

“Vacunas sí, pero planificación familiar no”. Representaciones sociales sobre grupos domésticos triquis de la Ciudad de México

Zuanilda Mendoza González

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina

RESUMEN: *Un aspecto central en el análisis de los grupos indígenas migrantes a las ciudades es la constante interacción social y la diversidad de actores involucrados.*

En este trabajo hago hincapié en las representaciones sociales que elaboran algunos sujetos urbanos respecto de grupos domésticos indígenas migrantes en la Ciudad de México; el interés es reconocer cómo son identificados y la manera en que esto influye en el tipo de interacción que establecen con ellos.

Los sujetos de nuestro trabajo son prestadores de servicios de instituciones gubernamentales, ONG o vecinos que interactúan con estas familias triquis por su actividad laboral o por vecindad. Las representaciones sociales referidas por ellos se relacionan con las necesidades en salud de estas familias, su demanda de atención, los problemas de acceso y la utilización de los servicios, así como las prácticas del personal de salud en la aplicación de algunos programas institucionales, sobre todo respecto de su proceso reproductivo, la crianza y la enfermedad infantil entre estos grupos; ya que es a partir de cómo los identifican que se generan acciones concretas y, en muchas ocasiones, maltrato.

Estas familias indígenas triquis, originarias de la Mixteca oaxaqueña, migraron a la Ciudad de México hace aproximadamente 15 años y pertenecen a diferentes generaciones. Es importante para nuestro trabajo hacer evidente la presencia de la discriminación que resulta de su interacción y cómo incide en el complejo proceso de continuidad/discontinuidad cultural en que se encuentran insertos estos grupos indígenas urbanos.

ABSTRACT: *A central aspect in the analysis of the migrant indigenous groups to the cities is the constant social interaction and the diversity of actors with whom they interact.*

In this case I will make emphasis in the social representations made by some urban subjects towards the domestic indigenous migrant groups in Mexico City; the interest is to recognize the manner of how they are identified and how this have influence in the type of interaction established with them.

The subjects in our case are service providers of governmental institutions, NGO or neighbors that interact with these triquis families because of their labor activity or for neighborhood. The social representations referred by them are about the health necessities of these families, their

demand of attention, the problems of accessibility and the use of the services, as well as the representations of the health personal's practice in the application of some institutional programs with the triquis, mainly related to their reproductive process, the upbringing and the childhood diseases among others. Due to, it is how they are identified that concrete actions are generated and in several occasions a bad treatment.

The indigenous families of which we are talking are triquis, native of the Mixteca in Oaxaca, who have migrated to Mexico City approximately 15 years ago and belonging to different generations. It is important for our case to make evident the presence of discrimination as a result of the interaction and how it influence in the complex process of cultural continuity/discontinuity in where these urban indigenous groups are inserted.

PALABRAS CLAVE: *Representación social, personal institucional, migrantes indígenas.*

KEYWORDS: *Social representation, institutional personal, indigenous migrants.*

INTRODUCCIÓN

La información que aquí presento constituye parte de una amplia investigación en antropología médica realizada con grupos domésticos triquis del estado de Oaxaca, migrantes a la Ciudad de México [Mendoza, 2002].

Para fines de este documento retomo las representaciones sociales y la observación de las prácticas de servidores públicos de instituciones gubernamentales, no gubernamentales y vecinos que mantienen relación con las familias del asentamiento indígena; se realizaron entrevistas a profundidad a médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, educadoras de calle, promotores culturales y vecinos, en total diez informantes centrales en un periodo de seis meses durante los años 2001 a 2003.

Las representaciones sociales referidas por ellos son acerca de las necesidades en salud de estas familias, su demanda de atención, los problemas de acceso y la utilización de los servicios, así como las representaciones de la práctica del personal de salud en la aplicación de algunos programas institucionales con los triquis, principalmente respecto de su proceso reproductivo, la crianza y la enfermedad infantil entre estos grupos. La interacción social que establecen estos sujetos con las familias triquis forman parte de la diversidad de relaciones que estos grupos migrantes tienen en su vida diaria, y conforma un aspecto determinante en el tipo de atención que reciben en la ciudad, ya que es a partir de cómo son identificados que se generan acciones concretas y, en muchas ocasiones, discriminación y maltrato.

Considero que el análisis de las relaciones e interacciones, así como las representaciones de las mismas, que los integrantes de los grupos domésticos indígenas establecen con otros actores sociales de la sociedad a la que se insertan es indispensable para dar cuenta de los procesos de continuidad

y cambio sociocultural en los saberes de estos sujetos sociales, incluidos los de salud enfermedad.

Reconozco al fenómeno de las relaciones interétnicas como multidimensional, incorpora elementos que tienden a ser conceptualizados en referencia al análisis de sistemas culturales, grupos organizados y transacciones individuales. La noción de fricción interétnica, aporte fundamental del planteamiento teórico de Cardoso de Oliveira [1972,1992], fue específicamente elaborada para hacer inteligibles las relaciones que involucran a grupos indígenas con la sociedad de clases que las engloban.

Si reflexionamos sobre los grupos étnicos en América Latina es aparente la diversidad de situaciones políticas en las que se encuentra, pero siempre dentro de un contexto básico de subordinación política de todos ellos [Bonfil, 1972].

Es imprescindible reconocer la pluriculturalidad que caracteriza a nuestro país y a la zona metropolitana de la Ciudad de México, es decir, la existencia de múltiples culturas en un mismo territorio, partiendo de una evidente realidad sociodemográfica. Todas ellas ubicadas en una sociedad con profundas desigualdades sociales y que tienden a la búsqueda de proyectos de globalización, uniformidad y uso unilateral de la diferencia cultural [Bonfil, 1987:12-15].

Investigaciones realizadas con indígenas migrantes a las ciudades señalan las características de estos grupos y los riesgos a su salud en comparación con la población nativa. Enfatizan las condiciones de nutrición de los infantes, las condiciones de salubridad y los obstáculos para la utilización de los servicios de atención biomédica, principalmente las barreras lingüísticas, el analfabetismo, la educación formal limitada, la marginalidad social/ocupacional, los escasos recursos económicos y el empobrecimiento cultural, definido como la pérdida que van teniendo las madres de los conocimientos tradicionales relacionados con la atención de las enfermedades de su grupo familiar, aunada a su falta de acceso a los recursos proporcionados por la biomedicina [Méndez, 1994; Oehmichen, 2001; Ortega, 1999; Giménez, 2000].

En el caso de los actores sociales del sector salud, le atribuyen a la familia indígena el mantenimiento de usos y costumbres culturales que afectan procesos específicos, como la alimentación, la resistencia a determinadas acciones, el uso de automedicación, todas ellas con una carga negativa. Se hace responsables a los grupos familiares de las condiciones de salud-enfermedad en que se encuentran y a la limitación de las acciones específicas desde el sector salud [Menéndez, 1993].

Se señala la mejoría de condiciones nutricionales y de salud en general, con predominio en la población infantil, así como la disminución en

las tasas de morbilidad y mortalidad. Se afirma que la migración mejora el acceso a recursos para la salud, así como las oportunidades de elección de diferentes instancias de atención a la enfermedad al ampliarse las opciones de atención, pero de igual forma se identifican dificultades en la relación institución/población migrante que genera errores y negligencia en su atención, se habla de limitantes culturales en la utilización de los servicios. Paralelamente se identifica la permanencia de prácticas médicas tradicionales, así como de la automedicación [Freyermuth, 2003], aspecto que se retomará y pondrá a discusión en este trabajo.

Partimos de la idea de que, al acortarse la distancia espacial y simbólica entre una sociedad campesina/indígena y la metrópoli, se generan interacciones con otros interlocutores, que les permite adquirir nuevos conocimientos, cuestionar, sintetizar y transformar. La migración necesariamente será un facilitador de este proceso transformador, ya que al poner en contacto directo a estos sujetos con otros actores sociales e instituciones, les permite obtener elementos transformadores de sus saberes [Bonfil y Pont, 1999].

Las acciones que han desarrollado las instituciones y los organismos no gubernamentales con grupos sociales como los triquis de La Merced, a lo largo de los últimos años, son diversas. Los indígenas urbanos han sido objetivo y materia de interés de cantidad de programas, proyectos y protocolos de investigación y/o acción, que buscan integrarlos a actividades para mejorar sus condiciones de vivienda, aprendizaje, higiene, salud; o bien, hacerlos partícipes de movilizaciones.

El INI¹ y, posteriormente, la CDI² realizaron proyectos con los grupos indígenas urbanos desde hace aproximadamente quince años, cuyo objetivo era proporcionarles asesoría, apoyo y herramientas para resolver diversos tipos de problemas que surgían en su acontecer diario en la ciudad. A través de estos proyectos los conjuntos indígenas en la Ciudad de México obtuvieron beneficios en atención médica, asesoría administrativa y jurídica.

Las actividades que la Secretaría de Salud realizó con estas familias fueron a través del centro de salud cercano al predio triqui, específicamente, a través de un módulo a cargo de su atención, integrado por una enfermera de campo, una enfermera de consultorio, una médica y una trabajadora social. Ellas realizaban actividades de promoción y educación para la salud, así como la atención médica en brigadas o en el consultorio del centro de salud. Desde hace trece años han estado en contacto con los triquis.

¹ Instituto Nacional Indigenista.

² Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Es posible suponer que la diversidad de actividades, formaciones profesionales y el tipo de relación que estos sujetos sociales tienen con el grupo, aportaron información diversa y desigual, que permitió ampliar el panorama. Me centraré en las representaciones sociales que tienen los prestadores de servicios y vecinos acerca de la relación entre los grupos familiares con la biomedicina y otros curadores, así como las representaciones sociales respecto de su proceso reproductivo y la enfermedad infantil. Partimos de que la forma en que los grupos indígenas urbanos son percibidos por estos sujetos sociales, determina la forma en que interaccionan con ellos, y le da énfasis al tipo de acciones que realizan y al resultado de éstas.

DE LAS RELACIONES CON LOS CURADORES

En el campo de la salud, se entiende por medicina intercultural a la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los pacientes, en que ambos pertenecen a culturas diferentes y donde se requiere un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes.

Ibacache y Oyarce definen la interculturalidad en salud como

la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuestas [Campos, 2003].

El personal de salud que proporciona atención a estas familias triquis se planteó como objetivo de sus actividades comunales en este predio, la integración de estos grupos domésticos a los programas prioritarios en salud, así como promover su acercamiento a la consulta médica en el centro de salud y la utilización de otros servicios que la institución les proporcionaba. Las representaciones del personal de salud acerca de este aspecto afirman que el objetivo se cumplió en un alto porcentaje, puesto que las familias triquis tienen muy bien identificados los servicios del centro de salud, acuden a ellos con regularidad y lo hacen con confianza; sin embargo, no hacen mención de las dificultades para cumplir las metas en el programa de planificación familiar.

La relación del personal de salud con estas familias es diferencial: la médica del módulo refirió constantemente su intención y deseo de atenderlos, la enfermera y la trabajadora social obedecían las indicaciones pero su actitud era de inconformidad y enojo con los triquis; los consideraban gente necia y abusiva, que no cumplía con los lineamientos de la institu-

ción, aunque gozaban de consideraciones, como no cobrarles la consulta y hacerles visitas constantes, ellos no correspondían.

Es que estos triquis deberían aprender a respetar, llegar temprano con todos sus papeles y esperar a que les toque la consulta, porque si de por sí, no se les cobra la consulta, se les da el medicamento y los van a ver a su casa y todavía en el centro llegan y quieren pasar luego sin esperar [enfermera].

Los médicos de otros módulos no atendían a pacientes indígenas, explícitamente se resistían a hacerlo, esto ocasionó que los triquis rechazaran su atención.

El personal administrativo y el personal técnico de radiología o laboratorio mostraron actitudes de discriminación con estos sujetos, les desagradaba tener cualquier tipo de relación con ellos, los consideran necios e incapaces de comprender las indicaciones que se les daban, por ser ignorantes y abusivos, presuponían que demandaban la atención sin razón, ya que para ellos el servicio era gratuito.

La señora que toma las radiografías es muy enojona, nos dice que somos muy abusivos porque llegamos cuando queremos y vamos por cualquier tontería; porque no nos cobran, abusamos. Agarró a mi niño del brazo y lo jaló, lo dejó en el cuarto oscuro solito, no dejó que me metiera con él, duró más de una hora en tomarle la radiografía, porque se fue a tomar su café y ahí dejó a mi niño solito en el cuarto [paciente triqui].

La primera vez que yo los vi en el centro de salud, estaban pidiendo que les dieran consulta, la señora que les da las fichas les gritaba: ¡si no entienden, qué quieren ahí... si no entienden mejor váyanse! Yo le pedí que no les hablara así, ella me respondió “para qué les doy la ficha si nadie quiere verlos” [Dra. P.].

Pero a lo largo de los años no todo el personal de salud ha tenido un trato agresivo con estas familias, existe el antecedente de una relación de franco afecto y confianza con una enfermera de campo que trabajó con ellos hace varios años, cuando llegaron de su región; “ella conocía a todos los de las familias, entraba a los cuartos y aceptaba un taco... bañaba a los niños y los despiojaba” [mujer triqui].

Esta actitud fue seriamente cuestionada por el personal directivo del centro de salud y la médica del módulo, quienes consideraban que lo que ella hacía no eran funciones del personal médico:

Estaba teniendo demasiada confianza con ellos y por esa razón se le sustituyó del módulo. Lo que ella tenía que hacer con los triquis era educarlos, no estar haciendo limpieza con ellos, por eso la cambiamos [director del centro de salud].

Esta enfermera aún trabaja en el centro de salud y afirmó tenerles compasión. Nos refirió que cuando empezó a trabajar con ellos, le daban mucha pena por las condiciones de pobreza en que vivían. Con paciencia y constancia les fue enseñando los pasos administrativos que tenían que seguir en el centro de salud para solicitar y recibir consulta, constantemente les insistía en que usaran los servicios, ya que todos eran gratuitos para ellos. "Ahora ya veo que saben cómo sacar su ficha; después de tantos años, ya aprendieron". Afirmaba que para lograr la confianza de este grupo es necesario mucho tiempo, paciencia y gusto de trabajar con ellos, porque no son fáciles de tratar, sino desconfiados y necios. A ella le costó mucho trabajo entrar al predio, pero ahora aceptan la presencia del equipo de salud ahí, esto se logró al demostrarles que las acciones que se realizaban eran en su beneficio, platicando con ellos e infundiéndoles confianza.

Ella consideraba a los triquis gente que se esfuerza, mejores que otros vecinos mestizos que, aunque tengan más recursos sanitarios, viven con suciedad y son más problemáticos. Afirmaba que en la escuela los niños triquis recibían burlas porque iban descalzos o con la ropa desgarrada o sucia; los otros niños los miraban feo y se burlaban. "Les dicen de cosas y ellos se sienten en su corazoncito, a lo mejor por eso [a] muchos niños ya no les gusta ir a la escuela". "En algunos casos a los vecinos les dan lástima, los ven como 'animalitos'."

En general se consideraba que para lograr la aceptación y confianza de este grupo, los integrantes del equipo de salud tuvieron que esforzarse mucho y ser muy constantes. "Siempre que se integraba un nuevo miembro al equipo, la gente le tenía desconfianza, lo ignoran y sólo a través del tiempo podía lograr su aceptación".

"Cuando yo empecé a trabajar con la doctora, la gente no me hacía ningún caso; a la doctora sí y hablaban con ella, pero a mí, como si no estuviera. Me costó mucho trabajo porque son muy desconfiados" [trabajadora social].

Entre las acciones prioritarias del personal de salud con estos grupos, estaban la promoción de los métodos de planificación familiar y las campañas de vacunación. Las aplicaciones de las vacunas se realizaban con relativa facilidad, ya que la población aceptaba que sus hijos fueran vacunados y completaban los esquemas de vacunación. Pero al promover las acciones de planificación familiar, el personal de salud refirió encontrar resistencia tanto de mujeres como de varones, "ya que consideran que la función de la mujer es ser madre y tener todos los hijos que Dios les mande". La mayoría de los varones y las mujeres de la primera generación desaprobaban que las mujeres utilizaran algún método de control natal, ya que para ellos lo más importante en su familia era tener muchos hijos, sus mujeres sirven

para eso, e incluso se refiere violencia física si la esposa lo hacen sin su consentimiento. También refieren rechazo a la prueba de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino, porque consideran que nadie tiene que ver a sus mujeres, y a las mujeres les da vergüenza mostrar su cuerpo. Para el personal de salud estos son problemas que interpretan a través del arraigo a sus “creencias”.

Los aspectos positivos que el personal de salud reconocía en estas familias triquis es su obediencia y humildad, “entienden si se les habla y se les explica lo que tienen qué hacer para mejorar su situación” [trabajadora social].

En la interacción cotidiana con el grupo, pudimos observar que el personal que acude a trabajar con ellos mantiene distancia; se esfuerza en no aparentar su rechazo ante la falta de higiene, pero no acepta los alimentos que les ofrecen ni acceden a pasar a sus cuartos, y tratan de permanecer en el predio el menor tiempo posible.

Quando uno va a la triqui hay que tener cuidado porque se puede uno contagiar de infecciones, porque con tanta suciedad se puede uno contagiar de cualquier enfermedad. Yo me amarro el pelo porque se me puede subir un piojo, una chinche o pulga, no entro en los cuartos porque están muy sucios, es mejor platicar con ellos en los pasillos y nunca hay que aceptar lo que comen porque hasta una cosa más grave se puede una acarrear [enfermera].

Diversos son los sujetos sociales que interaccionan con este grupo, como también son diversas las opiniones, sentimientos y tipos de relaciones que se establecen con ellos. De inicio podemos señalar que el personal biomédico considera que a través de las acciones realizadas han obtenido su aceptación y han logrado que sigan algunos programas de atención, promoción y educación para la salud. También consideran que han logrado el uso regular y cada vez más eficiente de los servicios de atención a su salud, y modificar sus prácticas acerca de ciertos aspectos de la atención del embarazo, el parto y la atención infantil.

Pero no todo el personal de salud tiene con ellos el mismo contacto, ni las mismas representaciones sobre estas familias. Es la médica del módulo quien realmente ha funcionado como el pilar de esta relación; ella es la interesada en llevar a cabo con regularidad programas de prevención, y la que se ha hecho responsable de su atención médica en el centro de salud. El resto del personal interactúa con ellos más por obligación, que de buen grado; incluso se dan relaciones de maltrato, discriminación o abuso hacia los integrantes de este grupo social, a los que consideran ignorantes, necios, desconfiados y abusivos en el uso de los servicios.

La doctora reconoce que la mayoría del personal del centro de salud no atiende de manera adecuada a este tipo de población; abusan porque saben que les cuesta trabajo comunicarse; muchas veces no saben cómo realizar un trámite y, además de eso, los maltratan.

A esta gente siempre los tratan mal, los están viendo que desde que llegan vienen con una cara de espantados, que no saben qué hacer y con quién dirigirse, además los maltratan, les hablan feo y les avientan los papeles; por eso mejor la gente prefiere morir en su casa [médica].

Las principales causas de demanda de atención, que el equipo de salud identifica en estas familias son: cuadros infecciosos gastrointestinales, respiratorios, parasitosis intestinal, problemas musculares, articulares y dermatológicos. Entre los varones, los principales problemas son el alcoholismo, las heridas por pleitos y la diabetes mellitus. El principal problema señalado para esta población por el personal de salud es la desnutrición, no sólo de niños, sino también de adultos; se considera a este elemento determinante de su mal estado de salud. El perfil epidemiológico de este grupo no tiene grandes diferencias con el de los grupos urbanos no indígenas que son sus vecinos en la zona. "Ellos se enferman igual que la gente de la ciudad que está cerca de ellos, igualito, ni más ni menos, es el mismo ambiente" [trabajadora social].

El personal de salud no reportó ni reconoció problemas de mortalidad infantil. Aunque dijo conocer casos de niños con neumonía y deshidratación que incluso ameritaron tratamiento hospitalario, pero no murieron. Para el caso de los adultos sí se reportaron muertes por complicaciones de diabetes, por alcoholismo y por leucemia. También se refirió que al inicio del trabajo con estos grupos, hace más de diez años, sí conocieron casos de muerte infantil por infecciones respiratorias agudas o deshidratación por gastroenteritis; "pero gracias a los servicios de hospitalización y atención primaria, actualmente estos cuadros se resuelven" [enfermera]. Además, los grupos ya saben que hay instancias para resolverlos y acuden a ellas. "Ahora ya no esperan a que estemos nosotros, ya les hemos enseñado; se van a donde los pueden recibir y saben que así ya no se mueren sus niños" [trabajadora social].

La opinión de la médica respecto de su resolución a los problemas de salud es ambivalente: por un lado afirma que han aprendido muy rápido y bien a utilizar los servicios, y que no esperan a que sus hijos estén graves para llevarlos a donde sea necesario, además de que los considera listos para preguntar, exigir y solicitar lo que necesitan cuando están enfermos. Pero al mismo tiempo, asegura: "... esta gente es muy ignorante; dejaron a un niño con cal en su ojo sin hacerle nada, eso va a hacer que probablemente pierda el ojo".

Los prestadores de servicios del INI y del CATIM,³ que no son del área de la salud, refieren entre sus representaciones que estos grupos tienen muy poco contacto con los servicios de salud institucionales, específicamente con aquellos que dependen del gobierno del Distrito Federal, del DIF⁴ o la Secretaría de Salud. Ellos afirman que esta población no tiene confianza en los médicos institucionales, y se quejan de la larga espera que significa la atención en los centros de salud o los hospitales, así como de la falta de medicamentos o recursos para su atención, por lo que dicen preferir la atención médica privada:

... iban a la Prensa Médica, ahí les cobran mucho, pero cuando se enferman pagan, también prefieren la compra de los medicamentos de patente en lugar de usar los que se les proporcionan en la institución, y algunos regresan a su pueblo para buscar la atención de un curandero o una partera [promotor].

Afirman que en ocasiones en que se instaló alguna brigada de salud cercana a los predios y asentamientos de estos grupos indígenas, la gente no acudió a la consulta, se quejaban de recibir maltrato de parte de los médicos y del resto del personal de salud.

Los trabajadores del INI refirieron que trataron de establecer un programa de colaboración con personal de la Secretaría de Salud, pero no funcionó porque

a la gente de los centros de salud no les gusta trabajar con indígenas. Se les ponen vacunas dobles buscando metas, se les dan pláticas súper resumidas porque como son indígenas no entienden, sienten que pierden el tiempo con ellos [coordinadora INI].

Lo que nosotros pudimos constatar fue que estos grupos domésticos sí hacen uso de los servicios de salud, y han aprendido a utilizarlos de forma eficaz. Ellos acuden a solicitar el servicio a los lugares en donde les pueden dar respuesta, en la misma forma en que sustituyen aquellas instancias que les resultan ineficaces o donde los han rechazado.

Este conocimiento lo adquirieron de su interacción con el personal del centro de salud o de hospitales donde han acudido. Por lo general, no van solos a solicitar atención, sino acompañados de algún integrante de su grupo doméstico, y en casos de gravedad o urgencia se hacen acompañar de los líderes o gente que tiene mayor fluidez en el manejo del español o más conocimiento en el desplazamiento urbano.

³ Centro de Atención a Indígenas Migrantes.

⁴ Desarrollo Integral de la Familia.

Ya aprendieron a no quedarse así nomás, sin hacer nada; si no les resuelven el problema en un lado van a otro, pero buscan alternativas. Antes no eran así, llegaban a un servicio y si los trataban mal ya no regresaban, preferían seguir en sus casas [Dra. P.].

Respecto de los curadores tradicionales, la médica recuerda que antes había parteras triquis que atendían a las mujeres en sus cuartos. El centro de salud les dio adiestramiento para que atendieran a las mujeres y reportaran a las que tenían en control; pero, según su apreciación, estas curadoras ya no tienen nada qué hacer con la gente, porque las mujeres ya van a control prenatal al centro de salud y se atienden su parto en el hospital. "Las parteras ahora ya nada tienen que hacer con las embarazadas, porque ellas ya vienen a su control con nosotros y se les resuelven todos sus problema de salud" [Dra. P.].

Los integrantes del equipo de salud no reconocen la presencia de otros curadores tradicionales. Refieren que algunas personas del predio triqui mencionan a un señor que cura, que sabe de hierba pero no es un curandero, sólo una gente mayor que les ayuda; sin embargo, como la mayor parte de las veces no los cura, acuden con los médicos. La médica refiere nunca haberse enterado que se realicen curaciones o limpiezas aquí; "sí se que algunos se van a sus pueblos a curarse, pero allá, porque los curanderos no están aquí. A mí lo único que me dicen es sobre sus enfermedades y con qué se pueden curar, nada más. Yo de eso no me he enterado; más bien, vienen aquí a curarse".

Se identifica que muchas de las necesidades del grupo que inciden en su salud no pueden ser resueltas por el equipo de salud; por ejemplo, los problemas de nutrición, vivienda, hacinamiento y falta de recursos sanitarios. Sin embargo, se realizan acciones de educación para la salud por medio de pláticas en la comunidad, en donde se les informa "cómo deben vivir". El equipo de salud tiene muy buena aceptación en la comunidad, porque la gente reconoce que las acciones que realiza son para beneficio del grupo, aunque en ocasiones tienen problemas con la comunicación, ya que no toda la gente habla bien español.

La relación que estos grupos domésticos han establecido con la biomedicina es ampliamente reconocida por todos nuestros informantes, si bien los representantes de las ONG y ciertas instituciones afirman que a estas familias no les es grato acudir a los servicios públicos de atención médica, por el maltrato y largas esperas que representa acudir a esos servicios, por lo que hacen uso principalmente de la práctica médica privada y de sus curadores tradicionales. Los prestadores de servicios que no pertenecen al

terreno biomédico enfatizan la presencia de estas prácticas curativas propias del grupo; incluso considerando que llegan a sustituir las de la biomedicina, por ser aspectos de su tradición que no han perdido.

PROCESO REPRODUCTIVO

Las representaciones sociales respecto de la atención al proceso reproductivo en las familias triquis son diferentes entre el personal de salud y otros prestadores de servicios. Para los primeros, las mujeres gestantes tienen un cuidado adecuado de su embarazo al acudir a control prenatal en el centro de salud. Si bien, reconocen que estas mujeres tienen entre sus prácticas ciertos cuidados que realiza la partera, consideran que éstos han perdido importancia; es decir, que las mujeres ya no los buscan porque tienen la oportunidad de acudir al centro de salud. No emiten un juicio negativo sobre las prácticas curanderiles, que en general desconocen, su actitud es ignorar dichas prácticas que llaman “obsoletas”.

Acerca de las parteras, se refirió la capacitación que impartió el centro de salud a estas curadoras, con el objetivo de proporcionar herramientas para un cuidado higiénico del parto y el recién nacido, pero que no utilizaron porque “las parteras regresaron a su pueblo y todas las mujeres deseaban atenderse en el hospital” [enfermera].

En relación con la atención del parto, el personal de salud nos refiere que se ha realizado un constante convencimiento con las mujeres para que sean atendidas en el ámbito hospitalario; son varios los argumentos utilizados: el primero tiene que ver con las condiciones de higiene y protección que aseguran a la mujer un menor riesgo y mejor atención por personal capacitado, ya que se descalifican totalmente las condiciones “insalubres en que se atiende un parto en esos cuartos con personas incapaces”, sin embargo, no se tiene información sobre complicaciones o muerte materna/infantil como consecuencia de partos atendidos en el domicilio. En segundo término, se hace hincapié en la necesidad de que las mujeres sean atendidas en el hospital para obtener el certificado institucional requerido en el registro de sus hijos.

Este empeño por la atención hospitalaria se retroalimenta positivamente al personal de salud con la opinión favorable de la mayoría de las mujeres triquis atendidas en estos ámbitos institucionales.

Cuando empezamos a darles más atención a las embarazadas y a darles su pase para el hospital, una cosa muy curiosa fue que a ellas les gustó. Porque decían: “Fíjate que allá donde me atiendo me dan de comer, me dejan bañar con agua

caliente". Nadie se ha quejado de que las traten mal o las molesten, vienen contentas [médica].

Una consecuencia de la atención hospitalaria del parto es la aplicación de un método de planificación familiar, el dispositivo intrauterino (DIU). A la gran mayoría de las mujeres en el posparto se les da información orientada a la necesidad de esperar a que sus hijos crezcan antes de volverse a embarazar: "... les hemos dicho que no pueden estar teniendo hijos cada vez que se les antoje" [enfermera]. El método aplicado es el DIU; nuestra observación permitió constatar que difícilmente era retirado por el personal del centro de salud, aun cuando las mujeres lo soliciten por presentar malestares.

El personal del centro de salud tiene la representación de que las mujeres triquis no tienen rechazo o vergüenza al ser atendidas en el hospital por personal médico masculino, "ellas aceptan la atención de buen modo mientras quien las atiende sea médico, porque reconocen que es él quien tiene mayor conocimiento" [trabajadora social].

Desconoce si las mujeres triquis realizan algún tipo de práctica o ritual durante el puerperio. "Aquí no se hacen baños, ni usan hierbas; que yo sepa no, nunca las he visto" [enfermera].

En contraste, la representación del personal institucional no médico acerca de la atención del embarazo/parto/puerperio es que sigue siendo fuertemente supervisado por sus curadores tradicionales, y que se reconoce a las parteras como las actrices fundamentales de esta atención. Incluso refieren que las mujeres acuden a su pueblo para ser atendidas allá, o bien las parteras vienen expresamente del pueblo para atenderlas en el predio. Afirman que hay un rechazo hacia la atención institucional, por la pérdida de tiempo y el maltrato, por lo que la mayoría de las mujeres tienen a sus hijos en sus cuartos, atendidas por parteras de Copala; según ellos, son muy pocas las que acuden al hospital.

Durante el embarazo no se identifican cuidados especiales, ya que se les observa realizando sus actividades cotidianas con regularidad. Las representaciones son de no-cambios en el patrón reproductivo de estas familias entre una generación y otra. "Las muchachas más jóvenes, aun cuando han ido a la escuela, siguen casándose muy chicas y se embarazan en forma temprana; ellas no tienen otra salida que tener hijos, hijo tras hijo" [promotor].

Las representaciones sociales acerca de la aceptación de los métodos anticonceptivos es unánime entre nuestros informantes, afirman que existe un franco rechazo debido a la presión que ejercen los esposos para que ellas tengan hijos frecuentemente. "Ellas temen que al dejar de tener hi-

jos los maridos las abandonen o las golpeen". Sin embargo, reconocen que las muchachas más jóvenes poco a poco han ido aceptando los programas de planificación familiar, ya sea la aplicación mensual de inyectables en el centro de salud o la colocación de un dispositivo intrauterino posparto. Se menciona que en ocasiones el uso de los métodos se hace a escondidas de los esposos y con el temor de ser descubiertas; pero el personal del centro de salud refiere casos de mujeres jóvenes que acuden acompañadas de sus esposos a solicitar información para espaciar el número de hijos, o bien, de señoras mayores de cuarenta años con más de diez embarazos que solicitan alguna ampollita para esterilizarse.

El otro día vinieron unos triquis; la muchacha tenía un bebé de seis meses, no querían usar un método porque su mamá no le había dado el consentimiento; el esposo dice que estaba esperando la aprobación de la suegra. Yo les dije: "Tu suegra no sabe nada de medicina para dar una opinión". Le pregunté al muchacho si quería que su esposa tuviera a sus hijos seguido y no los pudiera atender, que tuviera que llevarlos al puesto o dejarlos solitos en el cuarto sin que nadie los vea. Él dijo que eso no quiere para sus hijos, y decide dar su consentimiento para que su esposa use el DIU, aunque su suegra no se entere. Él la acompañó el día que se lo puse [médica].

Otro obstáculo que señala el personal de salud en la aceptación de los métodos anticonceptivos, es la vergüenza que dicen tener estas jóvenes para la colocación de un dispositivo intrauterino o la toma de un Papanicolaou. "A las triquis les da pena que les vean la colita, por eso no quieren que les pongamos un DIU" [enfermera].

Aún con estos problemas, el programa de planificación familiar es prioritario en estos grupos sociales. Un argumento del personal para justificar su insistencia son las condiciones económicas de pobreza en que viven estos grupos, y que son vistas como limitantes para poder mantener una familia grande.

Nosotros les decimos, ándale muchacha mira como estás, ve con la doctora y ella te va a ayudar te va a dar una hojita de referencia para que te operen y ya no tengas más chamacos, ¿cómo los va a mantener a tantos? [enfermera].

CUIDADO Y ATENCIÓN INFANTIL

Las representaciones en general son que a los niños pequeños se les tiene cuidado y afecto, un hijo siempre es recibido con alegría en estos grupos domésticos, aunque a últimas fechas se han dado casos de madres solteras que han mostrado rechazo hacia el embarazo. Pero una vez que nace el

nene, el grupo lo acepta y lo integra como hijo, o envía a madre e hijo al pueblo.

Los prestadores de servicios tienen muy bien identificado que el deseo, reclamo y petición constante de hijos en una familia surge del varón hacia su mujer, lo que es reforzado por la opinión de las generaciones previas (padres y suegros). Es esta la razón por la que a temprana edad y recién establecida la unión, estas mujeres triquis dicen concebir su primer embarazo; el espaciamiento entre uno y otro hijo es corto, y llegan a tener hasta diez a doce hijos, aunque el personal de salud reconoce que algunas jóvenes están aceptando espaciar sus embarazos para poder darles una mejor atención a sus hijos.

Se reconoce que todos los niños son amamantados, y esta práctica ha sido reforzada por los programas de lactancia materna de las instituciones. En cambio, la ablactación⁵ y el destete⁶ se consideran tardíos y mal llevados, ya que no se siguen las indicaciones que los programas de atención materno-infantil establecen; este es un factor que se ubica por el personal de salud como el inicio de una mala nutrición de la infancia y determinante de enfermedades.

La higiene es otro problema identificado, el personal de salud dice que los niños están descuidados y sucios.

A los más pequeños, por estar todo el tiempo con su madre, se les mantiene más limpios, pero no se les baña todos los días, el cambio de ropa no es diario y los pañales desechables han sustituido a los lienzos de tela, pero no se realiza un cambio constante de pañal, si acaso uno o dos por el día y uno en la noche, ya que el gasto que representa la compra de pañales es alto, pero es más fácil que usen desechables porque no tienen agua [enfermera].

Con relación a la vigilancia del crecimiento, desarrollo y vacunación de estos niños, las enfermeras consideran que las madres triquis son obedientes, siguen los lineamientos que el equipo de salud les marca, les gusta que se los pesen y midan, que los vacunen porque saben que así van a estar sanos y van a crecer fuertes.

"Lo que a las madres no les gusta es ir a perder toda la mañana en una consulta médica; pero si llegamos a su predio, ellos acuden con sus niños y aceptan los lineamientos que se les dan". Las enfermeras no refirieron ningún inconveniente o problema para la aplicación de vacunas; incluso observamos que cuando ellas llegan al predio con la lista de niños a los que les toca refuerzo o alguna dosis, se les acumulan grupos de personas

⁵ Introducción de alimentos no lácteos en la alimentación infantil.

⁶ Suspensión de la lactancia materna.

preguntando si pueden llevar a sus hijos, pues quieren que se les den gotas o se les apliquen inyecciones para no enfermarse.

Se tiene la representación de que estos pequeños tienen un desarrollo deficiente debido a su mala alimentación, sólo basada en leche materna, lo que condiciona que sean poco activos, “se sientan, gatean y caminan con retraso en comparación con los niños urbanos” [educadora de calle].

El afecto que se les tiene a los pequeños es algo que destacan casi todos los sujetos que han trabajado con los triquis. Por lo general, a los niños pequeños se les cuida muy bien, se le habla en su idioma con palabras cariñosas, se le besa y abraza; las madres los cargan con el rebozo, no se les deja llorar y se satisfacen sus necesidades con prontitud y afecto. La intervención del varón en el cuidado de los nenes es un aspecto en que la opinión se divide: para los sujetos que no pertenecen al equipo de salud, los varones tienen una presencia afectuosa con sus hijos; si bien, no permanecen constantemente con ellos, el tiempo que les dedican es cálido y afectuoso. En cambio, el personal de salud opina que los varones están ausentes, no tienen casi ningún tipo de relación con los niños, no los cuidan, no juegan con ellos y generalmente su contacto se limita al maltrato físico o verbal, sobre todo de los escolares.

Tanto el personal médico como el escolar hace hincapié en el descuido en que se encuentran los niños mayores (preescolares); ponen énfasis en la falta de vigilancia en su aseo personal, ingesta excesiva de golosinas y la ausencia de estímulo/vigilancia de la asistencia escolar.

Yo las veo en la calle cuando venden, se llevan a sus hijos; los más chiquitos están ahí con ellas, los más grandecitos van y vienen, venden pulsera, diademas, chicles, piden limosna, un taco, se regresan al predio; así están, van y vienen [maestra de calle].

El descuido hacia los escolares percibido por estos prestadores de servicio, es valorado como un posible factor de riesgo para que estos niños y jóvenes se conviertan en drogadictos, niños de la calle o rateros, porque no tienen la vigilancia de los adultos.

Fue doloroso escuchar de voz de una enfermera del centro de salud y nuevamente de una vecina, el terrible suceso de la violación de una pequeña triqui por un sujeto que visita un edificio contiguo: “Vino el esposo de M. y me dijo si ya sabía, le dije que sí, pero que ellos tenían la culpa por dejar a la niña que anduviera sola y se metiera ahí al edificio”.

Todos estos sujetos reconocen en los niños triquis una gran capacidad de interacción con diversos sujetos que llegan al predio o conviven con ellos en la calle; son niños muy atentos a cuanto se les dice, y aprenden

rápido, ya sea cosas que les hacen mejorar como las enseñanzas escolares, o las mañas, mentiras y maneras de obtener fácilmente beneficio de los otros. Son los interlocutores obligados de cualquier persona que llegue al predio, los primeros en enterarse qué se va a hacer y también los primeros en obtener un dulce o un peso como gratificación.

La mayoría son cariñosos y colaboradores en las actividades que se les proponen, aunque también los hay groseros y abusivos que no dejan trabajar a los otros; por lo general estos últimos son los varones púberes o adolescentes que no están conformes con nada [maestra de calle].

También se hace mención del maltrato físico de que son víctimas estos pequeños por parte de algunos padres, que los golpean por desobedientes o groseros; una vecina del predio nos refirió haber presenciado la golpiza que un padre triqui le propinó a uno de sus hijos de nueve años de edad:

... el hombre estaba encolerizado y alcoholizado, yo intervine reprendiendo al señor, a lo que me respondió que “era su hijo y lo podía golpear cuanto quisiera”, lo amenacé con llamar a una patrulla y levantarle una demanda, lo que le asustó y evitó que siguiera golpeando al niño.

Otro aspecto del que hace mención el equipo de una ONG y la vecina es la pérdida de algunos niños; la opinión es que el descuido de los padres ha hecho que éstos se les pierdan. Se narra el caso del hijo de “N” que se le perdió mientras vendía, y después de varias semanas lo recuperó. También narran la pérdida de una niña pequeña (menor de dos años), que al parecer fue robada a su madre mientras ella vendía cerca de La Villa, aunque otros opinan que posiblemente la regaló. No se tiene certeza de que el obsequio de los niños sé dé entre estos grupos, pero es un rumor que frecuentemente se escucha, ya que consideran que ante tanto niño, seguramente más de una estaría dispuesta a regalar un hijo para mejorar la vida de los otros.

ENFERMEDAD Y MUERTE INFANTIL

Un aspecto que resaltan todos nuestros informantes es que existe un reconocimiento de estas familias de la diferencia en la presencia de enfermedad y riesgo de muerte de sus niños, antes en su pueblo y ahora en la ciudad. Ellos reconocen que mientras vivieron en el pueblo sus hijos se enfermaban con más frecuencia y las posibilidades de curarlos no siempre eran accesibles; esto ocasionó enfermedades graves y numerosas muertes infantiles. En cambio ahora, refieren que estando en la ciudad sus hijos se enferman menos y sobre todo, pueden recurrir a diferentes lugares para atenderlos y

curarlos; a lo largo de los más de diez años que tienen de vivir en la ciudad, las muertes infantiles han sido escasas.

Las enfermedades infantiles más frecuentes que reconoce el equipo de salud en este grupo social son las infecciones respiratorias como gripa, anginas y, con menor frecuencia, bronquitis, que acompaña a los cuadros diarreicos y parasitosis. Solamente los informantes que no pertenecen al personal de salud identificaron enfermedades tradicionales como causas de enfermedad, entre éstas, el mal de ojo y el empacho, así como recursos herbolarios y rituales para curarlos por parte de las madres o los curadores; el personal de salud las ignora o las niega.

Ante los casos de gravedad o la necesidad de manejo quirúrgico hospitalario, nuestros informantes refirieron que se realiza consulta comunitaria con la autoridad del predio para decidir si el niño se hospitaliza y opera, ya que se tiene desconfianza y miedo del trato y resultado de la intervención, además de la representación de que al sacarle sangre al enfermo, se le debilita. Este proceso sorprende al personal de salud que no está acostumbrado a este tipo de relaciones al interior de un grupo.

El personal de salud considera que la capacidad de defensa de estos niños es mayor que la de los niños urbanos, ya que por las condiciones de insalubridad en que viven seguramente han generado una serie de defensas que les permitirán sobrevivir casi a cualquier contrariedad.

También se reconoce que cada vez con mayor frecuencia se presentan enfermedades para las cuales el grupo no tiene una explicación ni saben cómo solucionarlas; tal es el caso de la diabetes que ocasionó la muerte de dos adultos por mal manejo y complicaciones. Esto ha generado el aprendizaje del grupo respecto al cuidado y gravedad que puede tener este tipo de enfermedades, que incluso pueden ser mortales si no se les atiende con premura y constancia.

El equipo de salud identifica un perfil epidemiológico en este grupo triqui, semejante al de la gente urbana que vive en sus mismas condiciones de pobreza, “se enferman igual que los de aquí, todo depende de cómo se cuiden”.

Se desconocen las causas y números reales de la muerte infantil, ya que se dice que los niños triquis mueren en sus casas, sin registro de su nacimiento y sin registro de sus muertes; son llevados al pueblo en brazos de su madre para evitar trámites burocráticos y legales que implica el traslado de un cadáver, por lo que la doctora del centro de salud afirma: “... así hacen estas gentes; esos niños pasan como si no pasaran, como que no existen, porque ni hoja de alumbramiento [*sic*] de su parto, ni acta de nacimiento y menos de defunción [tienen]”.

Los casos de gravedad —por deshidratación secundaria a diarrea, o insuficiencia respiratoria secundaria a procesos respiratorios— han recibido atención temprana, por intervención oportuna del personal del centro de salud, que incluso llevaron a los niños personalmente a los hospitales, y ha estado atenta a su ingreso y evolución, con lo que ha logrado una respuesta positiva y la supervivencia de los menores.

Para el personal de salud, estos grupos domésticos acuden cada vez con más regularidad y constancia a demandar la atención biomédica para sus hijos, y siguen con obediencia las indicaciones, porque reconocen que esto les ha traído beneficios significativos en la disminución de las complicaciones.

Consideran que la vigilancia del crecimiento y desarrollo de sus hijos es útil y efectiva para que crezcan sanos, y se apegan a las indicaciones que los programas implantan, así como a la temprana atención y seguimiento de las indicaciones terapéuticas que los médicos les dan, por considerarlos útiles para la curación de sus enfermedades, pues reconocen que la gravedad y riesgo de muerte en sus hijos se aleja cada vez más desde que viven en la ciudad, en comparación con los riesgos y alta mortalidad que tenían como una experiencia de todas las familias en el pueblo.

De como te veo, te trato

El conocimiento y manejo de los aspectos socioculturales en salud y en la práctica de la medicina, han sido temas secundarizados y politizados por las autoridades académicas y sanitarias de México.

Dicha secundarización es estructural a un tipo de modelo y sistema médico que considera que la práctica de la medicina debe ser igual para todos, independientemente de las variables sociales, económicas, políticas y culturales de las poblaciones receptoras de dichos servicios médicos. La homogenización permea en el pensamiento y en el discurso del modelo médico hegemónico. En la práctica, lo que observamos es la desigualdad social, la diferenciación económica, la dominación política y la heterogeneidad cultural [Campos, 2003].

Al enfrentarse el profesional de la salud a una realidad tan contrastante tiende a crearle confusión y resistencia, derivada de una limitada formación académica que se centra exclusivamente en aspectos biomédicos, y por lo tanto carece de elementos conceptuales que les permitan comprender los aspectos culturales de la práctica sanitaria.

Los triquis son vistos por sus interlocutores urbanos como diferentes por ser indígenas, se reconocen las condiciones de pobreza, insalubridad y limitaciones económicas en que estos grupos domésticos viven, pero se tienen prejuicios sobre ellos, etiquetándolos de necios, testarudos y resis-

tentes al cambio, por lo que resulta difícil trabajar con ellos y lograr transformaciones por medio de los programas de salud.

Se argumenta que el contacto y la relación que establecen con los servicios de salud y su personal han sido benéficos para el grupo. Pero el éxito de esta interacción se dio por iniciativas personales, más que por decisión institucional, ya que la médica que les da atención manifiesta interés en atenderlos y solucionar sus problemas, pero esta acción no tiene eco entre otros integrantes del equipo y menos todavía en otros médicos. En general, podemos reconocer relaciones de discriminación, maltrato y negligencia hacia estos sujetos indígenas.

El trabajo del equipo de salud con los miembros de este grupo se identifica como difícil; se reconoce su desconfianza y falta de interés en aspectos que para el equipo son centrales. No obstante, se afirma que tienen una gran aceptación y confianza en la atención médica, han aprendido los requisitos y normas que la institución les impone y, en consecuencia, obtienen beneficios en su salud que los ha llevado a disminuir los riesgos de complicación y gravedad de diversos padecimientos, incluido el proceso reproductivo. Esta situación es ampliamente reconocida por ambas partes.

Los miembros del personal de salud, al igual que otros interlocutores, tienen un conocimiento parcial del grupo; solamente miran lo que tiene que ver con sus intereses. Desconocen muchos referentes de su comunidad de origen, sus saberes y sus curadores, e incluso niegan la existencia de dichos recursos. Tal es el caso de las prácticas realizadas durante el embarazo/parto/puerperio por las parteras; el personal de salud considera que han desaparecido por no ser funcionales, y que han sido sustituidas por las médicas, que son las que realmente les han demostrado eficacia.

En contraparte, sujetos institucionales que no pertenecen al ámbito médico tienen una visión también fragmentada, ya que resaltan la perseverancia y predominio de saberes tradicionales respecto de su familia y el proceso reproductivo, e incluso afirman rechazo, desconfianza y renuencia a utilizar los servicios médicos institucionales. Estas aseveraciones chocan con lo observado por nosotros en la consulta médica en el predio o en el centro de salud, lo mismo que con la amplia demanda de atención por parte de estos grupos domésticos triquis, y el reconocimiento de eficacia terapéutica en los diferentes niveles de atención, junto con el consumo constante y creciente de fármacos.

Un objetivo central de todos los prestadores de servicios con estos sujetos indígenas es transformarlos. Se refirió la intención de cambiarlos y hacerlos como “la gente de la ciudad”.

Es difícil para la población urbana y en especial desde las instituciones, aceptar y transitar con la diversidad, la diferencia. Romper con los patrones que homogeneizan, estandarizan, y a partir de ahí, planear y construir estrategias de atención o intervención. Trabajar con sujetos sociales diferentes, no sólo por su apariencia, sino por su idioma, su cultura, su manera de ver el mundo, incluido el proceso s/e/a, genera incertidumbre, desconfianza que se puede transformar en maltrato y negligencia.

Surge la necesidad de regresar al terreno seguro, donde los sujetos son iguales, las familias también y todos tienen que guardar las normas de interacción que rigen la vida en la ciudad. Los indígenas no caben en este patrón, hay que transformarlos para hacerlos como los otros sujetos urbanos, pobres y marginados, pero urbanos. Ya no pueden tener todos los hijos que quieran porque ya no hay cómo darles de comer, tienen que controlar su natalidad. Su relación violenta, abusiva y manipuladora hacia la mujer debe transformarse, pues atenta contra los derechos humanos. Los jóvenes no deben casarse a tan temprana edad y deben estudiar. Su alimentación debe ser más nutritiva, elaborando los alimentos como el patrón de familia urbana lo establece y no malgastar en alimentos chatarra. Deben quedarse a vivir en su pueblo; su vida en la ciudad les acarrea perjuicios más que beneficios.

No tomar en cuenta la procedencia étnica y rural de los triquis, hace perder de vista su origen, las condiciones reales de vida, las causas de su migración y las implicaciones que esa movilidad trajo a sus vidas. Se les pierde de vista como sujetos emprendedores, dispuestos al cambio y a la optimización de sus recursos para sobrevivir. Se les representa como sujetos reacios, necios, de difícil trato, manipuladores y dilapidadores de los beneficios institucionales. Sujetos con los que es muy difícil trabajar por su resistencia a las propuestas institucionales, que no saben aprovechar. O bien, como la implantación de un pedazo de etnia en el suburbio urbano, que trae consigo la tradición y es resistente a lo que la técnica y a los beneficios que la biomedicina le ofrece.

Es indispensable hacer visible la heterogeneidad, la coexistencia de diversos códigos simbólicos en un mismo grupo y las interacciones culturales para comprender el fenómeno de continuidad/discontinuidad cultural que conlleva la migración.

BIBLIOGRAFÍA

Bonfil Batalla, G.

1972 "El concepto de indio en América: una categoría de la situación colonial", en *Anales de Antropología IX*, 1972, pp. 35-45.

- 1987 "La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos", en *Papeles de la Casa Chata*, México, año 2, núm. 3, CIESAS, 1987, pp. 23-43.
- Bonfil, P. y Lalli Point**
- 1999 *Las mujeres indígenas al final del milenio*, México, Fnuap-Conmujer, pp. 279-98.
- Campos, R.**
- 2003 *Una visión general sobre la medicina intercultural*, México, Yolpahtli.
- Cardoso de Oliveira, R.**
- 1972 *Urbanización y tribalismo: la integración de los indios terena a la sociedad de clases*, México, Instituto Indigenista Interamericano.
- 1992 *Etnicidad y estructura social*, México, CIESAS.
- Freyermuth Enciso, G.**
- 2003 *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, México, CIESAS, Instituto Nacional de las Mujeres.
- García Canclini, N.**
- 1990 "Culturas híbridas, poderes ocultos", en *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*, México, Grijalbo, pp. 263-327.
- Giménez Montiel, G.**
- 2000 "Identidades étnicas. Estado de la cuestión", en *Los retos de la etnicidad en los estados nación del siglo XXI*, México, INI-CIESAS, Miguel Ángel Porrúa, pp. 45-70.
- Méndez, D.**
- 1994 "Etnia, migración y salud infantil en la ciudad de Guatemala", en *Estudios Sociodemográficos de Pueblos Indígenas*, Chile, CELADE, pp. 349-364.
- Mendoza González, Z.**
- 2002 "De la casa del nene al árbol de las placentas. Proceso reproductivo, saberes y transformación cultural entre los triquis de Copala en La Merced", tesis doctoral en antropología social, México, CIESAS.
- Menéndez, E. L.**
- 1993 "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica", en F. J. Mercado *et al.* (Coords.), en *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, pp. 130-162.
- Oehmichen, C.**
- 2001 "Mujeres indígenas migrantes en el proceso de cambio cultural. Análisis de las normas de control social y relaciones de género en la comunidad extraterritorial", tesis doctoral en antropología, México, UNAM-Facultad de Filosofía y Letras.
- Ortega, Hoil y Lendecky**
- 1999 "Proceso reproductivo femenino: género, representaciones y actores sociales. Una reflexión desde el contexto yucateco", en *Género y salud en el sureste de México*, México, vol. 2, Ecosur, Unfpa, Coespo (Estudios de Género en la Frontera Sur), pp. 423-443.