocimiento, fueron producidos a través de medios electrónicos de comunicación (telefonía celular, plataformas de comunicación, redes sociales) o recopilando reportes de la prensa escrita y material bibliográfico; sólo dos investigaciones realizaron un trabajo de campo directo.

Por otro lado, a excepción de una mínima parte de las investigaciones, hubo evidente ausencia de estudios que explorasen la interpretación de la pandemia de la COVID-19, desde las concepciones médicas y culturales de los pueblos indígenas, inclinándose la mayoría a los recursos terapéuticos indígenas, destacando la flora medicinal y procedimientos rituales. Vinculado con lo anterior, no se encontró ningún artículo que asociara el imaginario social con pueblos indígenas y la COVID-19, objetivo principal de la presente tesis.

#### **2.4. Marco contextual**

Para lograr comprender adecuadamente las formas de enfermar y de morir de una colectividad, es indispensable conocer cuál es su contexto geográfico, demográfico,



histórico y cultural, pues sólo con estos referentes es posible aproximarse a descifrar la forma particular con la que cada grupo social se inserta en el proceso salud-enfermedad-atención. En este sentido, se presenta información general sobre la ubicación geográfica y las características demográficas y étnicas, entre otra, del municipio de Xochistlahuaca y de la población amuzga que lo habita.

#### **2.4.1. Información sociodemográfica e histórica del municipio de Xochistlahuaca y el pueblo indígena amuzgo.**

El municipio de Xochistlahuaca forma parte de la región Costa Chica del estado de Guerrero; la cabecera municipal tiene una altitud de 390 msnm, localizada a 282 km al sureste de Chilpancingo, capital del estado, llegando por la carretera federal Acapulco-Pinotepa Nacional. La extensión territorial del municipio es de 430 km<sup>2</sup> (0.68% del total estatal), y sus colindancias son las siguientes: al noreste, este y sureste con el estado de Oaxaca, teniendo al río Santa Catarina de por medio; al suroeste limita con el municipio de Ometepec, y al oeste con el municipio de Tlacoachistlahuaca (Guerrero Cultural Siglo XXI, 2012).



La zona en la que se ubica el territorio municipal es parcialmente montañosa, con un 65% de áreas accidentadas que se encuentran al norte, en las ramificaciones de la Sierra Madre del Sur, conformadas por las sierras de Malinaltepec y de Pajaritos; un 25% está ocupado por zonas semiplanas y el 10% restante por planas.

Por su territorio corren los ríos Santa Catarina, del Puente y San Pedro o Xochistlahuaca; existen numerosos arroyos que abastecen de agua a las comunidades, destacando el Tres Arroyos, Montaña, Pájaro, Chacale, Guacamaya, Lagarto y Arroyo Caballo. En verano y al inicio del otoño las lluvias son abundantes; la temperatura anual promedio es

de 25° centígrados, con un clima subhúmedo y variaciones de semicálido, cálido y templado.

La flora es de dos tipos: bosques mixtos con especies de ocote, encino, drago, pochote, parota, tepehuaje, caoba y cocoyul; y selva baja caducifolia con arbustos como el zacate, otate y belijan, además de árboles frutales y medicinales, y otros cultivos constantes y anuales, destacando zapote, jamaica, tamarindo, mango, jitomate, papa, hierbabuena y amaranto. En cuanto a la fauna existen mapache, tejón, nutria, zorro, jabalí, venado, tigrillo, lagarto, serpiente, chachalaca, zopilote, gavilán, rana, sapo, mojarra y camarón, entre otros. Los recursos naturales son abundantes en maderas (2,441.4 m<sup>3</sup> anuales en madera en rollo), lo que permite la fabricación de muebles de ocote, encino, tepehuaje, zopilote y parota; los minerales son escasos (Guerrero Cultural Siglo XXI, 2012).

Por su parte, la subregión donde habita el pueblo amuzgo de Guerrero –compartida con poblaciones mixteca, nahua, afromexicana y mestiza- está integrada por los municipios de Ometepec, Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca, con una superficie territorial de 3,000 km<sup>2</sup>, siendo este último municipio en donde se asienta la mayor parte de la población amuzga (Gutiérrez, 2001, p.38).

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2020, el municipio de Xochistlahuaca está integrado por 108 comunidades, con una población total de 29,891 personas, de las cuales 15,631 son mujeres y 14,260 son hombres; la población de 3 años y más hablante de lengua indígena sumó 25,640 personas, y la población en hogares censales indígenas<sup>3</sup> fue de 28.033 personas, lo que significa que el 93.7% del total de la población de Xochistlahuaca es indígena. En lo que respecta al total de hablantes de lengua amuzga, se registraron 49,400 personas de 3 años y más en toda la entidad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2020).

---

<sup>3</sup> Hogares donde el jefe o cónyuge hablan una lengua indígena, o alguno de los ascendientes (madre o padre, madrastra o padrastro, abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), suegro(a)) declararon hablar alguna lengua indígena.

El municipio se rige por dos formas de gobierno, conformado por varias autoridades que se conjugan y complementan; por un lado, actúan las autoridades tradicionales, elegidas con el sistema normativo propio y, por el otro, las autoridades elegidas dentro del sistema político oficial. Las primeras, ostentan los cargos de autoridades agrarias, responsables de los problemas en este rubro y de autoridades de asuntos religiosos, encargadas de preparar las fiestas patronales; la segunda, detenta los cargos de presidente municipal, tesorero, regidores y secretario de la comunidad. Aunque las autoridades tradicionales pueden influir en la designación de éstos, existe una mayor influencia mestiza, a través de los partidos políticos (Aguirre, 2017).

En cuanto a la economía amuzga, se basa en la agricultura de autoconsumo, así como en la ganadería, comercio, producción cerámica y de textiles, tabiquería, tejería, panadería y elaboración de panela; en los últimos años se ha registrado un alto flujo de migración, con una importante derrama de remesas, pero con las consecuencias del abandono de las labores agrarias y de las familias. La actividad agrícola común se desarrolla bajo el sistema de tumba, roza y quema, bajo una tenencia de la tierra ejidal y comunal. Los principales cultivos son el frijol, ajonjolí y jamaica, seguidos de calabaza, chile, jitomate, algodón y cacao. Un ingreso económico importante para las familias amuzgas es la venta de diversos productos en la ciudad mestiza de Ometepec: mamey, naranja, jícama, caña, piloncillo y huipiles; las mujeres suelen prestar sus servicios como niñeras y trabajadoras domésticas, mientras que los hombres trabajan como albañiles o peones en los ranchos (Aguirre, 2017).

Un rasgo distintivo del pueblo amuzgo se relaciona con lo poco conocido de su pasado histórico, incluyendo a sus homólogos que se asientan en los municipios de San Pedro Amuzgos y Santa María Ipalapa, Oaxaca, seguramente debido al insuficiente número de estudios que ahonden en este tema; existen diversas versiones sobre su origen y su pasado prehispánicos, que fluctúan entre la leyenda y la especulación; muchas de estas conjeturas se relacionan con su lengua y autodenominación.

Generalmente las personas amuzgas nombran a su municipio como Xochistlahuaca, pero también lo designan en su lengua materna: *Suljaa*. Ambos vocablos, el náhuatl y el amuzgo, significan “Llanura de flores”. A su lengua la designan *ñomnda*, es decir, idioma o “palabra del agua”, y se denominan a sí mismos *nn’anncue*, “las personas de en medio” o *nn’anncue ñomda*, lo que se traduce como los “amuzgos que hablan la palabra del agua” (Aguirre, 2017, p. 13). Por lo anterior, algunos sitúan su origen en el mar, en alguna isla, en “las tierras de en medio”, versión que se refuerza con el significado de *ñomnda* o “idioma del agua”; otras versiones proponen que llegaron del norte, provenientes de la Mesa Central y Tula, o bien del sur, incluso algunos autores afirman que emigraron de Sudamérica (Gutiérrez, 2001, p. 41).

Etapas históricas posteriores, como la colonia, independencia y revolución, mantienen también un velo de especulaciones y generalidades sobre los amuzgos; es probable que esto se deba al aislamiento al que estuvieron sometidos durante cientos de años, en una zona que hasta los años sesenta del siglo pasado vio la construcción de una brecha para comunicar a Xochistlahuaca con Ometepec. Afortunadamente, en la actualidad, investigadores de diversas disciplinas y profesionistas locales comienzan a interesarse por reconstruir la historia y estudiar el presente del pueblo amuzgo (Gutiérrez, 2001, p. 40-41).

## **Capítulo 3. Diseño metodológico**

### **3.1. Tipo de estudio**

La presente investigación tuvo un enfoque cualitativo, dado que se recolectaron y evaluaron datos sin medición numérica, enfocados a obtener información acerca de lo que un grupo social sabe, piensa y cree en un determinado momento y en una situación o evento particular, sin pretender pautas de profundidad ni representatividad.

De acuerdo al objetivo general de la investigación, ésta fue descriptiva, en tanto que se realizó para analizar el imaginario social de los terapeutas tradicionales amuzgos, en torno a la COVID-19.

Su alcance fue no experimental y exploratoria, porque se procedió exclusivamente a recopilar la información necesaria para dar cumplimiento a los objetivos planteados en un tiempo específico, por lo que también fue de tipo transversal y prospectiva.

### **3.2. Ubicación y periodo de la investigación**

La investigación se realizó en el municipio de Xochistlahuaca, ubicado en la región Costa Chica del estado de Guerrero. El trabajo de campo para el acopio de información y la observación participante se realizó en la cabecera municipal de Xochistlahuaca y en tres comunidades del municipio, entre los meses de abril a agosto de 2022.

### **3.3. Sujetos de estudio**

Los sujetos de estudios fueron terapeutas tradicionales indígenas de diversas comunidades del municipio de Xochistlahuaca.

### **3.4. Criterios de selección**

#### **- Criterios de inclusión:**

- a. Terapeutas tradicionales indígenas de ambos sexos.
- b. Con el reconocimiento de sus actividades por parte de la comunidad.
- c. Terapeutas tradicionales que habitaran en el municipio de Xochistlahuaca.

- d. Terapeutas tradicionales que atendieron a personas presuntamente enfermas de COVID-19
  - e. Terapeutas Que dieron su consentimiento informado por escrito (anexo 1).
- **Criterios de eliminación:**
- a. Terapeutas tradicionales indígenas que hubieran cambiado de domicilio a otro municipio
  - b. Que tuvieran problemas de salud que los incapacitara para continuar proporcionando información, o que una vez iniciada la etapa de recopilación de la información hubieran manifestado su deseo de no continuar colaborando.

### **3.5. Muestra**

3 terapeutas tradicionales indígenas de cualquiera de las comunidades del municipio de Xochistlahuaca, sin importar sexo ni edad y que mostraran conocimiento sobre su práctica médica ante la pandemia de COVID-19. Además, que tuviesen tiempo y buena disposición para ser visitados en su casa para llevar a cabo las entrevistas.

Los dos terapeutas y la terapeuta seleccionados otorgaron su consentimiento informado; además, en la presentación de resultados se les asignó un seudónimo para proteger su identidad.

### **3.6. Método e instrumentos para la recopilación de la información**

Para dar cumplimiento al objetivo general, el cual dice: *Analizar desde el modelo médico alternativo subordinado, el imaginario social de los terapeutas tradicionales amuzgos del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, acerca de la pandemia de la COVID-19*, se procedió a la ejecución de cuatro objetivos específicos.

De esta manera, para alcanzar dichos objetivos, que son: *“Integrar las ideas de los terapeutas tradicionales amuzgos acerca de la COVID 19”*; *“Identificar las creencias de los terapeutas tradicionales amuzgos acerca de la pandemia de la COVID-19”*; *“Determinar los valores que sobre el cuidado de la salud tienen los terapeutas tradicionales amuzgos en tiempos de la COVID-19”*; e, *“Identificar las conductas que*

*adoptaron los terapeutas tradicionales amuzgos en torno a la pandemia*”, se diseñó y aplicó una entrevista semiestructurada a los terapeutas tradicionales seleccionados, según los criterios de inclusión y eliminación.

Para la recopilación de la información, se realizó trabajo de campo en la cabecera municipal de Xochistlahuaca y en tres de sus comunidades: Los Liros, Arrollo Gente y Plan de Pierna, procediendo en dos etapas: la primera, del 7 al 16 de abril de 2022 y, la segunda, del 28 de junio al 12 de agosto del mismo año.

Para tal fin se utilizó el método etnográfico, en tanto que es un método abierto, flexible y cualitativo que, a través del trabajo de campo, permite comprender la realidad social de un grupo de personas y esclarecer sus características de manera fiel para, así, alcanzar resultados irrefutables. En este sentido, y en consonancia con el tema de la tesis, Guber (2022) afirma que los fundamentos y características de la flexibilidad del método etnográfico, radican en que son los actores y no el investigador los personajes centrales de la investigación, lo cual replantea la centralidad del investigador como sujeto asertivo de un conocimiento preexistente y lo convierte en sujeto cognoscente que deberá recorrer el arduo camino del des-conocimiento al re-conocimiento (p. 19).

En cuanto a la pertinencia de la etnografía en el estudio de los imaginarios sociales, Narváez y Carmona (2022) consideran que al ser una de sus características nodales descubrir la sustancia profunda de los sucesos, puede valorarse para afrontar e investigar los temas principales del imaginario.

### **3.6.1. Aplicación de instrumentos**

El acopio de información también hizo necesario contar con instrumentos adecuados, no encontrándose ninguno ya desarrollado o disponible en la Internet. Por lo anterior y dadas las características de la propia investigación, se realizó el diseño de dos instrumentos: una guía de entrevista (Anexo 1) y una guía de observación (Anexo 2).

La primera de las guías se conformó con cuatro apartados relacionados con los objetivos específicos, que incluyó 30 preguntas abiertas vinculadas con las categorías

conceptuales: “ideas” (ocho preguntas), “creencias” (once preguntas), “valores” (cinco preguntas) y “conductas” (cuatro preguntas). De esta manera, las preguntas tuvieron una relación inequívoca con los objetivos específicos, teniendo como característica de ser detonadoras, con la finalidad de generar otras preguntas y lograr, así, respuestas más completas y reflexivas.

En cuanto a la segunda de las guías, permitió constatar en los hechos lo expresado verbalmente por los informantes, en lo relativo a las conductas, a través de cuatro indicadores de observación.

La aplicación de los instrumentos para el acopio de información incluyó un proceso etnográfico que enriqueció la investigación y permitió identificar a los terapeutas tradicionales que reunían los criterios de selección de la muestra. En un primer momento, se estableció comunicación con las autoridades municipales de Xochistlahuaca, con la finalidad de ofrecerles la información general de la investigación y solicitar el permiso respectivo para su realización.

Una vez recibido el permiso verbal de la autoridad municipal, se visitó la comunidad de Los Liros, para realizar el mismo procedimiento con la Comisaría Municipal, con el antecedente de que en años anteriores ya habíamos desarrollado actividades con los terapeutas tradicionales, siendo el Comisario uno de ellos, por lo que esta comunidad fue la sede de la investigación. A solicitud expresa, convocó a una reunión a doce terapeutas tradicionales de distintas comunidades, para darles a conocer la realización de la investigación y poder seleccionar a quienes pudiesen fungir como informantes.

Durante la reunión con las y los terapeutas, realizada con un formato de taller, se les aplicaron algunas de las preguntas de la guía de entrevista, mostrando una excelente disposición e interés para responderlas y agregar información de valía, acerca de los hechos y circunstancias en los que se desarrolló la pandemia en las comunidades amuzgas; con base en sus testimonios, se pudo constatar la existencia de cierta homogeneidad de pensamientos, con pocas diferencias en sus apreciaciones. Como



parte del taller, se realizó una caminata por los campos cercanos para recolectar algunas de las plantas medicinales que utilizaron en la preparación de una fórmula para combatir síntomas de la COVID-19. Una vez colectadas las especies vegetales, procedieron a presentar la forma de preparación y continuaron dando respuesta a las preguntas e interactuando entre las y los participantes.

Los resultados de esta reunión -que se extendió a lo largo de cinco horas, incluyendo dos horas de caminata-, permitieron reunir una primera información e identificar a tres de los terapeutas, dos hombres y una mujer, quienes, después de recibir todos los detalles de la investigación, dieron su consentimiento para contestar las preguntas de la guía de entrevista, estableciendo los horarios y días para trabajar.

De acuerdo a Guber (2022), la entrevista es una estrategia para que la gente comunique sus saberes, su pensamiento y sus creencias, por lo que, como se mencionó, se elaboró una entrevista semiestructurada, integrada por 30 preguntas detonadoras, la cual se aplicó en los hogares de los y la terapeuta, ubicados en las comunidades de Los Liros, Arroyo Gente y Plan de Pierna. Las entrevistas fueron grabadas y la información generada, corroboró algunos de los datos recolectados en la reunión con el grupo de terapeutas, permitiendo profundizar y aclarar algunos de ellos, pero sobre todo permitió reunir los saberes, prácticas, recursos y experiencias individuales de los informantes que, aunque coincidieron en muchos aspectos, su individualidad aportó riqueza a sus respuestas.

Las sesiones en las que se aplicaron las preguntas correspondientes a la Guía de entrevista, así como las derivadas de ellas, condujeron a una fase de saturación de información, indicando que se había alcanzado una aceptable profundidad y amplitud de datos relacionados con los objetivos de la investigación.

### **3.6.2. Análisis de la información**

El análisis de la información implicó la transcripción de las entrevistas realizadas a los terapeutas tradicionales, reunidas en más de 8 horas de grabación y en notas de campo;

toda esta tarea etnográfica se sistematizó, a través de fichas de trabajo procesadas en el programa Excel y clasificadas de acuerdo a las categorías implícitas en los objetivos específicos de la investigación, así como en otras consideraciones de los informantes. En razón de las preguntas y, de acuerdo a la especificidad terapéutica de los informantes, hubo un mayor énfasis en algunos de los cuatro objetivos, principalmente en los relacionados con las ideas y creencias, sin que esto haya significado menor importancia de la información relativa a los otros objetivos.

Este procedimiento permitió trabajar en torno a tres aspectos clave: reducción de datos, disposición y transformación de éstos y obtención de resultados y verificación de conclusiones (Rodríguez, Lorenzo y Herrera, 2005). Así, se redujeron datos, con la elaboración de resúmenes, la relación y clasificación de temas, y la identificación de información reiterada por los informantes; además, se dispusieron y transformaron datos, es decir se reacomodó información que no obstante haber sido producto de respuestas de un determinado apartado de preguntas, correspondía en su totalidad o parcialmente a otro, debido a lo prolijas que, en varias sesiones de entrevista, resultaron las respuestas de los terapeutas tradicionales. Al respecto, cabe señalar que durante las jornadas de transcripción, sistematización y análisis de la información, la enorme cantidad de datos fue abrumadora; sin embargo, el desarrollo de estas actividades, allanaron en buena parte la obtención de resultados y análisis.

El análisis e interpretación de la información reunida en campo, se realizó a través del método hermenéutico, considerando que dicho método es el más indicado para encarar el reto y acceder en profundidad en la producción intersubjetiva de significaciones colectivamente validadas, en tanto que tal producción discurre socialmente a través del lenguaje y este elemento es decisivo en el trabajo con imaginarios sociales. Esto es así, porque el lenguaje simbólico necesita la agudeza, profundidad y el orden intelectual que aporta la hermenéutica, además de la empatía del investigador que le permita descubrir los imaginarios involucrados y traslúcidos en el hablar (Baeza, 2022).

### **3.7. Aspectos éticos de la investigación**

La investigación que se realizó para esta tesis se orientó bajo los principios establecidos en los siguientes documentos: *Código de Núremberg* que, entre sus puntos vinculados con la naturaleza de este estudio, plantea la obligación del investigador de obtener el consentimiento informado de las personas participantes y la libertad para poner fin a su participación en el momento que así lo decidan; *Declaración de Helsinki*, cuyos principios básicos señalan el respeto por el individuo y su derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones informadas; e, *Informe Belmont*, que dicta como principios éticos básicos de la investigación con humanos, el respeto por la persona, su beneficio y justicia.

Asimismo, se dio cumplimiento a la *Ley General de Salud* que en su artículo 100 numeral IV, establece que el sujeto en quien se hará la investigación, o su representante legal, deberá otorgar su consentimiento por escrito, previa información que se le brinde acerca de los objetivos del estudio y las consecuencias negativas o positivas para su salud.

Se atendió también el *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*, específicamente el artículo 20 que define el consentimiento informado, el cual deberá ser por escrito y contener la autorización del sujeto de investigación; el artículo 21 que estipula la explicación clara y completa que deberá recibir dicho sujeto, acerca de los objetivos de la investigación; los procedimientos a utilizarse y sus propósitos; la garantía de recibir respuesta a cualquier duda acerca de todo lo relacionado con la investigación; la libertad de retirar su consentimiento y abandonar el estudio en cualquier momento; y la seguridad de que no se identificará al sujeto y se mantendrá la confidencialidad de la información personal y privada, entre otros aspectos; y, el artículo 22, que establece la formulación por escrito del consentimiento informado, elaborado por el investigador principal y revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución.

De acuerdo a lo anterior y al considerar que la presente investigación se realizaría con seres humanos, se procedió a redactar el consentimiento informado (Anexo 3), para dar cumplimiento a dicha normatividad; de igual forma, para guardar el anonimato de las

personas entrevistadas se omitió su nombre real, asignándoles un seudónimo a cada una de ellas.

## Capítulo 4. Presentación de resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a través de las entrevistas aplicadas en campo, de acuerdo a los cuatro objetivos específicos planteados en esta investigación.

En razón de que la investigación tuvo un enfoque cualitativo, los resultados se presentan en prosa y organizados en torno a las categorías ya mencionadas, haciendo hincapié en que los siguientes testimonios de los terapeutas tradicionales entrevistados son transcripciones de las grabaciones levantadas en sus domicilios, en donde más allá de atender con el mayor de los cuidados las técnicas etnográficas, es decir dar seguimiento a la guía de entrevista y de observación, escribir notas complementarias y registrar alguna imagen fotográfica, hubo tiempo para la interacción personal, donde los informantes conversaron individualmente acerca de sus problemas familiares, las carencias y la pobreza que enfrentan, los hijos que han tenido que migrar en busca de mejores ingresos, las esperanzas, en fin, charlas que hicieron posible un acercamiento personal y vivencial, invaluable para el proceso de indagación en campo, pero también para el establecimiento de afectos personales.

Gubler (2022) llama la atención acerca del encuentro entre el integrante de una comunidad y el investigador, en el que ambos interpretan de manera diferente esta reunión, desde sus respectivas culturas, pero para el investigador se abre la posibilidad de transformar las técnicas de acopio de información en partes del proceso de construcción del objeto de conocimiento, proceso en el que se revela lo que busca y la forma de encontrarlo, por lo que el investigador se convierte en la primordial herramienta etnográfica (p. 111), además de representante de una utopía de solidaridad social y cultural, pues está dispuesto a escuchar y entender lo que otros no escuchan ni entienden (p. 116).

Antes de presentar la información es conveniente abrir un paréntesis para exponer alguna información contextual, relacionada con la aplicación de las entrevistas y con los terapeutas tradicionales amuzgos entrevistados.

De acuerdo a la muestra del estudio, se seleccionaron tres terapeutas tradicionales de diferentes comunidades: una curandera de Plan de Pierna (Sra. Delia), un hierbero de Los Liros (Sr. Manuel) y un cantor de Arroyo Gente (Sr. Alberto). Es indispensable también tener una visión acerca de las características que diferencian el saber y práctica médica de cada uno de ellos, pues, aunque existen muchos elementos comunes, la especialidad que asumen determina sus diferencias, lo cual es importante para entender sus apreciaciones y énfasis en determinados aspectos.

El señor Manuel es hierbero, lo que significa que posee una capacidad especial, desarrollada durante varios años de aprendizaje y experimentación, para manejar distintas facetas de los recursos vegetales medicinales, como por ejemplo saber cuándo y dónde coleccionar las plantas, distinguir las benéficas de las dañinas, su cualidad fría o caliente, sus efectos secundarios y las partes de uso medicinal, entre otros saberes, por lo que las plantas son el principal recurso que utilizan en sus terapias. Vale la pena apuntar que, en general, todos los terapeutas tradicionales amuzgos tienen un amplio conocimiento de plantas medicinales.

La señora Delia es curandera, término genérico con el que se identifica a todas las personas que realizan una función curativa dentro del modelo médico subordinado o medicina tradicional, pero los terapeutas tradicionales amuzgos se autodesignan o designan así a las personas que atienden una amplia gama de padecimientos o enfermedades, sin tener una especialidad determinada, como por ejemplo, las parteras o los hueseros.

El señor Alberto es cantor, categoría de mayor jerarquía en el modelo médico amuzgo, pues estos especialistas poseen un amplio conocimiento de la cosmovisión de su pueblo, de las concepciones de la salud, la enfermedad, el desequilibrio y la muerte, y sobre una

compleja y particular idea de la anatomía humana; tienen una visión integral de su medicina, pues contemplan la salud del cuerpo, del espíritu y la armonía en la comunidad. De tal manera que dominan ampliamente los métodos de diagnóstico, a través de diversos procedimientos de adivinación, así como los recursos terapéuticos disponibles, principalmente plantas medicinales, ceremonias y rituales que incluyen rezos, limpiezas y baños.

Como puede advertirse, los términos con los que se reconoce a los terapeutas tradicionales amuzgos no definen totalmente su actividad, pues, en general, pueden estar capacitados para curar padecimientos o enfermedades y realizar procedimientos rituales que no necesariamente están en la dimensión de su “especialidad”; estas características y la importante función que desempeñan los dotan de prestigio, por lo que sus opiniones e ideas permean a las comunidades, y nunca están al margen de la vida social o política local, principalmente los hombres.

#### **4.1. Las ideas de los terapeutas tradicionales amuzgos acerca de la COVID-19**

A través de la categoría “ideas” se indagó acerca del entendimiento que tienen los terapeutas tradicionales amuzgos sobre la COVID-19. Con algunos matices diferenciales, aseguraron que la aparición de la pandemia se debió a acciones intencionales de algunas personas, así como a la contaminación y el daño al medio ambiente. En consecuencia, se generó la formación de una entidad dañina que afirmaron conocer desde hace mucho tiempo y ser competencia de su práctica médica. El señor Manuel fue enfático al expresar su pensar y entendimiento, sobre el tema:

— *En la comunidad, ese COVID tiene otro nombre. No es COVID, se llama “mal aire”. En el tiempo que andaba más fuerte eso que decían COVID, también andaba lo que conocemos como “mal aire”. Es porque hay gente mala que echa este “mal aire” ... son varias cosas... la contaminación, que la gente contaminamos la tierra. Ese “aire” nunca lo ves... es un espíritu. Es malo, porque daña hasta a los bebés cuando lo encuentran en la calle. A uno también lo daña... Vas caminando en la*

*calle, en el campo, y te lo encuentras, chocas con él. A veces se siente cuando te lo encuentras, cuando te ataca... Hay veces que no sientes. Por eso, cuando sientes ese “mal aire”, tienen que rezarle a Dios, a la Virgen, a tu santo que le rezas, o hacerte la limpia...*

Por su parte, el señor Alberto y la señora Delia corroboraron estas ideas y agregaron una entidad nociva más, identificada con la COVID-19, como lo argumenta el primero de los informantes:

- *Este COVID, yo veo que antes ya estaba... como una enfermedad de “nagual”, así parece este COVID... Porque ahora ya estamos (somos) mucha gente, por eso se queman muchas cosas: líquido, basura se quema, así nace el “viento malo”. El viento ese así viene, porque Dios dice que cae más enfermedad. Yo veo en este tiempo que ya bajó el agua, ya se secan los arroyos... Todo esto ya va a ser como dice la Biblia, así. Como cuando yo nací, o como cuando tenía 8 años, tenía mucha agua este arroyo, era grandísimo... había mucho pescado, camarón. Esta enfermedad es porque se quema el aceite y se va todo a la nariz, todo a la boca, por eso se tienen que tapar la boca (usar cubrebocas). Porque así estamos quemando la basura, todo eso está contaminado el aire, el agua, los ríos. Por eso vino el COVID, por ese “aire malo” que se vino (Sr. Alberto).*

En cuanto a la pandemia de COVID-19, la y los terapeutas tradicionales desarrollaron ideas acerca de enfermedades reconocidas dentro de su modelo médico, las cuales es conveniente denominarlas “síndromes de filiación cultural” (SFC), es decir padecimientos que son percibidos, clasificados y tratados de acuerdo a claves culturales de la población amuzga; a través de estos síndromes mostraron sus saberes terapéuticos para combatirlos e ir construyendo un discurso al que subyace la negación de la COVID-19.

La percepción que refirieron tener sobre la COVID-19 reveló un conocimiento que no iba más allá de lo captado en las noticias o por comentarios de personas de la comunidad, pues aseguraron no haber sido visitados por médicos o enfermeras de los servicios de



salud o Secretaría de Salud, para que informaran sobre la emergencia sanitaria. Este conocimiento parcial de las causas, síntomas, tratamiento y prevención de la COVID-19, fue expresado por cada uno de ellos de manera muy similar.

El señor Manuel consideró que la COVID-19 tenía muchas similitudes con enfermedades que ellos conocen y saben atender, por lo que ratificó la inexistencia de aquella:

— *Para mi pensamiento es una enfermedad que nosotros conocemos como “mal aire”. Porque cuando yo oigo hablar de esa COVID, yo me doy cuenta que pasa lo mismo que cuando la persona se enferma de “mal aire”. El “aire malo” es contagioso. Ese “aire” es de muchas maneras... Como, por ejemplo, cuando una persona pelea con su mujer, hace coraje y tira la saliva (escupe) en la calle... ahí cae el coraje. Ese aire contamina a otra persona que pasa por la calle... Esa es una forma que puede dañar el “aire”, pero hay otras.*

Debido a la intranquilidad surgida en sus comunidades a causa de la pandemia, un grupo de terapeutas tradicionales sostuvo pláticas para intercambiar ideas y establecer un consenso sobre dicha emergencia, además reafirmaron su convicción de tener los conocimientos y experiencia para encargarse de la enfermedad.

— *Yo lo escucho a la gente decir esa palabra, pero no sé bien. Las noticias y lo que platicamos dice que este COVID es fuerte... se enferma la gente, se muere, por la tos, la calentura, dolor de cabeza...*

*Por eso platicamos curanderos... Platico con mí gente, y decimos que ese ya conocemos que es “mal aire” ... es como “nagual”. Así pasa cuando curamos estas enfermedades... El COVID no es cierto... es como un “aire del mundo”, porque es un “aire malo”. Para nosotros de aquí es “nagual” y “aire malo”, porque tiene lo mismo (síntomas similares) (Sr. Alberto)*

— *Yo digo que eso... COVID, es un “aire muy malo”, porque nosotros que curamos, ya conocemos esa enfermedad... Pero como ya se vino del mundo, y cada que*

*pasa más tiempo la enfermedad se hace más fea, más fuerte, porque va pasando el tiempo. Nosotros, la verdad, aquí cuando nos agarra ese “mal aire”, con la tos o la diarrea, tenemos la hoja... medicina... Nadie va al hospital rapidito, porque con las plantas se sana uno (Sra. Delia).*

A través de caracterizar los dos SFC, hicieron patente sus amplios conocimientos en la atención de la salud de sus comunidades, además, se empeñaron en esclarecer la razón de equiparar los síndromes con la pandemia, principalmente la señora Delia:

— *Nosotros conocemos en nuestra lengua, al “mal aire”, como **Jnyee viñee<sup>n</sup>**... Sí, es la misma cosa (que la COVID-19), pasa lo mismo al enfermo (Sr. Manuel).*

— *Sí, son iguales COVID y “mal aire” ... Y también es igual al “nagual”, pero a veces decimos en la lengua: **Tsá’nch’à** o decimos también **Na nch’aa ñe<sup>n</sup> tsá<sup>n</sup>**, “tiene nagual la persona”... Es de la persona que se enferma, porque cada uno de nosotros tenemos un animal... ¿Cómo te voy a explicar eso? A ver, como antes me decía mi abuelita... Tenía una hija que puro quería comer carne, puro quería comer carne... dice:*

*- Tú tienes tu nagual de tigre, tú tienes un animal que quiere comer pura carne.*

*- ¿Y cómo vamos hacerle para quitármelo?*

*- Vamos a quemar la vela en la cascada, y ahí vamos a llamar el nombre de tu animal, y pedir a la cascada que sane a tu animal que está enfermo.*

*Todos tenemos uno, pero ese animal no lo vemos, no lo sabemos (conocemos). Por eso, una persona de repente muere, fijate.... Si yo me duermo en la noche, estoy buena y amanezco mañana muerta, es porque mataron a mi animal en el monte, de repente. Y ese animal es mi animal gemelo....*

*También dice un vecino que va a vender blusas a Oaxaca, que un señor de allá le dijo:*

*- Usted tienes cuatro señoritas en tu casa...*

*- ¿Por qué sabe que yo tenía cuatro hijas y la casa?*

*- Yo andaba allí, le dice el señor...*

- ¿Qué día fuiste?

- No, yo siempre andaba allí, y yo veo a tus hijas, son cuatro, dice...

Él tiene “nagual” ... es zorro y venía a la casa de este señor a comerse sus pollos. Esos son brujos, se convierten en animales con la magia, andan dañando, nadie los ve, porque son como un “aire”, un “aire malo”.

¡Ya me entendió usted! El COVID es algo malo, es como un “mal aire” que enferma a la gente, igualito que el “nagual” del brujo, te enferma, te puede matar. Así como el “aire malo” que vino del mundo. Por eso te digo que son enfermedades que conocemos, que sabemos curar (Sra. Delia).

Una vez que definieron los vínculos entre los SFC y la COVID-19, establecieron su sintomatología, tratamiento y prevención, reafirmando, así, dicha asociación. De esta manera, coincidieron ampliamente en la sintomatología que, vale la pena reiterarlo, consideraron equivalente para ambos tipos de afecciones, tal como lo asentó el señor Manuel:

— Son los mismos... los que yo sé de ese COVID son igual al “aire”. A lo mejor los doctores saben eso bien, pero yo he oído y son iguales. La gente que me ha venido a ver dice que sienten como “mal aire”. Mire, está la tos, calentura, dolor de cabeza, les duele el cuerpo, diarrea, el mareo, les falta el aire, como que se ahogan, les entra esa desesperación... los calambres, sueñan feo. Porque ese aire “jala por dentro”. Hay algunos que no pueden oler ni les sabe la comida. Todas esas personas llegan conmigo, algunos me decían que les dijeron que era COVID... No, le digo, no te espantes.... Vamos a curar ese “aire malo”. Ya sabemos los remedios naturales.

Ese “aire” **entra por la nariz, por la boca**, y lo traes también encima. Es malo ese aire, no se va a esperar para llevarte, por eso hay que atenderlo pronto. Lo mismo que esa COVID... Mucha gente siente que es catarro, pero no, es ese “mal aire”. Ya vienen con nosotros (terapeutas tradicionales). Nosotros ya sabemos cuándo es catarro y cuándo es “aire”. No falla...

Los tratamientos incluyeron primordialmente plantas medicinales, destacando la utilización de las mismas especies vegetales, como producto de las reuniones ya comentadas, contribuyendo cada uno de ellos y ellas en la elaboración de una fórmula o preparado de plantas medicinales con las propiedades para el control de síntomas y curación de las afecciones mencionadas. Esta curación incluyó también rezos y otro tipo de procedimientos terapéuticos, a los cuales la y los terapeutas tradicionales imprimieron particularidades, de acuerdo a su respectiva especialidad. El señor Alberto, desde su función de “cantor”, complementó su elaborada terapia vegetal con oraciones y ensalmos, tal como lo refirió:

- *No sé si las gentes que venía tenían COVID, pero ellos decían que tenían COVID. Sí curé, pero yo no curo esa enfermedad de COVID, porque no lo conozco. Yo curo “mal aire”, “nagual”, “brujería” ... Pero como es igual (el COVID), lo curo igual. Para “nagual”, para “mal aire”, se preparan hojas, raíz y flor de limón, hoja de cacahuananche, hoja de tequereque, hoja de pluma de sal, hoja de cola de tigre, hoja de mapache, hoja de cuaulote, hoja lengua de vaca, epazotillo y jengibre. Se agrega agua y se muele todo en el metate y se pone un poco de aguardiente. También hago oraciones a los enfermos para que la medicina agarre más fuerza. Se da a tomar el remedio al enfermo y se baña con esa agua. Después, se hace una ceremonia y se hace limpia con copal, para que se vaya el “espíritu malo”. Se va a limpiar tu cuerpo, va a entrar el remedio, se va a quitar todo lo malo. Porque no tenemos remedios químicos, pero así curo a la gente. Me dicen: “Ya estoy bien ahora, ya me siento bien. Ya no quiero ir a que me curen en el hospital, porque ahí me van a poner medicina de COVID”, dice.*
- Así curé a ella, después a otro, a otro, a otro. Varios, porque vino otro señor y me dice: “El doctor me dijo que tengo COVID”. Me decía que tenía mucho dolor de cabeza, no quería comer... Ora te voy a curar. Le preparé el remedio...*

De manera general, mencionaron haber procedido de forma similar, y aseguraron haber atendido a personas que refirieron tener COVID-19, pero, a diferencia del tratamiento

biomédico, la dimensión holística de sus procedimientos terapéuticos contra el “mal aire” les dio confianza para proporcionar un alivio integral:

— *Pues como curanderos damos las plantas que utilizamos para el “mal aire”, ya conocemos. No sé si sirvan para COVID, pero yo le di el remedio a una muchacha que le dijeron que tenía COVID, y sí se sintió bien, se alivió. ¿Cómo no van a sanar con eso? Son plantas de la naturaleza, lo que nos regala Diosito (Sra. Delia).*

— *Yo preparé el remedio y muchas gentes llegaron a la casa a comprar el remedio verde de hierbas. Ellas ya saben, conocen que la medicina de hierbas es buena. Y esa misma gente avisaba a las demás, a sus familias, a sus vecinos. O algunos me preguntaban y ya les decía que era para que el “mal aire” no nos enfermara, y se llevaban su remedio. Se los vendía barato, con nuestra gente no engañamos, no los robamos. La botella de esas de a litro, a 50 pesos, porque las hierbas están en el monte, no nos cuestan... Solo compramos jengibre, el aguardiente, que se le echa un poquito. Se llevaban dos o tres botellas, o una, según la persona. Además del remedio de las hierbas, hago una limpia con un huevo, copal, el sahumero. El huevo se moja con aguardiente y se pasa por todo el cuerpo del enfermo, luego la sahumada con copal y se le da a tomar las hierbas, un vasito. Se le reza. Ese “aire”, ese COVID no es más fuerte que Dios nuestro señor. Te puede “pegar”, pero no te tumba si está Él cuidándote. Te vas a poner grave o te va a matar si no te atiendes, si no te atiende el curandero, si no tomas el remedio de hierbas que te dé.*

*Los médicos no creen en esto. Su medicina de los doctores, del hospital, sí ayuda. Las inyecciones, las pastillas, las vitaminas, sí sirven... Pero el “mal aire” no se va con eso, no se le quita a la persona. Le quita el dolor de cabeza, la calentura, la tos, pero un rato. Porque el COVID, ese que dicen ellos, el “mal aire” va a seguir allí... Tú crees que ya te aliviaste, pero sigues triste, sigues soñando feo, sientes que tu espíritu se lo está llevando ese “aire”. A lo mejor ya no tienes calentura y la tos, pero tu espíritu está mal, porque lo está “chingando” ese “aire malo”. Le falta que te rece el ensalmo el curandero, tomar las hierbas para que limpien tu cuerpo,*

*ofrecerle a Cristo Nuestro Señor que bendiga las hierbas. Por eso la medicina de ellos hace más daño, se cura la gente un rato, pero sigue mal de su espíritu. Quedan flacos, ya no quieren comer... Al rato, se pueden morir (Sr. Manuel).*

En cuanto a los procedimientos preventivos utilizados y recomendados, mostraron un apego a los empleados para los SFC, asegurando que obtendrían los mismos resultados positivos para la COVID-19. Fue interesante descubrir que, paralelamente a los procedimientos que suelen utilizar para prevenir el “mal aire” o el “nagual”, incluyeron algunas de las medidas recomendadas a través de los medios de comunicación para la prevención de COVID-19, principalmente la sanitización de manos y evitar reuniones grupales:

— *La gente viene a verme y les recomiendo untarse aguardiente en las manos, en la cabeza. Porque el aguardiente tiene el poder de eliminar ese “mal aire”, ese COVID, que le dicen. Les digo que se cuiden del “mal aire” de la calle, porque siempre ataca.*

*También piden el remedio que hacemos, o hierbas del coraje o para el “mal aire”, porque sus hijos o esposo o esposa andan mal. Me piden por litro el remedio, porque yo lo preparo por litros. Se toman tres vasos: uno en la mañana, otro a mediodía y otro en la noche (Sr. Manuel).*

— *Se puede hacer lo que dicen los doctores... (lo que dicen) en el radio, en los letreros del municipio o de Ometepe... Usar cubrebocas, lavarse las manos, no salir de la casa, no juntarse con mucha gente... Y ahora lo de la vacuna. Eso es lo que yo sé.*

*No hay que salir de la casa a la hora que andan esos “aires”, porque es fácil que lo agarren a uno a la medianoche, a mediodía, a las tres de la tarde. O si anduvo caminando por los lugares donde hay “malos aires”, antes de entrar a su casa se sacude con la mano el cuerpo, el sombrero, el rebozo. Si tiene aguardiente o agua bendita, se pone en las manos, en los brazos, la cabeza. Pero lo más seguro es*

*hacer oración todos los días, para estar protegido. Dios, la Virgen, no te van a abandonar. Porque Dios decide cuando te vayas de este mundo.*

*También es bueno tomar el remedio de plantas, aunque no estés enfermo, te va a caer bien (Sra. Delia).*

Dentro de las recomendaciones del señor Alberto para prevenir la enfermedad, destacó su insistencia acerca del daño a la naturaleza y el abuso que se hace de los recursos naturales, por lo que juzgó necesaria la realización de una importante acción retributiva, a través de brindar ofrendas a las deidades telúricas o dueñas de la tierra, no solo para evitar un posible daño a la salud, sino también para beneficiarse con las plantas medicinales que crecen en los montes, aunque no dejó de mencionar con escepticismo las medidas preventivas aconsejada por las autoridades sanitarias:

— *Pues dicen que con cubrebocas no se enferma uno... eso nos dicen... que no nos juntemos. Pero yo no creo que por eso se enferme la gente.*

*Esta enfermedad sabemos que es porque Dios, los “dueños de los lugares” están enojados contigo porque has matado a los animales del monte, animales del agua. Los “dueños de esos lugares” te van a enfermar, porque no has respetado a la naturaleza. Comemos de los animales, pero no les damos de comer. No llevamos cuenta de cuántos animales matamos, porque sí se pueden matar para comer, pero hay que llevarles ofrendas y música. No se agradece a la naturaleza, a los “dueños de los animales”, a los “dueños del monte”. Por eso mucha gente se enfermó de “nagual” en todo el mundo... o de ese COVID. Hay que respetar la naturaleza para que la gente no se enferme, no se muera.*

*Mira, con mi abuelo íbamos al monte y llevaba comida sin sal, nada más picaba, y se la ofrecíamos a los “dueños de los animales y del monte”. Mi mamá guisaba un guajolote y lo llevábamos para los “señores del monte”. Me decía: “Toma, lleva esta comida a esa piedra que parece un hombre” ... y así, repartíamos el guajolote en varios lugares del monte. Por eso, con las plantas del monte inventamos cómo curar COVID...otras enfermedades.... Llega gente a curarse y regresa contenta*

*porque sí la curo. Antes no había COVID, no había tanta enfermedad de “nagual” como ahora.*

#### **4.2. Las creencias de los terapeutas tradicionales amuzgos acerca de la pandemia de la COVID-19**

A través de una construcción ideativa, que aportó un sentido de veracidad y un elemento explicativo del actuar individual y grupal, los terapeutas tradicionales abundaron sobre sus creencias acerca de la COVID-19; además de complementarse con las ideas asentadas en el apartado anterior, evidenciaron un discurso que fueron construyendo a lo largo de la pandemia, a partir de referentes culturales, concepciones y experiencia comunitarias que permitieron dar un significado a la pandemia de COVID-19.

Los terapeutas Alberto y Manuel reiteraron su total rechazo a la existencia de la COVID-19 y mostraron, además, convencimiento de su modelo clasificatorio de padecimientos, así como su poca credibilidad y desconfianza hacia los servicios de atención a la salud públicos:

- *Las noticias dicen del COVID, en todo el mundo hay COVID... No sé, puede (ser que) lo inventaron para engañar a la gente. Así hay muchas enfermedades que los doctores dicen su nombre y nosotros decimos otro nombre. Otras sí son verdad... la del azúcar, diabetes, del corazón, de los riñones. Esas sí conocemos, no son inventos (Sr. Alberto).*
- *Lo inventaron (la COVID-19), porque esa enfermedad siempre ha estado enfermando a la gente, tiene su época. Nosotros la conocemos y los abuelitos nos enseñaron que es “mal aire”, pero alguien inventó que se llama COVID, para espantar a la gente, que se encierren y ya no salgan. Ese “mal aire” se mete a la casa, aunque cierres la puerta, aunque no salgas, te puede dañar (Sr. Manuel).*

En ese momento de diálogo con el señor Manuel, se le explicó de manera breve y sencilla la teoría biomédica acerca del origen y evolución de la pandemia de COVID-19, así como las características del virus que la provocó y los instrumentos tecnológicos con los que



se pudo observar (se le mostró una imagen del coronavirus). La explicación ofrecida no lo convenció ni modificó sus criterios, pero sirvió para que utilizara los ejemplos presentados y recreara, de manera elocuente, las experiencias negativas que frecuentemente tiene la población amuzga con los servicios de salud públicos, específicamente con la Secretaría de Salud:

- *Yo, de corazón, pienso que cualquier persona puede hacer ese dibujo (fotografía del coronavirus) y lo va a grabar, para decir este “animal” o este microbio (virus) que se llama COVID se ve en el “aparato” (microscopio), y ese aparato graba. Porque una vez fue una mujer de Los Liros a “aliviarse” de parto al hospital de Xochis (Xochistlahuaca), entonces le sacaron un estudio y le dijeron: “Vas a tener dos hijos juntos” (gemelos). Y salió mentira lo del aparato, falló. No salió lo que dijo el aparato. En otra ocasión fue una mujer también a atenderse el parto, y le dijeron que faltaban tres semanas para “aliviarse”, y ella salió del hospital y caminó como 150 metros, y ahí se alivió con su bebé... Corren ellos con la camilla... Fíjate cómo está la cosa, pues el mismo aparato falló. Por eso yo digo que eso es mentira.*
- Es más seguro un curandero con la “canasta”, más seguro un curandero con las “cartas”, más seguro un curandero con el “pulsos”, pocas veces se equivoca (los tres elementos referidos, son objetos y procedimientos que suelen utilizar los terapeutas tradicionales para diagnosticar padecimientos o realizar adivinación).*

Relacionado con la refutación de la existencia de la COVID-19 y con los desencuentros con los servicios de salud, el señor Manuel relató que los terapeutas tradicionales tuvieron la oportunidad de manifestar sus creencias sobre esta enfermedad a un grupo de médicos que los convocó y visitó en la cabecera municipal de Xochistlahuaca<sup>4</sup>, en los primeros

---

<sup>4</sup> Al indagar acerca de los médicos visitantes, se aclaró que fue una reunión muy breve, convocada por el titular de la Secretaría de Asuntos Indígenas y Afromexicanos del gobierno estatal, quien acudió acompañado de dos médicos, probablemente de la Secretaría de Salud. De acuerdo a los detalles aportados, sólo acudieron para preguntar si los terapeutas tenían un tratamiento contra la COVID-19, sin brindarles mayor información, pero haciéndoles firmar unas hojas. Aunque los visitantes se comprometieron a regresar, y despertaron en los terapeutas la expectativa de establecer un trabajo de coordinación, no se volvió a saber de ellos, lo cual muestra el engaño frecuente al que son sometidas las comunidades y el nulo acercamiento con la población indígena durante la pandemia, por parte de las

meses de 2021, con el aparente interés de conocer si tenían un tratamiento tradicional contra la enfermedad.

— *Bueno, a los doctores de Ometepe y Chilpancingo que vinieron a reunión con nosotros, les dijimos que esa enfermedad que el gobierno llama COVID es una enfermedad que no es nueva. Dicen: “Toda la enfermedad que agarra la gente es COVID, puro COVID, pura pandemia”. Entonces, un curandero se levantó y dice: “¿Por qué habla de puro COVID? ¿No tendrá otra enfermedad? Por ejemplo, hernia, cáncer, tumor o diabético. Puro COVID está matando. Eso no es cierto, porque nosotros manejamos medicina tradicional. Hay espanto, enfermedad de envidia, enfermedad de naguales, hay empacho, todas estas son enfermedades. De eso es de lo que se muere la gente, a veces”. Entonces, medio sintieron los doctores mal la cosa. Ellos querían saber si curábamos COVID. Les dijimos que sí. Ahí ya salieron las medicinas naturales que son buenas para COVID, para calambres, calentura, tos, dolor de cuerpo. Pero ni siquiera anotaron o dijeron algo. Ya al rato nos dieron a firmar unas listas y se despidieron... Dijeron que iban a regresar para apoyarnos, pero no volvieron.*

Al mismo tiempo que el Sr. Manuel reiteró su negativa a creer en la COVID-19, expresó también el sustento de sus creencias, con respecto al origen malévolo que él y sus colegas atribuyen a la pandemia, por lo que la consideraron análoga con el “mal aire”, dado que éste tiene un origen igualmente pernicioso.

Asimismo, los tres terapeutas ampliaron la argumentación con respecto a su creencia sobre el lugar de origen de la COVID-19 y su naturaleza intencional:

— *Bueno, dicen que mataron muchos murciélagos, muchos animales y ahí se amontonaron a los animales. Después echaron líquido fuerte, y ahí se contaminó*

---

instituciones federales y estatales encargadas de su atención. Los informantes no pudieron precisar el mes y día exacto de la reunión, realizada a principios de 2021.

*ese aire, pero fue por la muerte de esos animales, todo ese animal apestó, así. Dicen que en China hicieron eso a propósito, atraparon animales y cuando abrieron “corrió el aire” por todo el mundo. De ahí es donde nació la mala enfermedad del COVID, ese “mal aire” que hicieron y que se fue para todo el mundo... hasta acá llegó.*

*Por eso te digo que no es COVID, es “mal aire”. Porque dicen que esos animales que mataron son muy apestosos, pero yo digo que mataron más, pero no sabemos cuáles son. El gato y el murciélago son animales del “maligno”, por eso provocan más enfermedad, ese “aire” de contagio... Fíjate, de ese animal viene el “aire”, nadie ve ese aire. Viene y te jala, te queda apretado tu pecho, por eso no puedes respirar y te puedes morir.*

*Hablaron mucha gente de los murciélagos, en las noticias salió eso de los animales apestosos. Se amontonaron y allí quedó apestoso, quedó “mal aire”. Allí es donde nació lo que llaman COVID, por eso mucha gente se enfermó... Así está la cosa, pues (Sr. Manuel).*

— *El COVID viene por un “aire” ... Así, dicen que vino de otro país, no de México. Dicen que vino de China. Una maestra dice que ellos (los chinos) comen ratón, murciélago, perro... También en las noticias dijeron que en China juntaron mucho animal de esos apestosos: murciélagos, gatos, ratones, perros y los quemaron. Por eso se hizo el “mal aire”.*

*Yo digo que es cierto, porque nosotros respiramos ese “mal aire” y eso es malo, porque se va al corazón, se va adentro del cuerpo. Pues, además de esos animales quemados, también en las ciudades grandes hay muchas fábricas, ya no respiras como respiramos ahorita (aquí), aire natural, respiras puro aire contaminado... eso fue también. Todo se juntó y afectó al mundo.*

*Una persona debió haber hecho la enfermedad, creó esa enfermedad, porque quiso vender muchos tratamientos de él, pues. Quiere ser rico vendiendo medicina de patente, por eso cuesta cara, pues... (ríe) (Sra. Delia).*

- *Los científicos dijeron que vino de China, allá hay más enfermedad. Porque allá quemaron animales, muchos animales que huelen feo. Quemaron murciélago, gatos, ratas... por eso se hizo ese “aire malo”, eso es lo que enferma a la gente y la contaminación dañó también. Los científicos saben cómo nace COVID allá en China, cómo cree la gente de allá, comen diferente a México... Nosotros sabemos cómo nace el **Jnyee viñee<sup>n</sup>**, ese “viento malo”. Esta enfermedad viene de una ciudad muy grande y pasó a ciudades más pequeñas, luego a comunidades chicas, como esta. Aquí llegó, pero no está fuerte. Y cuando llegó, buscamos plantas para curar a nuestra comunidad, porque nos buscaban para curar a la gente. Luego luego hicimos remedio, porque yo quiero curar, quiero que viva toda mi gente de la comunidad, que no se muera, porque a esta comunidad la conozco. La gente no tiene dinero para pagar un doctor, para pagar medicina (Sr. Alberto).*

Vinculado a la construcción de un imaginario acerca de la COVID-19, los terapeutas establecieron otras creencias al expresar sus estimaciones de la mortalidad causada por la pandemia en México y en el mundo, y el porqué de ésta:

- *Por lo que he escuchado sí es verdad que ha muerto mucha gente en el mundo y en nuestro país. Porque hay gente que no aguanta, porque come mucha grasa, mucha carne, mucha gordura, sólo comen carne de vaca, de marrano, de pollo y la sangre de esos animales provoca debilidad. Esa gente no come hierba mora, chupiles, verdolagas, porque la gente que come hierbas tiene más fuerza para aguantar la enfermedad. Aunque estén flacas no se mueren, no se ahogan. Por eso muchos no aguantaron. Pero también hay personas que, aunque coman bien, se mueren, porque no tienen fe en Dios. Así pasó a una señora allá en Xochis. Ella tenía miedo de la enfermedad COVID, hasta se tapaba toda la cabeza y la boca. Todo el día estaba en su casa, encerrada. Ya cuando la encontraron se estaba muriendo, la llevaron al doctor y se murió. Ella estaba gorda, no estaba flaca... pero la presión, la imaginación. Porque ella piensa que esa enfermedad la va a matar. Por eso, ella nunca pensó*

*que hay fe con Dios, que hay salud con Dios. Y también uno que va rezando, va agarrando la fe de Dios, está creyendo que Dios es doctor, que Dios es un maestro que cura de todo mal. Pero uno que está encerrado en la casa, que se anda escondiendo, no quiere morir. Siente que si sale a la calle va a morir y así va a pasar, porque piensa corta la cosa, no piensa que va a vivir mucho tiempo (Sr. Manuel)*

- *Sí, se ha muerto mucha gente, porque esta enfermedad la hicieron para que se enfermaran y murieran muchos. El COVID trae muchos microbios, dicen los doctores, ¿verdad? Esa es otra de las razones por las que decimos que es “aire”, porque el “mal aire” trae cosas feas, no se pueden ver, pero son cosas muy malas (Sra. Delia).*

Asimismo, al hacer un esfuerzo por considerar exclusivamente la COVID-19, manifestaron tener dudas acerca de la magnitud de la mortalidad en los servicios de salud públicos y evaluaron que en sus comunidades murieron o enfermaron menos personas que en las ciudades, atribuyendo este hecho a las dimensiones más reducidas de las localidades y al número de habitantes, pero debido también a la utilización de remedios herbolarios y a su intervención terapéutica e, incluso, por la capacidad económica que tuvo alguna persona para poder comprar un tanque de oxígeno.

- *Aquí en las comunidades sí hubo enfermos, pero no fueron muchos los que murieron. Otras personas dicen que sí se murieron más, pero que no dicen la verdad en el hospital de la Secretaría (de Salud). Un señor de Arroyo Caballo me contó que conocidos de él se fueron (murieron) tres. Esos se murieron en sus comunidades, nunca fueron al hospital ni buscaron curandero. Te digo, si la gente se deja que “camine la enfermedad”, se van a poner graves.*

*Yo siento que se murió más la gente mestiza, la gente de las ciudades. Así se veía en las noticias, así contaban los que venían de afuera. Yo creo porque vive mucha gente en las ciudades, en los pueblos mestizos, por eso se ve que mueren más gentes.*

*De las comunidades llegaban a verme y nos contaban que fulano tenía ese COVID, el “aire” que decimos nosotros. Se sabía que había enfermos, pero los curaban en sus casas con el remedio que hacemos, por eso no murieron. Nos decían que los que se iban al hospital casi se murieron la mayoría, o salían muy flacos, no se curaron bien. Aquí venían y los echábamos pa’riba, se recuperaron. Donde más se murieron fue en Guadalupe Victoria, murieron como cinco. Fueron a acabar (a morir) en el hospital de Ometepec, no los salvaron. Les daban a la familia el cuerpo ya muerto. Mucha gente decía: “compra el tanque de oxígeno”, pero el tanque vale como 15 mil o 20 mil pesos. Es gente pobre que no tiene manera... entonces ellos murieron. Hay gente que se compró el tanque de oxígeno y sí vivieron todavía.*

*De mis conocidos se enfermaron varios, no supe si fue el COVID de los doctores, pero sí agarraron “mal aire”. A uno le mandé remedio, los otros vinieron a curarse conmigo (Sr. Manuel).*

— *Las noticias dicen que en las ciudades mucha gente enferma, mucha gente muerta, más que aquí en las comunidades. Yo creo el COVID enferma más en la ciudad, porque hay más gente junta y porque la contaminación enferma de eso (Sr. Alberto).*

— *Yo digo, la enfermedad sí venía para acá, pero la gente de ciudad murió mucho más que en nuestras comunidades, porque allá no saben de hierbas. Si usted se va a enfermar y conoce hierbas, ¿por qué no va a juntar hierbas? Su cuerpo sí va a funcionar, porque ya sabe. Pero la gente de la ciudad, ¿qué hojas va a ocupar? Derechito al hospital... y con el tratamiento que le dan en el hospital se infecta más, porque hay tratamientos que “calientan el cuerpo” y si ya tiene calentura, si tu cuerpo no quiere ese tratamiento, quiere con hierba, con esa “hoja fría” ... (Sra. Delia).*

Además de la profunda fe en Dios que manifestaron en todas sus descripciones terapéuticas, las imágenes religiosas y las oraciones fueron símbolos que fortalecieron

su función como terapeutas y los protegieron para no ser contagiados por sus pacientes; la recitación de oraciones también garantizó a ellos y a sus pacientes una aproximación a Dios y a determinados santos, asociados a la enfermedad y a los SFC que combatían, lo cual, conjuntamente con los tratamientos herbolarios que administraron, reforzó la sanación de las personas enfermas.

- *Cuando hago la curación, utilizo una oración, un ensalmo. Uno pide como lo desea. Se reza para cualquier enfermedad, “mal aire” o lo que sea, para todo sirve. Yo, cuando hago curación, tengo una oración especial: la oración de san Luis Beltrán, que viene en un libro que se llama “Corona Mística”. Ahora que estuve curando de “aire”, rezaba la oración de san Blas, a quien se le debe prender una veladora que se haya pasado primero por el cuerpo del enfermo, para que “jale” el mal. Rezo también la de san Cipriano, que también sirve para que no me contagie de ese “mal aire”. Y no puede faltar el Cristo en el altar, la Virgen de Guadalupe, el Cristo Médico, mi rosario. Así, tengo otras imágenes benditas (Sr. Manuel).*
- *Bueno, cuando curo a la persona, me encomiendo a Dios para que me ayude a sanarlas. Nosotros curaderos pedimos a Dios, a nuestros santos, nos protejan de las enfermedades que curamos. Hacemos oraciones, tenemos ayuda de Dios. Aquí donde curo, tengo mi altar con mi Cristo, mis santos, la Virgen (Sr. Alberto).*
- *Sí, siempre que curo rezo para que Dios me proteja de lo que estoy curando, porque si no sabe uno curar, sí se pasan (se contagian) las enfermedades, como el “mal aire”. Porque las plantas que utilizamos tienen su naturaleza que cura, pero tenemos que pedirle a Dios permiso para curar y su luz para saber cómo vamos a curar a esa persona. Además, tengo mi altarcito donde curo a la gente... tengo ahí Cristo, a Virgen Guadalupe, de Juquilita. Cuando me piden ir a ver al enfermo, les pido un Cristo o una imagen de la Virgen, de algún santo para que iluminen mi pensamiento, mi curación. En todas las casas no falta una imagen.*

*Las gentes que vi que les habían dicho que tenían COVID, les decía que se encomendaran a Dios, porque sólo Él tiene el poder de curar esas enfermedades tan peligrosas, solo Él va a permitir que las medicinas, las hierbas que les damos a los enfermos los sanen (Sra. Delia).*

A pesar del sólido vínculo entre la dimensión religiosa y las concepciones y prácticas de los terapeutas tradicionales, no consideraron que la COVID-19 hubiese sido resultado de un castigo de Dios por quebrantar sus leyes o las normas comunitarias que, eventualmente, pueden ser causantes de enfermedad, sino que lo atribuyeron a personas malévolas que originaron el “mal aire”:

— *Esta enfermedad no la manda Dios, porque Él cura. Esta no es enfermedad de Él. Este COVID, este como “nagual”, es porque ya te dije que quemaron basura, animales... El “aire” vino de allá. Es por gente mala que hay en este mundo, gente que hace este “mal aire”.*

*No, Dios es un buen doctor. Dios no enferma, Dios es buen pastor para nosotros. Solo que hay gente que falla en este mundo, hay gente envidiosa. Entonces Dios sí las castiga, porque es envidiosa esa persona, hace el mal y a ella le va a ir mal. Pero Dios no es malo, no es peligro. Dios es un tesoro, es buena salud.*

*La enfermedad es una cosa que ya lleva siglos... puede haber guerra, puede haber ese “mal aire” que es enfermedad. Es el nivel de vida del mundo... Siempre va a haber más guerra, ya no va a haber paz o bienestar... solo más muerte (Sr. Alberto).*

— *Yo no creo sea castigo de Dios. Este COVID lo hicieron por allá, lejos. Como el “aire malo” que hacen esa gente que le gusta dañar. Dios no castiga con esta enfermedad, porque Él nos quiere, pues... Somos sus hijos.*

*Dios te puede enfermar, pero ya son “otras cosas”. Cuando haces cosas malas, cuando haces daño a la gente (Sra. Delia).*



Puesto que las creencias guardan asociación con las actitudes y las ideologías, fue interesante conocer la postura que asumieron los terapeutas tradicionales, a partir de sus experiencias personales y de sus pautas sociales, culturales y morales, lo cual determinó actitudes de apoyo y de orientación en los diferentes momentos de la pandemia, sin que su criterio acerca de la inexistencia de la COVID-19 propiciara una atención a la salud discriminatoria o sesgada:

- *Las personas vienen a verme y me hacen preguntas, porque tienen algo de enfermedad o porque tienen miedo de oír lo que dicen las noticias y la gente de salud (Secretaría de Salud). Les platico que no tengan miedo a ese COVID que dice el gobierno, los de salud. La mayoría de la comunidad ya sabe que el “mal aire” lo conocemos desde los abuelitos. Ya les hemos dicho que se encomienden a Dios... le pidan que no caiga el “aire” o el COVID dentro de sus casas, o que lo topen en la calle, cuando salen fuera. Que se cuiden como nosotros ñomnda sabemos (Sr. Manuel).*
- *Cuando vienen a verme para curar sí platicamos de la enfermedad. Me preguntan si es cierto el COVID y ya les digo que, de todos modos, se tienen que cuidar. O que tomen remedio verde, de hojas, aunque no estén enfermos, así ya protegen. De la autoridad no hay eso, sólo de la Comisaría informan que hay enfermos... de vacuna, pero no ayudan (Sr. Alberto).*
- *Ah, yo platico con la gente. Les digo que debemos cuidarnos de ese “aire”, tomar el remedio que tenemos de hierbas. Que se vacunen, que usen cubrebocas, si quieren. Pero la gente no pueden obligarla. Así, la gente no hace caso o se enoja. De vacuna les digo que no pasa nada y a lo mejor sí ayuda... Pero muchos no quieren vacuna, porque la gente se enferma más, dicen. O porque ni saben que les están inyectando (Sra. Delia).*

Una manifestación importante de las actitudes de los terapeutas tradicionales y sus comunidades, fue el rechazo casi unánime a la aplicación de la vacuna contra la COVID-

19. Esta negativa se fundamentó en un cuerpo de creencias estrechamente relacionado con concepciones del proceso salud-enfermedad dentro de su modelo médico subordinado, además de la desconfianza que durante décadas ha tenido la población amuzga con el modelo médico hegemónico, especialmente con los servicios de la Secretaría de Salud:

— *Ni yo ni nadie de mi familia se ha vacunado. La vacuna cae mal al cuerpo, porque es una medicina muy caliente. Yo no sé qué agua es esa. Vitamina con suero sí me inyecto, pero esa agua negra o verde o azul, no me pongo.*

*Por eso mucha gente no acepta, por lo mismo. Creen que los van a matar, ya no con cuchillo o a balazos, con la vacuna nada más. Se murió un señor “R”, otro se llamaba “F”. Se murieron con todo y que los habían vacunado. En otras comunidades pasó lo mismo. En Guadalupe Victoria fueron más, allí de por sí murió más gente de ese “mal aire”, de ese COVID.*

*Vinieron a vacunar aquí en la comunidad, pero la mayoría no se vacunó. Vacunaron a unas 10 o 15 personas que aceptaron por la necesidad de que reciben dinero de “Sembrando Vida”. Dicen que, por eso, pero no sé bien por qué lo hicieron (Sr. Manuel).*

— *Nadie de mi casa queremos vacunarnos, no queremos esa vacuna. Andaban vacunando en las comunidades. Aquí vinieron las enfermeras, los doctores... toda la mañana estuvieron, pero muy pocos vacunaron. A los de la Comisaría les dijeron que hablaran en la bocina, pero nada explicaron las enfermeras ni doctores. Ahí estuvieron, no fueron a las casas. Ya, después, se fueron en la tarde... ya no vinieron. Hasta otros meses después, pero igual, casi nadie se vacunó.*

*La vacuna enferma más la gente. Se enferma o se muere, porque esa química hace daño al cuerpo... eso es como “aire malo”, como “nagual” que te meten al cuerpo. (Sr. Alberto).*

— *Yo ya me vacuné. Mi hija y yo sí nos vacunamos, fuimos a Xochis.*

*Por eso le digo, yo le dije a la gente que se fuera a vacunar, porque quién sabe si es cierto todo lo que dicen... a lo mejor si es cierto que ayuda. Yo me la puse y no me pasó nada, porque por eso la gente no quiere ponérsela, porque mi hija sí sintió feo su cuerpo. Otros dicen que se murieron los que se la pusieron, eso quién sabe. A mí nada más me dolió poquito el brazo. Pero si el gobierno federal está vacunando, vamos a vacunarnos, porque uno no sabe dónde comprar tratamiento (vacuna) (Sra. Delia).*

Asimismo, la conciencia social que se va fincando a lo largo de la práctica médica de los terapeutas tradicionales, se proyectó con su sensibilidad para poder percibir, comprender y valorar los problemas y necesidades de sus comunidades que, dada su habitual situación de pobreza, apenas resintieron los efectos económicos de la pandemia, los cuales fueron sobrellevados con los exiguos apoyos económicos de los programas federales que reciben algunos sectores de la población amuzga, pero sin ningún acompañamiento o asesoría en salud, con lo que la población reafirmó su idea de abandono e indiferencia por parte del Estado:

— *La enfermedad de “mal aire” o COVID, como le dicen, no creo que nos afectó mucho. Algunas cosas en las tiendas no habían, pero la gente compraba lo necesario con dinero de alguna beca, porque no hubo ninguna ayuda. Ninguno de los que se enfermó o los que se murieron les dieron ayuda del gobierno. Hemos solicitado muchas veces al gobernador, a la gobernadora, a la CDI... ora se llama INPI (Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas), que ayude a los médicos tradicionales, a los que curamos a nuestra gente. Llevamos solicitud escrita, la sellan, pero nunca nos dan respuesta ni apoyo. Yo pienso que estamos solos. Los doctores no vienen para acá, ahora que hay esta enfermedad. A ver, la gente que se enfermó tenía que comer bien... su licuado, su buen guisadito para que recuperara las fuerzas que quita el “mal aire” o el COVID, como ellos le dicen... ¿Quién le va a dar para comprar la leche, el plátano, la fruta, el pollito para el guisado, la verdura...A ver, ¿quién? (Sr. Manuel).*

- *No sé eso, si afectó. En mi casa poco afectó, a lo mejor que tardaba para ir a Ometepepec y comprar cosas, a veces a Xochis. De la comunidad, algunos tienen miedo de COVID, que se enfermen y los lleven al hospital.*
- Del gobierno nada, nadie ayuda. Bueno, aquí nadie murió, pero en Guadalupe (Victoria) se murió conocido, no le ayudaron nadie... consiguieron para gastos. Solo tienen un poquito los que reciben beca. Yo recibo poquito recurso de "Sembrando Vida", esa sí ayuda, es programa bueno del gobierno (Sr. Alberto).*
- *No sé bien cómo afecto la enfermedad. A lo mejor porque no podíamos ir como antes a Ometepepec a comprar cosas. Se escasearon algunas cosas de comer, pero fue poco, porque en las tienditas de aquí encontrabas lo necesario. Siempre hubo cerveza, refresco (se ríe). Había lo que compra gente con lo poquito que tiene, la sopa, arroz, frijoles. Aquí siempre hay poquito, la gente siempre necesita dinero para comer... ai le acompleta con las hierbas que comemos, hierba santa, los chupiles, la hierba mora, con fruta y los animalitos que tenemos en la casa.*
- Que yo sepa, no hubo ninguna ayuda del gobierno para los enfermos o la gente que murió. Aquí a la comunidad o a otras que yo sé, no han ayudado gobierno, ni del municipio ni de ninguno. Pero eso ya sabemos que nunca apoyan cuando hay enfermedades o desgracias (Sra. Delia).*

#### **4.3. Los valores sobre el cuidado de la salud de los terapeutas tradicionales amuzgos en tiempos de la COVID-19**

A través de los valores, como parte inherente del imaginario social, se revelaron algunas expresiones del sentido de comunalidad del pueblo amuzgo, las cuales fueron importantes para enfrentar la pandemia de COVID-19. En el caso específico de los terapeutas tradicionales, su compromiso comunitario en el ámbito de los cuidados de la salud, fue la guía solidaria de sus acciones en la procuración del bienestar de sus comunidades.

— Siempre hay peligro cuando curamos a personas con “mal aire”, pero sabemos protegernos, ya estamos acostumbrados a ese “aire” de COVID. Por eso, antes y después de dar la consulta, me echo aguardiente en las manos y en la cabeza, para no “agarrar” ese “mal aire”. El aguardiente ayuda mucho, porque ese mal aire “choca” con el aguardiente, no le gusta ese olor. Y siempre me encomiendo a Dios, hago oración y confío en su voluntad. La gente antigua (anciana) que se enferma no tiene miedo, porque ya conoce esos remedios.

Por ejemplo, un día me trajeron a una niña de 14 años, sus padres me dijeron que a lo mejor era eso del COVID, porque tenía calentura, calambres, dolor de cabeza y mucha tos, tosía recio y a cada ratito. Le hice la curación para “mal aire”, le di a tomar el remedio que preparé con las hierbas. Con esa primera curación, la muchacha ya comenzó a comer. Al cabo de una semana, ya había sanado, salió adelante. Le cayó muy bien el remedio y los padres confiaron, porque no la quisieron llevar al hospital de Ometepe. Qué tal si ya se la regresaban muerta. Ningún enfermo que he atendido me ha contagiado, ni supe si contagiaron a sus familiares. Pero el “mal aire” se contagia sólo si dejas de recibir la curación, si lo dejas que siga, si no te encomiendas a Dios (Sr. Manuel).

— No tengo miedo a contagiarme por curar a los enfermos, porque curandero sabemos que Dios nos cuida y nos da valor. Sabemos qué hacer para no enfermarnos también. Por eso pedimos a Dios antes de curar, siempre. Eso aprendemos, eso ya sabemos... ya tenemos esa “fuerza” para que no dañen esas enfermedades, ni “malos aires” ni “nagual”, COVID.

Ya sabiendo con la “canastita” (objeto para diagnosticar) que uso, ya le pregunto y me dice qué tiene ese enfermo. Entonces, ya sé qué tiene, ya sé cómo lo voy a curar, con qué plantas, (y) las oraciones para aliviarlo (Sr. Alberto).

— Siempre que curamos estas enfermedades de “mal aire” o “nagual” se nos pueden pasar (contagiar). Pero hay que saber cómo hacer la “limpia”, cómo curar. Hay curanderos que no saben o están aprendiendo y sí se les puede pasar. Ya ve que dicen que el COVID seguro se pasa, pero por eso rezamos, para ayudar al enfermo

*y cuidarnos nosotros, porque si no lo hacemos los curanderos, ¿quién va a curar a nuestra gente?*

*Las personas que atendí decían que sí tenían COVID, pero quién sabe. Yo de todas formas les di el remedio, las “limpié”, les hice rezo y les dije que tuvieran fe en Dios. Los curé como curo “aire”. Gracias a Dios sanaron y no me contagié. Y no crea que lo que ocupé (para hacer la limpia) ya después lo tiré a la basura. ¡No! Ese ramito hay que tirarlo donde no pase la gente, si no, sí se le pasa (la enfermedad) a la que lo encuentre. Así se debe de hacer.*

*Como le digo, siempre que curamos cualquier “aire”, rezamos para que Diosito, la Virgen nos cuide. Cada quien pedimos a Dios, con nuestras palabras de cada quien... que nos dé la “fuerza de espíritu”, en el “corazón”. Eso ya cada quien sabe cómo pedirle a Dios ese permiso, ya es como “don” que tiene uno (Sra. Delia).*

Como respuesta a las medidas para evitar el contagio de COVID-19 en sus comunidades, las actitudes asumidas por los terapeutas tradicionales mantuvieron el apego a procurar el bienestar y la salud de las personas; incluso algunos terapeutas, aconsejaron a los vecinos recibir la vacunación contra la COVID-19, en un afán de disminuir los riesgos de la colectividad.

— *Yo les digo a las personas que no tengan ese temor de enfermarse, porque es lo que más hace daño. Aunque no tengas COVID, vas a sentir que lo tienes por el miedo. Igual pasa con “mal aire”, porque hay gente que ha venido y piensa que ya agarró “aire”. Le hago la “limpia” con el huevo o con veladora, y sale que tiene otra cosa... sale “antojo”, sale “motolín”, pero no “aire”. Ese “mal aire” no pasa mucho (no es común) a la gente, porque ya saben cómo cuidarse. Sólo ahora que andan con eso de COVID (Sr. Manuel).*

— *Yo lo que más les digo del COVID es que no tengan miedo, porque (entonces) sí se van a enfermar. Su cuerpo se daña de que piensan en ese COVID. Recen, les digo, pidan a Dios, a sus santos que tienen, a la Santísima Virgen, que los ayude para no enfermarse de eso que vino del mundo. Viene un compadre y le digo: “tú*

*solito puedes cuidarte de ese “aire”, reza a san Marcos, agarra un blanquillo y “limpia” tu cuerpo, o con ruda, con la rama de cacahuananche. No hay de otra (Sr. Alberto).*

— *Cuando andaban vacunando los de la Secretaría (de Salud), yo decía a la gente que fueran a vacunarse, que no tuvieran miedo. La gente que me pregunta, le digo que haga eso, pero no les digo mucho, porque qué tal si les pasa algo por vacunarse, me van a culpar. O les digo que tomen el remedio de hierbas... así, tres vasitos al día: en la mañana, a mediodía y en la noche. Con eso (Sra. Delia).*

#### **4.4. Las conductas adoptadas por los terapeutas tradicionales amuzgos en torno a la pandemia**

Las conductas que asumieron los terapeutas tradicionales en las diferentes situaciones de la pandemia mostraron que, si bien no tuvieron uniformidad, fueron tomadas como modelos a imitar en sus comunidades.

Algunas de las acciones realizadas por los terapeutas tradicionales, principalmente las que buscaron la orientación médica de sus comunidades y la curación de las personas enfermas, evidenciaron la reafirmación de ideas y creencias con efectos en la realidad, lo cual condujo insistir en la inexistencia de la COVID-19 y reivindicar los síndromes de filiación cultural, como una vía más certera para recuperar la salud:

— *Si llego a pensar que una persona puede tener “mal aire” o COVID, como usted dice, primero tengo que buscar la manera de ver (dar consulta, diagnosticar) al enfermo. Si va a ser “pulso”, va a ser “canasta” o va a ser “carta” (procedimientos y objetos para diagnosticar). Voy a sacar un “rastros”, una pregunta a la “carta” o a la “canasta”. Así ya voy a saber qué enfermedades, si son “naguales” o enfermedad de “espanto”. Ya voy a juntar la hierba, voy a curar de “espanto”. Si yo no sé dar consulta, si no sé cómo reconocer (diagnosticar) a la enfermedad no se va a poder hacer trabajo.*

*Es lo mismo con lo que dices COVID. Para saber qué enfermedad es, primero el huevo lo tengo que mojar en aguardiente y “limpiar” la cabeza del paciente, la cara, todo el pecho, la espalda, las manos, el pie.*

*Después se quiebra el huevo y adentro del agua (vaso con agua) va a quedar, vas a ver los resultados... si va a vivir más o ya no. Ahí sale como un volcán que tiene luces, entonces las luces significan vida, y si se ve negro es que va a morir. Y fíjate, eso es cierto, eso es un diagnóstico del curandero, y el diagnóstico del doctor es muy aparte (diferente), allí hay aparatos. El curandero va con un huevo, el huevo va a resultar todo lo que es. ¡Y sí sale! (sí da resultado). Y encima va a limpiar con el huevo, va a recoger todo el “aire” que tiene el enfermo (Sr. Manuel).*

— *Si encuentro que una persona está enferma, le hago curación, le doy remedio de hierbas... le hago oraciones para que se cure.*

*Si cree que es COVID, ya es como la persona quiera ir al hospital. Casi siempre que curamos le decimos al enfermo que también vaya con doctor, para que le dé vitaminas, que también lo ayude. Pero este COVID la gente no quiere ir a hospital, porque dicen que ahí se mueren, así han visto eso. Yo no le digo, porque qué tal si se muere (Sr. Alberto).*

— *Siempre hay que ayudar a esa persona que puede tener esas enfermedades graves. Aquí tenemos a una muchacha. Ella sí presentó un poquito de gripa, no puede respirar.*

*- ¿Será COVID?, dice ella...*

*- Le digo: “Tú no pienses en COVID, vamos a curar con hojas, a ver...”*

*Y lo hicimos con raíz, con hojas, con lo que tenemos. Ella sanó y se le quitó la calentura, se detuvo la enfermedad. Ella siente, pues, que no va a aguantar, que no va a aguantar... Yo le digo: “Tú no pienses COVID, tú piensa en Dios, tú piensa que la medicina que nosotros tenemos sí te vas a curar con eso”. Tenía tos, no podía respirar y se sentía como cansada. Pero sí se curó, ya no fue al hospital, porque curamos con las hojas. Después le dije:*

*- ¿Cómo te sientes?*



- Me siento mejor, dice...

- Ah, entonces ya no vas al hospital.

*Porque nosotros como curanderas preguntamos. Si vemos que con la hoja no podemos curar a una persona, sí la mandamos al hospital. También no nos quedamos así, que ella muera... preguntamos, preguntamos. Te digo, esa muchacha se sanó luego luego.*

*Sebastián (un terapeuta tradicional) se enfermó también feo, feo. Eso pasó en marzo de este año (2022), pero no quiso decir (avisar). Estaba cerrada la puerta de su casa, no dejaba entrar personas, porque él siente que se está muriendo. Yo le dije: "Usted póngase listo, no deje que sus hijos cierren la puerta. Tú te sientas afuera, ve algo, graba en tu cabeza lo que hay en tu casa..." Y lo curamos de "espanto", lo curamos de "nagual". Porque él tiene también "antojo" de chivo. ¡Con una tos!, pero no de esa tos que no deja respirar, otro tipo de tos. Pero lo curamos de "espanto", de "antojo", de "nagual". Se sanó, ya está mejor.*

*Cuando se enfermó no quiso ir al hospital. Fue nada más con un doctor particular de Xochis, ese doctor le dijo que era COVID. Le dio tratamiento, le dieron para calentura, pero no se quitó calentura, no se quitó tos. Sebastián no creyó que era COVID. Dice: "No es cierto, no es COVID. Yo me voy a curar con remedio. No voy al hospital, porque ahí matan a la gente". Así dijo y no se fue al hospital.*

*Así lo curé, con otro compañero. Lo curamos entre los dos, de esas tres enfermedades. Por eso usamos mucho las hojas, el remedio preparado, así lo tomó. Estaba muy mal. Nada más quería dormir, puro dormir. Le digo: "Camina tantito, levántate, para que la enfermedad no vaya a tocar más fuerte... Come lo que hay, come, porque tú no tiene hambre, pero come, come. No te va a dar fuerza contra la enfermedad, porque si tú no vas a hacer eso, más fuerte te va a tocar la enfermedad".*

*Por eso le dije al muchacho, su hijo: "Ya no cierres la puerta... Dile que salga afuera, que camine un ratito, que vea algo más allá, que vea la calle, que vea a la gente... Él se va a sentir contento... En cuanto cierre la puerta, la enfermedad se infecta más.*

*Nos fuimos a “levantar su sombra” a donde lo espantó una culebra, pero culebra grande... se fue encima de él, por eso se espantó. También, cuando andaba trabajando en su terreno, lo mordió un burro. Nos fuimos a curarlo al lugar donde lo mordió el burro. Lo curó otra persona también, porque yo le dije: “No va haber una persona, ni dos personas... porque esa es ‘suerte’. Si yo voy y si no tengo ‘suerte’ de curar, entonces que busque a otra persona, para que así vamos las dos”. Porque, por lo general, se quita, se quita tantito, se va... Y se recuperó, tardó un mes o casi dos, nomás se quedó un poquito flaco. Él antes estaba gordo, pero se quedó débil. Por eso digo que parece COVID, (porque) no puede respirar, tenía tos fuerte, sacaba flemas, flemas blancas, pero no como gripe, como tos (Sra. Delia).*

Las conductas personales que siguieron los terapeutas tradicionales y sus familias, con objeto de cuidar su salud y prevenir el contagio de COVID-19, se restringieron a utilizar eventualmente cubrebocas y realizar lavado de manos, aunque señalaron que la primera acción la hacían por obligación y la segunda era parte de su higiene, sin que los moviera el temor a contagiarse:

- *No hacemos nada de la protección que dicen. En la casa sí lavamos manos, pero siempre lo hacemos. Cuando voy a Xochis, a Ometepepec, sí usamos cubrebocas, porque no dejan subir al taxi, no puedes entrar a tiendas, al banco. Sólo allá, aquí en la comunidad no usamos eso.*  
*Y de por sí le digo a la gente que viene a mi consulta que no escupa en la calle, porque si se enojó con alguien de su casa, con su esposa, por ejemplo, y escupe en la calle, le va a pegar a otra persona el “mal aire de coraje”. Dicen que igual pasa con el COVID, puede contagiarse la persona, es lo mismo (Sr. Manuel).*
- *No uso cubrebocas ni nadie de mi familia. Eso sí, lavamos las manos, lavamos las manos siempre, siempre bañamos (Sr. Alberto).*

— *Bueno, aquí en la casa lavamos las manos todos... mi hija, mi yerno, el bebé. Todos bañamos diario, cuando levantamos, antes de dormir bañamos. Cubrebocas no usamos. Yo uso cuando salgo a curar a otra comunidad o si voy a Xochis, voy a Ometepepec. Solo eso (Sra. Delia).*

En cuanto a las reacciones de los terapeutas tradicionales, asociadas a un real o posible contagio que pudieron haber padecido ellos o sus familiares, la señora Delia y el señor Alberto mantuvieron la certeza de no haber acontecido el contagio y de saber cómo actuar si se hubiese presentado una infección:

— *La enfermedad no llegó a mi casa. Ni mi esposa ni nadie de mis hijos o nietos se han enfermado de “nagual” o “mal aire”. Ni cuando anduvo pegando fuerte en las comunidades. Dios nos protege, por eso le rezo (Sr. Alberto).*

— *No, nadie de aquí de mi casa nos enfermamos. Pero si hubiera sucedido, por ejemplo, que mi hija comenzara con calentura, ahorita corto hojas de limón, ahí está de cacahuananche, aquí hay muchas plantas. Lo muelo, lo toma, la baño. Sí se va a bajar la calentura, no dejamos hasta que se infecte. La cuido bien a mi hija, para que sané rápido.*

*Aunque la viera grave no la llevo al hospital... ¡No! Porque ya conocemos que cuando los llevan a los enfermos muy graves al hospital, que ya avanzó la enfermedad, ahí van a morir. Así pasó ahora con COVID. Por eso las personas no iban, porque piensan se van a morir ahí. Dios no lo quiera, pero si se va a morir mi hija, mejor en mi casa. En el hospital, sabe cuánto le hagan (Sra. Delia).*

Sólo el señor Manuel manifestó haber presentado síntomas similares a los de la COVID-19, por lo que pidió a un colega lo diagnosticara y, de acuerdo a los resultados, procedió a tratar el padecimiento con sus propios recursos terapéuticos, poniendo en duda la posibilidad de la infección, pero atribuyendo las molestias a síndromes de filiación cultural:

— *Bueno, yo no sé. Porque a mí me agarró tres semanas la enfermedad. Andaba yo con mucha tos, dolor de cuerpo. Nada, no tenía sabor la comida, no tenía sabor la tortilla. Por eso digo, yo sé... nada más un poquito de atole blanco, ese poquito voy a tomar. No'mbre, pasaron tres semanas, después tome las hierbas... hojas de limón, ruda, raíz de limón, tomaba yo. Después, me pusieron vitaminas y así agarró, así me pasé. Pero yo oraba con nombre de Dios, hacía oración.*

*Pero no era eso que dicen COVID. Era "aire", ese "mal aire" que andaba ahí. Luego le digo a un compañero curandero de Guadalupe Victoria, que es nuevo y es bueno, que me "saca la pregunta" con la "canastita" (procedimiento diagnóstico).*

Le pregunto:

- *"¿Qué enfermedad tengo?"*
- *"Tienes la enfermedad de "motolín de guajolote".*

*Y con eso nomás. Mi nuera que me guisa el guajolote en tamales y un atole de leche. Me comí el guajolote, el guajolote tiene manteca, está "liso". Con eso y un vaso de atole. Sí, agarré fuerza.*

*A lo mejor fue el COVID, pero no fui al doctor, porque dicen que el doctor... que el gobierno quiere la "lista de la muerte", no quiere "lista de la salud". La gente, mucha gente ya hay, porque ya hay muchos mexicanos, ya no va a aguantar el gobierno a mantenerlos. Por eso dice quiere "lista de muerte", no "lista de vida" ni de la "salud" (sonríe).*

*Pero nadie más de mi familia se enfermó, nada más yo. Mi hija molía el remedio y me untaba el remedio con el huevo, en limpia, y con humo de copal. Se moja el huevo con aguardiente, y se pasa por todo el cuerpo; se sahúma con copal todo el cuerpo y tomaba la mezcla de hierbas. Rezaba una oración especial para estos casos: la oración de San Luis Beltrán y también la oración a san Blas.*

*Pues no supe si fue COVID... Más seguro la "canastita" (objeto para diagnosticar), ahí salió que fue "mal aire" y "motolin" (Sr. Manuel).*

## Capítulo 5. Análisis de resultados

Como se explicó ya en el apartado de metodología (capítulo 3), para la realización de este análisis se utilizó el método hermenéutico y, en su apoyo, el método etnográfico, lo que permitió interpretar el significado que subyace a las ideas, creencias, valores y conductas, y poder aproximarse, así, a las expresiones culturales y las realidades de los terapeutas tradicionales amuzgos y sus comunidades, desde el enfoque de la sociología de la salud.

De esta manera, en función de la información generada en campo y siguiendo las consideraciones metodológicas y teóricas propuestas, fue posible desarrollar el análisis y cumplir con los objetivos que guiaron esta investigación, procediendo a analizar conjuntamente las ideas y las creencias de los terapeutas tradicionales amuzgos acerca de la COVID-19, ya que la información relativa a estos dos objetivos fue complementaria e integradora.

Por su parte, los objetivos enfocados a determinar los valores sobre el cuidado de la salud e identificar las conductas que adoptaron los terapeutas tradicionales, dieron continuidad y guardaron coherencia con los dos primeros objetivos, corroborando así, la producción de sentido y el papel integrador que jugaron las significaciones en los imaginarios sociales amuzgos acerca de la COVID-19.

A continuación, se presenta el análisis de los resultados y, al igual que en el capítulo anterior, se realiza en torno a cada uno de los objetivos específicos.

### **5.1. Las ideas y creencias de los terapeutas tradicionales como expresión de las significaciones imaginarias sociales amuzgas**

Una primera cuestión a destacar es la resistencia de los terapeutas tradicionales a aceptar los planteamientos del modelo médico hegemónico, el cual es viable identificar como un imaginario social instituido, en tanto que impone lo erigido y admitido en salud, fija lo correcto de lo incorrecto y lo autorizado de lo prohibido. Los terapeutas tradicionales

negaron la existencia de la COVID-19 y la situaron como un invento de los gobiernos, pues las características de esta enfermedad y las medidas preventivas adoptadas resultaron ajenas a su experiencia con otras enfermedades reconocidas por la biomedicina y aceptadas por ellos, aunque con peculiaridades en su interpretación, como la diabetes, el cáncer o las asociadas con el corazón, entre otras.

Bajo esta situación, establecieron una correspondencia con un complejo mórbido o síndrome de filiación cultural (SFC) que denominaron “mal aire”, pues consideraron su sintomatología análoga con la referida por las autoridades sanitarias para la COVID-19; además, erigieron otra paridad en cuanto a la causalidad, ya que el “mal aire” está constituido por un efluvio o espíritu dañino, agresivo y contagioso que, similar al SARS-CoV-2, ataca a las personas y puede ser mortal.

Estos primeros argumentos, perfilaron un imaginario que representa la capacidad de inventar e imaginar del pueblo amuzgo, además de ser una creación histórico-social y psíquica, ya que las significaciones, además de ser percibidas y pensadas, son imaginarias e hicieron posible que los terapeutas tradicionales convirtieran lo incomprensible en comprensible para sus comunidades; este proceso no fue planificado o dirigido intencionalmente, sino que surgió en la dinámica de su actividad y saber médico conformado con significaciones imaginarias sociales.

Estas significaciones son, precisamente, producciones de sentido, encarnadas en las ideas, creencias y discursos de los terapeutas, lo que representa un entretrejo de sentidos que orienta y penetra la vida comunitaria (Castoriadis 2006, p.78). Como resultado de su reflexión para encontrar en el modelo médico subordinado amuzgo afinidades que explicaran la COVID-19, descubrieron la presencia de un SFC más, denominado “nagual”, con similar sintomatología y un origen también maligno e intencional que ataca a las personas y las enferma, como si fuese una “infección” reconocida y atendida por la biomedicina.

En este punto, es necesario abrir un paréntesis para analizar qué significan el “mal aire” y el “nagual” en el contexto de la población amuzga, lo cual permite comprender más ampliamente las razones por las que asemejaron ambos SFC con la COVID-19 y su relación con el imaginario social. Una primera consideración es enfatizar que los SFC son significaciones imaginarias y, como tales, conllevan significados que los terapeutas tradicionales y sus comunidades otorgan a las cosas y a los fenómenos, ya que dan coherencia a sus ideas y creencias, originando un mundo propio y un modelo de significados incuestionables y de autorepresentación (Castoriadis, 1997).

Las ideas y atributos con los que imaginan a los “aires” son vastos, pero los asociados con su concepción de la COVID-19 son los siguientes: entidades diminutas e invisibles que viajan en el viento y tienen la capacidad de introducirse al cuerpo de las personas, provocando una enfermedad que denominan con el mismo nombre que su agente causal, es decir “mal aire” o *Jnyee viñee*<sup>5</sup>, en lengua amuzga. Su naturaleza es diversa, pues suelen encontrarse en cuerpos de agua y cuevas, pueden ser también espíritus de personas que sufrieron una muerte violenta, emanaciones provenientes de un cadáver animal o humano, o generadas por actividades de personas mal intencionadas, asociadas a la brujería (Tascón, s.f.).

Un rasgo que ilustra la severidad que puede alcanzar este viento dañino, supone la intrusión y la eventual sustracción de una entidad anímica vital; es decir, un “mal aire” se introduce al cuerpo y lo enferma, y este mismo suceso puede provocar una fuerte impresión o “susto”, que implica el riesgo de perder la “sombra” (espíritu) y agravar la salud (Tascón, s.f.).

En cuanto al “nagual”<sup>5</sup>, los terapeutas tradicionales hicieron una doble descripción de él; por una parte, lo vincularon con la creencia sobre un doble o alter ego animal que poseen todas las personas desde su nacimiento, lo cual definirá sus hábitos, fuerza y carácter,

---

<sup>5</sup> El nagual o nahual descrito por los terapeutas amuzgos, se inserta dentro de una intrincada concepción indígena conocida como nagualismo, cuyo origen se remonta al complejo de creencias mesoamericanas prehispánicas del *nahualli*, persona con poderes mágicos para transfigurarse en animal y cometer fechorías, además de hechizar y enfermar a la gente, entre otros ataques (López Austin, 1984, p. 416-418).

además su suerte correrá a la par de ese animal compañero; por otra parte, lo relacionaron con una entidad pernicioso y estrechamente ligada a la brujería, personificada por determinados individuos con la capacidad mágica para transformarse corporalmente y adquirir la apariencia de un animal y, en ocasiones, como una emanación nociva y virulenta, con la finalidad de causar daño material y en la salud de las personas, motivados por la animadversión o por su naturaleza maligna (Tascón, s.f.).

En lengua amuzga lo denominaron *Tsá'nch'à*, así como *Na nch'aa ñe<sup>n</sup> tsá<sup>n</sup>* (“tiene nagual la persona”); tanto el brujo, como el animal en el que se metamorfosea y la enfermedad que provoca, fueron designados con el mismo término. El “nagual” provoca una sintomatología similar al del “mal aire”, así como complicaciones que pueden agravar el estado de las víctimas. Debido a su naturaleza maléfica y sobrenatural, los tratamientos para enfrentar a esta entidad se asocian con procedimientos rituales.

Cabe mencionar que esta doble interpretación respondió a semejanzas que guardan ambas creencias, lo que condujo a los terapeutas tradicionales amuzgos a confundir el tonalismo y el nagualismo, dos complejos de creencias de origen prehispánico (*tonalli* y *nahualli*) que se han ido transformando a través de los siglos, pero que se mantienen vigentes en buena parte de la población rural e indígena de México, donde esta confusión es común. Aunque ambas apreciaciones fueron manifestadas por los terapeutas amuzgos, una vez que reflexionaron con relación a la COVID-19, se inclinaron por el individuo brujo que se metamorfosea en animal (*nahualli* prehispánico), para enfermar a las personas.

Una última consideración se relaciona con la afirmación de los terapeutas tradicionales acerca de lo poco frecuente del “mal aire” en las comunidades, ya que suele aparecer como una “epidemia” y atacar a un número importante de personas en cualquier época del año, pero desaparece espontáneamente durante varios meses. En tal sentido, aseguraron que los rumores de la aparición de la COVID-19 coincidieron con uno de estos ataques periódicos; este hecho fortaleció su idea acerca de la inexistencia de esta enfermedad, urdida por los gobiernos para asustar a las personas y obligarlas al encierro,



así como su convicción de que los servicios de salud combaten equivocadamente una enfermedad conocida y tratada por la medicina amuzga inserta en el modelo médico subordinado.

De acuerdo a las descripciones con las que los terapeutas tradicionales definieron los dos SFC, se reveló el carácter “imaginario” de sus significaciones, pues a la luz de la “racionalidad” no son ni reales ni racionales, pero proceden de la imaginación; no de una imaginación individual sino de su dimensión social, pues no representarían nada si no fuesen compartidas por el colectivo anónimo e impersonal que es el imaginario social amuzgo.

Bajo estos planteamientos, los terapeutas tradicionales explicaron y reinterpretaron a la COVID-19 a partir de padecimientos que conocen y saben tratar, lo cual les permitió imaginar cómo atacar la pandemia desde las significaciones contenidas en los saberes, prácticas y recursos terapéuticos de su modelo médico. A propósito de estos replanteamientos y similitudes “inventados” y narrados por los terapeutas tradicionales, a través de los cuales buscaron dar sentido a un suceso pandémico incomprensible dentro de su medicina y para sus comunidades, Castoriadis (2013) menciona que se habla de imaginario cuando se quiere hablar de algo “inventado”, ya sea un invento absoluto, un deslizamiento o un desplazamiento de sentido, en el que unos símbolos ya existentes son investidos con otras significaciones que las ya aceptadas, separándose lo imaginario de lo real (p.204).

Estos desplazamientos de sentido aparecen al analizar las ideas y creencias vinculadas con el “mal aire” y el “nagual”, a través de las cuales los terapeutas tradicionales ajustaron estos SFC con la COVID-19, pues los tres padecimientos fueron percibidos con similar virulencia y agresividad y despertaron el mismo sentimiento de zozobra.

Desde su perspectiva, el “mal aire” es equiparable por su causalidad, sintomatología y la gravedad que puede alcanzar; en cuanto al “nagual”, dijeron homologarlo por las mismas razones, pero cabe aseverar que la verdadera semejanza se encuentra en los atributos

siniestros y malignos que vislumbraron tanto en este síndrome como en la COVID-19. Derivado de ello, el imaginario social condujo a los terapeutas tradicionales a realizar un desplazamiento de sentido en el que los dos SFC fueron investidos parcialmente con otras significaciones que las ya aceptadas, pues tuvieron que aproximarse también al criterio biomédico que atribuye a una zoonosis la transmisión del SARS-CoV2 a los humanos.

Como complemento de lo anterior, sostuvieron la creencia de que la enfermedad provino de China, donde se quemó deliberadamente gran cantidad de murciélagos y gatos, cuyos aires pestilentes fueron liberados para que inundaran todo el mundo. Esta particular reinterpretación de una hipótesis científica -difundida durante la pandemia en la televisión y la radio- que señala a China como lugar de origen de la COVID-19 y a los murciélagos como sus transmisores, se ajustó a significaciones imaginarias amuzgas preexistentes que asocian a murciélagos y gatos con lo diabólico y con emanaciones dañinas, lo cual agregó un imaginario más para ratificar la inexistencia de esa enfermedad y la presencia de *Jnyee viñee<sup>n</sup>* y *Tsá'nch'à*.

Con lo anterior se constató que el orden erigido por las significaciones sociales representó el imaginario amuzgo y no el instituido por el modelo médico hegemónico regido por una visión determinista y científica. Así, la praxis social y el ejercicio del modelo médico subordinado, es decir los hechos y las significaciones de la sociedad amuzga, suscitaron realidad, pues esta derivó de lo imaginario como campo de la actividad, la experiencia y la práctica de la vida, y no sólo de una teoría racionalista y científica que cualquier institución o individuo quiera imponer (Castoriadis 2013, p. 84).

Un punto importante a analizar son las creencias de los terapeutas tradicionales, exclusivamente enfocadas a sus estimaciones de la pandemia de COVID-19, obviando para ello momentáneamente los síndromes de filiación cultural. Aunque no tuvieron acceso a información oficial sobre la cantidad de casos y decesos por COVID-19, su experiencia en la atención de la salud, apoyada con las noticias surgidas en los medios de comunicación a su alcance y los comentarios en sus comunidades, les permitió tener

una noción del comportamiento de la pandemia en los niveles local, nacional e, incluso, internacional.

Así, estimaron que en las comunidades enfermaron y fallecieron proporcionalmente menos personas que en las ciudades, atribuyendo este hecho al aislamiento en el que viven y lo poco numeroso de su población, en comparación con las medianas y grandes ciudades, donde la contaminación y la concentración de personas es mayor, además de su desconocimiento del poder curativo de las plantas. Sobre todo, fincaron sus creencias en significaciones imaginarias sociales, relacionadas con los mejores resultados que ofreció su procedimiento terapéutico, pues las plantas y la ritualidad evitaron que murieran las personas que se acercaron a su modelo médico; caso contrario sucedió a muchas personas que enfermaron de COVID-19 y acudieron a los hospitales o permanecieron en sus hogares sin buscar atención en ninguna de las dos opciones, debido al miedo que infundieron las instituciones gubernamentales.

Este escaso conocimiento que los terapeutas tradicionales afirmaron tener de la COVID-19, los obligó a enfocar sus saberes en ambos SFC, pues esto permitió una reinterpretación de la emergencia sanitaria para sus comunidades, a partir de concepciones médicas compartidas. Nuevamente en este hecho se revelaron elementos del imaginario social amuzgo con relación a la pandemia de COVID-19, así como la capacidad de los terapeutas no solo de operar significaciones imaginarias sino también inventar nuevas significaciones y prácticas comunitarias, todo ello instaurado desde una institución creada y sostenida por la colectividad, como es su modelo médico, el cual está imbuido de lo que Castoriadis (2013) designa como magma de significaciones imaginarias sociales, creadoras de objetos, discursos y prácticas (p. 536).

De tal manera que al mostrar su amplio saber médico, se advierte la continuidad de un conjunto de ideas, creencias y prácticas ya establecido o determinado (imaginario social instituido) y el deslizamiento o relaboración de elementos de este mismo conjunto, o bien la creación de nuevas prácticas (imaginario social instituyente). Lo anterior posibilita comprobar, atendiendo a Castoriadis (2013), que bajo la dimensión conjuntista identitaria

se construye e instituye la sociedad, en este caso la colectividad amuzga desde su identidad y lo determinable, pero también desde lo histórico social, marcado por el evento pandémico, surgió la imaginación que transformó lo instituido mediante la creación incesante, como se observó en la producción de significados y sentidos y en las prácticas que fueron desarrollando los terapeutas tradicionales en la atención de sus comunidades.

Ahora bien, en las significaciones imaginarias sociales que configuraron la caracterización del “mal aire” y el “nagual”, destacaron sus denominaciones en lengua amuzga, como indicio de la trascendencia que alcanza el lenguaje, en tanto expresión de lo simbólico, pues mediante la palabra se instituyeron significados imaginarios usuales para los terapeutas tradicionales y las comunidades amuzgas, además de ser un elemento de cohesión y pertenencia. Lo anterior, permitió corroborar que en el lenguaje existe un elemento conjuntista identitario (lenguaje-código) y otro elemento perteneciente a la dimensión propiamente imaginaria (lengua); el primero es propio de lo instituido en una sociedad, el segundo de lo instituyente (Castoriadis, 2005, p. 72).

En el caso específico de los términos amuzgos relativos a “mal aire” (*Jnyee viñee<sup>n</sup>*) y “nagual” (*Na nch'aa ñe<sup>n</sup> tsá<sup>n</sup>* y *Na nch'aa ñe<sup>n</sup> tsá<sup>n</sup>*), a través de la lengua se expresó una dimensión imaginaria que desplazó la denominación biomédica de la COVID-19, a fin de relaborar los dos SFC y reinterpretar a dicha enfermedad, instaurando, así, un sentido en el contexto de la población amuzga, por lo que la interacción terapeuta-paciente se desarrolló en lengua materna y se nombró a la COVID-19 con su equivalente amuzgo.

Entonces, es válido afirmar que con el lenguaje-código, la población amuzga desplazó a un elemento de igual categoría y dimensión, pero encarnado en lo determinado por el modelo médico hegemónico, lo cual permitió suprimir una teoría biomédica que no solo fue incomprensible para la población amuzga, sino que le impedía combatir la enfermedad con sus propias prácticas y recursos, y recuperar el orden de su mundo, en un contexto donde los servicios de salud oficiales no dan respuesta a sus necesidades de atención. Así, al dar otro sentido a la pandemia, a través de desplazamientos y

creación de significaciones imaginarias sociales, la dimensión conjuntista identitaria amuzga pudo transitar de lo instituido a una dimensión imaginaria o instituyente.

En cuanto a las ideas y creencias de los terapeutas tradicionales, orientadas a fundamentar la existencia de los SFC por encima de la COVID-19, sobresalieron sus afirmaciones respecto a que tanto el “mal aire” como el “nagual” tienen presencia en sus comunidades desde el tiempo de los abuelos, es decir, desde un pasado ya lejano, lo que indica que sus saberes, creencias y prácticas son una herencia de considerable antigüedad.

Al respecto, Castoriadis (1997) advierte una cuestión que reviste importancia para el presente estudio, pues cuando se refiere a las significaciones imaginarias de las sociedades tradicionales<sup>6</sup> -como es el caso de la población amuzga-, afirma que estas intentan reproducir y repetir el pasado casi literalmente, o bien la recepción del pasado y la tradición es, en parte, fuertemente consciente; para Castoriadis esta recepción representa una recreación, hecha sí de significaciones imaginarias sociales del presente, pero lo reinterpretado es material dado y no indeterminado (p. 7), es decir que las significaciones imaginarias amuzgas descansan en la lógica conjuntista identitaria como un imaginario social instituido, en este caso encarnadas en el modelo médico subordinado amuzgo.

Estos argumentos de Castoriadis refuerzan, de cierta manera, lo ya planteado acerca de la relaboración del “mal aire” y el “nagual” por parte de los terapeutas, como expresión

---

<sup>6</sup> Castoriadis designa también arcaicas a estas sociedades, adjetivo poco pertinente para asentarlo aquí, pues una de sus acepciones alude a lo antiguo, obsoleto y en desuso, lo cual se aparta de las características sociales y culturales del pueblo indígena amuzgo. Es admisible estimar que la utilización de este adjetivo pudiese ser reflejo del eurocentrismo de Castoriadis, lo cual es comprensible si se considera que en los años setenta del siglo XX, década en la que publica su obra esencial sobre imaginario social, los movimientos revolucionarios y autonómicos indígenas (expresión histórico-social del imaginario radical) eran incipientes, y no fue hasta finales de ese siglo e inicios del actual cuando cristalizaron estos movimientos, suscitando cambios de percepción y criterios en la mayoría de intelectuales, principalmente europeos y marxistas. Quizá es debido a esta noción que vincula lo tradicional-indígena con la inmovilidad y pasividad social y política que Castoriadis valora a las significaciones imaginarias sociales de estas colectividades como recreaciones dadas y determinadas, es decir imaginario social instituido, no instituyente.

de las significaciones imaginarias sociales y para dotar de sentido a la COVID-19 en sus comunidades, a partir de su modelo médico. Sin embargo, cabe considerar que esta capacidad de la colectividad amuzga de conservar lo instituido pudo generar también, ante el temor provocado por la pandemia -ya sea por COVID-19 o por SFC-, la potencialidad de autoalterar y transformar significaciones imaginarias sociales, teniendo a los terapeutas tradicionales como organizadores de sentido para instituir prácticas curativas y de otra índole en su modelo médico.

De manera similar a lo anteriormente comentado, los terapeutas también asociaron el “mal aire” con determinados síntomas, como tos, calentura, dolor de cuerpo y dificultad para respirar, entre otros. Sin embargo, de acuerdo a indagaciones previas, agregaron síntomas que antes de la pandemia no mencionaban, como la pérdida del olfato (anosmia) y del gusto (ageusia), así como la intrusión por nariz y boca de los efluvios dañinos, lo que indica una integración o autoalteración de elementos, seguramente influenciados por lo escuchado en las noticias o por comentarios de la gente, y “deslizados” en su modelo médico.

Una vez identificado de manera prioritaria el agente causal y los síntomas, y establecido el diagnóstico, los terapeutas tradicionales recurrieron a su experiencia para combatir los SFC, pero debido a los fuertes rumores de alarma que trajo consigo la pandemia de la COVID-19 a sus comunidades, un grupo de ellos se reunió para comentar los hechos y, a partir de sus saberes individuales, crearon conjuntamente un tratamiento herbolario que garantizara la remisión de los síntomas y el padecimiento. Castoriadis (2013) identifica a este tipo de actuaciones como el *hacer social efectivo*, en donde la imagen de sí que se otorga la sociedad comporta como momento esencial la elección de los objetos, acciones, procedimientos (p. 241), en los que se encarna lo que para la colectividad tiene sentido, valor y utilidad.

A este respecto, los terapeutas tradicionales mencionaron que el tratamiento lo brindaron a las personas que presentaban todos o algunos de los síntomas ya señalados, sin prestar mucha atención en establecer con certeza si el padecimiento correspondía a la

nosología de su modelo médico o a la del biomédico. Este hacer social efectivo, en cuanto parte esencial de los imaginarios instituido e instituyente, reprodujeron y produjeron significaciones imaginarias sociales, generadas por la interacción de los terapeutas tradicionales y sus comunidades en la atención de los SFC y/o la COVID-19.

No debe pasarse por alto que el tratamiento herbolario se complementó con procedimientos rituales que incluyeron rezos, sahumerios y limpieas; esta conjunción propició que las personas se sintieran aliviadas y protegidas al ser sometidas a un proceso curativo imbuido con ideas, creencias, prácticas y símbolos compartidos históricamente por la población amuzga, es decir significaciones imaginarias enmarcadas por la certidumbre y el consenso entre terapeutas tradicionales y las personas enfermas.

En esta fase del acto curativo el lenguaje fue parte fundamental del procedimiento ritual y, conjuntamente con la fórmula herbolaria, reforzó la curación mediante la eficacia simbólica<sup>7</sup>, concretada a través de los símbolos vinculados con las ideas, creencias y certidumbre de la población amuzga; en consecuencia, las oraciones recitadas a las personas enfermas concentraron elementos simbólicos con los que se afrontó la enfermedad.

Este universo simbólico incluyó procedimientos de purificación ritual, mediante la esencia del copal en el sahumerio y el confinamiento de la enfermedad, a través de la “limpia” con las plantas. Ante este cúmulo de recursos y prácticas médicas, se apreció la instrumentación del *teukhein* y el *legein*; el primero, con el *hacer social* manifestado en el cónclave de terapeutas y su capacidad para crear una fórmula herbolaria, entre otros procedimientos terapéuticos; el segundo, con los rezos, ensalmos y pedimentos de los terapeutas (representar/decir social), en la dimensión de la lógica identitaria y lo que es siempre puesto por y en el lenguaje (Castoriadis, 2013, p.35).

---

<sup>7</sup> La eficacia simbólica es un concepto creado por Lévi-Strauss (1992), para analizar la eficacia de la curación chamánica o mágica. De manera resumida, es el procedimiento o acto que posibilita erigir símbolos mediante individuos, imágenes, relatos o discursos y, a partir del significado que las personas otorgan a los símbolos, estos tienen efectos capaces de transformar la realidad.

De esta forma, en los rituales que ineludiblemente se acompañaron con oraciones, los terapeutas tradicionales utilizaron aquellas que tuviesen un significado especial, de acuerdo al santo invocado; por ejemplo, san Luis Beltrán para asegurar la curación de todo hechizo y enfermedad; san Blas, contra las enfermedades de la garganta, por lo que confiaron en esta oración para sanar las afecciones respiratorias de las personas atacadas por el “mal aire” o COVID-19; san Cipriano, para recibir protección y no ser contagiados de las enfermedades y males que atendieron. Además, las imágenes de santos, vírgenes y crucifijos, completaron la representación de las significaciones imaginarias sociales. Tal como lo menciona Castoriadis (2013, p. 377), el *teukhein* y el *legein* se apoyan y son producto de lo histórico social, ya que intervienen en lo que es indeterminado y en lo imaginario, y se pliegan a la lógica identitaria para instituirse en el mundo social.

Es importante resaltar que esta sólida confianza de los terapeutas tradicionales en las oraciones, surgida de significaciones encarnadas en un imaginario social instituido religioso, paradójicamente se convierte en un imaginario social instituyente que fisura lo instituido, pues los atributos de los santos a los que imploraron ayuda fueron conferidos desde la religiosidad popular, no por la religión oficial que descalifica dichos atributos e, incluso, desconoce a alguno de estos santos, como sucede con san Cipriano.

De esta manera, a través de un intenso *decir social* y *hacer social* con el que los terapeutas tradicionales, desde el modelo médico subordinado, y las comunidades amuzgas enfrentaron la pandemia, se generaron nuevas significaciones imaginarias sociales y, en tanto su conformación como institución social, se reveló una fluctuación del imaginario social instituido (permanencia de concepciones y prácticas médicas amuzgas) e imaginario social instituyente (deslizamiento y reelaboración de ideas y creencias, y creación de tratamientos terapéuticos simbólicos y materiales).



## **5.2. Los valores sobre el cuidado de la salud y las conductas adoptadas por los terapeutas tradicionales amuzgos en torno a la COVID-19 y la pandemia**

En cuanto a los objetivos relacionados con los valores mostrados por los terapeutas tradicionales amuzgos en el cuidado de la salud y las conductas que adoptaron en torno a la pandemia de COVID-19, el análisis indica que en estos dos aspectos se pudo identificar una continuidad y coherencia de significaciones imaginarias, mostrando ser parte de los imaginarios sociales que ya fueron definidos teóricamente en las ideas y conductas.

Al explorar las virtudes y actitudes que conformaron los valores desplegados por mujeres y hombres terapeutas tradicionales, así como las acciones que guiaron sus conductas para enfrentar la pandemia, se revela una vez más que la negación de la COVID-19 y la reafirmación de los síndromes de filiación cultural, es decir la oposición del modelo médico subordinado por encima del modelo médico hegemónico -inscrito también en una dimensión conjuntista identitaria-, no respondió a una postura disparatada o empeñada, sino a los hechos y las significaciones imaginarias sociales amuzgas que suscitaron efectos en la realidad o crearon realidad, lo que hizo posible enfrentar la enfermedad a partir de sus concepciones médicas y con sus propios recursos materiales y simbólicos, ante la ausencia de los servicios de salud en sus comunidades.

Ante este escenario, es pertinente señalar la existencia de un hecho que también influyó de manera importante en las conductas asumidas por los terapeutas tradicionales y las comunidades durante la pandemia, el cual responde a un añejo desencuentro de la población indígena con el modelo médico hegemónico, encarnado específicamente en los servicios de la Secretaría de Salud, como lo ilustran las deficiencias en la atención médica, descritas de manera significativa por el hierbero Manuel en su experiencia particular con los diagnósticos erróneos de los “aparatos médicos” y la negligencia ginecoobstétrica en la evaluación clínica de las mujeres en trabajo de parto, entre otros problemas en la atención.

Sin embargo, de acuerdo a los testimonios recogidos en el trabajo de campo, se puede afirmar que este desencuentro se vincula mayormente con actitudes de racismo y discriminación más que con errores técnicos o de procedimientos clínicos. Son las abundantes experiencias negativas con el modelo médico hegemónico las que conducen a los terapeutas tradicionales y a las comunidades amuzgas a reafirmar su imaginario social instituido, al depositar su confianza en las creencias, prácticas y recursos de su modelo médico.

Es necesario hacer notar que estas experiencias negativas con el modelo médico hegemónico se verifican principalmente en el contexto de los servicios ofrecidos por la Secretaría de Salud -Menéndez (1983) ubica a estos servicios como un submodelo corporativo público del modelo médico hegemónico-, ya que comúnmente las personas indígenas, incluyendo a terapeutas tradicionales, cuando lo juzgan necesario y cuentan con el dinero suficiente, se trasladan a la cabecera municipal o a la ciudad de Ometepec, incluso, si el caso lo amerita, hasta Acapulco, para recibir atención en consultorios de médicos particulares -submodelo individual privado (Menéndez, 1983)- o de las farmacias que ofrecen este servicio -submodelo corporativo privado (Menéndez, 1983)-, con la consecuente compra de medicamentos de patente que fueron recetados, los cuales, generalmente, se acostumbra combinar con recursos materiales y simbólicos del modelo médico subordinado.

Esta trayectoria que recorre buena parte de la población amuzga en busca de atención médica, es una prueba fehaciente que el rechazo al modelo médico hegemónico es aparente o juzgado de manera errónea, pues los terapeutas tradicionales y las personas indígenas saben muy bien cuándo acudir a la instancia biomédica y cuándo a la medicina “tradicional”, o bien cuándo hacer un uso combinado de ambas prácticas y saberes, incluyendo la autoatención.

A este respecto, Menéndez (2009) señala que, aunque existen diferencias y oposiciones entre los distintos saberes médicos, muchos investigadores tienden a reforzar este antagonismo, a través de representaciones sociales e ideológicas que pasan por alto las

prácticas sociales de las personas y grupos, así como las articulaciones y transacciones que se dan entre las diferentes formas de atención; es en el contexto de estos actores sociales donde más que excluir o negar los distintos saberes, se busca integrarlos para atender las enfermedades (p. 88).

En alusión a lo anterior, en un pasaje de las entrevistas, la Sra. Delia mencionó que aconsejaba a algunas personas, aunque con vacilación por las malas experiencias previas, asistir también a los servicios de salud, consciente de que existen enfermedades que son competencia del modelo médico hegemónico, o bien que la biomedicina puede complementar la atención brindada por los terapeutas tradicionales, y viceversa.

Todos estos argumentos permiten reiterar que la nula atención intercultural a la salud de la población indígena por parte de los servicios de salud públicos, aunado a su ausencia en las comunidades durante la pandemia, son aspectos que contribuyeron a la negación de ésta y al rechazo de las acciones curativas y de prevención contra la COVID-19 por parte de los terapeutas tradicionales y la mayoría de las personas que viven en las comunidades amuzgas. Lo anterior, por supuesto, sin negar la trascendencia que tiene el imaginario social, a través de las instituciones amuzgas, encarnadas en las ideas, creencias, prácticas y recursos de su modelo médico, a través del cual enfrentaron la emergencia sanitaria.

En tal sentido, las acciones que durante los momentos más álgidos de la pandemia emprendieron los terapeutas tradicionales en el cuidado de la salud de sus comunidades, estuvieron imbuidas de valores y conductas instituidos en los imaginarios sociales que emergen de las concepciones arraigadas en la colectividad amuzga y en su sentido de comunalidad, además de su buena disposición y experiencia en la atención comunitaria, que los condujo a atender potenciales casos de COVID-19 sin la protección correspondiente, evidenciando una notable coherencia de ideas con respecto a la negación de esta enfermedad y la presencia de SFC, para los que si disponían de medidas de protección. Por lo anterior, resulta comprensible que afirmaran no haber sentido temor de ser infectados por las personas atendidas.

Es conveniente agregar que esta actitud arriesgada de los terapeutas tradicionales amuzgos se fincó en significaciones imaginarias vinculadas a entidades dañinas con las que lidian en su ejercicio terapéutico, como el “mal aire” y el “nagual”. La lucha que desde tiempos antiguos enfrentaron los abuelos, y ahora ellos, con este tipo de entidades que periódicamente ataca a sus comunidades, les permitió reunir medidas preventivas relacionadas con significaciones imaginarias para no ser penetrados por dichas fuerzas, como recitar oraciones protectoras e impregnar las manos y cabeza con aguardiente, pues, aseguraron, su aroma disgusta a los “aires”; acerca de este punto, no se puede pasar por alto la importante similitud de este procedimiento con la sanitización o desinfección con alcohol, recomendado por las autoridades sanitarias para evitar el contagio de COVID-19.

En los testimonios de los terapeutas tradicionales relativos a los valores en el cuidado de la salud de sus comunidades, se mostró que dichos cuidados condicionan aquello que las personas pueden o no hacer, acorde a sus necesidades, lo que resulta congruente con la naturaleza dinámica del imaginario social.

Asimismo, destacó la reiteración de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos que utilizaron, además de hacer patente el enorme riesgo al que quedaron expuestos, sin que -al parecer- se hubiesen presentado contagios entre ellos. Es claro que el sentido de comunalidad fue la guía de sus actividades, pues estas tareas representaron la acción social del *teukhein* que mantiene la efectividad del modelo médico subordinado, como un magma de significaciones que integra el imaginario social amuzgo.

Lo anterior puede ejemplificarse con la complejidad contenida en los diferentes procedimientos de diagnóstico<sup>8</sup>, como una muestra de la dimensión funcional del hacer

---

<sup>8</sup> Los terapeutas refirieron utilizar cinco tipos de procedimientos diagnósticos (“canasta”, “cartas”, “pulso”, “vela” y “huevo”) que, por las significaciones imaginarias contenidas y su funcionalidad, es conveniente describir: la “canasta” es una pequeña cesta de mimbre, atravesada en el centro por una hoja de tijeras, cuya anilla es sostenida con la punta de los dedos medios, permitiendo el movimiento pendular de la canasta; el terapeuta realiza mentalmente “preguntas” y, de acuerdo al movimiento de la cesta, interpreta si la respuesta es afirmativa o negativa. Las “cartas”, resulta de distribuir en hileras y al azar los naipes de

social, lo cual condujo a los terapeutas a ejecutarlos para identificar el tipo de padecimiento que enfrentaban, a fin de someter las amenazas de la enfermedad a padecimientos reconocidos y tratados en su modelo médico. Esta creación de realidad permitió también infundir confianza en sus comunidades, pues en las consultas que brindaron persuadieron a las personas a pensar no estar enfermas de COVID-19, dada su inexistencia y la presencia, en todo caso, de síndromes de filiación cultural, para los que sí disponían de soluciones.

Sin lugar a dudas que el testimonio que ilustra ampliamente los valores y conductas -cualidades y acciones imbuidas ampliamente por significaciones imaginarias- que rigieron las actividades de los terapeutas tradicionales en la atención de síndromes de filiación cultural y la COVID-19, fue el de la señora Delia, al referir el seguimiento de un colega terapeuta que previamente había recibido el diagnóstico positivo de COVID-19 y el tratamiento respectivo, por parte de un médico particular. A pesar del dictamen médico y los síntomas característicos, y ante la persistencia de éstos, el enfermo descartó estar infectado y decidió ser tratado con el preparado vegetal y los demás procedimientos terapéuticos que fueron aplicados por la señora Delia, considerando tres síndromes de filiación cultural: “espanto”<sup>9</sup>, “nagual” y “antojo”<sup>10</sup>.

---

una baraja española; la colocación en la que quedan las diferentes figuras es interpretada para llegar a lo que desea conocer. El “pulso” es un procedimiento en el que palpa con el dedo pulgar, determinados puntos radiales y cubitales del brazo derecho de la persona enferma, con el objeto de percibir la intensidad, rapidez y localización del latido. La “vela”, consiste en observar la llama de una cera e interpretar su intensidad y movimientos. El “huevo”, se basa en pasar por el cuerpo de la persona un huevo de gallina criolla y, posteriormente, se vacía su contenido en un vaso con agua; las figuras y burbujas que se forman en la yema y clara permiten la interpretación (en algunos casos, el huevo posibilita también la extracción del “daño”). A través de estos objetos y procedimientos, los terapeutas se auxilian para establecer el padecimiento, sus causas, gravedad y tratamientos, además de atender otro tipo de consultas adivinatorias, relacionadas con problemas personales, familiares y amorosos, entre otros.

<sup>9</sup> Los amuzgos consideran que el espanto o susto es originado por una fuerte y repentina impresión, como encontrarse en el monte con animales peligrosos y entidades sobrenaturales, o también por sufrir una caída en la tierra o en el agua. En general, cualquier episodio traumático que amenace la integridad física o emocional del individuo, desencadenará este SFC. Los problemas orgánicos y anímicos que provoca suelen ser severos; además, la persona espantada corre el riesgo letal de perder su “sombra” o espíritu, por lo que la atención debe ser pronta y efectiva, a través de complejos procedimientos terapéuticos, que incluyen limpiezas, baños, administración de preparados herbolarios y ceremonias rituales.

<sup>10</sup> El antojo es provocado por no agradecer a Dios el alimento que se ingiere; despreciar o burlarse de lo que come otra persona; o, tener antojo de algún alimento y no satisfacerlo. Los síntomas son múltiples y singulares: mareo, boca de lado, dolor de cabeza, diarrea, fiebre y hemorragia nasal, entre otros. El tratamiento debe corresponder a la causa que originó el padecimiento; por ejemplo, ante un antojo insatisfecho, los familiares del

El tratamiento al que fue sometido el enfermo, descrito detalladamente por la terapeuta, concentra el universo de ideas, creencias, prácticas y recursos (el decir y hacer social) del modelo médico subordinado amuzgo y es otra evidencia de lo ya comentado en este análisis, acerca de que las significaciones imaginarias sociales suscitaron realidad para enfrentar la pandemia, a partir de aquello que tiene sentido, valor y utilidad para la colectividad amuzga. La descripción de la terapeuta, además de mostrar el alto riesgo de ser contagiada, dio cuenta del extenso y complejo procedimiento curativo con el que enfrentó a los tres síndromes de filiación cultural, a partir de terapias vegetales y rituales, con un importante componente de eficacia simbólica. Vale la pena señalar que, como parte de la observación participante, se recogió el testimonio del terapeuta enfermo, quien reiteró su negativa a aceptar la COVID-19 y corroboró el proceso terapéutico y la sanación final.

Como parte de las acciones identificadas mediante el acopio de información y la observación participante, destacan las conductas asumidas por los terapeutas en torno a la pandemia, principalmente lo relacionado con las medidas preventivas para evitar el contagio de COVID-19, por lo que resultó congruente que, dada la negación de esta enfermedad, existiera resistencia e impugnaran todas las medidas e indicaciones emanadas del modelo médico hegemónico, a excepción del lavado de manos que habitualmente realizan. Es pertinente señalar que la higiene personal de la mayor parte de la población amuzga es buena, ya que hombres y mujeres acostumbran bañarse dos veces al día y lavarse las manos antes de los alimentos, además procuran mantener limpia y presentable su ropa, siendo de los pocos grupos indígenas que mantienen vigente su vestimenta tradicional.

---

enfermo necesariamente deberán cumplirlo; en el caso de la burla, el enfermo estará obligado a comer el mismo platillo que despertó su mofa, pero lo hará sentado en el suelo. Ocultas en estas representaciones, subyacen significaciones imaginarias sociales relacionadas con la pobreza y la extrema limitación de lo bueno que enfrenta la mayoría de los amuzgos; así, a través de este SFC, pueden saciar un antojo que escapa a su presupuesto, pero también ser ubicados simbólicamente en la situación de miseria que viven los más pobres. Una prueba de la significación imaginaria subyacente se encuentra en el sinónimo del antojo, pues los amuzgos también lo nombran “motolín”, del náhuatl “motolinía”: *mo* y *tolinía*, que significa “el que es pobre”, “el que se aflige”.

Es plausible afirmar que esta resistencia de la población amuzga fue reflejo del constante conflicto que mantienen con los servicios de salud, debido a múltiples factores relacionados con la deficiencia en la prestación de servicios médicos (insuficiencia de materiales, medicamentos y personal médico, tiempo de espera prolongado en la consulta, deficiente explicación a los pacientes sobre su enfermedad, entre otras); asimismo, por parte de la población amuzga existe una falta de comprensión de las normativas hospitalarias y procedimientos médicos, abandono de tratamientos e incumplimientos de indicaciones médicas. Al revisar estos factores negativos que implican tanto a la población indígena como a los servicios de salud, se puede vislumbrar que en buena parte se deben al incumplimiento institucional en la adecuación intercultural de los servicios médicos.

Un ejemplo que ilustra este conflicto y lo que conlleva la ausencia de sensibilidad cultural en los servicios de salud públicos, se relaciona con la vacuna contra la COVID-19, en donde el desconocimiento por parte de los servicios de salud, acerca de las creencias y conductas amuzgas, vinculadas a significaciones imaginarias que se tejen alrededor de las vacunas, implicó el rechazo de esta medida preventiva, con los potenciales brotes infecciosos en las comunidades y los riesgos epidemiológicos que esto conlleva. A excepción de la señora Delia, quien mencionó haber recibido la vacuna (aunque con cierta duda sobre su efectividad), los terapeutas Manuel y Alberto, refirieron no creer en las propiedades protectoras de la inmunización, por lo que evitaron también que su familia recibiera la inmunización, ya que consideraron que “cae mal al cuerpo” y “enferma más”, e incluso afirmaron que hubo gente que falleció, a pesar de haber sido vacunada.

Ellos atribuyeron estos efectos negativos a que las vacunas son un producto químico dañino, pero principalmente a que es una medicina “muy caliente”. La clave del rechazo se encuentra precisamente en esta noción dicotómica “frío-caliente”<sup>11</sup>, configurada con

---

<sup>11</sup> La dualidad o dicotomía frío-calor, forma parte del sistema taxonómico amuzgo, cuyas categorías opuestas y complementarias las aplican a las enfermedades, las medicinas, los alimentos, la reproducción y ciclos de vida, entre otros aspectos. Los vocablos frío y caliente no se refieren a la temperatura real, sino a las cualidades naturales que le asignan. Por ejemplo, el granizo es considerado “caliente”, no en razón de su temperatura sino por su propiedad natural de quemar las plantas; el embarazo trae consigo la acumulación paulatina de

significaciones imaginarias amuzgas, por medio de las cuales se explican y crean su mundo natural. Los terapeutas tradicionales consideraron que todas las vacunas son en extremo “calientes” y, en consecuencia, revisten serios peligros para la salud de las personas inoculadas. En realidad, esta noción se debe a los efectos secundarios que suelen provocar las vacunas, como fiebre, escalofrío y dolor de cuerpo, entre otros, alteraciones que son imputadas al intenso desequilibrio de la dualidad frío-calor; esta creencia, por ejemplo, es una de las razones por la que algunas madres indígenas evitan las inmunizaciones en sus hijos o las aceptan con mucho temor. En el caso de la vacuna contra la COVID-19, estos criterios aparecieron en las comunidades y se agudizaron por motivo del imaginario social creado alrededor de esta enfermedad.

Lo anterior conduce a reiterar que las significaciones imaginarias, emanadas del imaginario social amuzgo, deben ser consideradas por los servicios de salud públicos, pues su conocimiento y valoración permitirían incidir en las estrategias y acciones curativas y preventivas dirigidas a la población indígena. En este sentido, la atención a la salud con un enfoque intercultural, es decir, la capacidad para reconocer y aceptar las concepciones indígenas sobre la salud y la enfermedad, con la finalidad de adecuar a sus contextos los mensajes y la atención médica, haría posible establecer un diálogo intercultural en el que ambos modelos médicos y las comunidades desplazarían sus imaginarios efectivos (instituidos) a imaginarios radicales (instituyentes), aproximándose a acuerdos -o transacciones, como lo denomina Menéndez- consensuados de beneficio común, sobre todo de mayor ventaja para la población indígena.

---

“calor” por parte de la gestante; la diarrea puede ser provocada por la ingesta excesiva de alimentos de calidad “fría”; en cuanto a la medicina de patente, el suero es considerado un producto “frío” y las vitaminas son “calientes”, por lo que su combinación es un tratamiento muy aceptado entre la población, ya que mantiene el equilibrio entre ambas cualidades y la gente afirma sentirse fortalecida. Mantener el equilibrio frío-caliente del cuerpo garantiza la salud, pero esta armonía es crítica, por lo que las personas se cuidan mucho de no romper el equilibrio.



## Capítulo 6. Conclusiones

En este capítulo se presentan las conclusiones para cada uno de los objetivos específicos que guiaron esta investigación y, de forma integral, se hace lo mismo con el objetivo general. De esta manera, acerca del objetivo, *Integrar las ideas de los terapeutas tradicionales amuzgos acerca de la COVID-19*, se concluye que, al establecer dicha integración, fue posible identificar la construcción de un discurso de negación sobre la existencia de esta enfermedad y, al mismo tiempo, la reivindicación de padecimientos percibidos, clasificados y tratados en su modelo médico, los cuales responden a claves culturales compartidas por la población amuzga.

Estas ideas que en primera instancia pudiesen parecer obcecadas, toman otro viso al ser estudiadas desde la teoría de los imaginarios sociales, pues a través de la sintomatología, el tratamiento y la prevención asociados por los terapeutas tradicionales a síndromes de filiación cultural, en este caso “mal aire” y “nagual” -preexistentes a la COVID-19-, fincaron la explicación de un problema de salud desconocido e incomprensible para la población amuzga; todo ello, como parte de un proceso que condujo a los terapeutas a enfrentar la pandemia, desde las ideas y recursos de su modelo médico. Quizá la mayor importancia de las ideas expresadas por los terapeutas, se encuentre en la dimensión simbólica del lenguaje, pues a través de la palabra (el decir social), se instituyeron significaciones imaginarias que permitieron hacer comprensible la COVID-19, asignándole, incluso, una denominación en la lengua materna amuzga, y generando una respuesta social ante la poca presencia de servicios de salud en sus comunidades.

Por su parte, el objetivo *Identificar las creencias de los terapeutas tradicionales acerca de la pandemia*, se puede concluir que fueron las creencias, asociadas a la cosmovisión amuzgas sobre el proceso salud-enfermedad-curación, las que complementaron el discurso acerca de la inexistencia de la COVID-19 y la reafirmación de la presencia de padecimientos reconocidos y tratados desde su modelo médico, como condición necesaria para desarrollar una concepción propia de la pandemia y, consecuentemente, poder enfrentarla con sus recursos materiales y simbólicos, conjuntamente con el cumulo

de conceptos, mitos, símbolos y normas que, además de mostrar su eficacia simbólica ante la COVID-19, permitieron comprobar algunos de los planteamientos de Cornelius Castoriadis, principalmente lo relacionado con las dos instituciones que hacen posible la vida social y que surgen del imaginario social, como son el representar/decir social y el hacer social.

Así, de acuerdo a la indagación realizada sobre las creencias, los terapeutas tradicionales, mostraron la capacidad de explicarse y comprender el evento pandémico y crear una serie de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, incluyendo un tratamiento herbolario, puesto a disposición de sus comunidades. Es importante resaltar que los resultados obtenidos en este objetivo específico y en el anterior, vinculado a las ideas, tuvieron una función complementaria y de articulación, permitiendo la comprensión y análisis de significaciones imaginarias sociales, a través de las acciones emprendidas por los terapeutas tradicionales ante la pandemia.

En cuanto al objetivo específico, *Determinar los valores sobre el cuidado de la salud de los terapeutas tradicionales amuzgos en tiempos de la COVID-19*, es viable concluir que los valores que guiaron las actitudes y acciones de los terapeutas amuzgos en el cuidado de la salud, se relacionaron con el sentido de comunalidad, es decir el trabajo y actividad que puede realizar la comunidad o sus integrantes, para obtener el beneficio y bienestar colectivos. En este sentido, mostraron una clara disposición y ánimo para ayudar a las personas que buscaron atención a la salud, y orientaron la incertidumbre y temores de sus comunidades a estados de mayor certeza y confianza, desplegando un conjunto de ideas y creencias, no solo relativas a la salud sino también a lo religioso, aglutinado en el imaginario social, a través de sus virtudes encuadradas en su experiencia, capacidades y saberes terapéuticos.

Con respecto al objetivo, *Identificar las conductas adoptadas por los terapeutas tradicionales amuzgos en torno a la pandemia*, se concluye que las conductas asumidas por los terapeutas tradicionales durante la emergencia sanitaria fueron afines y complementarias a las ideas, creencias y valores que refirieron durante la investigación,

lo que indica la coherencia de su modelo médico y la importante función aglutinadora e identitaria de las significaciones que emanaron de su imaginario social instituido y aquellas que modificaron lo establecido, surgidas del imaginario social instituyente. Así, mostraron rechazo a la vacuna y acataron mínimamente el resto de medidas preventivas establecidas desde el modelo médico hegemónico; de acuerdo a los testimonios de los terapeutas tradicionales amuzgos, es posible afirmar que sus conductas respondieron a los resultados positivos de sus recursos terapéuticos y al deficiente acercamiento de los servicios de salud a sus comunidades.

Con todo lo anterior y a manera de corolario integral se concluye en el objetivo general, *Analizar desde el modelo médico alternativo subordinado, el imaginario social de los terapeutas tradicionales amuzgos del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, acerca de la pandemia de la COVID-19*, que las evidencias presentadas muestran aspectos notables como producto de investigar, elucidar e interpretar, las ideas, creencias valores, y conductas desplegadas por un grupo de terapeutas tradicionales amuzgos, acerca de la pandemia de COVID-19, lo cual conformó los objetivos de esta tesis y amerita ser puntualizado. Es necesario señalar que la teoría de los imaginarios sociales, dentro de su peculiar complejidad y pese a sus reducidos referentes metodológicos, representó una inestimable herramienta para describir, definir, relacionar y explicar el fenómeno de la pandemia y el modelo médico subordinado amuzgo, mostrando que otros fenómenos asociados con la salud y la enfermedad pueden ser descritos y analizados a partir de las categorías y enunciados desarrollados por Cornelius Castoriadis.

Uno de los aspectos más relevantes es el papel que desempeñaron las y los terapeutas en la atención de la salud de sus comunidades, pues el trabajo de campo realizado permite afirmar que a través de su función lograron ejercer una considerable influencia en la población, en cuanto que el oficio de la ritualidad, el manejo de lo simbólico, el amplio conocimiento de recursos terapéuticos y la mediación con las fuerzas naturales y sobrenaturales, reunido todo ello en el proceso salud-enfermedad-curación-prevención y compartido con sus comunidades, los dota de prestigio, respeto y poder.

Otro punto a destacar es la ausencia de acciones con enfoque intercultural en el municipio de Xochistlahuaca, por parte de los servicios otorgados por la Secretaría de Salud, así como la nula o poca presencia de personal médico, de acuerdo a las declaraciones de los informantes. Es decir, el modelo médico hegemónico, desde su dimensión de imaginario social instituido, demostró poca capacidad para brindar atención en las comunidades amuzgas y mantuvo prácticas excluyentes y carentes de sensibilidad cultural, siguiendo la inercia de lo instituido y alejado de la creación social.

Es relevante este aspecto, porque debido a la ausencia institucional, las y los terapeutas tradicionales se vieron obligados a enfrentar el desmesurado evento pandémico desde sus saberes, prácticas y recursos, con lo cual desempeñaron tres funciones vitales para sus comunidades: proveedores de atención médica, agentes organizadores de sentido de la pandemia y, consecuentemente, operadores de significaciones imaginarias sociales, con capacidad de crear nuevas significaciones y prácticas comunitarias.

Son precisamente las significaciones imaginarias amuzgas las que generaron otro de los hallazgos destacables de la investigación, es decir aquello que subyace a la negación de la existencia de la COVID-19 y la aceptación de padecimientos o síndromes de filiación cultural (SFC) reconocidos por la colectividad amuzga y tratados por los terapeutas tradicionales. De acuerdo a los testimonios, se puede afirmar que la mayor parte de personas de las comunidades aceptaron esta impugnación, refutación que con diferentes características y argumentos aconteció no sólo en contextos indígenas sino también entre otros grupos de personas de distintos países del mundo.

Pero en el caso de esta investigación, las evidencias reunidas en campo y las propuestas teóricas del imaginario social, permitieron evitar una interpretación o análisis simplista o culturalista, para adentrarse en una comprensión sociológica de cómo la colectividad amuzga determinó y creó una imagen propia del mundo, a través de las significaciones imaginarias operadas por sus terapeutas tradicionales, para intentar hacer de esa imagen un conjunto significativo en el que se insertaron los objetos, las imágenes, los discursos y las prácticas que no solo permitieron enfrentar la COVID-19 sino también otorgaron

sentido y valor a la vida de las comunidades para recuperar el orden de su mundo, un mundo acometido por una enfermedad ajena a sus concepciones médicas.

Otro punto a destacar es que la idea acerca de la inexistencia de la COVID-19 condujo a los terapeutas tradicionales a reinterpretar dicha enfermedad con significaciones insertas en su modelo médico y, paralelamente, relaborar los SFC “mal aire” y “nagual” con algunos elementos captados del modelo biomédico. La síntesis de este interesante ejercicio cognitivo de la curandera Delia, el hierbero Manuel y el cantor Alberto trajo consigo desplazamientos de significaciones imaginarias que suscitaron una especie de entrecruzamiento de los imaginarios sociales amuzgos, tanto instituido como instituyente. Como lo muestran las evidencias del estudio, a excepción de algunos deslizamientos que es válido aventurar para situarlos dentro de la imaginación instituyente (creación de un tratamiento herbolario y modificación de los SFC), buena parte de los imaginarios amuzgos relacionados con las ideas sobre la COVID-19 correspondieron a lo instituido, originado en las ideas, creencias, prácticas y recursos de su modelo médico.

Aunque el imaginario social instituido se asocia con una ausencia de creatividad y un estado de heteronomía, cabe plantear que particularmente en el contexto histórico y social del pueblo amuzgo, esta dimensión del imaginario justificó su aparente permanencia e inmovilidad, pues la relación hegemónica que históricamente ha ejercido el modelo biomédico con el modelo médico subordinado, se vio trastocada en este evento pandémico cuando los terapeutas tradicionales amuzgos ejercieron autonomía (contradiendo la heteronomía asociada a lo instituido) al negar y reinterpretar la COVID-19, desplazar su denominación científica y establecer sus propios tratamientos.

Es decir, el imaginario social instituido posibilitó que, en un contexto de exclusión, discriminación y pobreza, se manifestara autonomía cultural y fortaleza identitaria, demostrando que, en determinadas circunstancias históricas y sociales -como la estudiada en esta tesis-, el imaginario instituido no solo fortalece la cohesión e identidad del grupo, sino también puede representar un mecanismo para dotar de autonomía a esa colectividad, ante un grupo o institución hegemónicas.

La investigación también evidenció que en el marco de la pandemia de COVID-19 o de otras enfermedades emergentes, las autoridades y equipos de salud de los servicios públicos, no pueden desconocer u obviar este otro mundo imaginario y real de los pueblos indígenas. Los lineamientos y recomendaciones oficiales que insisten en la atención intercultural a la salud deben tener una aplicación efectiva en los contextos operativos y no solo en los políticos, para conducir, así, una verdadera adecuación intercultural de los servicios, con la plena participación de pueblos y comunidades indígenas.

En el caso del entorno presentado en esta tesis, las acciones emprendidas por los terapeutas tradicionales para enfrentar la pandemia y procurar la salud de sus comunidades, los convirtió en potenciales aliados de los programas y acciones de salud, siempre y cuando este proceso colaborativo se desarrolle bajo un verdadero diálogo intercultural que inhiba la relación hegemonía-subalternidad.

Se debe resaltar que en varios pasajes del trabajo con la señora Delia y los señores Manuel y Alberto, se deslizaron nociones sobre la complementariedad ideal de ambos modelos médicos, lo cual demostró que es en su modelo médico subordinado -sin lineamientos ni manuales- donde está más esclarecida la visión intercultural e integral de la salud. De acuerdo a las evidencias recogidas en campo, cabe vislumbrar que un verdadero enfoque intercultural en salud, permitiría una interacción y articulación entre ambos modelos médicos que, seguramente, generaría modificaciones consensuadas en uno y otro, con la consecuente mejoría en la atención médica y en las condiciones de salud de la población indígena, a través de la dinámica que conduce a las colectividades e instituciones al “hacer social efectivo”, para transitar de lo instituido a lo instituyente.

**Finalmente**, los resultados e información generados por este trabajo de tesis, propicien el interés de los servicios de salud sobre el tema analizado. Asimismo, dado que se dio un primer paso en el análisis del Modelo Médico Subordinado indígena, desde la teoría de los imaginarios sociales, es obvio que quedan interrogantes y aspectos pendientes, así como la labor de profundizar en los conceptos y categorías de Cornelius Castoriadis,

o bien de otros autores que han deconstruido las propuestas de aquel, además de incluir a otros actores sociales y a instituciones de salud.

## Capítulo 7. Aportes a la Sociología de la Salud

La realización de la presente investigación se propuso brindar un aporte a la sociología de la salud, en cuanto que se enfocó a estudiar, a partir de la perspectiva teórica de los imaginarios sociales, las ideas, creencias, valores y conductas con las que una colectividad indígena enfrentó la pandemia de la COVID-19, a partir de los saberes y prácticas de sus terapeutas tradicionales, integradas en el modelo médico alternativo subordinado.

En este sentido, se considera una aportación a la Sociología de la Salud, haber realizado una investigación que incluyó, además de la elaboración de instrumentos específicos para la recopilación de información, un trabajo de campo con permanencia de varias semanas en las comunidades de los terapeutas tradicionales indígenas. Como producto de este estudio, se logró indagar las dimensiones social y cultural que influyeron en el proceso salud-enfermedad-atención-prevención de una colectividad amuzga, frente a la COVID-19, así como conocer e interpretar la estructura y funcionamiento de su modelo médico para encarar la pandemia, es decir las ideas, creencias, prácticas y recursos de los terapeutas tradicionales.

Asimismo, el análisis de todos estos componentes, en función de la teoría del imaginario social, resultó un reto y un trabajo complejo de comprensión y aplicación, al no existir investigaciones de similares características que articularan dicha teoría a un modelo médico subordinado. La ejecución y conclusión de la presente investigación, representa un primer antecedente, una propuesta de estudio inexplorada que puede ser continuada por el autor, o bien por otros investigadores con interés en profundizar en esta temática.

Por otra parte, la presente investigación aspiró a que la información generada fuese de utilidad práctica para los programas que implementan los servicios de salud en municipios y comunidades indígenas, lo cual pudiera ser una aportación para la elaboración o adecuación de políticas, estrategias y acciones ante enfermedades emergentes.



## Referencias

Agudelo, P. A. (2011). (Des)hilvanar el sentido/los juegos de Penélope. Una revisión del concepto *imaginario* y sus implicaciones sociales. *Uni-pluri/versidad*, 11 (3), pp. 1-18.

<https://goo.su/AYGWLR>

Aguirre Pérez, I. (2017). *Monografía del pueblo amuzgo de Oaxaca y Guerrero*. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Aliaga, F. y Pintos, J. (2012). Introducción: La Investigación social en torno a los imaginarios sociales: un horizonte abierto a las posibilidades. *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, 11 (2), 11-17. <https://www.redalyc.org/pdf/380/38024616002.pdf>

Anda Basabe, S. y Trujillo Montalvo, P. (2021). “La enfermedad ya me conoce: la historia de Doña Irma, una sanadora kichwa en tiempos de COVID-19”. *Mundos plurales. Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública*, 8, (1), 31-56

[file:///C:/Users/hp/Downloads/5034-Texto%20del%20art%C3%ADculo-22037-1-10-20210529%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/5034-Texto%20del%20art%C3%ADculo-22037-1-10-20210529%20(2).pdf)

Argoty-Pantoja, A. D., Robles-Rivera, K., Rivera-Paredes, B. y Salmerón, J. (2021). COVID-19 fatality in Mexico's indigenous populations. *Public Health*, (193), 69-75.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350621000457>

Baeza, M. A. (2003). *Imaginarios Sociales. Apuntes para la discusión teórica y metodológica*. Editorial Universidad de Concepción.

Baeza, M. A. (2022). Hermenéutica e imaginarios sociales. En F. Aliaga (Ed.), *Investigación sensible. Metodologías para el estudio de imaginarios y representaciones sociales* (pp. 95-134). Ediciones USTA.

<https://repository.usta.edu.co/handle/11634/46328>

Balarezo-López, G. (2018). Sociología médica: origen y campo de acción. *Revista de Salud Pública*, 20 (2), 265-270.

<https://www.scielo.org/pdf/rsap/2018.v20n2/265-270/es>

Barabas, A. M. (2020). Covid 19 en Oaxaca: respuestas etno-culturales ante la crisis sanitaria. *Comparative Cultural Studies: European and Latin American Perspectives*, 5 (10), 143-151. <https://oajournals.fupress.net/index.php/ccselap/article/view/12304/11716>

Bertolozzi, M. R. y De-la-Torre-Ugarte-Guanilo, M. C. (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, 1 (1), 24-36.

<https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/309>

Bleger, J. (2003). *Psicología de la conducta*, Paidós. <https://acortar.link/h8rTpz>

Capasso, C., Marques, M. y Lima, F. A. (2020). COVID-19 in the Indigenous Population of Brazil. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 7, 1053–1058.

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40615-020-00885-6.pdf>

Carretero Pasín, A. E. (2001). *Imaginario sociales y crítica ideológica. Una perspectiva para la comprensión de la legitimación del orden social*. [Tesis de doctoramiento no publicada]. Universidad de Santiago de Compostela.

<https://www.cervantesvirtual.com/obra/imaginarios-sociales-y-critica-ideologica--0/>

Casazola, J. (2021). Covid-19: Tiempos de crisis y vulneración del derecho intercultural a la salud en las comunidades altoandinas. *Revista Pacha, Derecho y Visiones*, 01 (01), 25-34. <https://n9.cl/45rw6>

Castoriadis, C. (1997). El imaginario social instituyente. *Zona Erógena*, 35, 1-9. <https://n9.cl/t4p0n>

Castoriadis, C. (2005). *Los dominios del hombre. Las encrucijadas del laberinto*. Gedisa.

Castoriadis, C. (2006). *Una sociedad a la deriva: entrevistas y debates (1974-1977)*. Editorial Katz. <https://acortar.link/GfBq5x>

Castoriadis, C. (2013). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets Editores. <https://acortar.link/7IZ1qP>

CONACYT (2022). *COVID-19 México*. Recuperado el 23 de noviembre de 2022, de <https://datos.covid-19.conacyt.mx/#DOView>

CONACYT/CIESAS PS (2021). *Informe de políticas (policy brief). Fortalecimiento de la gobernanza comunitaria indígena en escenarios de riesgo: aprendizajes a partir de la pandemia de COVID-19*. Proyecto 312309 “Biogobernanzas frente a la pandemia de COVID-19: Necesidades, recursos y estrategias en comunidades indígenas del estado de Oaxaca”. Documento de trabajo. <https://acortar.link/N9CLB8>

Cortez-Gómez, R., Muñoz-Martínez, R. y Ponce-Jiménez, P. (3 de agosto, 2020). Vulnerabilidad estructural de los pueblos indígenas ante el COVID-19. *Boletín sobre COVID-19 Salud Pública y Epidemiología*, 1 (7-8), 7-10. <https://acortar.link/deYJdu>

Cupertino, G. A., Cupertino, M., Gomes, A. P., Braga, L. M. & Siqueira-Batista, R. (2020). COVID-19 and Brazilian Indigenous Populations. *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 103 (2), 609–612. <https://bit.ly/3kOCTbt> <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0563>

De Significados (2021). Valores. Recuperado el 28 de abril de 2021 de <https://designificados.com/valores/>

Díaz de León-Martínez, L., Sierra de la-Vega de la, L., Palacios-Ramírez, A., Rodríguez-Aguilar, M. y Flores-Ramírez, R. (2020). Critical review of social, environmental and health risk factors in the Mexican indigenous population and their capacity to respond to the COVID-19. *Science of the Total Environment*, (733), 1-6. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048969720328746>

Dimas Huacuz, B. (2020). *ABC de la COVID-19. Prevención, vigilancia y atención de la salud en las comunidades indígenas y afroamericanas*. Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas. <https://acortar.link/DSKGCe>

Enciclopedia Universal (2021). Valores. Recuperado el 20 de mayo de 2021 de <https://humanidades.com/valores/#ixzz8JHzymisM>

Fericgla, J. M. (1993). Creencia. En Aguirre Bastán, A. (Ed.). *Diccionario temático de antropología* (pp. 144-145). Editorial Boixereu Universitaria.

Fernández, A. M. (2016). La imaginación colectiva y anónima: introducción a algunas ideas de C. Castoriadis. En *Diferencia(s), revista de teoría social contemporánea*, 2 (2), 3-16. <https://acortar.link/L2AjqI>

Fuentes Díaz, A., Moreno Badajoz, R. y Rivero Borrell Zermeño, L. E. (2020). El autogobierno p'urhépecha de Cherán y las estrategias comunitarias frente a la pandemia. *Revista Catalana de Dret Ambiental*, XI (2), 1-39. <https://revistes.urv.cat/index.php/rcda/article/view/2943>

Galimberti, U. (2002). Conducta. *Diccionario de psicología* (p.234). Siglo XXI Editores. <https://acortar.link/MZTbmD>

García Rodríguez, G. O. (2019). Aproximaciones al concepto de imaginario social. *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*, 19 (37), 31-42. <https://acortar.link/9oE0f6>

Gonçalves, J. E., Marques Gomes Mendes, R. C., Silva da, W. M., Cardoso Peixinho, B., Oliveira de, M. B., Silva da Albuquerque, J. L., Gonçalves Ferreira, J., Santana de Silva, W. B., Soares Gomes, L., Silva de Araújo, G. R. (2020). Medicina tradicional indígena em tempos de pandemia da COVID-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12 (10), 1-7. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4713>

Grupo de Apoyo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Cuestiones Indígenas (s.f.). *Pueblos Indígenas y la COVID-19: Nota de orientación para el sistema de la ONU*. ONU. <https://acortar.link/ydVgAP>

Guber, R. (2022). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Siglo XXI Editores.

Guerrero Cultural Siglo XXI (2012). Xochistlahuaca. En *Enciclopedia Guerrerense*. Gobierno del Estado de Guerrero. Recuperado el 12 de septiembre de 2021. <https://acortar.link/ioDrbK>

Gutiérrez Ávila, M. A. (2001). *Déspotas y caciques. Una antropología política de los amuzgos de Guerrero*. Universidad Autónoma de Guerrero.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2000). *Metodología de la investigación* (2a. ed.), McGraw-Hill.

Ibarra-Nava I., Flores-Rodríguez, G., Ruiz-Herrera, V., Ochoa-Bayona, H., Salinas-Zertuche, A., Padilla-Orozco, M. y Salazar-Montalvo, R. (2021). Ethnic disparities in COVID-19 mortality in Mexico: A cross-sectional study based on national data. *PLoS ONE*, 16 (3), 1-10. <https://acortar.link/xO53l0>

INEGI (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. Recuperado el 18 de septiembre de 2021, de <https://www.inegi.org.mx/app/scitel/consultas/index#>

INPI (8 de mayo de 2020). *Guía para la atención de pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas ante la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19)*. <https://acortar.link/4TwOaj>

Izquierdo, M. J. (2004). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado, *Congreso internacional SARE 2003*. <https://acortar.link/hrbwRv>

Lévi-Strauss, C. (1992). *Antropología estructural*. Ediciones Paidós.

López Austin, A. (1984). *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. (Vol. I). Universidad Nacional Autónoma de México

López Flores, P. (2020). Pueblos indígenas y crisis sanitaria en América Latina. Vulnerabilidad, abandono y violencia acentuada en tiempos de pandemia. *Observatorio Latinoamericano y Caribeño*, 4 (2), 168-188. <https://acortar.link/t0oCG2>

Maffesoli, M. (1990). *El tiempo de las tribus. El declinar del individualismo en la sociedad de masas*. Icaria.

Maidana, C., Martínez, A. y Tamagno, L. E. (2021). Pandemia COVID-19 y pueblos indígenas en la región metropolitana de Buenos Aires–Argentina: la necesidad de un abordaje intercultural. *Revista Albuquerque*, 13, 25, 127-142. <https://acortar.link/lkimvZ>

Mansilla, J. y Bravo, N. (2020). Pandemia kuxan covid-19 (kuxan) vista desde la cosmovisión mapuche. *Ludus Vitalis*, XXVIII, (54), 177-181. <https://acortar.link/Aa9GuS>

Martín Román, A. (2019). *Imaginario sociales de exreclusos sobre la lectura y el sentido de la vida: la función de la biblioterapia en las personas privadas de su libertad*. [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad Argentina John F. Kennedy. <https://antonioroman.info/tesis-doctoral/>

Medrano, c. (2020). Conversando sobre virus, naturalezas e historia. Un diálogo situado junto a un líder indígena qom en el Gran Chaco. *Tessitura*, 8 (1), enero junio, 374-392. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/169464>

Menéndez, E. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuadernos de la Casa Chata 86, CIESAS.

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4 (7), pp. 71-83.

Menéndez, E. (2009). Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En Citarella, L. y A. Zangari (Eds.), *YACHAY TINKUY. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (pp. 87-122). Editorial Gente Común

Mondardo, M. (2020). Pandemia y autonomía territorial: los Guaraníes y los Kaiowá se enfrentan a propagación de Covid-19 en los Tekoha. *Revista Cardinalis* 8 (15), 149-167. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/cardi/article/view/31762>

Morales Muñoz, M. V. (2021). Yúmari y Covid-19. Reflexiones etnográficas sobre la ritualidad rarámuri urbana. Cuicuilco. *Revista de Ciencias Antropológicas*, 28 (81),75-96. <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/view/17125>

Narvéez Tijerina, A. y Carmona Ochoa, G. (2022). Etnografía y netnografía en la investigación sobre lo imaginario. En F. Aliaga (Ed.), *Investigación sensible. Metodologías para el estudio de imaginarios y representaciones sociales* (pp. 201-234). Ediciones USTA. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/46328>

OMS (2020). *Información básica sobre covid-19*. Recuperado el 23 de noviembre de 2021 de <https://acortar.link/Ftrdd>

Orrego Blanco, G., Toledo Núñez, S. y Alvarenga Pérez, S. (2020). Comunidades indígenas de Paraguay y la emergencia sanitaria en el contexto del COVID 19. *Divulgación Académica UNA FENOB*, 1 (1), 117-129. <https://revistascientificas.una.py/index.php/rfenob/article/view/97/97>

Ortiz-Hernández, L. y Pérez-Sastré., M. A. (2020). Inequidades sociales en la progresión de la COVID-19 en población mexicana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (44), 1-8. <https://acortar.link/cgHB38>

Pérez, M. y Galicia, M. (2021). Un fantasma recorre lo rural: experiencias de comunidades rurales e indígenas ante el COVID 19. *Revista CoPaLa*, 6, (13), 47-60.

<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/231/2312167013/2312167013.pdf>

Pérez Freire, S. (2017). Situando los imaginarios sociales: aproximación y propuestas. *Imagonautas. Revista Interdisciplinaria sobre Imaginarios Sociales*, 9, 1-22.

<http://imagonautas.webs.uvigo.gal/index.php/imagonautas/article/view/83>

Pesantes, M. A. y Gianella, C., (2020). ¿Y la salud intercultural?: Lecciones desde la pandemia que no debemos olvidar. *Mundo Amazónico* 11 (2), 93-110.

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/imanimundo/article/view/88659/76753>

Pintos, J. L. (2005): "Inclusión / Exclusión. Los imaginarios Sociales de un Proceso de construcción social", *Revista Sémata*, Facultad de Geografía e Historia. No. 16: 1-50.

<https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/4572>

Pintos, J. L. (2014). Algunas precisiones sobre el concepto de imaginarios sociales. *Revista Latina de Sociología*, 4, 1-11. DOI: <https://doi.org/10.17979/relaso.2014.4.1.1217>

PNUD (2020). *Desarrollo Humano y COVID-19 en México: Desafíos para una recuperación sostenible*. <https://acortar.link/40ilwS>

Real Academia Española (2014). Idea. En *Diccionario de la lengua española*.

<https://dle.rae.es/idea#otras>

Reuters (2021). *COVID-19 Trakers*. Recuperado el 14 de noviembre de 2021, de

<https://acortar.link/yf1uUk>

Rodríguez, C., Lorenzo, O. y Herrera, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, XV (2), pp. 133-154.

<https://www.redalyc.org/pdf/654/65415209.pdf>



Rojo Pérez, N. y García González, R. (2000). Sociología y salud. Reflexiones para la acción. *Revista Cubana de Salud Pública*, 24 (2), 91-100.  
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v26n2/spu03200.pdf>

Rosental, M. y Iudin, P. (1946). *Diccionario Filosófico Marxista*. Ediciones Pueblos Unidos  
<https://www.filosofia.org/urss/img/1946dfm.pdf>

Secretaría de Salud (2020). *Protocolo de atención para los pueblos indígenas y afroamericanos frente a enfermedades emergentes - lineamientos interculturales*.  
<https://acortar.link/4URnAQ>

Secretaría de Salud (29 de abril 2021). *Noveno informe epidemiológico 2021 de COVID-19 en la población que se reconoce como indígena dirección de información epidemiológica*. Recuperado el 15 de noviembre de 2021 de <https://acortar.link/ENxigS>

Secretaría de Salud (10 de noviembre de 2021). *COVID-19 México: Panorama en población que se reconoce como indígena*. Recuperado el 15 de noviembre de 2021 de <https://acortar.link/H3ilx6>

Secretaría de Salud (3 de noviembre de 2022). *Informe integral de covid-19 en México*. Recuperado el 23 de noviembre de 2022 de <https://acortar.link/nhr0u2>

Sepúlveda, J. (Dir.) (2021). *La respuesta de México al Covid-19: Estudio de caso*. Institute for Global Health Sciences. <https://acortar.link/0tuezf>

Tascón Mendoza, J. A. (s.f.). Diagnóstico de la medicina tradicional indígena de Guerrero. En Campos-Navarro, R., C. Sánchez y J. A. Tascón (Eds.), *Medicina tradicional indígena y afrodescendiente en México. Una aproximación diagnóstica (1994-2019)* [Manuscrito presentado para su publicación]. Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad, UNAM – Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas.

Tlachinollan (s.f.). *Los pueblos y comunidades indígenas frente al Covid-19 en México*.

<https://acortar.link/JT9Ro>

Tuaza Castro, L. A. (2020). El COVID-19 en las comunidades indígenas de Chimborazo, Ecuador. *Latin American and Caribbean Ethnic Studies* 15 (4), 413–424.

<https://acortar.link/bZfVPK>

UNAM (2022). *Observatorio de vacunas. Informe semanal*. Recuperado el 27 de marzo de 2022, de <https://observatoriovacunas covid19.unam.mx/informe-semanal/>

Valtierra Zamudio, J. y Córdova-Hernández, L. (2021). Pueblos indígenas y religiosidad en México frente a la pandemia por COVID-19. *Comparative Cultural Studies: European and Latin American Perspectives*, (13), 89-101. <https://acortar.link/V7Nqnn>

Velazco Gómez, A. (enero-junio, 2021). Epistemocracia frente a las sabidurías indígenas, y la equidad epistémica ante la pandemia de COVID-19. *Revista de Filosofía, Arte, Literatura, Historia*, XV (29), 1-29. <https://acortar.link/xR24KT>

Walters, G., Pathak Broome, N., Cracco, M., Dash, T., Dudley, N., Elias, S., Hymas, O., Mangubhai, S., Mohan, V., Niederberger, T., Kema, C., Lio, A., Raveloson, N., Rubis, J., Toviehou, S.A.R. and Vliet, N. (2021). COVID-19, Indigenous peoples, local communities and natural resource governance. *Parks*, 27, 57-72. <https://acortar.link/HrwlulL>

Zolla, C. (1986). Terapeutas, enfermedades y recursos vegetales. *México Indígena* (9), 16-20.

Zolla, C. (2005). La medicina tradicional indígena en el México actual. *Arqueología Mexicana*, XIII (74), 62-65.

Zolla, C., del Bosque, S. y Tascón, J. A. (2020). *Mal de ojo, empacho y otras enfermedades tradicionales*. Artes de México.

## Anexos

## Anexo 1

### GUÍA DE ENTREVISTA

Categorías	Subcategorías	Preguntas
<b>1. Ideas</b>	1.1 Entendimiento	1.1.1 ¿Por qué cree usted que se originó la COVID-19? 1.1.2 ¿Por qué cree que esta enfermedad ha afectado a todos los países del mundo?
	1.2 Conocimiento	1.2.1 ¿Qué es para usted la COVID-19? 1.2.2 ¿Con qué otro nombre se conoce a la C-19 en su comunidad? 1.2.3 ¿En su lengua como se le nombra a la COVID-19? 1.2.4 ¿Cuáles son los síntomas de las personas con COVID-19? 1.2.5 ¿Conoce usted un tratamiento o remedio para curar la COVID-19? 1.2.6 ¿Cuáles son las medidas para prevenir la COVID-19?
<b>2. Creencias</b>	2.1. Mitos	2.1.1. ¿Cree usted que la pandemia de la COVID-19 es un invento o es real? ¿Por qué? 2.1.2. ¿Considera que la COVID-19 fue creada por algún país o por algunas personas? ¿Quiénes y por qué? 2.1.3. ¿Por qué cree que mucha gente se enferma y muere por la COVID-19? 2.1.4. ¿Dónde cree usted que ha habido más enfermedad y muerte por la C-19, en comunidades indígenas o en las mestizas? ¿Cuáles cree que son las razones?
	2.2. Símbolos	2.2.1. ¿Utiliza alguna oración o imágenes para no ser contagiado por sus pacientes que probablemente tengan COVID-19?
	2.3. Normas	2.3.1. ¿Cree usted que las personas se enfermen de COVID-19 debido a un castigo? ¿Por qué?
	2.4. Actitudes	2.4.1. ¿Realiza alguna acción en su comunidad para que la gente no se enferme de COVID-19? (pláticas, consejos, apoyo a las autoridades) 2.4.2. ¿Usted ya fue vacunado contra la COVID-19? 2.4.3. ¿Qué opina de la vacuna contra la COVID-19?
	2.5. Ideología	2.5.1. ¿En qué forma ha afectado a su familia y comunidad la COVID-19? 2.5.2. ¿Ha habido algún tipo de ayuda del gobierno o de la comunidad para las familias de las personas que han enfermado o muerto por la COVID-19?
<b>3. Valores</b>	3.1. Virtudes	3.1.1. ¿Considera usted haber puesto en riesgo su salud al atender a una persona enferma de COVID-19? ¿Por qué? 3.1.2. ¿De qué manera atiende a una persona enferma de COVID-19? 3.1.3. ¿De qué manera cuida su salud para no contagiarse de COVID-19? 3.1.4. ¿De qué manera se cuida usted para no contagiarse, cuando atiende a personas que pueden tener COVID-19?
	3.2. Actitudes	3.2.1. ¿Qué recomienda a las personas de su comunidad para que no enfermen de COVID-19?
<b>4. Conductas</b>	4.1. Acciones	4.1.1. ¿Qué hace usted si una persona de su consulta es sospechosa de tener COVID-19? 4.1.2. ¿Cuáles son las medidas que toma usted y su familia para prevenir la COVID-19?
	4.2. Reacciones	4.2.1. ¿Usted o algún familiar ha enfermado de C19? 4.2.2. ¿Cuáles fueron las acciones que realizó para su atención o la de su familiar?
<b>5. Cuidados de la salud</b>		5.1. ¿Cuáles son las recomendaciones hechas por el gobierno para prevenir la COVID-19 con las que usted está de acuerdo y con cuáles no? 5.2. ¿Qué piensa acerca de la atención que han brindado los servicios de salud del gobierno, durante la pandemia COVID-19?

## Anexo 2

### GUÍA DE OBSERVACIÓN

<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Características a observar</b>
<b>Conductas</b>	Acciones	<p>Realizan las medidas de prevención contra la C-19 (lavado de manos, uso de cubrebocas, guardar sana distancia, vacunación).</p> <p>En el ámbito del hogar existen medidas (higiénicas, simbólicas, religiosas) para prevenir contagios de C-19.</p> <p>Realiza alguna medida de prevención o protección cuando atiende a personas que solicitan sus servicios terapéuticos.</p>
	Reacciones	<p>Qué medidas preventivas contra contagios de C-19 se observan en las comunidades, por parte de las personas y autoridades.</p>

## Anexo 3



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

---

---

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene la finalidad de brindarme información y obtener mi consentimiento, para participar en las actividades que se realizarán en la investigación denominada **“El imaginario social entre la población indígena amuzga del municipio de Xochistlahuaca, Guerrero, sobre la pandemia de la covid-19”**, la cual está a cargo del **C. José Antonio Tascón Mendoza**, quien realizará esta investigación para elaborar su tesis de Maestría en Sociología de la Salud, de la Universidad Autónoma del Estado de México (Centro Universitario Nezahualcóyotl).

Se me ha informado que la investigación tiene el objetivo de conocer mis ideas y creencias sobre todo lo relacionado con la COVID-19, y mi participación consistirá en responder las preguntas que se me hagan, siempre respetando mi dignidad y protegiendo mis derechos y bienestar.

Toda la información que proporcione será estrictamente confidencial y utilizada únicamente por el investigador; su difusión sólo se realizará en foros y otros eventos académicos, y no estará disponible para ningún otro propósito.

Se me identificará con un seudónimo o una clave, y no tendré que dar mis apellidos y ninguna otra información personal.

Mi participación en esta investigación es absolutamente voluntaria y con pleno conocimiento de que no existe ningún riesgo para mí, ya que no se realizarán pruebas clínicas ni tratamientos médicos.

Quedo en plena libertad de retirar mi consentimiento a seguir participando en la investigación, en el momento que yo lo considere conveniente y sin que represente un perjuicio para mi persona.

Estoy consciente y acepto que no recibiré ningún beneficio directo ni compensación económica por mi participación; al término de la investigación, si lo considero necesario, podré solicitar se me informe acerca de los resultados parciales que se obtengan en este estudio.

Declaro que he leído (o me ha sido leída) toda la información acerca de esta investigación, y han sido contestadas satisfactoriamente mis dudas, por lo que:

**Doy mi consentimiento**    **SÍ ( )**                      **NO ( )**

---

**Nombre y Firma**

**Testigos**

---

**Nombre y Firma**

---

**Nombre y Firma**

## Anexo 4

### DOCUMENTOS PARA LA ATENCIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS ANTE LA COVID-19

Como parte del marco que regula y orienta la atención de la población indígena ante la COVID-19 en México, se incluye un documento internacional y cuatro documentos nacionales relacionados con su atención y vigilancia:

- Grupo de Apoyo Interinstitucional (IASG-ONU) (s.f.). *Pueblos Indígenas y la COVID-19: Nota de orientación para el sistema de la ONU.*

Este documento fue preparado por el Grupo de Apoyo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Cuestiones Indígenas (IASG), la nota explica los riesgos específicos, las necesidades y las vulnerabilidades que enfrentan los pueblos indígenas, así como las acciones para garantizar la participación activa de los pueblos indígenas y la descripción de los puntos de entrada para la acción del sistema de la ONU. El IASG se estableció para apoyar y promover el mandato del Foro Permanente de las Naciones Unidas para las Cuestiones Indígenas dentro del sistema de las Naciones Unidas.

- *Protocolo de atención para los pueblos indígenas y afroamericanos frente al COVID-19. Lineamientos interculturales* (Secretaría de Salud, 2020).

Estos lineamientos y orientaciones fueron preparados en el año 2020 por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, de la Secretaría de Salud, los cuales se enmarcan en el Modelo para la Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y Afroamericanos, que define elementos para una atención intercultural de dichos pueblos, enmarcado en los derechos humanos reconocidos en el ámbito internacional y en la Constitución Política de México.

- *Guía para la Atención de Pueblos y Comunidades Indígenas y Afromexicanas ante la emergencia sanitaria generada por el virus SARS-CoV-2* (Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas [INPI], 8 de mayo de 2020).

El documento fue publicado por el INPI, como respuesta a un amparo interpuesto en el mes de abril del mismo año por integrantes de los pueblos indígenas tseltal, tsotsil y chol de Chiapas, en contra de los gobiernos federal y estatal, con la finalidad de que la autoridad judicial ordenara la realización de acciones de difusión masiva y lingüísticamente adecuadas para la prevención del Covid-19 entre la población indígena del país.

- *ABC de la COVID-19. Prevención, Vigilancia y Atención de la Salud en las Comunidades Indígenas y Afromexicanas* (Dimas, 2020).

Esta fue una edición digital e impresa, publicada por el INPI en septiembre de 2020. Se orientó a explicar las medidas básicas de prevención, vigilancia y atención de la salud, para las comunidades indígenas y afromexicanas, procurando aclarar nociones erróneas sobre el impacto del coronavirus en el cuerpo humano, así como facilitar el ejercicio del derecho a la salud y a la información de las personas indígenas, por lo que se consideró como un mecanismo de divulgación de los fundamentos de salud pública comunitaria.

- *Informe de políticas (policy brief). Fortalecimiento de la gobernanza comunitaria indígena en escenarios de riesgo: aprendizajes a partir de la pandemia de COVID-19* (CONACYT/CIESAS PS, 2021).

Este informe fue preparado por un grupo de investigadoras del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) Pacífico Sur, en el marco del “Programa de apoyo para proyectos de investigación científica, desarrollo tecnológico e innovación en salud ante la contingencia por COVID-19”, financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



(CONACYT). Su objetivo se enfocó en brindar evidencia científica a los tomadores de decisiones de los tres niveles de gobierno, para desarrollar políticas que favorezcan la gobernanza comunitaria en los contextos indígenas del país, ante escenarios de riesgo como la pandemia de COVID-19.

En conjunto, estos documentos buscaron advertir sobre la grave situación de vulnerabilidad de los pueblos indígenas ante la pandemia de COVID-19 en un contexto adverso, caracterizado por una discriminación histórica en su contra, en este caso, en el ámbito de la salud y en la violación sistemática de este derecho que tienen todas las personas y comunidades indígenas del país.

La alarma que apareció en instituciones gubernamentales, académicas y de la sociedad civil, acerca de las graves consecuencias que amenazaban a las comunidades indígenas con el desplazamiento de la COVID-19 de los centros urbanos a sus territorios, no fue infundada, ya que las instituciones que desplegaron los documentos señalados, conocían la falta de infraestructura, la insuficiencia de personal médico y de equipos e insumos que históricamente ha estado presente en los contextos indígenas; a lo anterior habría que agregar las relaciones de discriminación y las deficiencias de los programas de prevención, seguimiento y control de enfermedades en las comunidades.

Estas condiciones adversas propiciaron que los documentos expedidos por el INPI, estuvieran dirigidos a hacer recomendaciones sobre la atención que deberían prestar las instituciones de salud a la población indígena, así como de orientación y autocuidado de la salud para los propios pueblos indígenas. De igual manera, las otras instancias que emitieron los documentos, sugirieron el establecimiento de políticas específicas y diferenciadas para la atención intercultural de los pueblos indígenas ante la pandemia, así como mantenerlos informados sobre el desarrollo y acciones que deberían desarrollar.