

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



Esquizofrenia y parentesco entre los chinantecos de San Felipe Usila, Oaxaca, México

La incidencia del padecimiento mental en la vida
familiar y el cuidado de los enfermos

Gustavo Adolfo Indurain Mathieu

Tesis doctoral dirigida por
Aurora González Echevarría

Departament d'Antropologia Social i Cultural

Universitat Autònoma de Barcelona

Noviembre 2023

A papá y mamá

A mi esposa Araceli y a mis hijos Ainara, Unai y Diego

A las mujeres y los hombres enfermos de Usila

A sus familiares cuidadores

Agradecimientos

Esta tesis es el fruto de un largo camino en el que han aparecido y participado numerosas personas, sin las cuales no hubiera podido recorrerlo ni tampoco hubiera podido culminarlo. Mi profundo agradecimiento a todas ellas, por todo lo que me han ayudado, por todo lo que me han enseñado.

Agradezco a mis papás su comprensión y su generosa ayuda a lo largo de estos años a uno y otro lado del mar. Gracias, papá, gracias, mamá, gracias por todo, por vuestro amor, por estar siempre ahí.

Agradezco la comprensión y el amor de mi esposa usileña, Araceli, quien pacientemente me ha esperado y ha cuidado de nuestros niños mientras yo terminaba de redactar la tesis. También agradezco su valiosa ayuda y su implicación en la revisión y la discusión de la información etnográfica correspondiente al parentesco. Gracias, india mía, por haber aparecido en mi vida.

Agradezco a Aurora, mi directora de tesis su comprensión, su cercanía y su incondicional apoyo en todos estos años a pesar de las dificultades, especialmente en los momentos más duros. Gracias, Aurora, por mantenerme en el camino.

Agradezco a Eduardo Menéndez su trascendental crítica y empeño en que debía articular mejor mi proyecto de investigación cuando realicé mi estancia en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) de la Ciudad de México. Gracias, Eduardo, por enseñarme a pensar con mayor rigor.

Agradezco a todos los hombres y las mujeres usileños que han participado en la investigación su disposición, su tiempo, su información, sus pláticas. Gracias por abrirme la puerta de vuestros hogares y de vuestras vidas, gracias por todo lo que me habéis enseñado, quizás sin pretenderlo, pero que tan hondamente ha calado en mí.

Agradezco la confianza y el compromiso de los familiares cuidadores y que juntos aunáramos nuestros esfuerzos por mejorar la salud y la calidad de vida de los enfermos aun las dificultades y los largos viajes para brindarles atención médica. Gracias por todo lo que hemos compartido en todos estos años.

Agradezco a las mujeres y los hombres enfermos que me permitieran acercarme a su realidad y su sufrimiento para comprenderlo mejor. Gracias por vuestra confianza. Con especial cariño a Esther: aunque ya no estás, me dejaste una profunda huella.

Agradezco la amabilidad y la atención brindada a los enfermos usileños por los médicos, las enfermeras, las trabajadoras sociales y el personal administrativo del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur” de los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), especialmente a la doctora Ana y al doctor Lauro. Gracias por vuestro buen hacer y vuestra comprensión a la hora de atender a los enfermos mentales del estado de Oaxaca.

Agradezco al doctor Nahúm su amable y sabia atención que me permitió reiniciar el camino hacia la salud, así como su generosa colaboración en la atención de muchos usileños, a los que tantas horas dedicara a escuchar sus síntomas y malestares aun sin conocerlos. Gracias, doctor Nahúm, por su inestimable ayuda.

Agradezco a Mari Ángeles su leal amistad, su gran amor hacia los demás y haberme mostrado el camino de la sanación y la autoindagación. Gracias, Mari Ángeles, por tu acompañamiento.

Agradezco a Eduardo haberme ayudado a sanar, haberme ayudado a crecer, su impecable ética con la que hace su trabajo. Gracias, Eduardo, por todo lo que me has enseñado, por devolverme a la salud y a la plenitud.

Agradezco a Dani las numerosas gestiones administrativas que realizó en mi nombre y su hospitalidad en mis estancias en Barcelona. Gracias, Dani, por tu amabilidad y por haber estado siempre dispuesto a ayudarme.

Agradezco a Montse su interés por saber cómo iba avanzando mi investigación a lo largo de estos años y su acogida en mi última estancia en Barcelona. Gracias, Montse, por estar presente aun sin vernos.

Agradezco a Choni su amistad y sus enseñanzas sobre la cosmovisión china de la vida, que me han sido de gran utilidad. Gracias, Choni, por tu entrega.

Agradezco a don Miguel su amistad, sus consejos y la oportunidad de disfrutar de la calma que reinaba entre los árboles y la fuente del maravilloso jardín de la calle Jazmín. Gracias, Miguel, por tu serenidad, por tu generosidad.

Agradezco a Pepe que me enseñara a elegir siempre los caminos con el corazón, así como las intensas vivencias que compartimos en aquellos años. Gracias, Pepe, conocerte fue un punto de inflexión en mi vida, el inicio de una búsqueda.

Índice

Primera Parte

Diseño y método de investigación. El lugar y los sujetos de estudio

Capítulo 1. Genealogía, diseño y metodología de la investigación	3
1. La genealogía de la investigación	3
2. El diseño de la investigación	4
2.1 El problema de investigación	4
2.2 Las preguntas y los objetivos de la investigación	6
2.3 La elección del lugar de estudio	7
2.4 La selección de las familias y los informantes	7
2.5 Las fases de la investigación	11
3. La metodología de la investigación	13
3.1 La elaboración de un modelo teórico-etnográfico	13
3.2 Las técnicas de investigación para la obtención de información	14
a) La observación participante	15
b) Las entrevistas a informantes y las grabaciones de eventos sociales ..	16
c) La documentación	18
3.3 El análisis de la información	20
Capítulo 2. Geografía del lugar de estudio: San Felipe Usila	23
Capítulo 3. Sociodemografía del lugar de estudio: San Felipe Usila	37
1. Estructura poblacional, lengua y religión	37
2. Alfabetización y grado de escolarización	40
3. Situación conyugal y fecundidad	42
4. Tipos de hogares	43
5. Vivienda	44
6. Economía	47

7. Recursos de educación	54
8. Recursos de salud y derechohabencia	55
9. Pobreza, rezago social y marginación social	57
9.1 La pobreza multidimensional	57
9.2 Rezago social	65
9.3 Marginación social	69
10. Los programas sociales	76
10.1 PROSPERA Programa de Inclusión Social	77
10.2 Programa de Apoyo Alimentario (PAL)	81
10.3 Programa de Abasto Social de Leche (PASL)	83
10.4 Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP)	84
10.5 Programa de Pensión para Adultos Mayores (PAM)	85
10.6 Programa PROAGRO Productivo	85
10.7 Programa Bienestar de Apoyo a Personas con Discapacidad	87

Capítulo 4. Nivel socioeconómico de las familias. El trabajo productivo: trabajo agrícola y trabajo remunerado 89

1. El nivel socioeconómico de las familias	89
2. Actividades agrícolas y remuneradas entre las familias de estudio	103
3. Agricultura y venta de productos agrícolas	110
3.1 El cultivo de la milpa: el maíz	110
3.2 El frijol y otros cultivos	119
3.3 El cultivo de café	123

Segunda Parte

El Parentesco en San Felipe Usila

Capítulo 5. El parentesco como organización sociocultural de la procreación y la crianza de los niños 129

1. La antropología clásica del parentesco	129
2. Las críticas a la antropología clásica del parentesco	132
2.1 Las críticas de los años 50 y 60 del siglo XX	132

2.2 Las críticas radicales del parentesco	133
a) La crítica de Needham	134
b) La crítica de Schneider	135
c) La crítica de Sperber	138
d) La crítica de Kuper	138
3. Las críticas a Schneider	139
4. El dominio analítico de la antropología del parentesco	141
4.1 Los precedentes teóricos	143
4.2 Supuestos básicos	145
4.3 Definición, límites, intersecciones y articulaciones	146
a) Definición sustantiva	146
b) Definición enumerativa	146
c) Los límites externos del dominio	147
d) Intersecciones con otros ámbitos de estudio de la antropología	148
e) Articulaciones con elementos externos al dominio	149
f) Parentesco y parentalidad	149
4.4 Modelos teóricos etnográficos y comparación cultural	150
a) Las teorías como predicados de estructura	150
b) Las etnografías como predicados de estructura	151
c) La comparación cultural como puesta a prueba y desarrollo de las teorías	152

Capítulo 6. La religión cristiana: fundamento sociocultural del parentesco usileño
..... 155

1. Dios: el Creador de todo cuanto existe y de toda vida	156
2. El Espíritu Santo o Espíritu de Dios	158
3. Jesús, el mediador entre Dios y los hombres	160
4. El Demonio y los espíritus malignos	162
5. Buscar a Dios	164
5.1 Tener fe y seguir los mandamientos de Dios	165
5.2 Evitar caer en el pecado	166
5.3 La oración: la comunicación con Dios	168
a) Arrepentirse de los pecados y pedir perdón a Dios	169
b) Pedir ayuda a Dios y a Jesús	172

c) Agradecer a Dios las bendiciones recibidas	174
5.4 Asistir a la iglesia para adorar a Dios	175
5.5 Recibir el Espíritu Santo	177
a) Los sacramentos católicos de iniciación a la vida cristiana	177
b) El bautismo evangélico	178
c) El bautismo entre los testigos de Jehová	180
5.6 Estudiar la Palabra de Dios	180
6. Las bendiciones: los dones y los favores de Dios	181
7. El Día del Juicio Final	184
7.1 La religión católica y evangélica: el Cielo o el Infierno	184
7.2 La religión de los testigos de Jehová: el Cielo, el Paraíso o la inexistencia	187
Capítulo 7. La concepción del ser humano	189
1. La Creación	189
2. La concepción católica del ser humano	191
3. La concepción evangélica del ser humano	193
4. La concepción del ser humano entre los testigos de Jehová	195
Capítulo 8. La terminología chinanteca del parentesco	197
1. La lengua chinanteca de San Felipe Usila	197
2. La terminología chinanteca de parentesco	200
3. Términos chinantecos de parentesco	204
4. Términos vocativos de parentesco	209
Capítulo 9. La formación de la familia: los arreglos matrimoniales	213
1. La elección de la pareja	213
2. El pedido de la novia y el cierre de compromiso	216
2.1 Los representantes de las familias	217
2.2 El pedido de la novia	218
2.3 El cierre de compromiso	224
2.4 Variantes y problemáticas	234
a) Variantes en los arreglos matrimoniales entre las familias	234
b) El robo de la novia o la fuga concertada	237

3. El curso prematrimonial	239
3.1 El curso prematrimonial católico	239
3.2 El curso prematrimonial evangélico	240
4. Los preparativos de la boda	242
5. El día previo a la celebración de la boda	251
6. El día de la boda	253
6.1 La boda civil	253
6.2 La boda religiosa	256
a) La ceremonia católica del matrimonio	258
b) La ceremonia evangélica del matrimonio	278
6.3 El convivio nupcial	293
7. El día después de la boda	297
Capítulo 10. La concepción del matrimonio	299
1. Los requisitos para el matrimonio	300
2. Las razones que llevan a contraer matrimonio	302
3. La residencia postmarital y el ciclo de desarrollo de los grupos domésticos	305
4. Los roles del hombre y la mujer en el matrimonio	308
5. Los valores que deben guiar la relación matrimonial	312
6. Conflictos, resolución de conflictos y separación matrimonial	317
Capítulo 11. El trabajo doméstico o el trabajo de cuidados en el ámbito doméstico ...	323
1. El trabajo doméstico como trabajo de cuidados en el ámbito doméstico	323
2. Las dimensiones del trabajo de cuidados en los hogares usileños	326
2.1 Tareas orientadas a la alimentación de los miembros del grupo doméstico	327
2.2 Tareas orientadas a la limpieza y la higiene de la vivienda y los miembros del grupo doméstico	338
2.3 Tareas relacionadas con la construcción y el mantenimiento de la vivienda y las estructuras del patio	340
2.4 Tareas relacionadas con la administración del dinero y la adquisición de bienes y servicios en el mercado	345
2.5 Tareas de mediación ante las instancias estatales del ayuntamiento, el registro civil, las escuelas y el centro de salud	346

Capítulo 12. La crianza de los niños	349
1. Los cuidadores y sus responsabilidades en la crianza de los niños	349
1.1 La madre	350
1.2 El padre	352
1.3 Otros familiares que cuidan a los niños	355
1.4 Cuidadores no vinculados por parentesco a los niños	357
2. Los cuidados brindados a los niños	358
2.1 Cuidados relacionados con la alimentación	359
2.2 Cuidados relacionados con la higiene y el aseo	360
2.3 Cuidados orientados a procurar la buena salud del cuerpo y el alma	361
2.4 Atención médica y cuidados orientados a curar los padecimientos físicos y mentales de los niños	365
2.5 Cuidados orientados a procurar el bienestar psicoemocional de los niños	367
2.6 Cuidados relacionados con la educación de los niños	369
a) Los valores y las normas sociales que deben guiar la conducta de los niños	371
b) La supervisión de las conductas de los niños	374
c) La corrección de las conductas de los niños	375
2.7 Cuidados relacionados con la escolaridad de los niños	382
2.8 Cuidados relacionados con la educación religiosa de los niños	388
a) La educación religiosa católica	388
b) La educación religiosa evangélica	394
c) La educación religiosa en los matrimonios mixtos y los testigos de Jehová	398
2.9 La enseñanza de conocimientos productivos y domésticos a los niños ...	399
2.10 Cuidados orientados a ayudar a los hijos a emanciparse económicamente	402
2.11 Cuidados relacionados con la formalización de un buen matrimonio ...	403
 Capítulo 13. La herencia. El cuidado de enfermos y ancianos	 407
1. La transmisión de la herencia	407
2. El cuidado de enfermos y ancianos	413
2.1 El cuidado de los cónyuges y los niños	413

2.2 El cuidado de los padres cuando los hijos trabajan o se han emancipado	416
--	-----

Tercera Parte

La visión biomédica: la enfermedad y la atención médica de la esquizofrenia y otras psicosis

Capítulo 14. Las esquizofrenias y otras psicosis	421
1. Epidemiología	422
2. Etiología	422
2.1 Factores genéticos	423
2.2 Alteraciones en el neurodesarrollo	424
2.3 Alteraciones cerebrales	424
a) Alteraciones estructurales	425
b) Alteraciones funcionales	426
2.4 Alteraciones neuroquímicas	427
a) Hipótesis dopaminérgica	427
b) Hipótesis glutaminérgica	427
c) Hipótesis serotoninérgica	428
d) Hipótesis gabaérgica	428
3. Los síntomas	428
3.1 Síntomas positivos	429
a) Alucinaciones	429
b) Delirios o ideas delirantes	430
c) Trastornos del pensamiento de tipo positivo	431
d) Comportamientos extravagantes o extraños	432
e) Trastornos motores	433
3.2 Síntomas negativos	434
a) Pobreza afectiva o embotamiento afectivo	434
b) Abulia y apatía	435
c) Anhedonia e insociabilidad	435
d) Alogia o empobrecimiento del lenguaje	436

e) Falta de introspección	436
f) Déficits cognitivos	436
4. Tipos de esquizofrenia y otras psicosis	438
4.1 Criterios generales para el diagnóstico de la esquizofrenia	438
4.2 Principales tipos de esquizofrenia	439
a) Esquizofrenia paranoide	440
b) Esquizofrenia hebefrénica	440
c) Esquizofrenia catatónica	441
d) Esquizofrenia indiferenciada	442
4.3 Psicosis diagnosticadas entre los sujetos de estudio	442
a) Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco	442
b) Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico	443
5. Curso y pronóstico	444
6. Diagnósticos de las personas enfermas participantes en la investigación	445
Capítulo 15. Fármacos utilizados en el tratamiento psiquiátrico de la esquizofrenia y otras psicosis	447
1. Fármacos antipsicóticos	448
1.1 Antipsicóticos típicos	449
a) Mecanismos de acción	449
b) Efectos adversos cognitivos	449
c) Efectos adversos neuroendocrinos y sexuales	449
d) Efectos adversos extrapiramidales	450
e) Otros efectos adversos	450
f) Antipsicóticos típicos utilizados entre los enfermos usileños	451
1.2 Antipsicóticos atípicos	452
a) Mecanismos de acción	452
b) Efectos adversos	453
c) Antipsicóticos atípicos utilizados entre los enfermos usileños	453
2. Fármacos complementarios	454
2.1 Estabilizadores del ánimo	455
2.2 Ansiolíticos e hipnóticos	455
2.3 Anticolinérgicos puros	456
2.4 Antidepresivos ISRS	457

Cuarta Parte

La visión usileña: el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis

Capítulo 16. Las enfermedades de la mente y el espíritu	461
1. La locura	461
2. El ataque	464
3. El susto o el espanto	466
4. El mal de ojo	470
Capítulo 17. Las personas enfermas: diagnósticos y trayectorias de padecimiento y atención	473
1. Inicio del padecimiento	473
1.1 Esperanza	474
1.2 Lorena	475
1.3 Natalia	475
1.4 Esther	476
1.5 Miguel	476
1.6 Teresa	477
1.7 Lucía	478
1.8 Marcos	478
1.9 Carlos	480
1.10 Sofía	481
1.11 Adela	482
2. Fases del padecimiento	482
2.1 Esperanza	483
2.2 Lorena	483
2.3 Natalia	484
2.4 Esther	484
2.5 Miguel	485
2.6 Teresa	486
2.7 Lucía	486
2.8 Marcos	487
2.9 Carlos	487

2.10 Sofía	488
2.11 Adela	488
Capítulo 18. Las causas de los trastornos psicóticos	493
1. La raza o el factor hereditario	494
2. Daños cerebrales causados por golpes en la cabeza o por alcoholismo	494
3. Vivencias que causan un gran impacto psicoemocional	495
4. La brujería o la maldad	499
5. Estar poseído o dominado por un demonio o espíritu maligno	501
6. Castigo de Dios por haber pecado gravemente	503
Capítulo 19. Síntomas a nivel perceptivo y cognitivo	507
1. La consciencia de la enfermedad y los síntomas	508
2. Las visiones	509
2.1 Las visiones de seres humanos	509
a) Visiones de personas	510
b) Visiones de difuntos	513
2.2 Las visiones de seres y entes sobrenaturales	514
2.3 Las visiones de animales	517
2.4 Las visiones de cosas	518
3. Las voces y los sonidos	519
3.1 Las voces de seres humanos	519
a) Voces hostiles	519
b) Voces ordenantes	525
c) Voces amistosas	528
3.2 Las voces de seres sobrenaturales	531
3.3 Los sonidos de personas	531
3.4 Las voces y los sonidos de animales	532
4. Las percepciones táctiles	533
4.1 Las percepciones táctiles provenientes de personas	533
4.2 Las percepciones táctiles provenientes de animales	537
5. Las percepciones olfativas	537
6. Las ideas delirantes o las creencias no reales para los demás	538

6.1 Las ideas delirantes de tratar con parientes que no son, difuntos o imaginarios	539
6.2 Las ideas delirantes extrañas	541
6.3 Las ideas delirantes de daño asociadas a la visualización o la interacción con personas	542
6.4 Las ideas delirantes de acusaciones de infidelidad a los cónyuges	546
6.5 Las ideas delirantes somáticas	547
7. Las alteraciones en el lenguaje	549
7.1 La pérdida de significación y el empobrecimiento del lenguaje	549
7.2 El hablar solo o los soliloquios	552
8. Los déficits cognitivos	558
Capítulo 20. Síntomas a nivel emocional	573
1. La ira	574
2. El miedo	576
3. La tristeza	577
4. Los celos	580
Capítulo 21. Síntomas a nivel conductual y psicomotriz	585
1. Las conductas conflictivas y agresivas	585
1.1 La agresividad verbal	586
a) La agresividad verbal hacia los familiares cercanos	586
b) La agresividad verbal hacia los vecinos, otras personas y seres sobrenaturales	590
1.2 La agresividad física	592
a) La agresividad física hacia los familiares cercanos	593
b) La agresividad física hacia los vecinos y otras personas	600
c) La agresividad física hacia los objetos, los vehículos y las casas	602
2. Las alteraciones psicomotoras y el querer salir de la vivienda	603
2.1 La inquietud psicomotora	604
2.2 Querer salir de la vivienda a caminar por las calles	605
3. No respetar la propiedad ajena	607
4. Cambiar de sitio y desordenar las cosas en la vivienda y el patio	608
5. La renuencia a tomar los medicamentos y guardar las dietas	609
5.1 La renuencia a tomar medicamentos	609

5.2 La falta de control en la ingesta de alimentos y bebidas	610
6. Las afectaciones a la imagen personal, el aseo y la higiene	612
7. Las conductas compulsivas y repetitivas	614
8. Cantar, aplaudir, bailar, saltar	617
9. Los comportamientos infantiles	618
Capítulo 22. Alteraciones del sueño, apatía, malestares físicos y efectos adversos de los medicamentos	625
1. Alteraciones del sueño y apatía	625
2. Malestares físicos	627
3. Efectos adversos de los medicamentos	630

Quinta Parte

La incidencia del padecimiento mental en la vida familiar

Capítulo 23. La incidencia del padecimiento mental y su manejo en el matrimonio	637
1. El incumplimiento o el cumplimiento deficiente de los roles conyugales	638
2. La incidencia en la convivencia matrimonial	639
3. La incidencia en el apoyo mutuo entre los esposos	642
4. La incidencia en la relación psicoemocional y afectiva de la pareja	643
5. La incidencia en la comunicación entre los esposos	645
6. La incidencia en la vida social de los esposos	647
7. La incidencia en la sexualidad procreativa	650
8. La incidencia en la estabilidad del vínculo matrimonial	652
Capítulo 24. La incidencia del padecimiento mental y su manejo en el trabajo productivo y el programa social PROSPERA	657
1. La incidencia y su manejo en los trabajos agrícolas y remunerados	657
1.1 La incidencia y su manejo en los hombres	658
1.2 La incidencia y su manejo en las mujeres	659
2. La incidencia y su manejo en el programa social PROSPERA	661

Capítulo 25. La incidencia del padecimiento mental y su manejo en el trabajo doméstico	667
1. La incidencia del padecimiento en los periodos de descontrol mental	668
2. La incidencia del padecimiento en las mujeres enfermas medicadas	670
3. La incidencia del padecimiento en los hombres enfermos medicados	681
Capítulo 26. La incidencia del padecimiento mental y su manejo en la crianza de los niños	685
1. La incidencia en la crianza cuando la madre enferma mentalmente	686
1.1 La discapacidad total para desempeñar el rol de madre	687
1.2 La discapacidad parcial para desempeñar el rol de madre	690
2. La incidencia en la crianza cuando el padre enferma mentalmente	694
3. La incidencia en la crianza cuando el hijo o la hija enferma mentalmente	696
4. La incidencia en los cuidados escolares y la escolaridad de los niños	697
4.1 La reorganización familiar para afrontar los cuidados escolares de los niños	698
a) Cuando la discapacidad para asumir los cuidados escolares es total o severa	698
b) Cuando la discapacidad para asumir los cuidados escolares es parcial	700
4.2 La incidencia en el grado de escolarización de los niños	701
5. La incidencia en la educación religiosa de los niños	709
5.1 La incidencia cuando la madre o el padre enferma mentalmente	709
5.2 La incidencia cuando el hijo enferma mentalmente	710
6. La incidencia en los niños y en las relaciones entre padres e hijos	712
6.1 La incidencia cuando la madre enferma mentalmente	713
6.2 La incidencia cuando el padre enferma mentalmente	722
Capítulo 27. La incidencia del padecimiento mental y su manejo en la religiosidad	723
1. La incidencia del padecimiento mental en los hombres medicados	724
2. La incidencia del padecimiento mental en las mujeres medicadas	726

Sexta Parte

El cuidado de los enfermos

Capítulo 28. El cuidado de enfermos crónicos	731
1. El grupo doméstico como núcleo fundamental en el cuidado de enfermos	731
2. El cuidado de enfermos crónicos	734
2.1 El trabajo de cuidados a un enfermo crónico	735
a) El trabajo de cuidado en la línea del padecimiento	735
b) El trabajo de cuidado en la línea del hogar o la vida diaria	736
c) El trabajo de cuidado en la línea biográfica	737
2.2 La organización social del cuidado: los espacios, los tiempos y los roles ..	741
a) Los espacios del cuidado	742
b) Los tiempos del cuidado	742
c) Los constreñimientos del cuidado	744
d) El rol social del enfermo crónico: la dependencia y la discapacidad ..	744
e) El rol social del cuidador: la responsabilidad y el trabajo de cuidar ..	744
Capítulo 29. La selección y la exclusión de los cuidadores en el ámbito familiar	747
1. La selección de los cuidadores	748
1.1 La selección de los cuidadores primarios	750
1.2 La selección de los cuidadores secundarios	753
1.3 La selección de las fuentes de apoyo	757
2. La exclusión de cuidadores	759
Capítulo 30. La selección y la exclusión de los cuidadores en el ámbito familiar	767
1. La supervisión del estado mental del enfermo	769
2. El manejo no medicado de conductas problemáticas y agresivas	771
2.1 Acciones orientadas a evitar conflictos con los vecinos	772
2.2 Acciones orientadas a manejar la agresividad en el hogar	772
a) El manejo de la agresividad verbal en el hogar	773
b) El manejo de la agresividad física en el hogar	774
3. El manejo de los tratamientos terapéuticos	776
4. La atención médica del enfermo	782
4.1 La atención tradicional del padecimiento mental	783

4.2 La atención biomédica del padecimiento mental	783
a) Las acciones de cuidado relativas a las consultas médicas	785
b) Las acciones de cuidado relativas al internamiento hospitalario	787
4.3 La evaluación de la atención médica del padecimiento mental	789
a) La evaluación de la atención tradicional al padecimiento mental	789
b) La evaluación de la atención biomédica al padecimiento mental	790
4.4 La atención de las enfermedades orgánicas padecidas por el enfermo ...	796
Capítulo 31. Los cuidados en la línea del hogar	805
1. Los cuidados relativos a las necesidades de los enfermos	806
2. La creación de un espacio físico para el enfermo	808
2.1 La creación de un espacio de cuidado	808
2.2 La creación de un espacio para el control de la conducta	808
3. Los cuidados personales: alimentación, vestido y aseo personal	811
3.1 Los cuidados relacionados con la alimentación de los enfermos	812
3.2 Los cuidados relacionados con el vestido de los enfermos	814
3.3 Los cuidados relacionados con el aseo personal de los enfermos	815
4. Las tareas domésticas relacionadas con el padecimiento mental	819
4.1 Las tareas domésticas relacionadas con la alimentación del enfermo	819
4.2 Las tareas domésticas relacionadas con la ropa	820
4.3 Las tareas domésticas relacionadas con la limpieza y el orden domésticos	822
Capítulo 32. Los cuidados en la línea biográfica	829
1. Los cuidados relativos al bienestar psicológico-emocional	831
1.1 Los cuidados orientados a evitar la desestabilización mental del enfermo	831
1.2 Los cuidados orientados a tranquilizar, animar y consolar al enfermo	836
2. Los cuidados espirituales	839
3. La reconstrucción de la vida social y personal del enfermo	844
3.1 La reintegración del enfermo en la vida familiar	844
3.2 La reintegración del enfermo en la vida comunitaria	846

Conclusiones

Conclusiones. La articulación entre el padecimiento mental y el sistema de parentesco	855
--	-----

Apéndice

Apéndice. La visión biomédica: el sistema nervioso humano	873
1. El sistema nervioso periférico	873
2. El sistema nervioso central	875
2.1 La médula espinal	875
2.2 El encéfalo	878
a) El mielencéfalo	878
b) El metencéfalo	879
c) El mesencéfalo	880
d) El diencéfalo	881
e) El telencéfalo	882
3. Las células del sistema nervioso	889
3.1 Las neuronas	889
a) Estructura de las neuronas	889
b) Tipos de neuronas	891
3.2 Las neuroglías	891
4. Conducción neuronal y transmisión sináptica	893
4.1 Potencial de membrana en reposo	893
4.2 Generación y conducción de los potenciales de acción	894
4.3 La transmisión sináptica	895
a) Los receptores de neurotransmisores	896
b) La eliminación de los neurotransmisores	898
5. Sistemas neurotransmisores	898
5.1 Sistema colinérgico	899
5.2 Sistemas monoaminérgicos	901
a) Sistema noradrenérgico	901

b) Sistema adrenérgico	902
c) Sistema dopaminérgico	902
d) Sistema serotoninérgico	904
e) Sistema histaminérgico	906
5.3 Sistemas por aminoácidos	906
a) Ácido γ -aminobutírico (GABA)	907
b) Glicina	907
c) Glutamato	908

Bibliografía

Primera parte. Diseño y método de investigación. El lugar y los sujetos de estudio	911
Segunda parte. El parentesco en San Felipe Usila	917
Tercera parte. La visión biomédica: la enfermedad y la atención médica de la esquizofrenia y otras psicosis	926
Capítulo 14. Las esquizofrenias y otras psicosis	926
Capítulo 15. Fármacos utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis	928
Sexta parte. El cuidado de las personas enfermas	930
Apéndice. La visión biomédica: el sistema nervioso humano	933

Primera Parte

Diseño y método de investigación

El lugar y los sujetos de estudio

Capítulo 1

Genealogía, diseño y metodología de la investigación

1. La genealogía de la investigación

La elaboración del proyecto de investigación fue el fruto de un paulatino proceso de planteamientos, descartes y replanteamientos, hasta concretar la que consideré la versión más satisfactoria y mejor articulada. En este proceso de sucesivas reelaboraciones confluyeron y se combinaron mi inicial interés por la antropología médica, concretamente por la medicina tradicional amerindia, el requisito del estudio del parentesco ligado a mi posterior adscripción al Grupo de Estudios Transculturales del Parentesco (GETP) de la Universidad Autónoma de Barcelona¹, la influencia que ejerció mi estancia en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y las reflexiones sobre los primeros datos etnográficos obtenidos en el trabajo de campo y las primeras lecturas sobre el cuidado de enfermos.

Mi interés inicial por llevar a cabo un estudio sobre medicina tradicional en una comunidad indígena de México se conjugó, en el segundo año del máster, con la inclusión del ámbito del parentesco a raíz de mi integración en el Grupo de Estudios Transculturales del Parentesco (GETP). Surgió, entonces, un primer proyecto de investigación en el que se pretendía estudiar la intersección entre los sistemas médicos existentes en una comunidad indígena, la biomedicina y la medicina tradicional, y el sistema de parentesco. Esta intersección se concretaba en lo que se denomina la medicina doméstica, es decir, el conjunto de saberes etiológicos, nosológicos y terapéuticos que se despliegan en el seno familiar para la atención de las distintas enfermedades que padecen sus miembros.

Este proyecto inicial fue contundentemente criticado por el Dr. Eduardo Menéndez durante mi estancia en el curso 2007-2008 en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) en su sede de Ciudad de México. No sólo era un proyecto excesivamente amplio, que no se podía abarcar en una sola investigación, sino

¹ Al que me incorporé como becario FPU en el proyecto SEJ2006-1086/SOCI del Plan Nacional I+D del Ministerio de Educación y Ciencia de España.

que carecía de una adecuada articulación entre el ámbito de la salud y el ámbito del parentesco, dado que la definición de parentesco establecida por el Grupo de Estudios Transculturales del Parentesco (GETP) comprendía las dimensiones relativas a la organización sociocultural de la procreación y la crianza de los niños.

Estas críticas me llevaron, en un primer momento, a reorientar mi proyecto de investigación hacia el estudio de la influencia de la crianza de los niños en los padecimientos mentales de los miembros de la familia, una asociación causal que resultaba difícil de abordar desde una perspectiva antropológica. Poco tiempo después, decidí que la conjugación de la antropología médica y la antropología del parentesco debía enfocarse en la articulación entre el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis y el sistema de parentesco, partiendo del supuesto de que las alteraciones cognitivas y conductuales causadas por este tipo de enfermedades impactarían sensiblemente en la vida familiar y obligarían a los familiares de la persona enferma a afrontar y manejar las afectaciones del padecimiento mental. Me pareció que dicha articulación gozaba de un fundamento sólido, amén de que se trataba de una propuesta que, en mi búsqueda bibliográfica, no había encontrado en la antropología médica ni en la antropología del parentesco. No obstante, concretar dicha articulación, definir sus diferentes dimensiones empíricas, fue un proceso que llevó su tiempo y que fue tomando forma paulatinamente entre reflexiones, algunas lecturas sobre el cuidado de enfermos crónicos y el análisis de la información etnográfica inicial, hasta constatar que la inclusión de la antropología del parentesco había robustecido y enriquecido mi inicial interés por la antropología médica.

2. El diseño de la investigación

2.1 El problema de investigación

El problema de investigación consiste en describir, comprender y explicar la articulación existente entre el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis y el sistema de parentesco² en la localidad de San Felipe Usila, comunidad indígena perteneciente a la etnia chinanteca que habita en el norte de Oaxaca, estado ubicado en el sur de México.

Al igual que en otros grupos sociales, entre los chinantecos de San Felipe Usila, la aparición de un padecimiento mental como la esquizofrenia u otra psicosis provoca que la persona se convierta en un sujeto dependiente temporal o definitivamente de sus cuidadores, de modo que su grupo doméstico tiene que asumir de forma transitoria o

² Los diferentes conceptos teóricos presentes en la exposición del problema de investigación —padecimiento mental, parentesco, crianza de los niños, matrimonio, trabajo doméstico, cuidado de enfermos—, así como otros conceptos teóricos y nativos que aparecen más adelante, son definidos a medida que estos temas van siendo abordados en los capítulos de la tesis.

permanente la responsabilidad del cuidado de su familiar enfermo. Las vivencias relacionadas con los síntomas y los malestares del padecimiento mental, los cuidados que requieren las personas enfermas y las acciones orientadas a afrontar y manejar la incidencia del padecimiento mental en la vida cotidiana son fundamentalmente experimentados y llevados a cabo en el seno de la familia.

Los elementos y las relaciones socioculturales que integran el sistema de parentesco, por tanto, constituyen el ámbito sociocultural en el que se vive, se atiende y se maneja el padecimiento mental y, al mismo tiempo, los elementos y las relaciones de parentesco se ven influenciados y modificados para afrontar las incidencias generadas por el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis. En esta investigación, la articulación existente entre el padecimiento mental y el sistema de parentesco consiste en describir, comprender y explicar cómo el padecimiento mental afecta al matrimonio, el trabajo productivo, las labores del hogar, la crianza de los niños y la religiosidad, cómo las familias manejan estas incidencias y los diferentes cuidados que los familiares cuidadores brindan a sus enfermos.

Se pretende conocer en qué medida el padecimiento de la esquizofrenia y otras psicosis afecta a los roles que la persona enferma desempeña en su familia, en los ámbitos del matrimonio, el trabajo productivo, el trabajo doméstico y la crianza de los niños, si deja de cumplir parcial o totalmente con su rol, si toma o se le asigna otro rol distinto. Igualmente, se busca saber cómo afecta el padecimiento mental a los roles de otros miembros de la familia, si hay una reorganización familiar para suplir las tareas que la persona enferma deja de realizar, si aumentan las obligaciones de determinados miembros del grupo doméstico, si otros parientes pertenecientes a otros grupos domésticos ayudan a afrontar la incidencia del padecimiento mental en la familia del enfermo y cuál es su papel.

En consonancia con la afectación que los roles de la persona enferma experimentan en la familia, se busca conocer cómo el padecimiento mental repercute en el matrimonio: cuando la enfermedad aparece antes de contraer matrimonio, saber si la persona enferma puede casarse y formar una familia; cuando la enfermedad surge una vez que la persona se ha casado y ha tenido hijos, conocer su incidencia en la relación entre los esposos, en la estabilidad del vínculo matrimonial, si suscita intentos de separación o la ruptura del matrimonio, cuál es su influencia en la sexualidad reproductiva, si se toman medidas anticonceptivas para no procrear más hijos.

Asimismo, se pretende estudiar cómo el padecimiento de la esquizofrenia y otras psicosis incide en la crianza de los niños, averiguando qué sucede cuando el padre o la madre enferman, qué familiar o familiares ayudan o asumen el cuidado y la educación de los niños, durante cuánto tiempo, cómo influye el padecimiento en la escolaridad, la educación religiosa, las relaciones entre los padres y los hijos, en qué grado incita a la disgregación familiar, a una pronta salida de los hijos del hogar paterno.

2.2 Las preguntas y los objetivos de la investigación

El estudio de la articulación existente entre el sistema de parentesco y el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis entre los chinantecos de San Felipe Usila supone plantear dos preguntas teóricas fundamentales:

1. ¿Cómo se ve afectado el sistema de parentesco por el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis?
2. ¿Cuáles son las estrategias y las acciones empleadas por el sistema de parentesco para manejar la incidencia del fenómeno del padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis?

Las respuestas a estas preguntas llevan a la necesidad de recabar y analizar información etnográfica sobre una serie de temas relacionados con el parentesco y el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis que han constituido los objetivos generales de la investigación y han determinado la estructura de la tesis:

1. El matrimonio: los arreglos matrimoniales y la concepción de la relación conyugal
2. El trabajo productivo en la unidad familiar
3. Las dimensiones del trabajo doméstico en la vida familiar
4. Las líneas de cuidado en la crianza de los niños
5. La herencia y su relación con el cuidado de enfermos y ancianos
6. La concepción usileña de la salud y la enfermedad mental
7. Los síntomas y los malestares del padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis
8. La incidencia del padecimiento mental y su manejo en el matrimonio
9. La incidencia del padecimiento mental y su manejo en el trabajo productivo
10. La incidencia del padecimiento mental y su manejo en el trabajo doméstico
11. La incidencia del padecimiento mental y su manejo en la procreación y la crianza de los niños
12. La selección de los cuidadores de las personas mentalmente enfermas
13. Las líneas de cuidado de las personas mentalmente enfermas

2.3 La elección del lugar de estudio

Si bien desde el principio tuve claro que deseaba hacer mi trabajo de campo en una comunidad indígena de México, cuando llegué al país, no sabía ni con qué etnia ni en qué lugar iba a realizar mi trabajo de campo. La elección de la comunidad de estudio estuvo influenciada por el que fuera mi tutor durante mi estancia en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), el Dr. Witold Jacorzynski, que había realizado una investigación de caso sobre una mujer que padecía locura y pertenecía a la etnia mazateca, grupo indígena que habita en el norte del estado de Oaxaca en un territorio vecino a los chinantecos. Tras realizar una prospección etnográfica en tres municipios mazatecos, al ver que los Centros de Salud no contaban con un registro de las personas que padecían enfermedades mentales, me dirigí a la ciudad de Oaxaca para tramitar la autorización que me permitiera revisar los expedientes clínicos de los enfermos que habitaban en los municipios mazatecos y chinantecos y eran atendidos en el Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur. De esta manera, pude conocer con más precisión los nombres de las personas mentalmente enfermas, sus diagnósticos y en qué comunidades vivían dentro de los territorios municipales.

Una vez terminada la revisión de los expedientes clínicos en el archivo del Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, viajé a la ciudad de Tuxtepec, capital del Papaloapam, la región administrativa a la que pertenecen los municipios mazatecos y chinantecos, a fin de solicitar en la Jurisdicción Sanitaria las cartas de presentación ante las autoridades políticas y sanitarias de los distintos municipios. Mientras esperaba los documentos, uno de los funcionarios me recomendó que fuera a San Felipe Usila, asegurándome que me iban a agradecer tanto el lugar como sus costumbres. Aunque tenía la intención de ir primeramente a San Lucas Ojitlán, municipio chinanteco con mayor población, sin saber muy bien por qué, decidí seguir su consejo. Así fue cómo llegué por primera vez a San Felipe Usila a finales de julio de 2009 y, tal como me había predicho aquel hombre, la comunidad y su paisaje me fascinaron desde un primer momento. Y, como había recabado una decena de enfermos diagnosticados con algún trastorno psicótico, tomé la decisión de no visitar otros lugares y realizar mi trabajo de campo en San Felipe Usila. Poco tiempo después, al constatar que había suficientes casos en la cabecera municipal, algunos de ellos que no había encontrado en el archivo del hospital psiquiátrico, determiné que iba a centrar mi investigación en dicha localidad.

2.4 La selección de las familias y los informantes

Mi primera intención fue trabajar con un número determinado de grupos domésticos que contaran con algún miembro que padecía esquizofrenia u otras psicosis, concretamente ocho, y un mismo número de grupos domésticos en los que ninguno de sus miembros padeciera una enfermedad mental. La comparación de ambos tipos de unidades domésticas me permitiría describir y analizar la incidencia del padecimiento mental en las

diferentes dimensiones de la vida familiar establecidas en los objetivos de la investigación. Por ello, todas las familias debían de cumplir la condición de haber engendrado hijos, a fin de poder evaluar la incidencia de la esquizofrenia y otras psicosis en el proceso de procreación y crianza de los niños.

A los pocos meses de comenzar mi trabajo de campo, descarté realizar un estudio comparativo entre familias con y sin enfermo mental, pues, para llevar a cabo dicha comparación, debía buscar familias sin presencia de un enfermo mental que tuvieran una estructura y composición equivalentes a las familias con presencia de enfermo mental, es decir, mismo número de miembros y generaciones, edades de los cónyuges y los hijos similares, mismos oficios y estatus socioeconómicos, profesar la misma religión, hallarse en la misma etapa del ciclo doméstico. Demasiadas variables que encajar en un contexto sociocultural en el que la población muestra un carácter hermético y desconfiado en su vida cotidiana y en el que, por tanto, el acceso a las familias y a la información etnográfica es complicado y laborioso. Además de esta razón, la comparación entre familias no era necesaria, ni siquiera era el mejor camino para alcanzar los objetivos de la investigación. Atendiendo a la coherencia metodológica, la investigación debía de estar orientada hacia la construcción de un modelo teórico-etnográfico, de modo que las familias que no contaban con una persona enferma mentalmente debían de constituir el fundamento etnográfico de la elaboración del modelo usileño de parentesco. Y, análogamente, una vez conocido el sistema de parentesco, la incidencia del padecimiento mental en el parentesco debía de estudiarse en las familias que contaban con un miembro que padeciese esquizofrenia u otra psicosis.

La selección de las familias en las que ninguno de sus miembros padecía una enfermedad mental, además de cumplir la condición de haber procreado niños, siguió tres criterios de similitud a las familias que tenían una persona mentalmente enferma:

1. Estatus socioeconómico de pobreza o pobreza extrema, el estatus socioeconómico predominante en la población del municipio.
2. El jefe de familia y su cónyuge hubieran nacido entre las décadas de 1950 y 1970.
3. Abarcar las tres religiones cristianas profesadas por los usileños, teniendo en cuenta que la religión católica y la religión evangélica son mayoritarias, mientras que la religión de los testigos de Jehová es practicada por una pequeña minoría.

Así, de las 8 familias sin persona enferma que han formado parte de la investigación, 3 familias son católicas, 3 familias son evangélicas, 1 familia es mixta —hombre católico y mujer evangélica— y 1 familia es testigo de Jehová. Aunque registraba información etnográfica sobre parentesco relativa a estas familias en el diario de campo, las entrevistas se centraron en los jefes de familia —8 hombres—, pudiendo entrevistar a 2 mujeres, 1 evangélica y 1 testigo de Jehová. Este acceso diferenciado a hombres y mujeres no sólo obedeció a las relaciones de género, sino también al bajo dominio del español de las esposas en algunas familias.

Familias católicas y evangélicas

Informantes entrevistados, años de nacimiento y religión

Años Nacimiento	Hombres	Mujeres	Católicos		Evangélicos		T Jehová	
			H	M	H	M	H	M
1958-1962	4	0	3	0	0	0	1	0
1963-1967	3	0	1	0	2	0	0	0
1968-1972	0	1	0	0	0	0	0	1
1973-1977	1	1	0	0	1	1	0	0
Total	8	2	4	0	3	1	1	1

El sesgo masculino presente en las familias que no cuentan con un enfermo mental a la hora de obtener información etnográfica sobre el sistema de parentesco fue compensado con las conversaciones registradas en el diario de campo y las entrevistas a familiares femeninas de las personas enfermas con las que pude tejer un mayor grado de confianza, algunas de ellas no pertenecientes al mismo grupo doméstico que su pariente enfermo. Asimismo, he contado con la valiosa ayuda de una mujer usileña, mi esposa, a la que conocí haciendo trabajo de campo. Además de haber sido una informante sobre temas de parentesco, siguiendo la denominada validación solicitada (Hammersley y Atkinson, 1994: 246-249), revisó los diferentes capítulos que sobre este ámbito iba redactando a medida que analizaba la información etnográfica recabada, revisión que dio pie a muchas horas de diálogo, preguntas, contrastaciones, correcciones y precisiones. En definitiva, la construcción del modelo de parentesco ha contado finalmente con un número de informantes hombres y mujeres suficientemente amplio y equilibrado: 12 hombres —6 católicos, 5 evangélicos y 1 testigo de Jehová— y 11 mujeres —7 católicas, 3 evangélicas y 1 testigo de Jehová—.

El criterio seguido para seleccionar las familias entre cuyos miembros había una persona que padecía esquizofrenia u otra psicosis fue que hubiera sido atendida y diagnosticada en una instancia psiquiátrica, aunque hubiesen recurrido a curadores tradicionales, con el fin de asegurar una muestra de enfermos que manifestaran un conjunto de síntomas similares, los síntomas propios de los trastornos psicóticos. En total, han sido 11 el número de enfermos participantes en la investigación, 8 mujeres y 3 hombres —6 mujeres católicas, 2 mujeres evangélicas, 1 hombre católico y 2 hombres evangélicos— pertenecientes a 11 familias, 7 familias católicas y 4 familias evangélicas. El hecho de que el número de mujeres enfermas sea considerablemente mayor que el número de hombres enfermos no obedece a una selección sesgada, sino a la realidad encontrada en San Felipe Usila, puesto que la investigación incluyó a todas las personas

enfermas diagnosticadas que vivían en la cabecera municipal durante el periodo que realicé trabajo de campo.

Familias católicas y evangélicas con y sin persona enferma que participan en la información de parentesco

Informantes, años de nacimiento y religión

Años Nacimiento	Hombres	Mujeres	Católicos		Evangélicos		T Jehová	
			H	M	H	M	H	M
1933-1937	1	0	1	0	0	0	0	0
1953-1957	0	1	0	0	0	1	0	0
1958-1962	5	2	3	2	1	0	1	0
1963-1967	3	1	1	1	2	0	0	0
1968-1972	2	3	1	1	1	1	0	1
1973-1977	1	1	0	0	1	1	0	0
1978-1982	0	1	0	1	0	0	0	0
1983-1987	0	0	0	0	0	0	0	0
1988-1992	0	2	0	2	0	0	0	0
Total	12	11	6	7	5	3	1	1

En estas familias que contaban con un miembro enfermo mentalmente, el número de informantes principales han sido 25, 12 hombres y 13 mujeres —7 hombres católicos, 9 mujeres católicas, 5 hombres evangélicos y 4 mujeres evangélicas—, todos ellos fueron entrevistados, entre los que se cuentan 5 enfermos —2 hombres y 3 mujeres—. Respecto a los demás enfermos, 3 mujeres fueron informantes secundarios con los que mantenía conversaciones breves, y con otros 3 enfermos, debido a su discapacidad cognitiva, la comunicación directa no fue posible —1 hombre y 2 mujeres—.

Familias católicas y evangélicas con persona enferma

Informantes entrevistados, años de nacimiento y religión

Años Nacimiento	Hombres	Mujeres	Católicos		Evangélicos	
			H	M	H	M
1933-1937	1	0	1	0	0	0
1953-1957	1	2	1	1	0	1
1958-1962	2	3	1	3	1	0
1963-1967	1	1	0	1	1	0
1968-1972	5	2	3	1	2	1
1973-1977	0	0	0	0	0	0
1978-1982	0	2	0	1	0	1
1983-1987	0	0	0	0	0	0
1988-1992	1	2	1	2	0	0
1993-1997	0	0	0	0	0	0
1998-2002	1	1	0	0	1	1
Total	12	13	7	9	5	4

2.5 Las fases de la investigación

Tras haber realizado una prospección etnográfica en tres municipios mazatecos y constatar que los Centros de Salud municipales no contaban con registros de personas enfermas mentalmente, en junio de 2009, viajé a la ciudad de Oaxaca con el fin de tramitar en los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO) y en las dos principales seguridades sociales los permisos necesarios para poder acceder a la información institucional, expedientes médicos y perfiles epidemiológicos, existentes en los centros de salud locales, los hospitales de segundo nivel de Tuxtepec y Oaxaca y el Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur de Oaxaca.

Las dos principales seguridades sociales que dan cobertura sanitaria en el estado de Oaxaca son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la seguridad social de los trabajadores que gozan de contrato y cotizan, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la seguridad social de los funcionarios que

trabajan para el Estado. Los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO) ofrecen atención médica a la población que no cuenta con seguridad social y es el sistema que brinda cobertura sanitaria a casi toda la población de San Felipe Usila, dado que, mayoritariamente, los usileños no son derechohabientes de una de las seguridades sociales. Por esta razón, finalmente, la revisión de la información institucional referente a las personas que padecían un trastorno psicótico se centró en el archivo del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur” de Oaxaca, perteneciente a los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), la institución psiquiátrica que, además de psiquiatras particulares, había atendido en algún momento a todas las personas enfermas de San Felipe Usila.

Mi trabajo de campo en la comunidad comenzó a finales de julio de 2009 y, aunque realicé diversas estancias entre los años 2009 y 2011, casi la mitad de mi estancia en campo se concentró en los años 2012 y 2013. Las interrupciones y la prolongación que la investigación ha experimentado a lo largo de estos años han obedecido a problemas de salud y a circunstancias familiares y laborales, aunque también a la dificultad de acceder a una población culturalmente hermética y desconfiada, a la propia exigencia etnográfica que requería mi proyecto de investigación y a mi decisión, a partir de abril de 2012, de promover la atención médica de los enfermos mentales del municipio, tanto los que participaban en el estudio como los que no por vivir en otras localidades, pues en su inmensa mayoría no tenían acceso a un tratamiento médico regular.

Aprovechando que los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO) ampliaron la cobertura de las enfermedades psiquiátricas otorgando a las familias buena parte de la medicación que necesitaban sus enfermos, me di a la tarea de impulsar la atención médica de las personas enfermas que formaban parte del estudio acompañando a éstas y sus cuidadores tanto en los internamientos hospitalarios como en las citas programadas en las consultas externas del Hospital Psiquiátrico de Oaxaca. Esta labor de ayuda a los enfermos mentales y sus familias implicó que tres familias más —4 personas enfermas, 3 hombres y 1 mujer—, que vivían en otras comunidades del municipio, me contactaran y pidieran mi intervención en la atención médica de sus parientes afectados por un trastorno psicótico. Esta intervención alargó mi presencia en el campo, pero, en contrapartida, me permitió conocer de cerca el ámbito de los cuidados que los familiares brindan a sus enfermos y las estrategias que utilizan para manejar la incidencia del padecimiento mental en la vida familiar.

El trabajo de campo ha durado más de 32 meses, distribuidos en varias estancias entre los años 2009 y 2020, centrándome siempre en la recogida de información etnográfica en el diario de campo y la realización de entrevistas. Las estancias en campo efectuadas entre los años 2009 y 2011 sumaron un total de 8 meses y 2 semanas y, entre los años 2012 y 2013, 14 meses y 3 semanas. Posteriormente, realicé varias estancias en 2014 que sumaron 3 meses y 1 semana, en 2015, 1 mes y, en 2016, realicé tres estancias que sumaron un total de un mes y medio.

En el año 2017, realicé una estancia de una semana en el mes de enero y otra estancia de dos semanas entre mediados de junio y principios de julio. A finales de julio de 2017, por motivos familiares y laborales, trasladé mi residencia a Usila donde permanecí hasta mediados del mes de febrero de 2018. Aunque seguí realizando trabajo de campo, me

centré en el nacimiento y cuidado de mi hijo y en mi trabajo como profesor en el instituto de bachillerato de la localidad. Así, en el año 2017, el tiempo dedicado al trabajo de campo fue de un mes y medio. En 2018, realicé trabajo de campo durante dos semanas. En el año 2019, realicé trabajo de campo durante diez días para recabar datos sobre los términos chinantecos de parentesco y para contrastar y ampliar las generalizaciones inferidas sobre el trabajo doméstico. Y, en 2020, el trabajo de campo, dividido en dos estancias, tuvo una duración de tres semanas en las que contrasté los datos recabados sobre los términos chinantecos de parentesco y ciertas generalizaciones inferidas sobre la formación de la familia y el matrimonio.

Entre los años 2014 y 2018, las estancias en campo, más enfocadas a completar datos faltantes y contrastar generalizaciones empíricas, fueron compaginadas con la transcripción de las entrevistas, la codificación de la información etnográfica, el volcado de la información etnográfica en las matrices de datos y la búsqueda y el análisis de documentación geográfica y sociodemográfica institucional sobre San Felipe Usila.

A partir del otoño de 2018, mi trabajo se enfocó en el análisis de la información etnográfica contenida en las matrices de datos, la inferencia de las generalizaciones empíricas y la redacción de los capítulos de la tesis, así como en la búsqueda y el estudio de los documentos científicos necesarios para elaborar los marcos teóricos y orientar la interpretación, la explicación y la contextualización sociocultural de las generalizaciones empíricas. Además de estas tareas, elaboré y presenté sendas comunicaciones en dos Congresos Internacionales organizados por la Asociación de Antropólogos Iberoamericanos en Red (AIBR): *Los fundamentos socioculturales del matrimonio entre los chinantecos de San Felipe Usila, Oaxaca, México* en el congreso del año 2021, y *La esquizofrenia y su incidencia en el matrimonio entre los chinantecos de San Felipe Usila, Oaxaca, México* en el congreso del año 2022. Y redacté el artículo *El matrimonio entre los chinantecos de San Felipe Usila* a partir de las generalizaciones inferidas en el análisis de la información etnográfica y los textos antropológicos leídos sobre el matrimonio en grupos indígenas y postindígenas mesoamericanos. El artículo fue publicado en diciembre de 2022 en la revista digital *Perifèria, revista de recerca i formació en antropologia*.

3. La metodología de la investigación

3.1 La elaboración de un modelo teórico-etnográfico

Aunque, en términos de Hammersley y Atkinson (1994: 255-257), la presente investigación alcanza un nivel de teorización microformal, pues se analiza y explica una forma local de organización sociocultural, siendo más preciso, la investigación ha buscado la construcción de un modelo teórico-etnográfico que dé cuenta de la articulación entre el

sistema de parentesco y el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis en la comunidad chinanteca de San Felipe Usila.

Exceptuando la exposición de los datos geográficos y sociodemográficos provenientes de los informes estadísticos de organismos gubernamentales mexicanos, la tesis es una etnografía, esto es, el resultado de una investigación cualitativa caracterizada por la participación del investigador en la vida cotidiana de las personas durante un determinado periodo de tiempo, “observando qué sucede, escuchando qué se dice, haciendo preguntas”, con el fin de obtener toda la información necesaria para cubrir los objetivos planteados en la investigación (Hammersley y Atkinson, 1994: 15).

Haber seguido una metodología cualitativa supone que la obtención y el análisis de los datos empíricos han estado enfocados en comprender, interpretar y explicar el comportamiento humano integrando las perspectivas del investigador y de los sujetos de estudio dentro del contexto social y cultural en el que se desenvuelve su vida cotidiana, cuyos elementos y sus relaciones también han de ser identificados, descritos y explicados. Así, como sostiene González Echevarría, el conocimiento antropológico engloba tanto teoría explicativa como teoría interpretativa, puesto que requiere la interpretación de significados, la comprensión de las razones y los motivos de la acción humana y la identificación de estructuras, procesos y datos contextuales antes de poder establecer relaciones entre todos ellos (2003: 320-348 y 431-446; 2006: 352-366).

Siguiendo la concepción estructuralista de las teorías científicas, postulada por Suppes y desarrollada por Sneed, la etnografía es concebida como un predicado de estructura en la que distintos tipos de elementos —significados, razones, motivos, estructuras y procesos socioculturales, etc.— son articulados estableciendo las relaciones que los vinculan y las propiedades que rigen estas relaciones (González Echevarría, 2003: 262-270 y 348-357). Además de las relaciones de carácter causal, los elementos de un sistema sociocultural pueden presentar diversos tipos de relaciones entre sí: relaciones que revelan condiciones necesarias, pero no suficientes, relaciones que establecen condiciones de posibilidad, relaciones intencionales que establecen el para qué de la acción, relaciones de homología entre subsistemas socioculturales o relaciones de incompatibilidad (González Echevarría, 2002: 409)³.

3.2 Las técnicas de investigación para la obtención de la información

Las técnicas utilizadas en la investigación para obtener la información etnográfica en el trabajo de campo fueron la observación participante, las entrevistas y las grabaciones de algunos eventos, combinación que me permitió complementar y contrastar los datos cualitativos que obtenía con una y otra técnica. La información etnográfica obtenida en el

³ La fundamentación teórica de la concepción estructuralista de las teorías y de las etnografías como predicados de estructura defendida por el Grupo de Estudios Transculturales del Parentesco (GETP) será nuevamente abordada y ampliada en el capítulo teórico *El parentesco como organización sociocultural de la procreación y la crianza de los niños*.

trabajo de campo ha sido interpretada y explicada con la ayuda de fuentes secundarias provenientes de documentos textuales, estadísticos y visuales.

a) La observación participante

La observación de los fenómenos socioculturales, como en la mayoría de las investigaciones etnográficas, estuvo indisociablemente acompañada de la participación en la vida de los sujetos de estudio, aunque en diferentes grados dependiendo de la fase del trabajo de campo, los momentos o el tipo de fenómeno observado. En el inicio del trabajo de campo, debido a la ausencia de personas conocidas y a mi desconocimiento de la cultura, mi participación era mínima en la vida social usileña. Análogamente, predominaba más la observación que la participación cuando posteriormente presenciaba eventos colectivos como la celebración de una boda o las actividades programadas en las ceremonias de graduación escolar. En cambio, mi grado de participación aumentaba considerablemente cuando interaccionaba con los informantes y sus familiares en sus viviendas, acompañaba a algunos campesinos a sus milpas y colaboraba en las tareas de sembrar y cosechar o les ayudaba a recoger y acarrear leña, o cuando visitaba a las personas enfermas y sus cuidadores, con un nivel cada vez mayor de implicación, sobre todo a partir de abril de 2012, fecha en la que comencé a impulsar la atención médica de los enfermos, acompañándolos, a ellos y sus familiares, al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca. Una observación ligada a diferentes grados de participación que, atendiendo a la tipología de Spradley, equivaldrían respectivamente a la participación pasiva, la participación moderada y la participación activa (Valles, 1997: 146-147).

Es frecuente que los antropólogos experimenten cambios de rol durante el trabajo de campo, con un menor o mayor grado de participación en la vida social del grupo social estudiado (Hammersley y Atkinson, 1994: 117-130; Valles, 1997: 151-155). En mi caso, además de un cambio de roles, a lo largo del trabajo de campo, se fue produciendo una yuxtaposición de roles a medida que mi posición social iba variando. El primer día que llegué a Usila, mostrando la autorización expedida por los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), me presenté ante la presidencia municipal y el director del Centro de Salud como un antropólogo español que iba a realizar una investigación sobre la familia, el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis y su impacto en la vida familiar. A este rol de investigador español, que definió mi estatus en la comunidad durante varios años, se sumó el rol de benefactor de los enfermos mentales a partir de 2012, el rol de esposo de una mujer usileña desde mediados de 2013 y el rol de padre de un niño usileño a partir del año 2017.

Esta combinación de roles, tomaría conciencia con posterioridad, me permitió ir accediendo a una profundidad etnográfica en los ámbitos del parentesco, el padecimiento mental y el cuidado de los enfermos que, con el único rol de antropólogo extranjero, difícilmente hubiera podido alcanzar. Por otra parte, mi rol como benefactor de las personas enfermas influyó en su estado mental, pasando en su mayoría de estar sumidos frecuente o permanentemente en el descontrol mental a un estado mental controlado

mediante la medicación psiquiátrica, si bien con respuestas variables en función de la eficacia de los psicofármacos en cada enfermo. Por consiguiente, la información etnográfica sobre los síntomas del padecimiento mental y el cuidado de los enfermos varió sustancialmente a raíz de mis sucesivas intervenciones, variación que ha sido expuesta en diferentes capítulos de la tesis.

La información que iba observando durante mis visitas a las familias relativa al estatus socioeconómico —vivienda, mobiliario, solar, árboles y animales domésticos presentes en el patio, vehículos, etc.—, el parentesco, los síntomas del padecimiento mental, su incidencia en la vida familiar y el cuidado de los enfermos mentales era registrada en un diario de campo en formato digital, a fin de facilitar posteriormente el volcado de la información etnográfica en las matrices de datos. Aun así, siempre me acompañaba un cuaderno en el que podía anotar datos puntuales que los informantes me proporcionaban, generalmente delante de ellos, y, en algunas ocasiones, si el tipo de datos podía levantar recelo —por ejemplo, las dimensiones del solar y la vivienda—, mis anotaciones y dibujos eran realizados fuera de la presencia de las personas. Asimismo, registré las observaciones de varios eventos religiosos católicos y evangélicos a fin de interpretar y comprender mejor las creencias, los valores y los preceptos rituales de la religiosidad usileña, así como de los convivios o banquetes que acompañaban a las bodas, las comuniones, los bautizos. También observé y recogí información sobre las actividades que las escuelas organizaban con motivo de las graduaciones en los finales de curso o de la conmemoración de sucesos históricos nacionales como el Día de la Independencia o la Revolución Mexicana.

Además de mis observaciones, en el diario de campo, también registraba los datos relacionados con los temas de la investigación que procedían de las conversaciones formales e informales que mantenía con los informantes o con otras personas que puntualmente podían comentarme o explicarme ciertas cuestiones relacionadas con las costumbres usileñas.

b) Las entrevistas a informantes y las grabaciones de eventos sociales

El recurso a las entrevistas proporciona una información a la que resulta difícil o imposible de acceder por medio de la observación participante, como son los acontecimientos del pasado o los sucesos del presente que, por distintas razones, no pueden ser observados directamente por el investigador. Cuando se usan combinadamente, la información obtenida en las entrevistas ayuda a comprender la información recabada a través de la observación participante y viceversa, amén de que constituyen una fuente de confrontación de los datos obtenidos mediante una u otra técnica de investigación. Las entrevistas, además, son construcciones discursivas que recogen las perspectivas de las personas entrevistadas y, por tanto, no sólo reflejan sus biografías personales y sus intereses, sino también el contexto sociocultural en el que se han forjado como individuos y en el que se desenvuelven cotidianamente, esto es, sus creencias, sus valores, sus normas, sus saberes (Hammersley y Atkinson, 1994: 141-150; Jociles, 1999: 54-56; Sanmartín, 2000: 107-111).

En el trabajo de campo, aunque llevé a cabo algunas entrevistas abiertas o no estructuradas, casi todas las entrevistas realizadas fueron semiestructuradas, seguían un guión de entrevista con el fin de encauzar las preguntas y las respuestas a los distintos y numerosos temas de la investigación, manteniendo, al mismo tiempo, la flexibilidad y la apertura necesarias para formular el orden de las preguntas según las respuestas de los informantes, así como para incorporar temas o cuestiones no previstos que pudieran surgir durante las mismas. Las entrevistas concertadas fueron siempre realizadas en las viviendas de los informantes, el lugar al que siempre me citaban unos y otros, por ser el más cómodo para ellos y, a la vez, el más discreto. Todas las entrevistas solicitadas fueron registradas con una grabadora tras haber informado previamente a los entrevistados y garantizado la confidencialidad de las grabaciones. En cambio, la información correspondiente a las entrevistas, generalmente de corta duración, que surgían espontáneamente durante las visitas a los informantes y sus familiares fue anotada en el diario de campo.

En total, el número de entrevistas grabadas ha sido 190, de las cuales 102 han estado enfocadas en el parentesco y 88 en el padecimiento mental, el cuidado y la incidencia del padecimiento en el ámbito familiar. Como se ha indicado en el apartado relativo a la selección de los informantes, el número total de informantes entrevistados han sido 35, salvo en 4 casos, miembros de las 19 familias que han participado en el estudio, 11 familias que cuentan con un miembro que padece esquizofrenia u otra psicosis —8 mujeres y 3 hombres— y 8 familias que no cuentan con ningún enfermo mental. En estas últimas familias, me centré en obtener información etnográfica sobre el sistema de parentesco, mientras que en las primeras me centré en el padecimiento, el cuidado y la incidencia del padecimiento mental, aunque también he obtenido información sobre el parentesco.

Si bien transcribí literalmente una treintena de entrevistas relativas al padecimiento mental, dado el elevado número final de entrevistas, opté por combinar la transcripción literal con el resumen del contenido, priorizando siempre la literalidad de las respuestas y las preguntas sobre el resumen cuando la perspectiva nativa me parecía rica y relevante, y dejando para la síntesis aquellos pasajes que enfatizaban más en datos que no resultaban necesarios transcribir literalmente o en los que el informante manifestaba un bajo dominio del español. Aun así, el bloque de información etnográfica correspondiente a las partes de entrevistas literalmente transcritas fue cuantioso.

Además de las entrevistas, realicé 8 grabaciones de eventos religiosos en el interior de las iglesias, de los cuales 2 fueron bodas católicas y 3 bodas evangélicas, bodas que transcribí literalmente para elaborar parte del capítulo sobre la formación de la familia y los arreglos matrimoniales. Las otras 3 grabaciones correspondieron a los testimonios públicos que uno de los informantes ofreció en sendas iglesias evangélicas después de haberse recuperado de su trastorno psicótico, y que fueron transcritas literalmente para ilustrar una dimensión del cuidado, la relativa a la reintegración social de los enfermos mentales en Usila una vez sanados o controlados por medio de la medicación.

c) La documentación

Durante la investigación, he recurrido a diversas fuentes secundarias con la finalidad de que me ayudaran a complementar, analizar y explicar la información etnográfica que había recabado en el trabajo de campo. Estas fuentes secundarias pueden ser clasificadas en tres tipos: documentos visuales, documentos de organismos gubernamentales mexicanos y documentos científicos.

Los documentos visuales, a su vez, son de dos tipos: fotografías y mapas. Los mapas del municipio de San Felipe Usila exponen datos geográficos y sociodemográficos y fueron obtenidos de organismos gubernamentales —INEGI, CONEVAL, CONAPO—. Las fotografías, tomadas en numerosos momentos del trabajo de campo, estuvieron enfocadas en registrar el paisaje de San Felipe Usila, las calles, las viviendas y los edificios públicos de la cabecera municipal —ayuntamiento, centro de salud, escuelas, iglesias—, las áreas de las viviendas y los patios —área de cocina, área de lavado, letrina—, las actividades domésticas como la elaboración de tortillas de maíz, el estibado de las mazorcas de maíz, el secado al Sol de productos agrícolas cosechados o de la leña, las milpas y las tareas agrícolas, algunos lugares de trabajo como las carpinterías y las panaderías, los eventos comunitarios de carácter religioso y escolar, los banquetes organizados con motivo de la celebración de bodas o bautismos, etc.

La información geográfica y sociodemográfica del municipio de San Felipe Usila, así como la correspondiente a los programas sociales que dan cobertura a una población mayoritariamente sumida en la pobreza o la pobreza extrema, ha provenido de documentos estadísticos, informes y manuales que los diferentes organismos gubernamentales mexicanos, federales y estatales, exponen en sus páginas de internet y de un documento redactado por el gobierno municipal de San Felipe Usila durante el trienio 2011-2013. Los organismos gubernamentales consultados fueron los siguientes:

- Ayuntamiento Constitucional de San Felipe Usila
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)
- Consejo Nacional de Población (CONAPO)
- Comisión Nacional para los Salarios Mínimos (CONASAMI)
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)
- Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural y Alimentación (SAGARPA)
- Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT)
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del estado de Oaxaca (DIF Oaxaca)

Además de recurrir a la información geográfica y sociodemográfica elaborada por organismos gubernamentales federales y estatales, realicé una revisión de expedientes clínicos archivados en el Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur” de Oaxaca, perteneciente al sistema sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO). En un primer momento, la revisión de expedientes médicos abarcó las personas originarias de los municipios mazatecos y chinantecos con el fin de tener la certificación de un diagnóstico psiquiátrico de esquizofrenia u otra psicosis y de poder localizar a las familias de una manera discreta para preguntarles si deseaban participar en el estudio. Tras la elección del lugar de estudio, la información contenida en los expedientes se centró en las personas enfermas del municipio de San Felipe Usila y fue organizada en categorías: los datos socioeconómicos y familiares tomados por las trabajadoras sociales, los datos clínicos —signos, síntomas, evolución y otras observaciones sobre el paciente—, la medicación prescrita por los médicos psiquiatras, y las observaciones y el plan terapéutico propuesto por los psicólogos durante las fases de internamiento —actividades en las terapias grupales—.

Ante la ausencia de antecedentes —o no hallazgo por mi parte— que pudieran orientar mi investigación, los documentos científicos han sido empleados para guiar el análisis, la interpretación y la explicación de la información etnográfica recogida a través de la observación participante y las entrevistas. Los libros, los capítulos de libros y los artículos publicados en revistas científicas que han sido empleados en la elaboración de la tesis abarcan varias disciplinas y pueden agruparse en ocho bloques:

1. Textos sociológicos y antropológicos sobre la metodología y las técnicas cualitativas de investigación social.
2. Textos antropológicos orientados a confeccionar el marco teórico del parentesco entendido como la organización sociocultural de la procreación y la crianza de los niños, la definición establecida por los investigadores del *Grupo de Estudios Transculturales del Parentesco* (GETP) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).
3. Textos etnográficos y de comparación cultural sobre la familia, el matrimonio y la herencia elaborados en comunidades indígenas y postindígenas de Mesoamérica a fin de constatar elementos y principios socioculturales mesoamericanos en el parentesco usileño. En este bloque está incluido el único trabajo antropológico sobre San Felipe Usila que aborda temas de parentesco, una etnografía donde se expone una visión panorámica sobre la sociedad y la cultura usileñas realizada por dos antropólogos, Weitlaner y Castro, que hicieron varias estancias de campo entre los años 1943 y 1953.
4. Ante la inexistencia —o no hallazgo por mi parte— de trabajos antropológicos, textos pertenecientes a la antropología lingüística y la psicología cultural que han estudiado la crianza de los niños en sociedades indígenas mesoamericanas con el objetivo de identificar creencias y pautas de cuidado similares en la crianza de los niños usileños.

5. Textos lingüísticos sobre la lengua nativa de Usila a fin de exponer una breve descripción de la variante chinanteca mayormente hablada en el municipio y los términos chinantecos usados en el parentesco y en la clasificación nativa de las enfermedades de la mente y el espíritu.
6. Textos antropológicos y sociológicos sobre el trabajo doméstico concebido como trabajo de cuidados a los miembros del grupo doméstico.
7. Textos antropológicos y sociológicos sobre el cuidado de enfermos crónicos.
8. Textos de biopsicología, psicología, psiquiatría y farmacología para elaborar la visión que la biomedicina tiene respecto a las esquizofrenias y otras psicosis, su tratamiento médico mediante psicofármacos y el funcionamiento del sistema nervioso central.

3.3 El análisis de la información

La recolección de la información etnográfica en el trabajo de campo estuvo enfocada en alcanzar la saturación en los diferentes temas relacionados con los cuatro grandes bloques temáticos de la investigación: los grupos domésticos, el parentesco, el padecimiento mental y el cuidado de enfermos; es decir, procuraba llegar al punto en que los nuevos datos comenzaran a ser repetitivos y dejaran de aportar un contenido novedoso —factor que, junto a la amplitud de los temas abordados, explica la extensión del trabajo de campo y el número de entrevistas realizadas—. Aunque el análisis formal de la información etnográfica lo realicé después de terminar el trabajo de campo, traté de mantener un cierto nivel de reflexión sobre el proceso de recogida de datos y la información que estaba recabando a fin de orientar y precisar la recolección de los datos, así como de acometer un primer análisis de los mismos. Las reflexiones, las dudas o las preguntas que me iban surgiendo fueron registradas en su mayor parte en el diario de campo, aunque posteriormente, conforme iban complejizándose las relaciones entre las ideas, las reflexiones fueron redactadas en forma de memos en un documento aparte.

Una vez finalizado el trabajo de campo y transcritas todas las entrevistas, procedí a codificar y analizar la información etnográfica siguiendo ciertos lineamientos propuestos en las investigaciones adscritas a la Teoría Fundamentada (Carrero y otros, 2012; Natera y Mora, 2000), aunque mi investigación no puede encuadrarse dentro de la orientación metodológica propuesta por Glaser y Strauss. La identificación y la clasificación de los datos etnográficos recogidos en el diario de campo y las entrevistas fueron realizadas mediante una codificación abierta, esto es, utilizando categorías sustantivas que iban emergiendo a medida que analizaba los datos empíricos.

Terminada la fase de codificación, la información codificada fue volcada en matrices de datos confeccionadas atendiendo a las distintas categorías sustantivas y las familias participantes en la investigación para facilitar la comparación y el análisis de los datos. El análisis de la información etnográfica me permitió identificar las relaciones existentes

entre las distintas categorías sustantivas y entre las categorías y sus propiedades, así como inferir las familias de categorías —agrupaciones de categorías sustantivas que guardan relación entre sí—, nuevas categorías más abstractas y centrales, los conceptos nativos y los conceptos teóricos fundamentales para, finalmente, integrar todo ello en la interpretación y la explicación teórica de los datos.

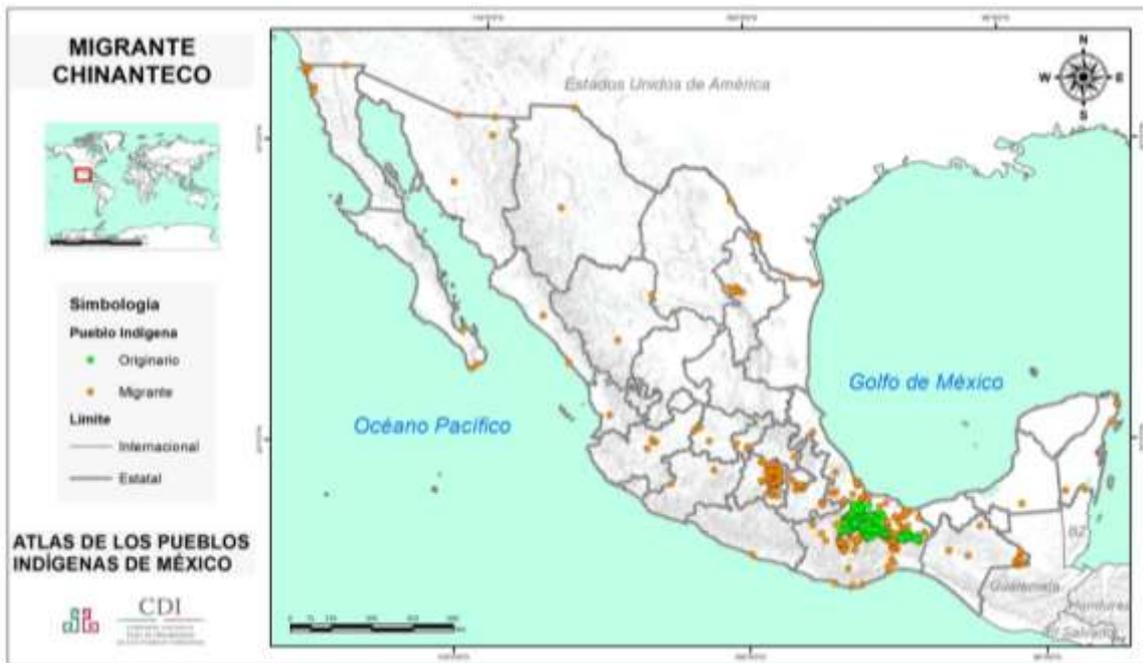
Capítulo 2

Geografía del lugar de estudio: San Felipe Usila

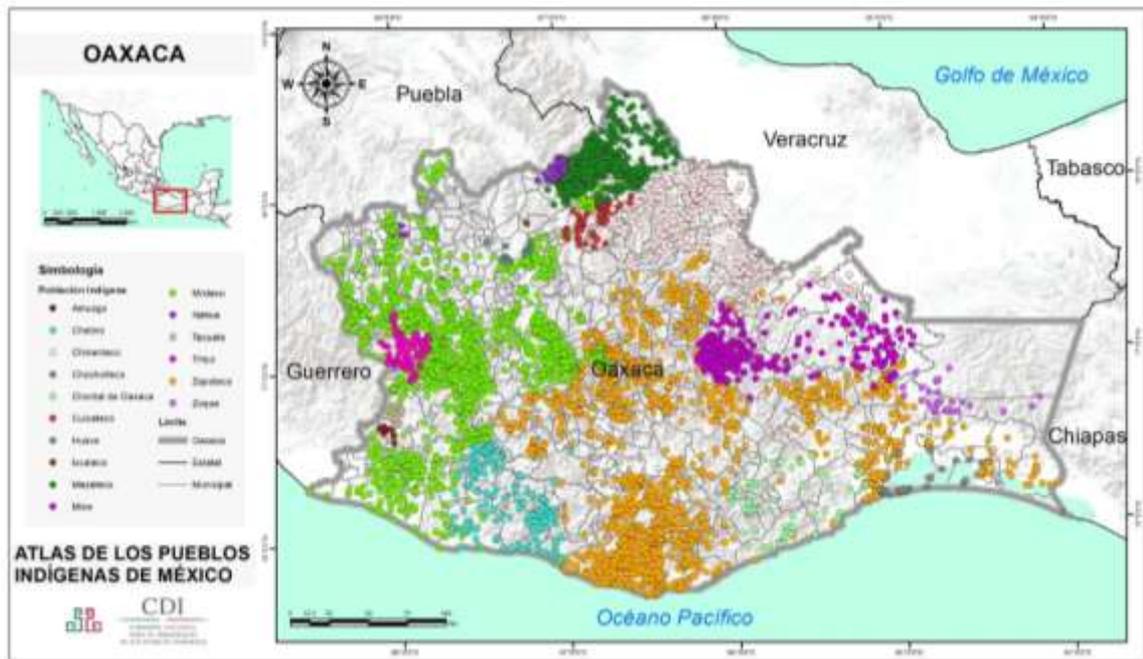
San Felipe Usila es un municipio que forma parte de la región indígena chinanteca, la Chinantla, un territorio que se extiende a lo largo de 4.596 km² en el noreste del estado mexicano de Oaxaca, en las estribaciones de la Sierra de Juárez y dentro de la cuenca del río Papaloapan. La Chinantla, integrada por 14 municipios, colinda al norte con la región mazateca, al este con el municipio de San Juan Bautista Tuxtepec y el estado de Veracruz, al oeste con la región cuicateca y al sur-sureste con la región zapoteca. La Chinantla, en función de las condiciones ecogeográficas, se puede dividir en tres subregiones: Chinantla Baja, Chinantla Media y Chinantla Alta (De Teresa, 1999: 126-127).

1. La Chinantla Baja presenta una altitud menor a 400 metros y abarca los municipios de San Lucas Ojitlán, San José Chiltepec, Santa María Jacatepec, Ayotzintepec, San Juan Lalana y Santiago Jocotepec.
2. La Chinantla Media, cuya altitud oscila entre los 400 y los 1.000 metros, abarca los municipios de San Juan Bautista Valle Nacional, San Felipe Usila, San Juan Bautista Tlacoatzintepec, San Pedro Sochiapam y San Juan Petlapa.
3. La Chinantla Alta se localiza en la Sierra de Juárez a altitudes mayores a los 1.000 m y engloba los municipios de San Pedro Yólox, Santiago Comaltepec y San Juan Quiotepec.

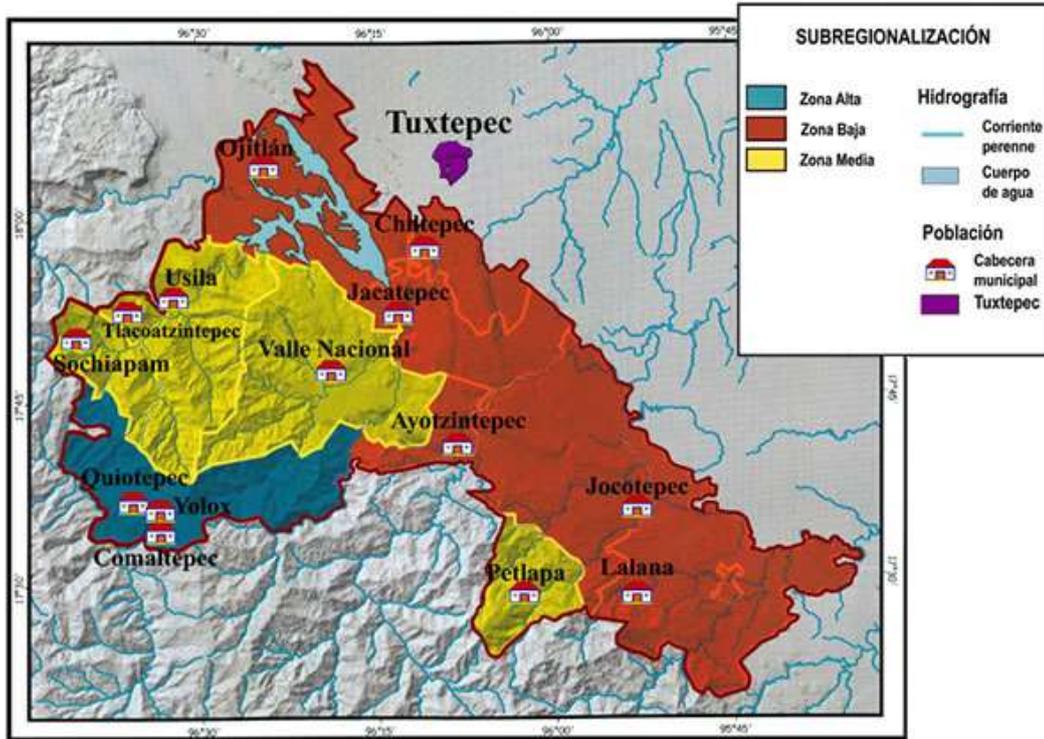
Aunque la Chinantla es la región originaria del pueblo chinanteco, hay comunidades chinantecas en el estado de Veracruz que fueron fundadas en las décadas de 1970 y 1980 para reacomodar a los más de 26.000 indígenas chinantecos y mazatecos cuyos territorios fueron inundados por la construcción de la presa Cerro de Oro en el río Santo Domingo —los territorios más afectados fueron los municipios chinantecos de San Lucas Ojitlán y, en menor medida, San Felipe Usila— (Bartolomé y Barabas, 1990). La migración a la ciudad en busca de prosperidad económica, por otro lado, ha suscitado y sigue suscitando que miles de hombres y mujeres chinantecos salgan de sus comunidades con el fin de vivir y trabajar en diversas ciudades de México y Estados Unidos.



Mapa 1. Los chinantecos en México. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). *Atlas de los Pueblos de México. Migrante Chinanteco.* Extraído de <https://atlas.inpi.gob.mx/chinantecos-ubicacion/>.



Mapa 2. Los chinantecos y otros pueblos indígenas en Oaxaca. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). *Atlas de los Pueblos Indígenas de México. Oaxaca.* Extraído de <https://atlas.inpi.gob.mx/oaxaca-2/>.

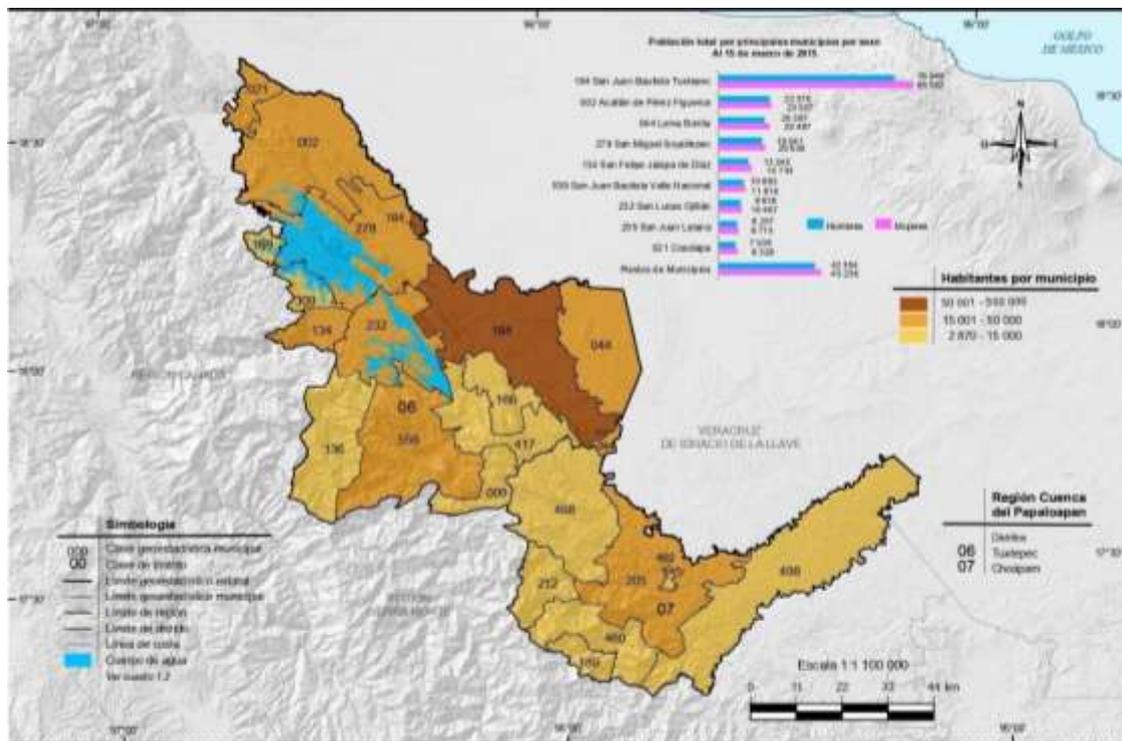


Mapa 3. La Chinantla: subregiones y cabeceras municipales. Extraído de <https://es-la.facebook.com/photo/?fbid=1188091694576398&set=la-regi%C3%B3n-de-la-chinantla-abarca-4-districtos-del-norte-de-oaxaca-los-cuales-son>.



Mapa 4. División político-administrativa del estado de Oaxaca: regiones y distritos. Extraído de https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/3/3e/Oaxaca_regions_and_districts.svg/1200px-Oaxaca_regions_and_districts.svg.png.

Desde el punto de vista político-administrativo, el municipio de San Felipe Usila pertenece a la región del Papaloapan y, dentro de esta región administrativa, al distrito de Tuxtepec, cuya capital, San Juan Bautista Tuxtepec, es la segunda ciudad más populosa del estado después de la ciudad de Oaxaca de Juárez.



Mapa 5. División municipal de la Región del Papaloapan. De norte a sur, se puede observar los embalses de Miguel Alemán y Cerro de Oro. El municipio de San Felipe Usila se halla en el extremo suroccidental del distrito (número 136). Fuente: INEGI (2016).

El territorio municipal de San Felipe Usila abarca una extensión de 448,939 km² entre los paralelos 17°38' y 18° de latitud norte y los meridianos 96°23' y 96°35' de longitud oeste. San Felipe Usila colinda al norte con los municipios de San Andrés Teotilalpam y San Lucas Ojtlán; al este con los municipios de San Lucas Ojtlán y San Juan Bautista Valle Nacional; al sur con los municipios de San Juan Bautista valle Nacional, San Pedro Yólox y San Juan Quiotepec; y al oeste con los municipios de San Juan Quiotepec, San Pedro Sochiápam, San Juan Bautista Tlacoatzintepec y San Andrés Teotilalpam (INEGI, 2010).

Al hallarse en la Sierra de Juárez perteneciente a la Sierra Madre del Sur, el territorio de San Felipe Usila presenta una orografía predominantemente montañosa —más del 80% de su extensión es sierra— con alturas máximas de 3.000 metros, y cuenta con varios ríos, todos pertenecientes a la cuenca del río Papaloapan, siendo el más importante el río Usila, que desemboca en la presa Cerro de Oro en el municipio vecino de San Lucas Ojtlán (INEGI, 2010).

La temperatura media en el municipio oscila entre los 12°C y los 26°C, y el rango de precipitaciones se encuentra entre los 1.200 y los 4.500 mm, si bien en el territorio

municipal existen cuatro tipos de climas: cálido húmedo con lluvias todo el año —36,73%—, semicálido húmedo con lluvias todo el año —31,90%—, templado húmedo con abundantes lluvias en verano —22,77%— y cálido húmedo con abundantes lluvias en verano —8,60%— (INEGI, 2010). La cabecera municipal, ubicada en el tercio norte del municipio a una altitud aproximada de 100 metros sobre el nivel del mar, se encuentra en la zona que presenta un clima cálido húmedo con lluvias todo el año.

El clima cálido presenta una temperatura media anual superior a 22°C, el clima semicálido, entre 18 y 22°C, y el clima templado, entre 12 y 18°C. Los diferentes regímenes de lluvia son definidos de la siguiente manera (INEGI, 2005: 23-24):

- a) Se dice que existe un régimen de **lluvias de verano** cuando el mes de máxima precipitación cae dentro del periodo de mayo-octubre, y este mes recibe por lo menos 10 veces mayor cantidad de precipitación que el mes más seco del año.
- b) Se determina régimen de **lluvias todo el año** si el mes más lluvioso en el periodo mayo-octubre no tiene 10 veces más precipitación que el mes más seco, o si el mes más lluvioso fuera de este periodo recibe una precipitación que no llega a 3 veces la que recibe el mes más seco. También es criterio para definir régimen de lluvias todo el año, que el mes más seco tenga más de 60 mm de precipitación en los climas A [climas cálidos húmedos], o más de 40 mm de precipitación en los climas C [climas templados húmedos].

En el municipio, la zona urbana representa el 0,38% de su extensión, concentrándose la mayoría de las localidades en el tercio norte del territorio municipal, y la superficie dedicada a la agricultura es el 6,14% (INEGI, 2010). El resto está cubierto por selvas y bosques. La selva alta perennifolia y subperennifolia ocupa el 63,97% del territorio, y el bosque, que se concentra en su mayor parte en la mitad sur del municipio, el 29,38%, siendo mayoritariamente bosque mesófilo de montaña y, en una pequeña proporción, bosque de pino (Pérez Lustre y otros, 2006: 30-31).

La selva alta perennifolia es un tipo de vegetación muy exuberante en la que los árboles dominantes sobrepasan los 30 metros de altura y conservan el follaje durante todo el año. Está presente en las zonas húmedas del clima cálido y templado que tienen precipitaciones anuales promedio superiores a 2.000 mm —hasta 4.000 mm—, una temperatura media anual mayor a 20° C, en altitudes comprendidas entre los 0 y los 1.500 metros, preferentemente en terrenos planos o ligeramente ondulados. Entre los árboles existentes en la selva perennifolia se hallan el sombrerete, el palo de agua, el ojoche, el cedro rojo o la caoba. También abundan las plantas epífitas bromeliáceas y orquídeas, las epífitas leñosas y los líquenes en los troncos de árboles (INEGI, 2015: 35).

La selva alta subperennifolia se presenta en las regiones con climas cálidos húmedos, una temperatura media anual superior a 20°C, unas precipitaciones anuales de 1.100 a 1.300 mm, con una época de sequía que puede durar de tres a cuatro meses, y en altitudes entre los 200 y los 900 metros. Entre las especies de árboles que crecen en este hábitat se

hallan el sombrerete, la caoba, el chicozapote, el ojoche, el palo mulato, el cedro rojo, el xochicahua, el jonote, el jobo o el aguacatillo. En los troncos y las ramas de los árboles crecen los bejucos y las plantas epífitas aráceas y bromeliáceas (INEGI, 2015: 36).

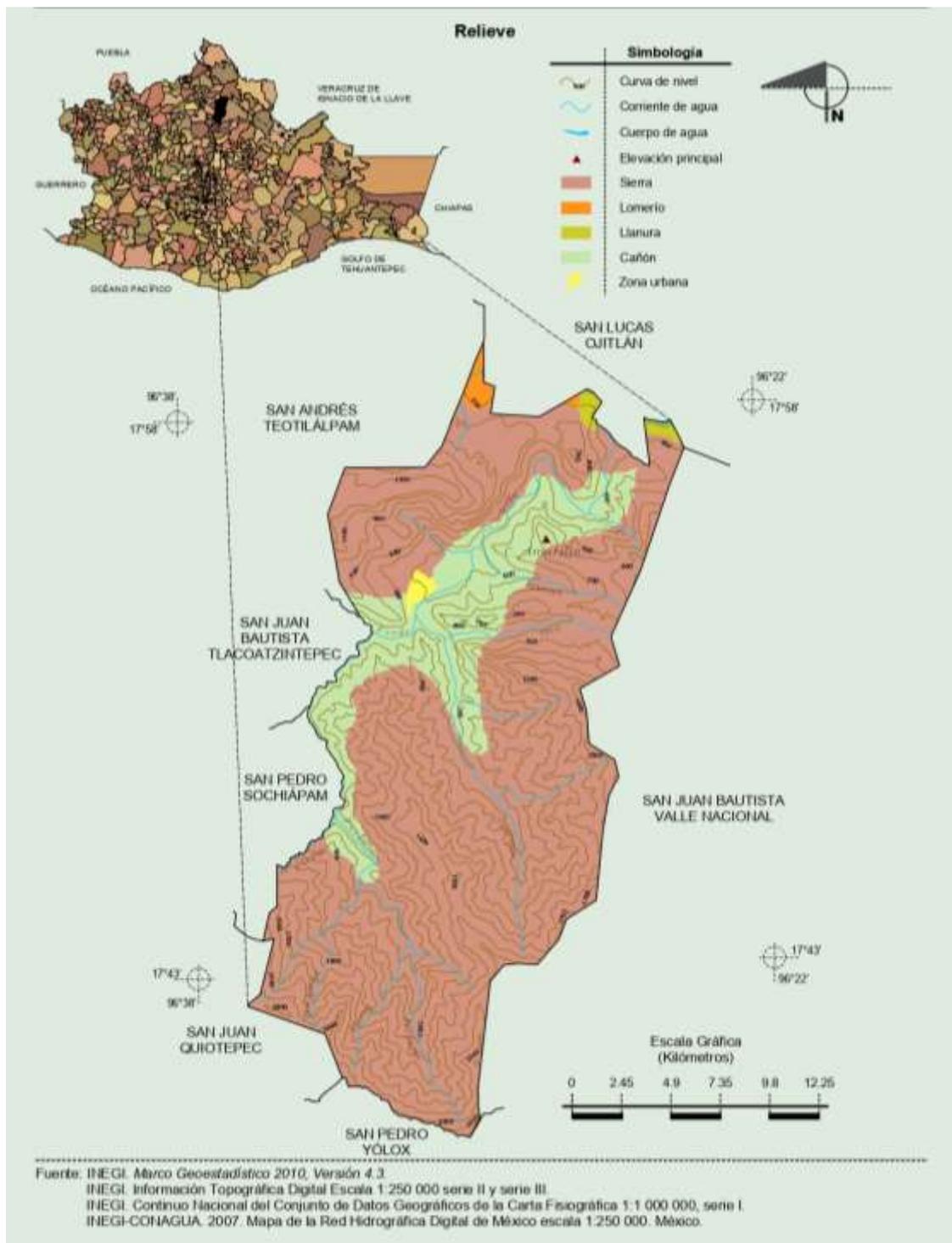
El bosque mesófilo de montaña crece principalmente en la mitad sur del municipio, en las zonas de climas semicálido con lluvias todo el año y templado húmedo con abundantes lluvias en verano, y se extiende en dos franjas, una oriental y otra que va desde la mitad occidental hasta el sur-sureste (INEGI, 2010). Es un bosque denso que crece en áreas de relieve accidentado y laderas escarpadas, a menudo en barrancas protegidas de los vientos y la fuerte insolación, en altitudes entre 600 y 2.800 metros, donde se forman neblinas durante casi todo el año, con una precipitación media anual superior a los 1.000 mm y una temperatura media anual entre 12 y 23°C. Predominan los árboles de hoja perenne y caducifolios con alturas de 10 a 25 metros y aún mayores, como el encino, el roble, el pino o el ocote. El sotobosque está conformado principalmente por especies tropicales perennifolias: arbustos de las familias acantáceas, rubiáceas y mirsináceas y, debido a la elevada humedad atmosférica y las abundantes lluvias, plantas epífitas de las familias orquidáceas, bromeliáceas, aráceas y piperáceas (INEGI, 2015: 26 y 34-35).

El bosque de pino se halla en un área reducida de la zona de clima templado húmedo con abundantes lluvias en verano, en el extremo sudoriental del municipio (Pérez Lustre y otros, 2006: 31). Este tipo de bosque se desarrolla a partir de los 150 metros de altitud —llegando hasta los 4.200 metros, el límite de la vegetación arbórea—, en áreas con una temperatura media anual que varía entre los 6 y los 28°C, y una precipitación anual entre 350 a 1.200 mm. El bosque está dominado por diferentes especies de pinos de hojas perennifolias cuyas alturas oscilan entre los 15 y los 30 metros, mientras el sotobosque presenta escasez de arbustos y abundancia de plantas gramíneas (INEGI, 2015: 31).



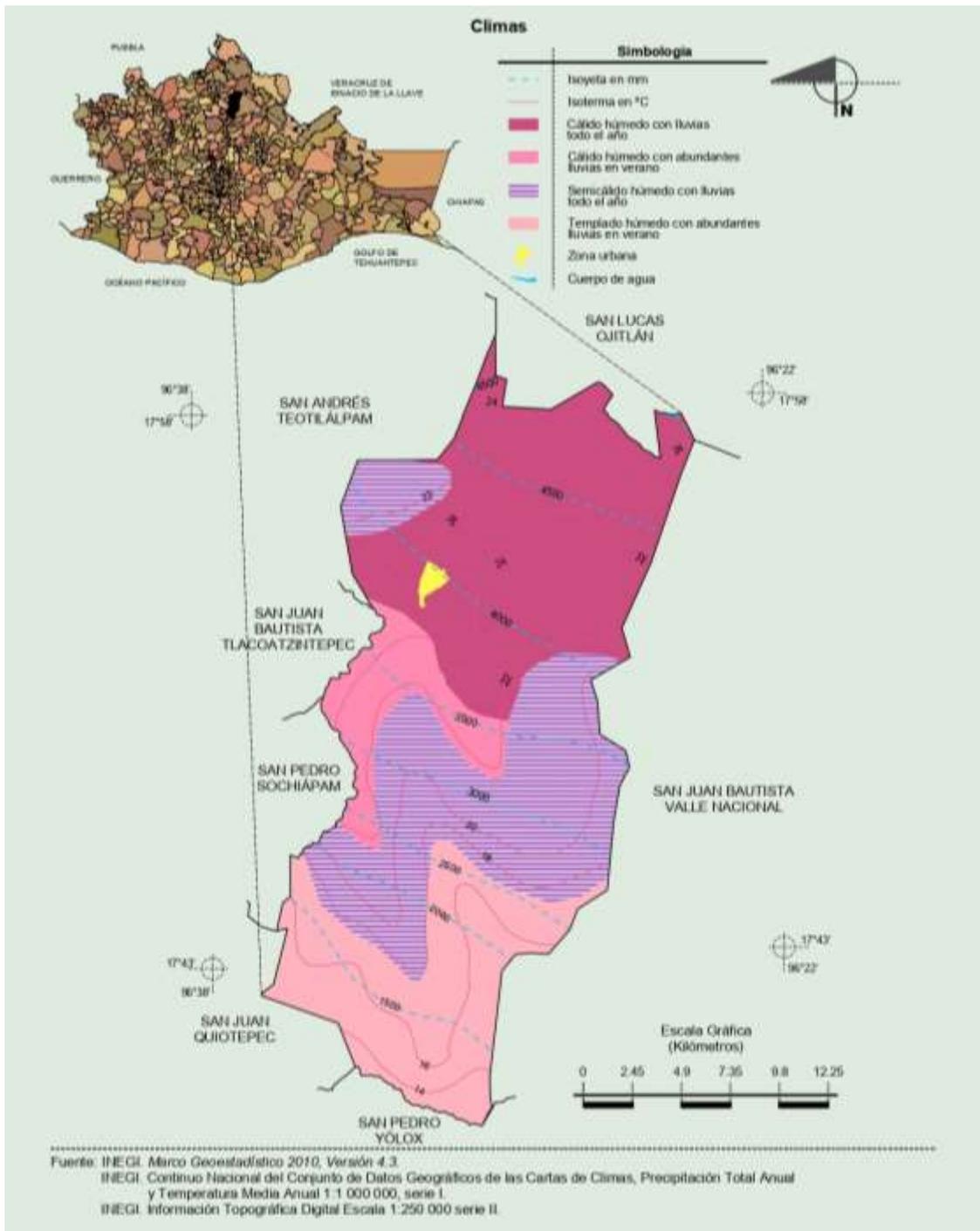
Mapa 6. Municipio de San Felipe Usila. Localidades e infraestructura para el transporte

Fuente: INEGI, 2010.



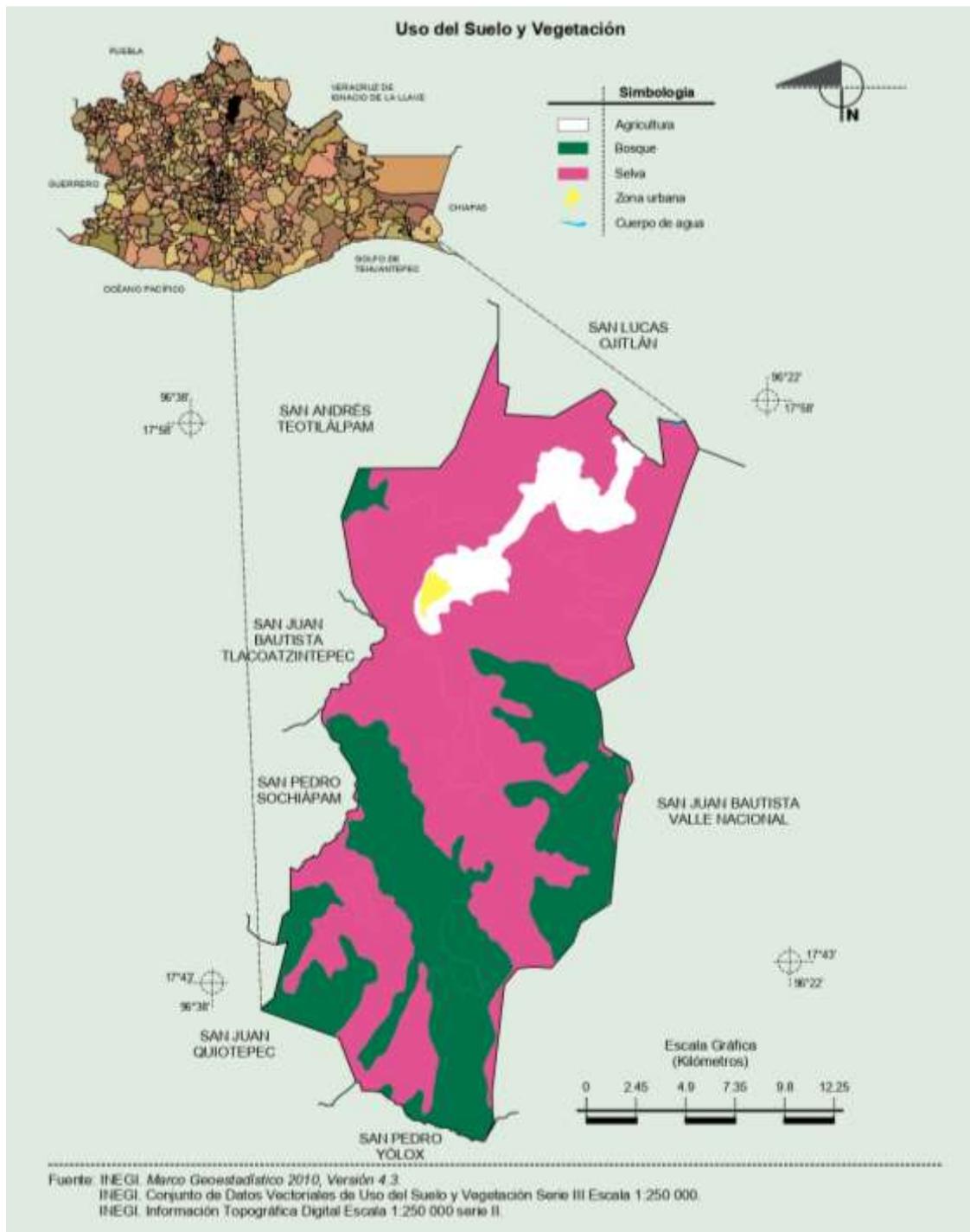
Mapa 7. Municipio de San Felipe Usila. Relieve

Fuente: INEGI, 2010.



Mapa 8. Municipio de San Felipe Usila. Climas

Fuente: INEGI, 2010



Mapa 9. Municipio de San Felipe Usila. Usos del suelo y vegetación

Fuente: INEGI, 2010



Panorámica de la Puerta del Cielo, la entrada al Valle del río Usila desde la carretera que comunica San Felipe Usila con otros municipios vecinos y la ciudad de Tuxtepec. Cerca del río, a la izquierda, se hallan las localidades de Santa Flora y Nueva Santa Flora y, a la derecha, la localidad de Arroyo Tambor.



El cerro donde se halla la Puerta de Cielo contemplado desde el valle



Paisaje desde uno de los caminos que lleva a las milpas cultivadas en las laderas de los cerros



El río Usila cerca de su desembocadura en la presa Cerro de Oro, entre Piedra Azúcar y Caracol Estrella.



El río Usila a su paso por la cabecera municipal. Vista desde la Unidad Deportiva.



El río Usila a su paso por la cabecera municipal. Vista desde el Puente Colgante.



Foto satelital de la cabecera municipal, San Felipe Usila, en el que se aprecia el trazado de las calles y la disposición de las viviendas. Se puede observar el curso del río Usila y, en el cuadrante superior izquierdo, siguiendo el camino, aparece primeramente la localidad de Cerro Caracol y, a continuación, la de Peña Blanca. Fuente: Google Earth.



Panorámica del valle donde se ubica la cabecera municipal vista desde Cerro Podrido. Se puede ver las colonias de Barrio Chico y Barrio Grande, el río Usila y las milpas en ambas riberas del río.

Capítulo 3

Sociodemografía del lugar de estudio: San Felipe Usila

1. Estructura poblacional, lengua y religión

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la población total del estado de Oaxaca es de 3.801.962 personas, mientras que en el municipio de San Felipe Usila fueron censadas 11.575 personas repartidas en 29 localidades⁴, siendo la más importante la cabecera municipal, San Felipe Usila, que alberga a 4.838 habitantes, es decir, el 41,80% de la población municipal. El resto de la población se reparte de la siguiente manera: 2.317 personas viven en 18 localidades de entre 1 y 249 habitantes, 2.682 personas en 7 localidades de entre 250 y 499 habitantes, y 1.738 personas en 3 localidades de 500 a 600 habitantes (INEGI, 2011).

Del total de los 11.575 habitantes, 5.565 son hombres —48,1%— y 6.010 son mujeres —51,9%—, con una estructura de población joven, pues los grupos etarios comprendidos entre los 0 y los 19 años representan casi la mitad de la población —46,97%—, 5.437 individuos, de los cuales 2.749 son varones y 2.688 son mujeres. Esta estructura poblacional joven también está presente en la cabecera municipal. De los 4.838 habitantes, 2.270 son hombres —46,9%— y 2.568 son mujeres —53,1%—, siendo la población de los grupos etarios comprendidos entre los 0 y los 19 años igual a 2.104 personas, 1.062 hombres y 1.042 mujeres, o lo que es lo mismo, el 43,49% del total (INEGI, 2011).

A nivel municipal, el censo poblacional reportó que de las 10.897 personas mayores de 3 años —5.199 hombres y 5.698 mujeres—, 10.587 hablan lengua indígena, esto es, el 97,15% de la población. Del total de individuos que hablan lengua indígena, 8.275 hablan español —78,16%— y 2.264 no lo hablan —21,38%— (INEGI, 2011).

⁴ El Ayuntamiento de San Felipe Usila (2011) reconoce la existencia de 24 localidades en el municipio.

Población 2010. San Felipe Usila Municipio

Edad	Población Total	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
0-4	1.187	637	5,5	550	4,8
5-9	1.386	699	6,0	687	5,9
10-14	1.509	757	6,5	752	6,5
15-19	1.355	656	5,7	699	6,0
20-24	752	330	2,9	422	3,6
25-29	726	308	2,7	418	3,6
30-34	697	292	2,5	405	3,5
35-39	682	309	2,7	373	3,2
40-44	571	275	2,4	296	2,6
45-49	555	260	2,2	295	2,5
50-54	527	262	2,3	265	2,3
55-59	407	196	1,7	211	1,8
60-64	373	189	1,6	184	1,6
65-69	236	111	1,0	125	1,1
70-74	278	132	1,1	146	1,3
75-79	149	71	0,6	78	0,7
80-84	95	45	0,4	50	0,4
85-89	52	21	0,2	31	0,3
90+	34	14	0,1	20	0,2
Total	11.575	5.565	48,1	6.010	51,9

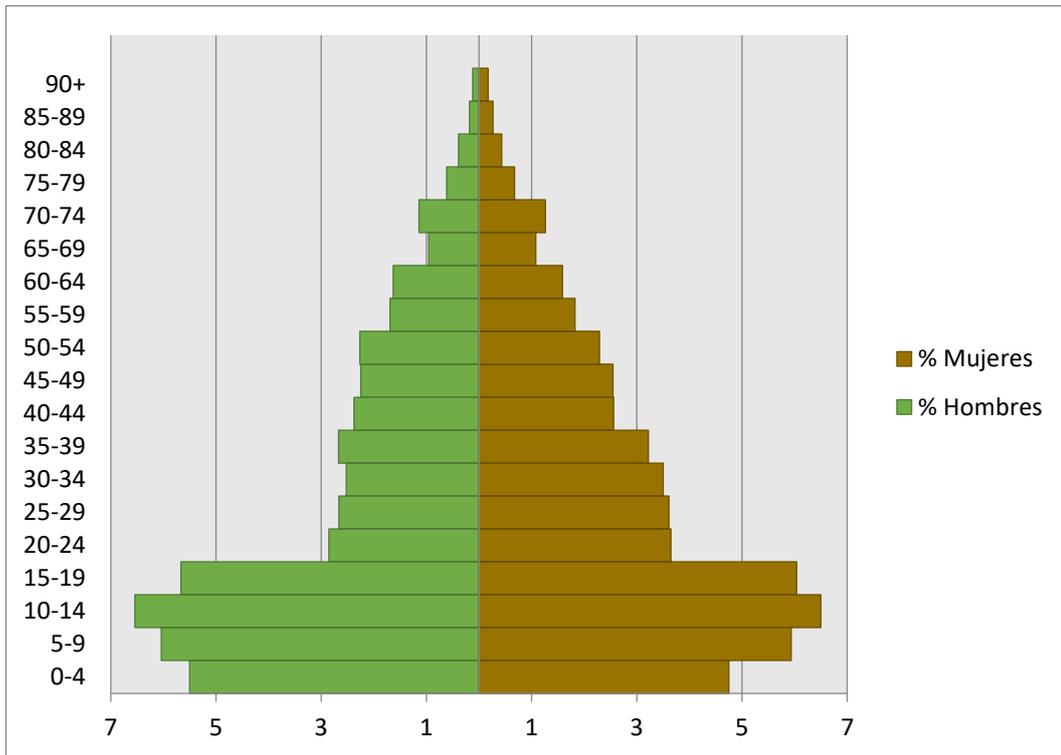
Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CPV 2010 (INEGI, 2011)

Población 2010. San Felipe Usila Cabecera Municipal

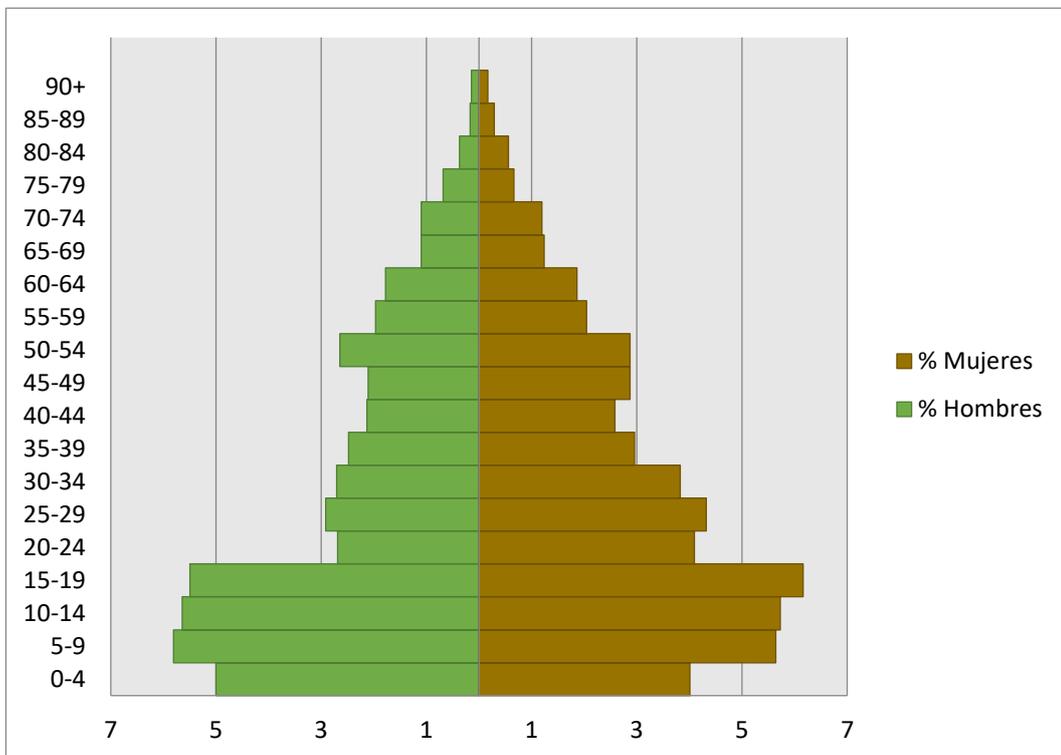
Edad	Población Total	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
0-4	436	242	5,0	194	4,0
5-9	554	281	5,8	273	5,6
10-14	550	273	5,6	277	5,7
15-19	564	266	5,5	298	6,2
20-24	328	130	2,7	198	4,1
25-29	350	141	2,9	209	4,3
30-34	316	131	2,7	185	3,8
35-39	263	120	2,5	143	3,0
40-44	228	103	2,1	125	2,6
45-49	241	102	2,1	139	2,9
50-54	267	128	2,6	139	2,9
55-59	194	95	2,0	99	2,0
60-64	176	86	1,8	90	1,9
65-69	113	53	1,1	60	1,2
70-74	111	53	1,1	58	1,2
75-79	65	33	0,7	32	0,7
80-84	45	18	0,4	27	0,6
85-89	22	8	0,2	14	0,3
90+	15	7	0,1	8	0,2
Total	4.838	2.270	46,9	2.568	53,1

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CPV 2010 (INEGI, 2011)

Pirámide Población 2010. San Felipe Usila, Municipio



Pirámide Población 2010. San Felipe Usila, Cabecera Municipal



Fuente: pirámides de población elaboradas a partir de los datos del CPV 2010 (INEGI, 2011)

En el habla de la lengua española aparecen diferencias en función del sexo y la edad. Entre los 5.063 hombres que hablan lengua indígena, 4.223 hablan español —83,4%— y 813 no lo hablan —16,06%—, siendo los grupos etarios de 0 a 9 años y 65 años y más quienes concentran los mayores porcentajes de no hispanoparlantes: 45,69% y 33,24% respectivamente. Entre las 5.524 mujeres hablantes de lengua indígena, 4.052 hablan español —73,35%— y 1.451 no lo hablan —26,27%—. Los grupos etarios que concentran el mayor número de no hispanoparlantes son las niñas de 0 a 9 años, las mujeres entre 45 y 64 años y las mujeres mayores de 65 años: entre las primeras el 45,30% no habla español, en las segundas el porcentaje es de 45,98% y en las terceras es de 74,44% (INEGI, 2011).

En el municipio, el 58,14% de la población profesa la religión católica, en total 6.730 personas, 3.204 hombres y 3.526 mujeres; el 38,67% profesa la religión evangélica⁵, en total 4.476 personas, 2.186 hombres y 2.290 mujeres; el 0,14% profesa la religión de los testigos de Jehová, en total 16 personas, 7 hombres y 9 mujeres; y el 1,89% carece de religión, en total 219 personas, 114 hombres y 105 mujeres. No existen diferencias significativas en función del sexo y la edad, salvo en el grupo etario de las personas mayores de 60 años donde el 64,33% son católicos y el 34,18% son evangélicos, no habiendo ningún testigo de Jehová (INEGI, 2011).

2. Alfabetización y grado de escolarización

En cuanto al grado de alfabetización de la población, el Censo de Población y Vivienda 2010 registró que el mayor índice de analfabetismo se concentra en los grupos de población entre los 6 y los 9 años y las generaciones con una edad igual o superior a 40 años, especialmente a partir de los 55 años, mientras que es mínimo, menor al 1%, entre los 10 y los 19 años (INEGI, 2011).

Del total de 1.131 niños con edades comprendidas entre 6 y 9 años, 479 niños —222 niños y 257 niñas— no sabían leer ni escribir, esto es, el 42,35%, siendo el 19,63% niños y el 22,72% niñas. En el grupo de población cuya edad iguala o supera los 40 años, 3.277 personas, 1.576 hombres y 1.701 mujeres, el 48,18% es analfabeta: el 15,10% son hombres y el 33,08% son mujeres. La población femenina, por tanto, presenta un mayor grado de analfabetismo, y así queda patente en los porcentajes relativos. En el grupo de las mujeres con edad igual o mayor a 40 años, 1.084 mujeres son analfabetas, es decir, el 63,73%, en contraste con los 495 hombres analfabetos que representan el 31,41% de los hombres que pertenecen a ese rango de edades (INEGI, 2011).

Tomando la población cuya edad es igual o superior a 15 años, en total 7.489 personas, 3.471 hombres y 4.018 mujeres, 1.446 personas carecen de escolaridad, 459 hombres y

⁵ La población evangélica se distribuye entre las numerosas iglesias evangélicas que hay en las diferentes localidades del municipio, siendo 11 las presentes en la cabecera municipal.

987 mujeres, o sea, el 19,31%, siendo el 6,13% hombres y el 13,18% mujeres. La ausencia de escolaridad varía en función del sexo y la edad, concentrándose en la población cuya edad es igual o mayor a 45 años, pues el 90,25% de las personas sin escolaridad se encuentra en este grupo etario, igualmente afectando más a las mujeres que a los hombres: de las 1.305 personas sin escolaridad con edad igual o superior a 45 años, 412 son hombres —31,57%— y 893 son mujeres —68,43%— (INEGI, 2011).

Siguiendo con la población cuya edad es igual o superior a 15 años, el 21,08% ha completado la primaria, en total 1.579 personas, 793 hombres y 786 mujeres, mientras que el 20,79% ha cursado uno o más grados sin completarla, en total 1.557 personas, 708 hombres y 849 mujeres. El 77,64% de las personas que han completado la primaria se concentran en los grupos etarios comprendidos entre los 15 y los 44 años, un total de 1.226 personas, 533 hombres y 693 mujeres. En cambio, en el grupo de población cuya edad es igual o superior a 45 años, solamente 353 personas completaron la primaria, 260 hombres y 93 mujeres (INEGI, 2011).

En cuando al nivel de secundaria, el 18,80% de la población cuya edad es igual o superior a 15 años la ha completado, en total 1.408 personas, 737 hombres y 671 mujeres, y el 5,78% han cursado uno o más grados sin acabarla, en total 433 personas, 249 hombres y 184 mujeres. Al igual que en el nivel de primaria, la mayor parte de quienes completaron la secundaria se concentran en los grupos etarios comprendidos entre los 15 y los 44 años, en este caso el 92,97%, siendo 1.309 personas en total, 656 hombres y 653 mujeres. Entre la población con edad igual o mayor a 45 años, 99 personas completaron la secundaria, 81 hombres y 19 mujeres (INEGI, 2011).

En la escolarización relativa a la educación media-superior, como en el nivel de secundaria, la diferencia reside en los rangos de edades y no en el sexo, pues se observan cifras similares entre hombres y mujeres. El porcentaje de la población con edad igual o superior a 15 años que han cursado la educación media superior es bajo, concretamente el 10,96% —821 personas, 396 hombres y 425 mujeres—, siendo la inmensa mayoría personas con edades comprendidas entre los 15 y los 34 años, que representan el 87,70% del total. El 6,49% terminaron la educación media superior, 486 personas, 234 hombres y 252 mujeres, mientras que el 4,47% ha cursado uno o más grados sin completarla, 335 personas, 162 hombres y 173 mujeres. Entre la población cuya edad es igual o superior a 35 años, 95 personas completaron la educación media superior, 63 hombres y 32 mujeres (INEGI, 2011).

En lo referente a la educación superior, de las 6,608 personas con una edad igual o mayor a 18 años, 3.026 hombres y 3.582 mujeres, solamente el 3,01% ha cursado algún grado de educación superior, en total 199 personas, 105 hombres y 94 mujeres, de los cuales 11 cuentan con maestría, 7 hombres y 4 mujeres. La inmensa mayoría de estas personas pertenecen a los grupos etarios comprendidos entre los 18 y los 39 años, que suponen el 76,38% del total (INEGI, 2011).

3. Situación conyugal y fecundidad

El Censo de Población y Vivienda 2010 constata que el grupo etario comprendido entre los 12 y los 19 años presenta una tasa de soltería de 95,1%. Entre los 20 y los 24 años, en total 752 personas, 330 hombres y 422 mujeres, el porcentaje de personas solteras es de 62,76%, 472 personas, 242 hombres y 230 mujeres; el porcentaje de personas casadas es del 29,52%, 222 personas, 69 hombres y 153 mujeres; el porcentaje de personas que viven en unión libre es del 5,58%, 42 personas, 18 hombres y 24 mujeres; el porcentaje de personas separadas es del 1,59%, 12 mujeres; el porcentaje de divorciados es del 0,13%, 1 mujer; y el porcentaje de viudos es del 0,13%, 1 mujer (INEGI, 2011).

Entre la población casada con edades comprendidas entre los 20 y los 24 años, el 61,26% ha contraído matrimonio por la vía civil, 136 personas, 41 hombres y 95 mujeres; el 37,84% se ha casado civil y religiosamente, 84 personas, 28 hombres y 56 mujeres; y el 0,90% se ha unido en matrimonio religiosamente, 2 mujeres (INEGI, 2011).

La cohabitación de las parejas en unión matrimonial formalizada o en unión libre es una pauta social mayoritaria a partir de los 25 años. En la población cuya edad es igual o superior a 25 años, en total 5.382 personas, 2.485 hombres y 2.897 mujeres, el porcentaje de personas solteras es de 11,11%, 598 personas, 225 hombres y 373 mujeres; el porcentaje de personas casadas es de 76,25%, 4.104 personas, 2.075 hombres y 2.029 mujeres; el porcentaje de personas que viven en unión libre es del 3,32%, 179 personas, 86 hombres y 93 mujeres; el porcentaje de personas separadas es de 1,65%, 89 personas, 17 hombres y 72 mujeres; el porcentaje de divorciados es de 0,18%, 10 personas, 4 hombres y 6 mujeres; y el porcentaje de viudos es de 7,41%, 399 personas, 77 hombres y 322 mujeres (INEGI, 2011).

Respecto a la población casada cuya edad es igual o mayor a 25 años, los tipos de unión matrimonial se distribuyen de la siguiente forma: el 56,82% se ha casado por la vía civil y religiosa, 3.058 personas, 1.530 hombres y 1.528 mujeres; el 17,09% se ha casado por la vía civil, 920 personas, 482 hombres y 438 mujeres; y el 2,34% se ha casado por la vía religiosa, 126 personas, 63 hombres y 63 mujeres (INEGI, 2011).

La situación conyugal de las mujeres guarda una relación directa con la fecundidad, pues los hijos se engendran en el seno de las uniones matrimoniales. Tomando como referencia la población femenina cuya edad es igual a superior a 12 años, el promedio de hijos nacidos vivos es de 3,18, un promedio que varía en función de la generación y la situación conyugal. Si en el grupo etario comprendido entre los 30 y los 34 años, el promedio es 2,61; entre los 35 y los 39 años, el promedio es 3,90; entre los 40 y los 44 años, el promedio es 4,89; y a partir de los grupos etarios con edad igual o mayor a 55 años casi alcanza o supera los 7 hijos nacidos vivos (INEGI, 2011).

En las mujeres casadas por la vía civil, el promedio es 3,57, las mujeres casadas por la vía religiosa tienen en promedio 5,51 hijos nacidos vivos, las mujeres casadas por la vía civil y religiosa promedian 5,63 hijos nacidos vivos, las mujeres que viven en unión libre tienen una media de 2,36 hijos nacidos vivos, las mujeres separadas tienen un promedio de 2,84

hijos nacidos vivos, las mujeres divorciadas, un promedio de 2,71 hijos nacidos vivos, y las mujeres viudas promedian 6,30 hijos nacidos vivos. En contraste, las mujeres solteras tienen un promedio de 0,09 hijos nacidos vivos (INEGI, 2011).

4. Tipos de hogares

En el municipio, según el Censo de Población y Vivienda 2010, se contabilizan 2.526 hogares⁶ en los que viven 11.572 personas, de los cuales el 82,98%, 2.096 hogares en los que viven 10.205 personas, tienen como jefe del hogar a un hombre, mientras el 17,02%, 430 hogares en los que viven 1.367 individuos, tienen como jefa del hogar a una mujer. El tamaño promedio de los hogares es 4,58 integrantes, siendo en los hogares con jefatura masculina 4,87 integrantes y en los hogares con jefatura femenina 3,18 integrantes (INEGI, 2011).

El 94,81% de los hogares son familiares⁷, en total 2.395 donde viven 11.435 personas, siendo el 70,90% hogares nucleares⁸, 1.791 en los que viven 7.902 personas, el 22,52% hogares ampliados⁹, 569 en los que viven 3.309 personas, y el 0,24% hogares compuestos¹⁰, 6 en los que viven 29 personas (INEGI, 2011).

Dentro de los hogares nucleares, 1.573 están dirigidos por un hombre —87,83%— y 218 por una mujer —12,17%— en los que viven 7.170 y 732 personas respectivamente. En lo referente a los hogares ampliados, 455 tenían como jefe a un hombre —79,96%— y 114 tenían como jefa a una mujer —20,03%—, viviendo en los primeros 2.809 personas y en los segundos 500 personas. En los hogares compuestos, 5 están dirigidos por un hombre —83,33%— y 1 por una mujer —16,67%— en los que viven 24 y 5 personas respectivamente (INEGI, 2011).

El 5,07% de los hogares no son familiares¹¹, 128 hogares que cuentan con una población de 129 individuos, de los cuales 127 eran hogares unipersonales, 37 formados por un hombre —29,13%— y 90 por una mujer —70,87%—, y 1 era un hogar corresidente¹² cuyo jefe era un hombre y en el que vivían 2 personas (INEGI, 2011).

⁶ En el registro hubo 32 hogares no especificados, de los cuales 29 eran hogares familiares.

⁷ Hogar en el que al menos uno de los integrantes tiene parentesco con el jefe/a.

⁸ Hogar familiar conformado por el jefe/a y cónyuge; jefe/a e hijos/as; jefe/a, cónyuge e hijos/as.

⁹ Hogar familiar conformado por un hogar nuclear y al menos otro pariente, o por un jefe/a y al menos otro pariente.

¹⁰ Hogar nuclear o ampliado que cuenta con al menos una persona que no guarda parentesco con el jefe/a del hogar.

¹¹ Hogar en el que ninguno de los integrantes del hogar tiene parentesco con el jefe/a. Incluye al hogar formado por una persona.

¹² Hogar formado por dos o más integrantes sin parentesco con el jefe/a del hogar.

Hogares, jefatura, tipo y clases. San Felipe Usila, Municipio

Jefatura	Total Hogares	Tipo y Clase Hogar						
		Familiar				No familiar		
		Total	Nuclear	Ampliado	Compuesto	Total	Unipersonal	Corresidentes
Total	2.526	2.395	1.791	569	6	128	127	1
Hombre	2.096	2.056	1.573	455	5	38	37	1
Mujer	430	339	218	114	1	90	90	0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CPV 2010 (INEGI, 2011)

5. Vivienda

El Censo de Población y Vivienda 2010 registró que el municipio de San Felipe Usila cuenta con 2.526 viviendas particulares en las que viven 11.575 habitantes, 5.565 hombres y 6.010 mujeres, de las cuales el 99,17% eran casas independientes, en total 2.506, en las que residen 11.500 personas, 5.531 hombres y 5.969 mujeres (INEGI, 2011).

La mayoría de las viviendas, 2.041, esto es, el 80,80%, dispone de entre 2 y 5 cuartos. El 84,25% de las viviendas cuenta con piso de cemento, en total 2.129 viviendas donde viven 9.904 personas, el 14,13% de las viviendas tienen suelo de tierra, 357 donde viven 1.519 personas, y solamente el 1,03% de las viviendas tiene el suelo recubierto con mosaico, 26 viviendas donde viven 102 personas. El 65,40% son viviendas cuyas paredes han sido construidas con blocks, el 32,91% con tablas de madera y el 1,13% con láminas metálicas. El 87,34% de las viviendas tiene techados hechos con láminas metálicas, el 10,97% tiene techados de losa de concreto, el 1,13% tiene techados hechos con materiales desechables y el 0,14% tienen techados de teja (INEGI, 2011).

El 85,87% de las viviendas del municipio —2.169— dispone de agua entubada, el 12,55% en el interior de la vivienda —317— y el 73,32% en su terreno —1.852—, mientras que el 1,66% de las viviendas obtienen el agua acarreándola de la llave de otra vivienda o una llave pública —42—, y el 11,84% obtienen el agua recurriendo a un río o arroyo —299— (INEGI, 2011).

En cuanto a la disponibilidad de drenaje, el 87,41% de las viviendas no dispone de drenaje, en total 2.208 viviendas, por tan sólo el 12,07% que sí disponen de drenaje, en total 305 viviendas —en su inmensa mayoría, 293, cuentan con una fosa séptica—. Entre las viviendas que no disponen de drenaje, 1.886 dispone de agua entubada, lo que supone el 74,66% del total de viviendas, el 9,06% dentro de la vivienda —229— y el 65,60% en el terreno —1.657—, 36 viviendas obtienen el agua acarreándola de la llave de otra vivienda o llave pública, o sea, el 1,42%, y 278 recurren al agua de un río o arroyo, es decir, el 11,00%

del total. Entre las viviendas que sí cuentan con drenaje, el 11% del total de viviendas dispone de agua entubada —278—, el 3,36% dentro de la vivienda —85— y el 7,64% en el terreno —193—, el 0,24% obtienen el agua acarreándola de la llave de otra vivienda o llave pública —6— y el 0,83% recurren al agua de un río o arroyo —21— (INEGI, 2011).



Vivienda tradicional con paredes de tablas de madera y tejado de zacate. Comunidad de Santiago Tlatepuzco.

El 94,30% de las viviendas dispone de energía eléctrica, en total 2.382 viviendas, y el 4,99% no dispone de electricidad, en total 126 viviendas. Entre las viviendas que cuentan con electricidad, sobre el total de viviendas, el 82,42% no dispone de drenaje —2.082— y el 11,72% cuenta con drenaje —296—. Entre las viviendas que no tienen energía eléctrica, sobre el total de viviendas, el 4,63% no dispone de drenaje —117— y el 0,32% cuenta con drenaje —8— (INEGI, 2011).

Entre las viviendas que disponen de electricidad, pero no de drenaje, sobre el total de viviendas, el 72,17% dispone de agua entubada —1.823—, el 8,87% en el interior de la vivienda —224— y el 63,30% en el terreno —1.599—, el 0,87% obtiene el agua acarreándola de la llave de otra vivienda o una llave pública —22— y el 9,10% la obtiene de un río o arroyo —230—. Entre las viviendas que disponen de electricidad y drenaje, sobre el total de viviendas, el 10,85% dispone de agua entubada —274—, el 3,36% en el interior de la vivienda —85— y el 7,48% en el terreno —189—, el 0,12% obtiene el agua acarreándola de la llave de otra vivienda o una llave pública —3— y el 0,75% la obtiene de un río o arroyo —19— (INEGI, 2011).

Viviendas y disponibilidad de agua, electricidad y drenaje
San Felipe Usila, Municipio

	Disponibilidad de Agua	Viviendas	Drenaje	Sin Drenaje
Total		2.526	305	2.208
Agua entubada en vivienda		317	85	229
Agua entubada en terreno		1.852	193	1.657
Agua entubada de otra vivienda o llave pública		42	6	36
Agua de río o arroyo		299	21	278
Disponen Electricidad	Total	2.382	296	2.082
	Agua entubada en vivienda	212	85	224
	Agua entubada en terreno	1.789	189	1.599
	Agua entubada de otra vivienda o llave pública	25	3	22
	Agua de río o arroyo	249	19	230
No disponen Electricidad	Total	126	8	117
	Agua entubada en vivienda	4	0	4
	Agua entubada en terreno	58	3	54
	Agua entubada de otra vivienda o llave pública	17	3	14
	Agua de río o arroyo	46	2	44

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CPV 2010 (INEGI, 2011)

Entre las viviendas que no disponen de electricidad ni de drenaje, sobre el total de viviendas, el 2,30% dispone de agua entubada —58—, el 0,16% en el interior de la vivienda —4— y el 2,14% en el terreno —54—, el 0,55% obtiene el agua acarreándola de la llave de otra vivienda o una llave pública —14— y el 1,74% la obtiene de un río o arroyo —44—. Entre las viviendas que no disponen de electricidad, pero cuentan con drenaje, sobre el total de viviendas, el 2,45% dispone de agua entubada —62—, el 0,16% en el interior de la vivienda —4— y el 2,30% en el terreno —58—, el 0,67% obtiene el agua acarreándola de la llave de otra vivienda o una llave pública —17— y el 1,82% la obtiene de un río o arroyo —46— (INEGI, 2011).

En cuanto a la disponibilidad de bienes y el acceso a las tecnologías de información y comunicación, el 46,48% de las viviendas cuentan con refrigerador —1.174—, el 5,62% cuenta con lavadora —142—, el 15,47% dispone de una estufa de gas, el 51,62% dispone de radio —1.304—, el 58,08% dispone de televisión —1.467—, el 3,28% cuenta con ordenador —83—, el 3,25% con automóvil o camioneta —82—, el 11,52% dispone de línea

telefónica fija —291—, el 0,43% de un teléfono móvil¹³ —11— y el 1,94% cuenta con acceso a internet —49— (INEGI, 2011).



Vivienda construida con blocks de cemento y tejado de láminas de aluminio, el tipo de construcción predominante en el municipio. San Felipe Usila, cabecera municipal.

6. Economía

El Censo de Población y Vivienda 2010 registró que, a nivel municipal, entre la población cuya edad es igual o superior a 12 años, el 61,11% no es activa económicamente, siendo el 12,20% hombres y el 48,91% mujeres, 5.158 personas en total, 1.030 hombres y 4.128 mujeres. La mayor parte de las personas no activas económicamente trabajan en el hogar o son estudiantes y el resto son pensionados o jubilados, discapacitados o se dedican a otras actividades no económicas (INEGI, 2011).

El 62,95% de la población no activa económicamente se dedica a las labores del hogar, predominantemente una población femenina, siendo el 0,79% hombres y el 62,15% mujeres, en total 3.247 personas, 41 hombres y 3.206 mujeres. El 33,38% de la población no activa económicamente es estudiante, en total 1.722 personas, 874 hombres y 848

¹³ Actualmente, la inmensa mayoría de las familias cuenta con, al menos, un teléfono móvil, aunque no puedo precisar el porcentaje y ello ha facilitado enormemente el acceso a internet.

mujeres, y se concentra casi en su totalidad en los grupos etarios comprendidos entre 12 y 24 años, pues son 1.712 personas, 870 hombres y 842 mujeres. El 1,05% de la población no activa económicamente está pensionada o jubilada, en total 54 personas, 31 hombres y 23 mujeres, concentrándose en los grupos etarios cuya edad es igual o superior a 45 años: 47 personas, 26 hombres y 21 mujeres. El 1,12% de la población no activa económicamente es discapacitada, en total 58 personas, 33 hombres y 25 mujeres. El 1,49% de la población no activa económicamente se dedica a otras actividades no económicas, en total 77 personas, 51 hombres y 26 mujeres (INEGI, 2011).

La población económicamente activa supone el 37,91%, siendo el 33,97% hombres y el 3,94% mujeres, en total 3.200 personas, 2.867 hombres y 333 mujeres. Entre la población activa, el porcentaje de personas ocupadas es del 98,03%, en total 3.137 personas, 2.814 hombres y 323 mujeres, y el porcentaje de personas desocupadas es del 1,97%, en total 63 personas, 53 hombres y 10 mujeres (INEGI, 2011).

Tanto la población económicamente activa como la población ocupada se concentran en los grupos etarios comprendidos entre los 15 y los 74 años. El 95,62% de la población activa tiene una edad comprendida entre 15 y 74 años, en total 3.060 personas, 2.740 hombres y 320 mujeres. Igualmente, el 95,57% de la población ocupada pertenece a los grupos etarios entre 15 y 74 años, 2.998 personas en total, 2.688 hombres y 310 mujeres. En cambio, la población desocupada se concentra en los grupos etarios comprendidos entre los 15 y los 44 años, llegando a un porcentaje del 93,65%, 59 personas en total, 49 hombres y 10 mujeres (INEGI, 2011).

La distribución de la población activa por sectores económicos es la siguiente (INEGI, 2011):

1. Sector primario: 84,64%
2. Sector secundario: 2,74%
3. Comercio: 1,55%
4. Servicios: 8,33%

El 64,17% de la población ocupada son trabajadores no asalariados y el 11,55% son trabajadores asalariados¹⁴. Entre la población ocupada, el 82,98% gana menos de 1 salario mínimo, el 3,57% gana entre 1 y 2 salarios mínimos y el 6,31% ingresa más de 2 salarios mínimos (INEGI, 2011).

En el sector primario, las principales actividades son la agricultura y la ganadería, y, en menor medida, la silvicultura. Los cultivos mayoritarios son el maíz, el frijol y el café, aunque también se cultiva chile, jengibre, cacao, lichi, vainilla y yuca. El maíz y el frijol son cultivados fundamentalmente para el autoconsumo, aunque también una parte de la producción puede dedicarse a la venta local. El cultivo de lichis y yuca es destinado a la venta en el mercado local, mientras la producción de jengibre, chile y vainilla se destina a

¹⁴ No aparece especificado la posición asalariada o no asalariada de un 24,29% de la población ocupada.

la venta en el mercado nacional. Otros cultivos destinados al autoconsumo de las familias son los árboles frutales existentes en los terrenos de las viviendas, tales como naranjos, limoneros, plataneros, guayaberos, palmeras cocoteras, mangos, jícaros o árboles de cacao.

El ganado bovino es criado en los potreros y está orientado al abastecimiento de carne en el mercado local. En las viviendas se crían gallinas, guajolotes y cerdos para el autoconsumo y, en menor medida, la venta local. La explotación forestal de los cerros proporciona la madera a las carpinterías del municipio y la leña que las familias necesitan en la preparación de los alimentos.

Población Ocupada según Sector Económico y Actividad¹⁵
San Felipe Usila Municipio

Sector Económico	Actividad Económica	Total
Primario	Agricultura, ganadería y explotación forestal	2.133
Secundario	Construcción	27
	Industrias manufactureras	42
Terciario	Comercio al por mayor	9
	Comercio al por menor	30
	Transportes, correos y almacenamientos	3
	Servicios financieros y de seguros	3
	Servicios profesionales, científicos y técnicos	3
	Servicios educativos	87
	Servicios de salud y asistencia	21
	Servicios de esparcimiento culturales y recreativos	3
	Servicios de alojamiento y preparación de alimentos y bebidas	30
	Otros servicios excepto actividades de gobierno	57
Actividades del gobierno y de organismos territoriales	3	
No especificado		69

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del CPV 2010 (INEGI, 2011)

El Censo Agrícola, Ganadero y Forestal 2007 registró que, en el ciclo agrícola primavera-verano de ese año, había 1.947 unidades de producción agrícola sembradas y 534 que no habían sido sembradas. Del total de unidades de producción agrícolas sembradas, en el 80,07% habían sembrado maíz blanco, en total 1.559, en el 14,89% habían sembrado maíz amarillo, en total 290, y en el 5,03% habían sembrado frijol, en total 98. Se sembraron 2.656,79 hectáreas de maíz blanco, de las cuales fueron cosechadas 2.554,52 hectáreas,

¹⁵ El número de personas registradas en la tabla es 2.520 cuando la población ocupada en el municipio es de 3.137 personas.

dando una producción de 5.005,91 toneladas. De las 530 hectáreas sembradas de maíz amarillo, fueron cosechadas 517,52 que produjeron 506,57 toneladas. Se sembraron 59,22 hectáreas de frijol de las que se cosecharon 56,41 hectáreas, obteniéndose una producción de 24,78 toneladas. Además, en el municipio se contabilizaron 1.026 unidades de producción que cultivan café cereza, lo que supone un total de 2.236,22 hectáreas sembradas, de las cuales fueron cosechadas 2.193,87 que produjeron 3.355,06 toneladas (INEGI, 2009).

El Servicio de Información Agroalimentaria y Pesquera (SIAP) registró que, en el ciclo otoño-invierno 2014, se sembraron y cosecharon 2.050 hectáreas de maíz blanco que produjeron 2.460 toneladas y un rendimiento de 1,2 toneladas por hectárea, 30 hectáreas de frijol negro que produjeron 25,8 toneladas y un rendimiento de 0,86 toneladas por hectárea, 15 hectáreas de chile verde Soledad con una producción de 105 toneladas y un rendimiento de 7 toneladas por hectáreas, y 12 hectáreas de chile seco Tabaquero con una producción de 9 toneladas y un rendimiento de 0,75 toneladas por hectárea (SIAP, 2014a).

Cultivos Otoño-Invierno 2014. San Felipe Usila, Municipio

Cultivo / Variedad	Sup. Sembrada (ha)	Sup. Cosechada (ha)	Producción (ton)	Rendimiento (ton/ha)	Precio Medio Rural (\$/ton)	Valor Producción (miles \$)
Chile seco / Tabaquero	12	12	9	0,75	92.000,00	828
Chile verde / Soledad	15	15	105	7	13.446,43	1.411,88
Frijol / Negro Jamapa	30	30	25,8	0,86	13.213,76	340,92
Maíz / Blanco	2.050	2.050	2.460	1,2	3.405,00	8.376,30
Total	2.107	2.107				10.957,09

Fuente: SIAP (2014a)

En el ciclo agrícola primavera-verano 2014 se cosecharon y sembraron 2.850 hectáreas de maíz blanco que produjeron 3.420 toneladas y un rendimiento de 1,2 toneladas por hectárea, y 83 hectáreas de jengibre con una producción de 664 toneladas y un rendimiento de 8 toneladas por hectárea (SIAP, 2014a).

En cuanto a los cultivos perennes¹⁶, en ese mismo año 2014, se registraron 1.980 hectáreas de café cereza, de las cuales se cosecharon 1.910 que produjeron 2.521,20

¹⁶ Los cultivos perennes o cultivos de ciclo largo son aquéllos cuyo periodo vegetativo se extiende más allá de los doce meses y generalmente, una vez establecida la plantación, se obtienen varias cosechas, continuas o cíclicas dependiendo del tipo de plantación.

Los cultivos cíclicos o cultivos de ciclo corto son los cultivos que se siembran y cultivan en los dos ciclos del año agrícola (otoño-invierno y primavera-verano), su período vegetativo es menor a los doce meses, y requieren de una nueva siembra para la obtención de cosecha. Los cultivos de otoño-invierno se siembran entre el 1 de octubre de un año y el 31 de enero

toneladas con un rendimiento de 1,32 toneladas por hectárea. Las 20 hectáreas de vainilla verde tuvieron una producción de 2 toneladas con un rendimiento de 0,1 toneladas por hectárea, las 8,5 hectáreas de lichi produjeron 10,2 toneladas con un rendimiento de 1,2 toneladas por hectárea, las 4 hectáreas de naranjos criollos produjeron 48,8 toneladas y un rendimiento de 12,2 toneladas por hectárea, y las 1.300 hectáreas de pastos y praderas produjeron 38.285 toneladas con un rendimiento de 29,45 toneladas por hectárea (SIAP, 2014a).

Cultivos Primavera-Verano 2014. San Felipe Usila, Municipio

Cultivo / Variedad	Sup. Sembrada (ha)	Sup. Cosechada (ha)	Producción (ton)	Rendimiento (ton/ha)	Precio Medio Rural (\$/ton)	Valor Producción (miles \$)
Jengibre	83	83	664	8	13.127,71	8.716,80
Maíz / Blanco	2.850	2.850	3.420	1.2	4.121,05	14.093,99
Total	2.933	2.933				22.810,79

Fuente: SIAP (2014a)

Cultivos Perennes 2014. San Felipe Usila, Municipio

Cultivo / Variedad	Sup. Sembrada (ha)	Sup. Cosechada (ha)	Producción (ton)	Rendimiento (ton/ha)	Precio Medio Rural (\$/ton)	Valor Producción (miles \$)
Café cereza	1.980	1.910	2.521,20	1,32	2.763,63	6.967,66
Lichi	8,5	8,5	10,2	1,2	23.125,00	235,88
Naranja / Criolla	4	4	48,8	12,2	1.014,01	49,48
Pastos y praderas	1.300	1.300	38.285,00	29,45	239,56	9.171,55
Vainilla / Verde	20	20	2	0,1	110.000,00	220
Total	3.312,50	3.242,50				16.644,58

Fuente: SIAP (2014a)

del año siguiente, y los cultivos de primavera-verano se siembran entre el 1 de febrero y el 30 de septiembre (SEMARNAT, 2020).

En lo referente a la ganadería, el Censo Agrícola, Ganadero y Forestal 2007 registró que en el municipio existen 1.250 unidades de producción ganadera. El 11,76% de las unidades de producción ganadera, en total 147, está orientado a la ganadería bovina, y se reportan 1.535 cabezas; el 9,36% se dedica a la cría de ganado porcino, en total 117, y cuenta con 255 cabezas; y el 78,88% se orienta a la avicultura, en total 986, en las que hay 15.854 aves, aunque sólo 3 unidades de producción superaban el centenar de gallinas, pues la mayoría de las aves, al igual que los cerdos, se crían en las viviendas (INEGI, 2009).

Producción Pecuaria 2014. San Felipe Usila, Municipio

Especie	Producción (ton)	Precio (\$/Kg)	Valor Producción (Miles \$)	Animales Sacrificados (Cabezas)
GANADO EN PIE				
Bovino	358	27,71	9.914	
Porcino	191	25,08	4.782	
Total	549		14.696	
AVE Y GUAJOLOTE EN PIE				
Ave	47	22,62	1.064	
Guajolote	3	50,81	128	
Total	50		1.192	
CARNE EN CANAL				
Bovino	185	56.19	10.421	1.094
Porcino	143	38.88	5.543	2.047
Ave	38	32.12	1.210	25.939
Guajolote	2	76.34	139	411
Total	368		17.313	

Fuente: SIAP (2014b)

En el año 2014, el Servicio de Información Agroalimentaria y Pesquera (SIAP) cuantificó la producción anual de ganado bovino en pie en 358 toneladas y la producción bovina como carne en canal en 185 toneladas —1.094 reses sacrificadas—. La producción anual de ganado porcino fue de 191 toneladas en pie y 143 toneladas en carne en canal —2.047 cerdos sacrificados—, la producción de ave fue de 47 toneladas en pie y 38 toneladas en carne en canal —25.939 aves sacrificadas—, y la producción de guajolote fue de 3 toneladas en pie y 2 toneladas en carne en canal —411 guajolotes sacrificados— (SIAP, 2014b).

En el sector secundario, las principales actividades son la construcción de viviendas, las tortillerías, las panaderías, las purificadoras de agua y las carpinterías que fabrican las puertas, las ventanas y el mobiliario de las viviendas —mesas, sillas, camas, roperos y otros muebles—.

En el sector terciario, la actividad comercial está integrada por pequeños comercios, mayoritariamente concentrados en la cabecera municipal, y abarca misceláneas o tiendas de abarrotes, centros abarroteros, tiendas de calzado, ropa y complementos, mercerías, papelerías, farmacias, tiendas de productos agropecuarios, ferreterías, centros de venta de materiales de construcción, expendios de gasolina, expendios de gas.



Tienda en la que se venden blusas, complementos, pan dulce. San Felipe Usila, cabecera.

El sector servicios, igualmente concentrado en la cabecera municipal, está compuesto por la administración municipal, la agencia de correos, las unidades de salud pertenecientes al sistema sanitario federal y estatal, los consultorios médicos alópatas privados, los servicios de atención de las parteras y los curadores tradicionales, las escuelas de preescolar, primaria y secundaria, el instituto de bachillerato, los hoteles, los comedores, las taquerías, las pizzerías, los molinos de nixtamal, las refresquerías, las cantinas, las sastrerías, las renovadoras de calzado, las casetas telefónicas, las casetas de cobro de facturas, ingresos y retiros de dinero efectivo, los locales de internet y cómputo, los talleres mecánicos y eléctricos de vehículos, talleres de venta y reparación de bicicletas y triciclos.

El sector terciario también incluye el servicio de transporte que ofrecen las cuatro líneas de autobuses que diariamente conectan la cabecera municipal con la capital del distrito administrativo, Tuxtepec, en viajes de ida y vuelta, así como el servicio de transporte que diariamente ofrecen las camionetas que enlazan la cabecera municipal con

las localidades del municipio y los taxis y las mototaxis en la cabecera municipal con salidas puntuales a localidades vecinas.



Vista de la Avenida Insurgentes, la calle que más negocios concentra en San Felipe Usila.

Finalmente, hay que señalar que, en el municipio, además de las ganancias económicas generadas por las actividades económicas locales, en la mayoría de las familias usileñas, una parte fundamental de los ingresos proviene de las ayudas monetarias otorgadas por los programas sociales de los gobiernos federal y estatal y de las remesas enviadas por los emigrantes a sus parientes: el dinero que regularmente los esposos mandan a sus esposas, hijos e hijas y el que los hijos e hijas envían a sus padres.

7. Recursos de educación

La población del municipio de San Felipe Usila cuenta con todos los niveles de educación desde la educación preescolar hasta la educación media superior, y todos los centros educativos pertenecen bien al sistema educativo federal, bien al estatal de Oaxaca. En total, hay 21 escuelas de preescolar, 3 en la cabecera municipal, 2 escuelas de primaria federal, 1 en la cabecera municipal, 26 escuelas de primaria, 3 en la cabecera municipal, 10 escuelas de telesecundaria, ninguna de ellas en la cabecera municipal, 2 escuelas de

secundaria y 1 instituto de bachillerato perteneciente al sistema Instituto de Estudios de Bachillerato del Estado de Oaxaca (IEBO) ubicados en la cabecera municipal (Ayuntamiento de San Felipe Usila, 2011: 31-35).



Vista de uno de los aularios del instituto de bachillerato. San Felipe Usila, cabecera.

8. Recursos de salud y derechohabencia

En el municipio de San Felipe Usila, hay 5 Centros de Salud y 11 Casas de Salud pertenecientes a los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), 1 Unidad Médica Familiar IMSS-BIENESTAR y 1 Unidad Médica Rural del ISSSTE¹⁷ (Ayuntamiento de San Felipe Usila, 2011: 35-37).

¹⁷ En México existen varias seguridades sociales: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que otorga atención médica a los trabajadores que cuentan con un contrato laboral que les permite cotizar, siendo IMSS-BIENESTAR un programa que extiende los servicios médicos del IMSS a núcleos de población sumidos en la pobreza y sin capacidad contributiva; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuyos derechohabientes son las personas que trabajan en un organismo público federal o estatal; el Instituto de la Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM) cuyos beneficiarios son los miembros de las fuerzas armadas; y la seguridad social que ofrece Petróleos Mexicanos (PEMEX) a sus trabajadores. Las personas de bajos recursos que no trabajan o trabajan sin contrato laboral y, por tanto, no son derechohabientes de una de las seguridades sociales, disponen de la cobertura del sistema sanitario de la Secretaría de Salud (SSA) a través del Seguro Popular.

La cabecera municipal cuenta con un Centro de Salud de los SSO que ofrece atención médica de primer nivel todos los días de la semana, y una unidad del ISSSTE, atendida por una de las doctoras del Centro de Salud, que dispensa atención primaria por las tardes de lunes a viernes. El personal médico del Centro de Salud está formado por 3 médicos/as —1 de base, 1 de contrato y 1 pasante haciendo su servicio social—, 7 enfermeros/as —3 de base, 3 de contrato y 1 pasante haciendo su servicio social—, 1 odontólogo contratado y 1 psicólogo pasante haciendo su servicio social —los puestos de personal pasante no están cubiertos permanentemente—.



Centro de Salud de los SSO que brinda atención médica primaria en la cabecera municipal

En la localidad de San Felipe Usila, además, hay 4 consultorios privados, 2 atendidos respectivamente por médicos que trabajan en el Centro de Salud, 8 farmacias, de las cuales 3 ofrecen atención médica y 2 están ligadas a sendos consultorios privados, y 1 paramédico que brinda atención en la cabecera y localidades vecinas. En el ámbito de la medicina tradicional, hay 6 parteras, 3 curanderas, 10 hierberos y 3 hueseros.

El Censo de Población y Vivienda 2010 registró que, del total de los 11.575 habitantes del municipio, el 43,48% de la población es derechohabiente, en total 5.033 personas, 2.395 hombres y 2.638 mujeres, y 6.483 personas no son derechohabientes, 3.141 hombres y 3.342 mujeres, esto es, el 56,01% de la población no disponía de seguridad social ni de seguro médico privado (INEGI, 2011).

La población que contaba con Seguro Popular¹⁸ suponía el 39,15%, en total 4.532 personas, 2.150 hombres y 2.382 mujeres; el 3,81% era derechohabiente del ISSSTE, en total 441 personas, 205 hombres y 236 mujeres; el 0,41% era derechohabiente del IMSS, en total 48 personas, 33 hombres y 15 mujeres; el 0,03% es derechohabiente de PEMEX o ISSFAM, en total 4 personas, 2 hombres y 2 mujeres; y el 0,05% contaba con seguros privados, en total 6 personas, 4 hombres y 2 mujeres (INEGI, 2011).

Dentro del sistema de atención de los Servicios de Salud de Oaxaca, que es el que da cobertura sanitaria a la inmensa mayoría de la población usileña, cuando una persona presenta un problema de salud que no puede ser solucionado en el primer nivel de atención, es derivada a un segundo nivel de atención, concretamente, es referida al Hospital General de los SSO de la ciudad de Tuxtepec. Igualmente, tanto el ISSSTE y el IMSS de Tuxtepec cuentan con unidades de segundo nivel de atención, la Clínica Hospital del ISSSTE y el Hospital General de Zona n°3 del IMSS.

Sin embargo, en Tuxtepec, ninguna de las instituciones sanitarias de segundo nivel de los SSO, el ISSSTE o el IMSS dispone de una unidad de psiquiatría, y la única posibilidad de recibir atención psiquiátrica en la ciudad es el consultorio privado de una psiquiatra. Así, en el municipio de San Felipe Usila, las personas no derechohabientes o que cuentan con Seguro Popular y que presentan enfermedades mentales son referidas por los Centros de Salud al Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur” de los SSO, situado en Reyes Mantecón, un municipio cercano a la ciudad de Oaxaca.

Del mismo modo, las personas que padecen una enfermedad mental y son derechohabientes del ISSSTE o del IMSS son derivadas a la ciudad de Oaxaca, respectivamente al Hospital Regional del ISSSTE “Presidente Juárez” o al Hospital General de Zona n°1 del IMSS. Sin embargo, las personas enfermas derechohabientes del IMSS o del ISSSTE que requieren un periodo de internamiento para su recuperación son referidas al Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur” de los SSO, dado que, en el estado de Oaxaca, es el único hospital que cuenta con la infraestructura necesaria para afrontar el internamiento de los pacientes.

9. Pobreza, rezago social y marginación social

9.1 La pobreza multidimensional

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) define la pobreza como un concepto multidimensional que mide las carencias existentes en las

¹⁸ El Seguro Popular es la cobertura médica otorgada por las instituciones de la Secretaría de Salud (SSA) de la que forman parte los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO) y que brinda de forma gratuita o a bajo coste servicios de atención médica, farmacéutica y hospitalaria. La política sanitaria impulsada por el gobierno federal desde hace más de una década ha llevado a que, actualmente, la inmensa mayoría de la población usileña cuente con Seguro Popular.

condiciones de vida de los individuos en dos ámbitos: el bienestar económico y los derechos sociales (CONEVAL, 2019: 32-33).

El bienestar económico hace referencia a los ingresos monetarios y no monetarios que disponen las personas para adquirir los bienes y servicios en el mercado a fin de cubrir sus necesidades. Las carencias en el bienestar económico se miden especificando la cantidad mínima de recursos monetarios y no monetarios, denominada ingreso corriente, que se requiere para satisfacer las necesidades básicas de las personas, y, para ello, se definen dos conceptos: la línea de pobreza por ingresos y la línea de pobreza extrema por ingresos. La **línea de pobreza por ingresos** identifica a la población que no dispone de los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias. La **línea de pobreza extrema por ingresos** identifica a la población cuyos recursos no les permite cubrir sus necesidades alimentarias, es decir, acceder a una nutrición adecuada (CONEVAL, 2019: 35).

Estas dos líneas de pobreza por ingresos se establecen, a su vez, sobre la elaboración de dos canastas básicas: la Canasta Alimentaria (CA) y la Canasta No Alimentaria (CNA). La línea de pobreza por ingresos equivale a la suma de los costos de la canasta alimentaria y la canasta no alimentaria por persona al mes, mientras que la línea de pobreza extrema por ingresos es equivalente al valor de la canasta alimentaria por persona al mes (CONEVAL, 2019: 45).

La **Canasta Alimentaria** se elabora a partir de tres fuentes: los aportes nutricionales por cada alimento, los requerimientos y las recomendaciones de consumo de nutrientes y los datos sobre gasto y frecuencia de consumo de alimentos de los hogares. Está formada por cereales, leguminosas, verduras, tubérculos, carnes, pescados, huevos, leche, quesos, aceite, frutas, azúcar, alimentos preparados para consumir en el hogar y bebidas no alcohólicas (CONEVAL, 2023).

La **Canasta No Alimentaria** está compuesta por los bienes y los servicios básicos de consumo no alimentarios: transporte público; limpieza y cuidados de la casa; cuidados personales; educación, cultura y recreación, comunicaciones y servicios para vehículos; vivienda y servicios de conservación; prendas de vestir, calzado y accesorios; cristalería, blancos y utensilios domésticos; cuidados de la salud; enseres domésticos y mantenimiento de la vivienda; artículos de esparcimiento; otros gastos (CONEVAL, 2023).

En julio de 2010, el valor de la Canasta Alimentaria por persona y mes era de 680,23 pesos en el medio rural y de 973,66 pesos en el medio urbano. La Canasta No Alimentaria tenía un costo de 1.324,27 pesos en el medio rural y de 2.111,17 en el medio urbano. Cinco años más tarde, en julio de 2015, la Canasta Alimentaria tenía un costo mensual por persona de 906,17 pesos en el medio rural y de 1.275,89 pesos en el medio urbano. En esa misma fecha, el costo mensual por persona de la Canasta No Alimentaria en el medio rural era de 1.665,91 pesos y en el medio urbano de 2.590,06 pesos (CONEVAL, 2023).

	Canasta Alimentaria (\$)		Canasta No Alimentaria (\$)	
	Julio 2010	Julio 2015	Julio 2010	Julio 2015
Medio Rural	680,23	906,17	1.324,27	1.665,91
Medio Urbano	973,66	1.275,89	2.111,17	2.590,06

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de CONEVAL (2023)

El ámbito de los derechos sociales guarda relación con las garantías que amparan la dignidad humana y están recogidas en el marco legislativo nacional. Una persona tiene imposibilidad de ejercer uno o más derechos cuando presenta carencias en al menos uno de los siguientes indicadores sociales: (CONEVAL, 2019: 33):

1. Rezago educativo
2. Acceso a los servicios de salud
3. Acceso a la seguridad social
4. Calidad y espacio de la vivienda
5. Servicios básicos en la vivienda
6. Acceso a la alimentación nutritiva y de calidad

Una persona presenta **carencia por rezago educativo** cuando cumple alguno de estos criterios:

- Tiene de 3 a 21 años, no cuenta con la educación básica obligatoria y no asiste a un centro de educación formal.
- Tiene 22 años o más, nació a partir de 1998 y no ha terminado la educación obligatoria (media superior).
- Tiene dieciséis años o más, nació antes de 1982 y no cuenta con el nivel de educación obligatorio vigente en el momento en que debía haberlo cursado (primaria completa).
- Tiene dieciséis años o más, nació entre 1982 y 1997 y no cuenta con el nivel de educación obligatoria vigente en el momento en que debía haberla cursado (secundaria completa). (CONEVAL, 2019: 49-50)

Se considera que una persona se encuentra en situación de **carencia por acceso a los servicios de salud** cuando no cuenta con adscripción o derecho a recibir los servicios médicos del Seguro Popular o de una institución pública de seguridad social —IMSS, ISSSTE, Pemex, ISSFAM— o los servicios médicos privados. (CONEVAL, 2019: 50-51)

En cuanto al **acceso a la seguridad social**, las personas presentan carencia cuando no cumplen con alguno de los siguientes criterios:

- En cuanto a la población económicamente activa, asalariada, se considera que no tiene carencia en esta dimensión si disfruta, por parte de su trabajo, de las prestaciones establecidas en el artículo 2° de la LSS [...] [el acceso a la seguridad social supone el derecho a recibir servicios médicos como prestación laboral].
- Dado el carácter voluntario de la inscripción al sistema por parte de ciertas categorías ocupacionales, en el caso de la población trabajadora no asalariada o independiente se considera que tiene acceso a la seguridad social cuando dispone de servicios médicos como prestación laboral o por contratación voluntaria al régimen obligatorio del IMSS y, además, cuenta con SAR o Afore [sistemas de pensiones].
- Para la población en general, se considera que tiene acceso cuando goza de alguna jubilación o pensión o es familiar de una persona dentro o fuera del hogar con acceso a la seguridad social.
- En el caso de la población en edad de jubilación (sesenta y cinco años o más), se considera que tiene acceso a la seguridad social si es beneficiario de algún programa social de pensiones para adultos mayores cuyo monto mensual otorgado sea mayor o igual al valor promedio de la canasta alimentaria (calculado como el promedio simple de las líneas de pobreza extrema por ingresos en el ámbito rural y urbano, respectivamente). (CONEVAL, 2019: 53-54)

La población se halla en situación de **carencia por calidad y espacios de la vivienda** cuando residen en viviendas que presentan, al menos, una de las siguientes características:

- El material de los pisos de la vivienda es de tierra.
- El material del techo de la vivienda es de lámina de cartón o desechos.
- El material de los muros de la vivienda es de embarro o bajareque; de carrizo, bambú o palma; de lámina de cartón, metálica o asbesto; o material de desecho.
- La razón de personas por cuarto es mayor que 2,5 (hacinamiento). (CONEVAL, 2019: 55)

Se considera que las personas viven en situación de **carencia por servicios básicos en la vivienda** cuando residen en viviendas que presentan, al menos, una de las siguientes características:

- El agua se obtiene de un pozo, río, lago, arroyo, pipa; o bien el agua entubada la adquieren acarreándola de otra vivienda, una llave pública o hidrante.

- No cuentan con servicio de drenaje, o el desagüe tiene conexión a una tubería que va a dar a un río, lago, mar, barranca o grieta.
- No disponen de energía eléctrica.
- El combustible que se usa para cocinar es leña o carbón sin chimenea. (CONEVAL, 2019: 56-57)

La población se halla en situación de **carencia por acceso a la alimentación** cuando los hogares presentan “un grado de inseguridad alimentaria moderado o severo” (CONEVAL, 2019: 59). La inseguridad alimentaria se determina partiendo de una distinción entre los hogares con y sin integrantes menores de 18 años (CONEVAL, 2019: 117-118):

- Para los hogares que no cuentan con menores de 18 años de edad, “se identifican aquéllos en los que algún adulto, por falta de dinero o recursos, al menos: no tuvo una alimentación variada; dejó de desayunar, comer o cenar; comió menos de lo que debería comer; se quedaron sin comida; sintió hambre, pero no comió; o hizo sólo una comida o dejó de comer durante todo el día”.
- En el caso de los hogares que cuentan con integrantes menores de 18 años, “se identifican aquéllos en los que, por falta de dinero o recursos, tanto los adultos como los menores de 18 no tuvieron una alimentación variada; comieron menos de lo necesario; se les disminuyeron las cantidades servidas en la comida; sintieron hambre, pero no comieron; o hicieron una comida o dejaron de comer durante todo el día”.

A partir de aquí se definen los grados de inseguridad alimentaria:

- Severo: los hogares solo con adultos que contestan afirmativamente de cinco a seis preguntas; los hogares con menores de edad que responden de ocho a doce preguntas de la escala.
- Moderado: los hogares solo con adultos que responden afirmativamente de tres a cuatro preguntas de la escala. Para los hogares con menores de dieciocho años, se consideran aquellos que contestan afirmativamente de cuatro a siete preguntas de la escala. (CONEVAL, 2019: 120)

Teniendo en cuenta el ingreso de las personas y el número de carencias en el ámbito de los derechos sociales, se definen cuatro estratos de población:

- Población en situación de pobreza multidimensional. Población con ingreso inferior al valor de la línea de pobreza por ingresos y que padece al menos una carencia social.
- Población vulnerable por carencias sociales. Población que presenta una o más carencias sociales, pero cuyo ingreso es igual o superior a la línea de pobreza por ingresos.
- Población vulnerable por ingresos. Población que no reporta carencias sociales y cuyo ingreso es inferior a la línea de pobreza por ingresos.

- Población no pobre multidimensional y no vulnerable. Población cuyo ingreso es igual o superior a la línea de pobreza por ingresos y no tiene carencia social alguna. (CONEVAL, 2019: 37-38)

Teniendo en cuenta las líneas de pobreza por ingresos y el umbral de privación extrema —3 o más carencias sociales—, la pobreza multidimensional se subdivide en pobreza multidimensional moderada y pobreza multidimensional extrema. La población se encuentra en situación de **pobreza multidimensional extrema** cuando tiene 3 o más carencias sociales y su ingreso se encuentra por debajo de la línea de pobreza extrema por ingresos, esto es, no tiene acceso a una alimentación que le permita nutrirse adecuadamente. El resto de la población pobre multidimensional no incluida en la pobreza multidimensional extrema se halla en situación de **pobreza multidimensional moderada** (CONEVAL, 2019: 38).

En el año 2010, la población usileña que vivía en la pobreza era el 92,8%, el 65,9% de la misma en la pobreza extrema y el 26,9% en la pobreza moderada. En el año 2015, el porcentaje de población sumida en la pobreza aumentó levemente hasta el 94,2%, al mismo tiempo que la pobreza extrema se redujo al 54,1% y la pobreza moderada creció hasta el 40,2% (CONEVAL, 2016).

Estas cifras fueron sensiblemente superiores a las medias estatal y nacional. En el año 2010, en el estado de Oaxaca, la población sumida en la pobreza representaba el 67,0% del total, el 29,2% en la pobreza extrema y el 37,7% en la pobreza moderada. En el año 2015, la población oaxaqueña que vivía en la pobreza aumentó ligeramente hasta el 68,1%, descendiendo la población que se hallaba en pobreza extrema al 24,8% y aumentando la población en pobreza moderada al 43,3% (CONEVAL, 2016). A nivel nacional, en el año 2010, el porcentaje de población pobre era el 46,3%, el 11,4% en pobreza extrema y el 34,9% en pobreza moderada (CONEVAL, 2011). En el año 2015, la población que vivía en la pobreza representaba el 44,0% de la población total a nivel nacional, viviendo el 8,0% en la pobreza extrema y el 32,0% en la pobreza moderada (CONEVAL, 2018).

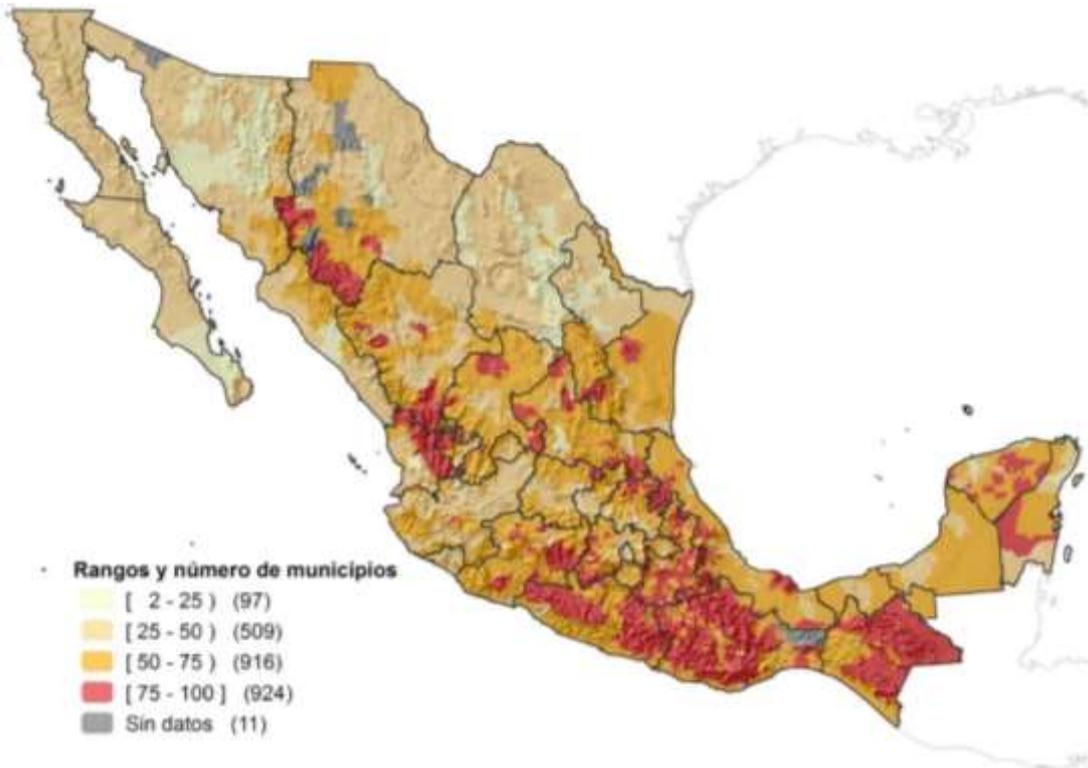
En San Felipe Usila, la población que pertenecía al estrato no pobre y no vulnerable solamente representaba el 0,4% en 2010 y el 0,6% en 2015, mientras que, en el estado de Oaxaca, la población no pobre y no vulnerable era el 9,5% en 2010 y el 9,2% en 2015. La población usileña cuyo ingreso era inferior a la línea de pobreza por ingresos fue del 91,8% en 2010 y del 94,4% en 2015, y la población que vivía con un ingreso inferior a la línea de pobreza extrema por ingresos fue del 68,5% en 2010 y 77,2% en 2015. Estas cifras fueron muy superiores a la media del estado de Oaxaca, pues la población oaxaqueña con un ingreso inferior a la línea de pobreza constituía el 68,3% en 2010 y el 70,7% en 2015, y la población con un ingreso inferior a la línea de pobreza extrema representaba el 36,2% en 2010 y el 37,3% en 2015 (CONEVAL, 2016).

Distribución de la población según ingresos y carencias sociales, 2010-2015

Indicadores (%)	San Felipe Usila		Estado de Oaxaca	
	2010	2015	2010	2015
Pobreza	92,8	94,2	67,0	68,1
Pobreza Extrema	65,9	54,1	29,2	24,8
Pobreza Moderada	26,9	40,2	37,7	43,3
Vulnerable por carencia social	6,8	5,0	22,2	20,1
Vulnerable por ingreso	0,1	0,2	1,3	2,6
No pobre y no vulnerable	0,4	0,6	9,5	9,2
Carencia por rezago educativo	39,7	29,3	30,0	27,2
Carencia por acceso a los servicios de salud	50,9	10,4	38,5	17,0
Carencia por acceso a la seguridad social	94,9	86,9	79,4	77,0
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	34,3	25,1	33,9	20,7
Carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda	95,3	95,2	58,0	59,2
Carencia por acceso a la alimentación	55,6	44,0	26,4	32,2
Población con al menos 1 carencia social	99,5	99,2	89,2	88,2
Población con 3 o más carencias sociales	92,0	65,2	54,5	45,5
Población con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos	92,8	94,4	68,3	70,3
Población con ingreso inferior a la línea de pobreza extrema por ingresos	68,5	77,2	36,2	37,3

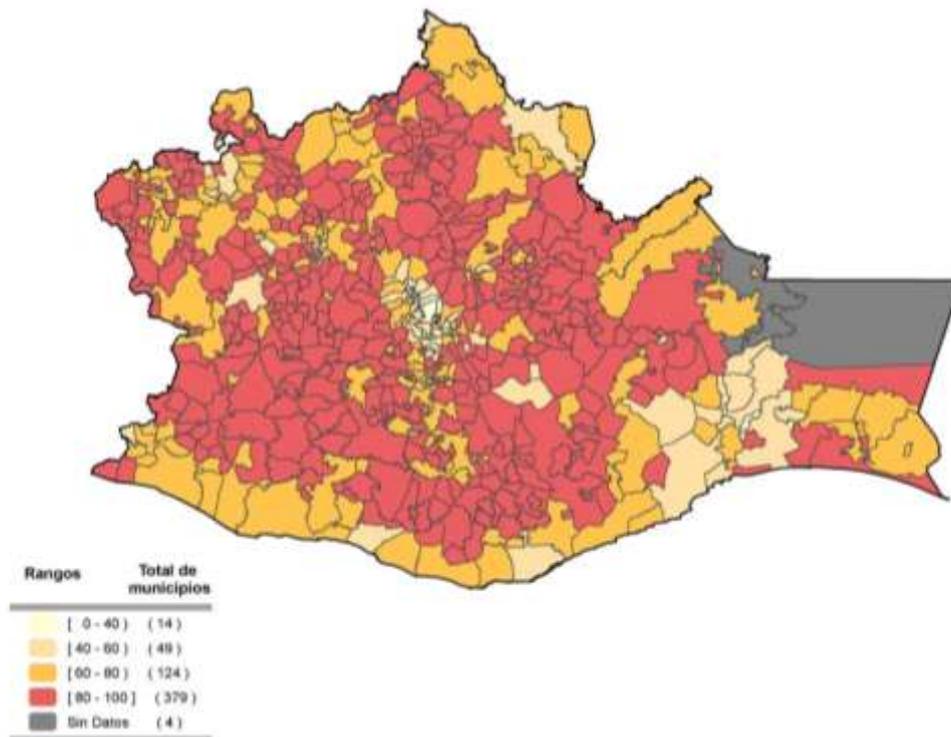
Fuente: elaboración propia a partir de los datos CONEVAL (2016)

México. Porcentaje de población en situación de pobreza a nivel municipal 2015



Fuente: CONEVAL (2017a)

Oaxaca. Porcentaje de población en situación de pobreza a nivel municipal 2015



Fuente: CONEVAL (2017b)

Las tasas de población que presentaban carencias sociales en San Felipe Usila fueron siempre más elevadas que sus homólogas a nivel del estado de Oaxaca tanto en 2010 como en 2015. La población usileña que vivía con al menos una carencia social era del 99,5% en 2010 y del 99,2% en 2015, y la que vivía con tres o más carencias sociales era del 92,0% en 2010 y del 65,2% en 2015; siendo las más presentes la carencia por acceso a los servicios básicos de la vivienda, que afectaba al 95,3% de la población en 2010 y al 95,2% en 2015, la carencia por acceso a la seguridad social, que afectaba al 94,9% de la población en 2010 y al 86,9% en 2015, y la carencia por acceso a la salud, que afectaba al 50,9% de la población en 2010 y al 10,4% en 2015. La población que presentaba carencia por acceso a la alimentación suponía el 55,6% en 2010 y el 44,0% en 2015, mientras que la población que tenía carencia por rezago educativo era el 39,7% en 2010 y el 29,3% en 2015, y la que tenía carencia en calidad y espacios de la vivienda era el 34,3% en 2010 y el 25,1% en 2015 (CONEVAL, 2016).

9.2 Rezago social

El **Índice de Rezago Social (IRS)** es una medida estadística ponderada que resume cuatro dimensiones de carencias sociales —educación, salud, servicios básicos y espacios en la vivienda— en un solo índice cuya finalidad es ordenar las unidades de observación según sus carencias sociales en cinco niveles o grados: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto rezago social (CONEVAL, 2019: 71-72; 2007: 9).

Índice de Rezago Social. Dimensiones e Indicadores

Dimensiones	Indicadores (%)
Educación	Población de 15 años y más analfabeta Población 6-14 años que no asiste a la escuela Población 15 años y más con educación básica incompleta
Acceso a servicios de salud	Población sin derechohabiencia a servicios de salud
Calidad y espacios en la vivienda	Viviendas con piso de tierra
Servicios básicos en la vivienda	Viviendas que no disponen de excusado o sanitario Viviendas que no disponen de agua entubada de la red pública Viviendas que no disponen de drenaje Viviendas que no disponen de energía eléctrica Viviendas que no disponen de lavadora Viviendas que no disponen de refrigerador

Fuente: CONEVAL (2007)

En la medición del rezago social elaborada por la CONEVAL para el año 2010, mientras el estado de Oaxaca presenta un grado de rezago social muy alto, con un IRS de 2,41779, ocupando el segundo lugar tras Guerrero en el contexto nacional, el municipio de San Felipe Usila tiene un grado de rezago social alto, con un IRS de 0,93440, y su cabecera municipal, un grado de rezago social medio, con un IRS de -0,01892 (CONEVAL, 2021).

Rezago Social 2010. México, Oaxaca, San Felipe Usila

Indicador (%)	México	Oaxaca	San Felipe Usila
Población Total	112.336.538	3.801.962	11.575
Población 15+ años analfabeta	6,9	16,3	24,1
Población 6 a 14 años que no asiste a la escuela	4,8	5,6	2,7
Población 15+ años con educación básica incompleta	41,1	57,8	67,3
Población sin derechohabiencia a servicios de salud	33,8	43,1	56,0
Viviendas con piso de tierra	6,1	18,7	14,1
Viviendas sin excusado o sanitario	4,7	5,4	1,1
Viviendas sin agua entubada de la red pública	11,3	30,1	13,7
Viviendas sin drenaje	9,0	28,3	87,4
Viviendas sin energía eléctrica	1,8	5,2	5,0
Viviendas sin lavadora	33,6	62,7	94,4
Viviendas sin refrigerador	18,0	40,0	53,5
Índice de rezago social	—	2,41779	0,93440
Grado de rezago social	—	Muy alto	Alto
Lugar que ocupa en contexto nacional	—	2	447

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de CONEVAL (2021)

En el año 2010, los indicadores de rezago social en el municipio de San Felipe Usila son superiores a los indicadores a nivel nacional salvo en la población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela —2,7% en San Felipe Usila y 4,8% a nivel nacional— y en viviendas sin excusado o sanitario —1,1% y 4,7%— (CONEVAL, 2021).

Rezago Social 2015. México, Oaxaca, San Felipe Usila

Indicador (%)	México	Oaxaca	San Felipe Usila
Población Total	119.530.753	3.967.889	11.604
Población 15+ años analfabeta	5,5	13,5	21,5
Población 6 a 14 años que no asiste a la escuela	3,5	3,7	0,9
Población 15+ años con educación básica incompleta	35,3	51,4	60,8
Población sin derechohabiencia a servicios de salud	17,3	17,2	10,8
Viviendas con piso de tierra	3,6	13,0	15,3
Viviendas sin excusado o sanitario	2,8	3,4	0,8
Viviendas sin agua entubada de la red pública	5,1	12,8	9,7
Viviendas sin drenaje	6,1	23,9	93,1
Viviendas sin energía eléctrica	1,0	3,2	2,9
Viviendas sin lavadora	30,5	58,6	89,9
Viviendas sin refrigerador	14,8	35,0	37,9
Índice de rezago social	—	2,53901	1,77798
Grado de rezago social	—	Muy alto	Alto
Lugar que ocupa en contexto nacional	—	1	330

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de CONEVAL (2021)

A nivel estatal, en 2010, los indicadores municipales de San Felipe Usila son superiores en seis e inferiores en cinco a los de Oaxaca. Los indicadores municipales son superiores en población de 15 años o más analfabeta —24,1% en San Felipe Usila y 16,3% en Oaxaca—, población de 15 años o más con educación básica incompleta —67,3% y 57,8%—, población sin derechohabiencia a los servicios de salud —56,0% y 43,1%—, viviendas sin drenaje —87,4% y 28,3%—, viviendas sin lavadora —94,4% y 62,7%— y viviendas sin refrigerador —53,5% y 40,0%—. En cambio, los indicadores son inferiores en población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela —2,7% y 5,6%—, viviendas con piso de tierra —14,1% y 18,7%—, viviendas sin excusado —1,1% y 5,4%—, viviendas sin agua entubada de la red pública —13,7% y 30,1%— y viviendas sin energía eléctrica —5,0% y 5,2%— (CONEVAL, 2021).

Rezago Social 2010-2015. San Felipe Usila

Indicador (%)	2010	2015
Población Total	11.575	11.604
Población 15+ años analfabeta	24,1	21,5
Población 6 a 14 años que no asiste a la escuela	2,7	0,9
Población 15+ años con educación básica incompleta	67,3	60,8
Población sin derechohabiencia a servicios de salud	56,0	10,8
Viviendas con piso de tierra	14,1	15,3
Viviendas sin excusado o sanitario	1,1	0,8
Viviendas sin agua entubada de la red pública	13,7	9,7
Viviendas sin drenaje	87,4	93,1
Viviendas sin energía eléctrica	5,0	2,9
Viviendas sin lavadora	94,4	89,9
Viviendas sin refrigerador	53,5	37,9
Índice de rezago social	0,93440	1,77798
Grado de rezago social	Alto	Alto
Lugar que ocupa en contexto nacional	447	330

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de CONEVAL (2021)

En el año 2015, el índice de rezago social aumenta tanto en el estado de Oaxaca como en el municipio de San Felipe Usila, situándose Oaxaca como el estado que presenta mayor rezago social en México. El índice de rezago social de San Felipe Usila —1,17798—, con un grado de rezago social alto, al igual que en 2010, es más bajo que el de Oaxaca a nivel estatal —2,53901—, con un grado de rezago social muy alto (CONEVAL, 2021).

Los indicadores de rezago social en San Felipe Usila, como en 2010, son superiores a los indicadores nacionales excepto en dos de ellos: la población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela —0,9% en San Felipe Usila y 3,5% a nivel nacional— y viviendas sin excusado o sanitario —0,8% en San Felipe Usila y 2,8% a nivel nacional— (CONEVAL, 2021).

En el contexto estatal, los indicadores de rezago social que presenta el municipio de San Felipe Usila son superiores en seis e inferiores en cinco a los indicadores de Oaxaca, con algunos cambios respecto a 2010. Los indicadores de San Felipe Usila son superiores en población con 15 años o más analfabeta —21,5% en San Felipe Usila y 13,5% en Oaxaca—, población con 15 años o más con educación básica incompleta —60,8% y 51,4%—, viviendas con piso de tierra —15,3% y 13,0%—, viviendas sin drenaje —93,1% y 23,9%—, viviendas sin lavadora —89,9% y 58,6%— y viviendas sin refrigerador —37,9% y 35,0%—. Y los indicadores son inferiores en población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela —0,9% en San Felipe Usila y 3,7% en Oaxaca—, población sin derechohabiencia a servicios de salud —10,8% y 17,2%—, viviendas sin excusado o sanitario —0,8% y 3,4%—, viviendas sin agua entubada de la red pública —9,7% y 12,8%— y viviendas sin energía eléctrica —2,9% y 3,2%— (CONEVAL, 2021).

En la comparativa entre 2010 y 2015, los indicadores de rezago social de San Felipe Usila en 2015 sólo son superiores a los indicadores de 2010 en viviendas con piso de tierra —15,3% en 2015 y 14,1% en 2010— y en viviendas sin drenaje —93,1% y 87,4%—. Todos los demás indicadores de rezago social en 2015 son inferiores a los indicadores de 2010: población con 15 o más años analfabeta —21,5% en 2015 y 24,1% en 2010—, población de 6 a 14 años que no asiste a la escuela —0,9% y 2,7%—, población con 15 o más años con educación básica incompleta —60,8% y 67,3%—, población sin derechohabiencia a servicios de salud —10,8% y 17,2%—, viviendas sin excusado o sanitario —0,8% y 3,4%—, viviendas sin agua entubada de la red pública —9,7% y 12,8%—, viviendas sin energía eléctrica —2,9% y 3,2%—, viviendas sin lavadora —89,9% y 94,4%— y viviendas sin refrigerador —37,9% y 53,5%— (CONEVAL, 2021).

9.3 Marginación social

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) define la **marginación social** como un “fenómeno estructural múltiple que valora dimensiones, formas e intensidades de exclusión en el proceso de desarrollo y disfrute de sus beneficios”, una exclusión que expone a los individuos, las familias y las comunidades a la vulnerabilidad social (CONAPO, 2016a: 11-12).

En la medición de la marginación social en los estados y los municipios se tienen en cuenta 4 dimensiones socioeconómicas —educación, vivienda, distribución de la población e ingresos monetarios—, cada una de ellas con sus respectivos indicadores, en total 9. El **índice de marginación** es una medida estadística que resume la información de los nueve indicadores en un valor que permite ordenar los estados y los municipios en cinco estratos según su grado de marginación: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto (CONAPO, 2016e: 348-354).

Marginación Social. Dimensiones e Indicadores

Dimensiones	Indicadores (%)
Educación	Población de 15 años o más analfabeta Población de 15 años o más sin primaria completa
Vivienda	Ocupantes en viviendas sin drenaje ni servicio sanitario Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica Ocupantes en viviendas sin agua entubada Viviendas con algún nivel de hacinamiento Ocupantes en viviendas con piso de tierra
Distribución de la población	Población en localidades con menos de 5.000 habitantes
Ingresos monetarios	Población ocupada con ingresos de hasta 2 salarios mínimos

Fuente: CONAPO (2016a)

La estimación del índice de marginación en el año 2010 para los 2.456 municipios existentes en el país, muestra que (CONAPO, 2012a: 33-36):

- 441 municipios tienen grado de marginación muy alto, donde viven 5,5 millones de personas, esto es, el 4,9% de la población nacional.
- 408 municipios tienen grado de marginación alto, donde residen 6 millones de personas, el 5,3% de la población nacional.
- 944 municipios tienen grado de marginación medio, albergando a 21,2 millones de individuos, que constituyen el 18,9% de la población total.
- 401 municipios tienen un grado de marginación bajo, donde viven 16.4 millones de personas, el 14,6% de la población nacional.
- 262 municipios tienen un grado muy bajo de marginación, y en ellos residen 63,2 millones de personas, el 56,3% de la población nacional.

En el año 2010, San Felipe Usila forma parte de los 408 municipios que, a nivel nacional, presentan un grado de marginación alto en un estado, Oaxaca, que, junto con Guerrero y Chiapas, son las tres entidades federativas del país que presentan un grado de marginación muy alto (CONAPO, 2012a: 26). Si bien todos los indicadores de marginación del municipio de San Felipe Usila son superiores a los indicadores de ámbito nacional excepto en ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado —0,42% en San Felipe Usila y 3,57% a nivel nacional—, respecto a los indicadores del estado de Oaxaca, son superiores en cuatro e inferiores en cinco indicadores.

Marginación 2010. México, Oaxaca, San Felipe Usila

Indicadores (%)	México	Oaxaca	San Felipe Usila
Población Total	112.336.538	3.801.962	11.575
Población de 15+ años analfabeta	6,93	16,38	24,25
Población de 15+ años sin primaria completa	19,93	33,85	40,50
Ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado	3,57	4,01	0,42
Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	1,77	4,93	3,99
Ocupantes en viviendas sin agua entubada	8,63	23,66	12,79
Viviendas con algún nivel de hacinamiento	36,53	46,53	42,56
Ocupantes en viviendas con piso de tierra	6,58	19,33	13,18
Población en localidades con menos de 5.000 habitantes	28,85	61,51	100,00
Población ocupada con ingreso hasta 2 salarios mínimos	38,66	57,77	86,55
Índice de marginación	—	2,14624	0,54617
Grado de marginación	—	Muy alto	Alto
Lugar que ocupa en contexto nacional	—	3	722

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de CONAPO (2012a: 57, 2012b: 216)

Los indicadores de marginación de San Felipe Usila son superiores a los indicadores del estado de Oaxaca en población de 15 años o más analfabeta —24,25% en San Felipe Usila y 16,38% en Oaxaca— y sin primaria completa —40,50% y 33,85%—, población en localidades con menos de 5.000 habitantes —100% y 61,51%— y población con ingresos de hasta 2 salarios mínimos —86,55% y 57,77%—. Y son inferiores los indicadores de ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado —0,42% en San Felipe Usila y 4,01% en Oaxaca—, ocupantes en viviendas sin energía eléctrica —3,99% y 4,93%—, ocupantes en viviendas sin agua entubada —12,79% y 23,66%—, viviendas con algún nivel de hacinamiento —42,56% y 46,53%— y ocupantes en viviendas con piso de tierra —13,18% y 19,33%— (CONAPO, 2012a: 57, 2012b: 216).

Marginación 2015. México, Oaxaca, San Felipe Usila

Indicadores (%)	México	Oaxaca	San Felipe Usila
Población Total	119.530.758	3.967.889	11.604
Población de 15+ años analfabeta	5,53	13,65	21,63
Población de 15+ años sin primaria completa	16,50	29,22	36,20
Ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado	2,14	2,44	0,49
Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	0,95	2,87	2,23
Ocupantes en viviendas sin agua entubada	5,36	13,05	9,85
Viviendas con algún nivel de hacinamiento	28,39	38,33	35,51
Ocupantes en viviendas con piso de tierra	3,82	13,44	14,29
Población en localidades con menos de 5.000 habitantes	28,85	61,51	100,0
Población ocupada con ingreso hasta 2 salarios mínimos	37,41	49,96	33,88
Índice de marginación	—	2,123	0,307
Grado de marginación	—	Muy alto	Alto
Lugar que ocupa en contexto nacional	—	3	889

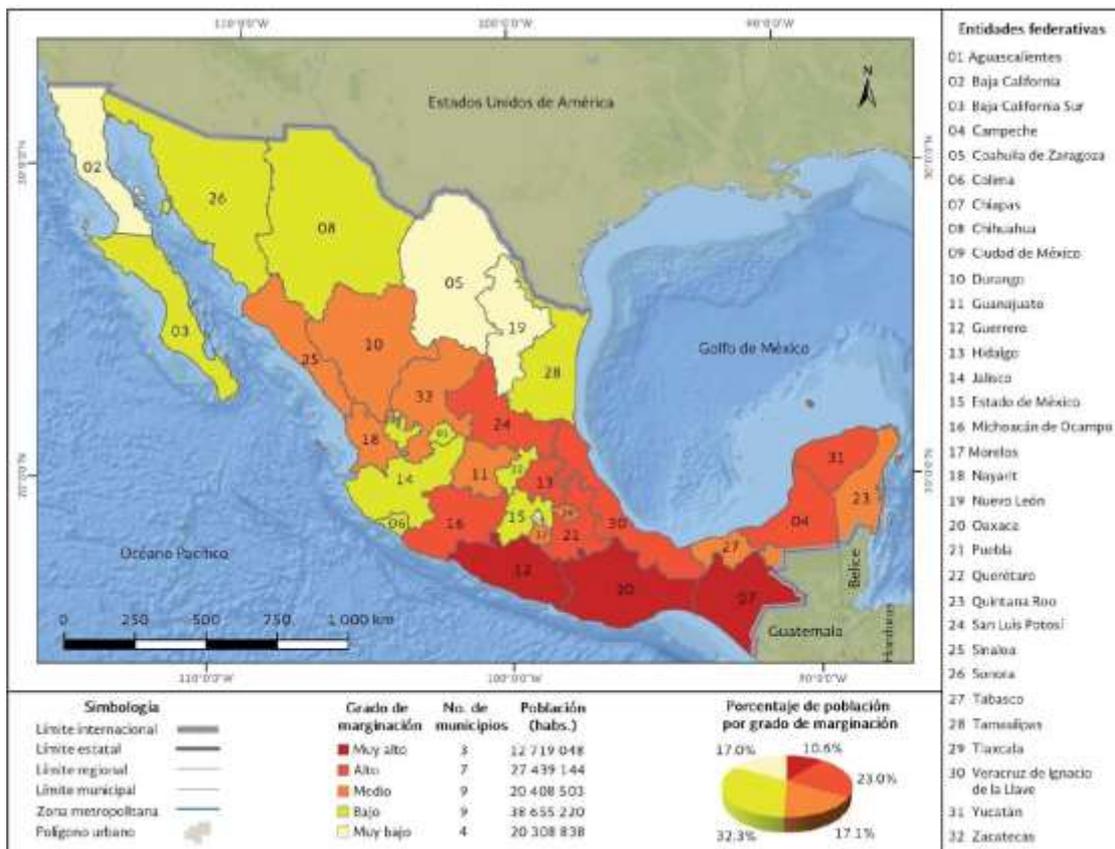
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de CONAPO (2016c: 60, 2016d: 218)

En el año 2015, los porcentajes de municipios con grado de marginación muy alto y medio disminuyen, mientras aumentan los porcentajes de municipios con grado de marginación alto, bajo y muy bajo. La clasificación según su índice de marginación de los 2.457 municipios considerados a nivel nacional dio como resultado (CONAPO, 2016b: 23):

- 283 municipios tienen grado de marginación muy alto, donde viven 4,20 millones de personas, el 3,51% de la población nacional.
- 817 municipios tienen grado de marginación alto, donde residen 12,18 millones de personas, el 10,19% de la población nacional.
- 514 municipios tienen grado de marginación medio, donde viven 12,24 millones de individuos que constituyen el 10,24% de la población total.

- 498 municipios tienen un grado de marginación bajo, donde viven 19.84 millones de personas, el 16,60% de la población nacional.
- 345 municipios tienen un grado muy bajo de marginación, y en ellos residen 71,05 millones de personas, el 59,44% de la población nacional.

México. Grado de marginación por entidad federativa 2015



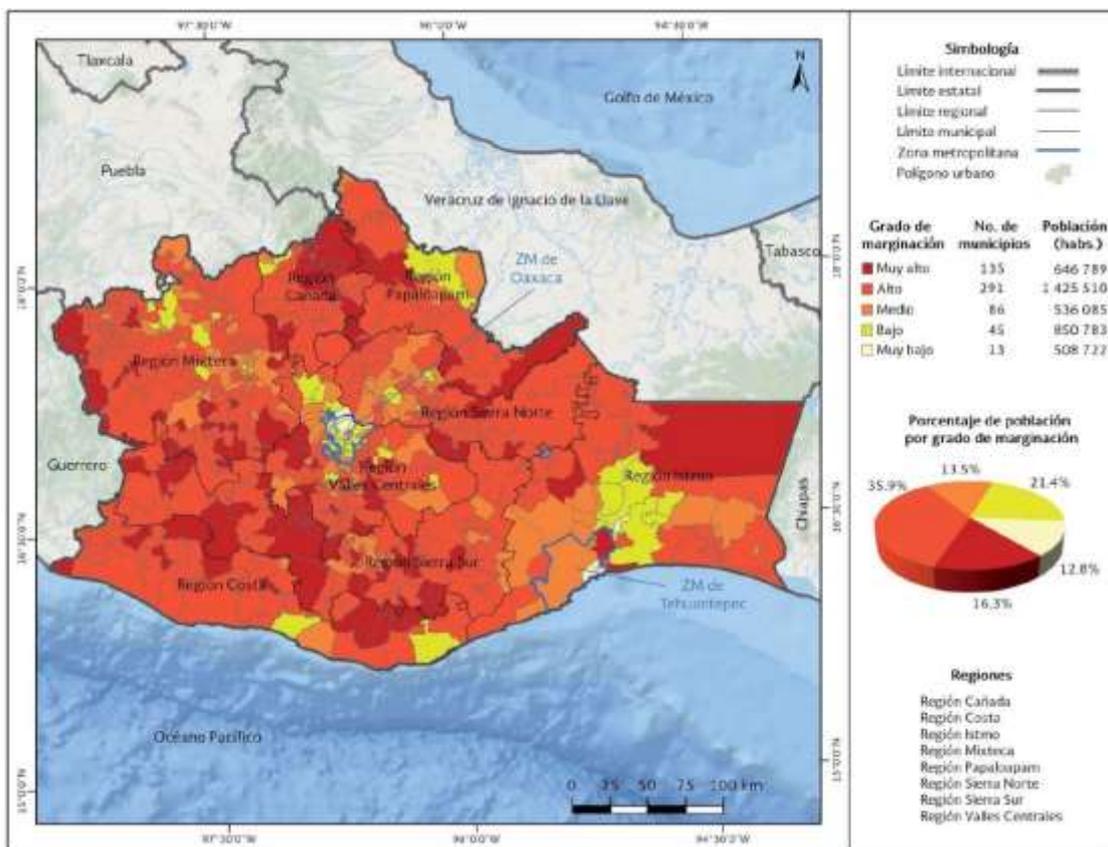
Fuente: CONAPO (2016c: 62)

En 2015, el grado de marginación de San Felipe Usila sigue siendo alto y, por tanto, formando parte de los municipios que presentan un alto grado de marginación —817 en total—, del mismo modo que el estado de Oaxaca sigue teniendo un grado de marginación muy alto y ocupando el tercer lugar en la escala de marginación a nivel nacional, por detrás de Guerrero y Chiapas. Los indicadores de marginación social de San Felipe son superiores a todos los indicadores nacionales salvo en ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado —0,49% en Usila y 2,14% a nivel nacional— y en población ocupada con ingresos hasta 2 salarios mínimos —33,88% y 37,41%— (CONAPO, 2016c: 60, 2016d: 218).

Respecto a los indicadores de marginación que presenta el estado de Oaxaca, los indicadores de marginación de San Felipe Usila son superiores en cuatro indicadores: población de 15 o más años analfabeta —21,63% en San Felipe Usila y 13,65% en Oaxaca—, población de 15 o más años sin primaria completa —36,20% y 29,22%—, ocupantes en

viviendas con piso de tierra —14,23% y 13,44%— y población en localidades con menos de 5.000 habitantes —100% y 61,51%—. En contraste, los indicadores de marginación de San Felipe Usila son inferiores en cinco respecto a los indicadores de Oaxaca: ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado —0,48% en San Felipe Usila y 2,44% en Oaxaca—, ocupantes en viviendas sin energía eléctrica —2,23% y 2,87%—, ocupantes en viviendas sin agua entubada —9,85% y 38,33%—, viviendas con algún nivel de hacinamiento —35,51% y 38,33%— y población ocupada con ingreso hasta 2 salarios mínimos —33,88% y 49,96%— (CONAPO, 2016c: 60, 2016d: 218).

Oaxaca. Grado de marginación por municipios 2015



Fuente: CONAPO (2016d: 197)

El índice de marginación de 2015 disminuye respecto al índice de marginación de 2010, pasando de un 0,546 en 2010 a un 0,307 en 2015. Comparando los indicadores de marginación entre 2010 y 2015, los indicadores de 2015 sólo son superiores a los indicadores de 2010 en ocupantes en vivienda con piso de tierra —14,29% en 2015 y 13,18% en 2010— y en ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado —0,49% y 0,42%—. El resto de indicadores de marginación de 2015 son inferiores a los de 2010: población de 15 o más años analfabeta —21,63% en 2015 y 24,25% en 2010—, población de 15 o más años sin primaria completa —36,20% y 40,50%—, ocupantes en viviendas sin energía eléctrica —2,23% y 3,99%—, ocupantes en viviendas sin agua entubada —9,85% y

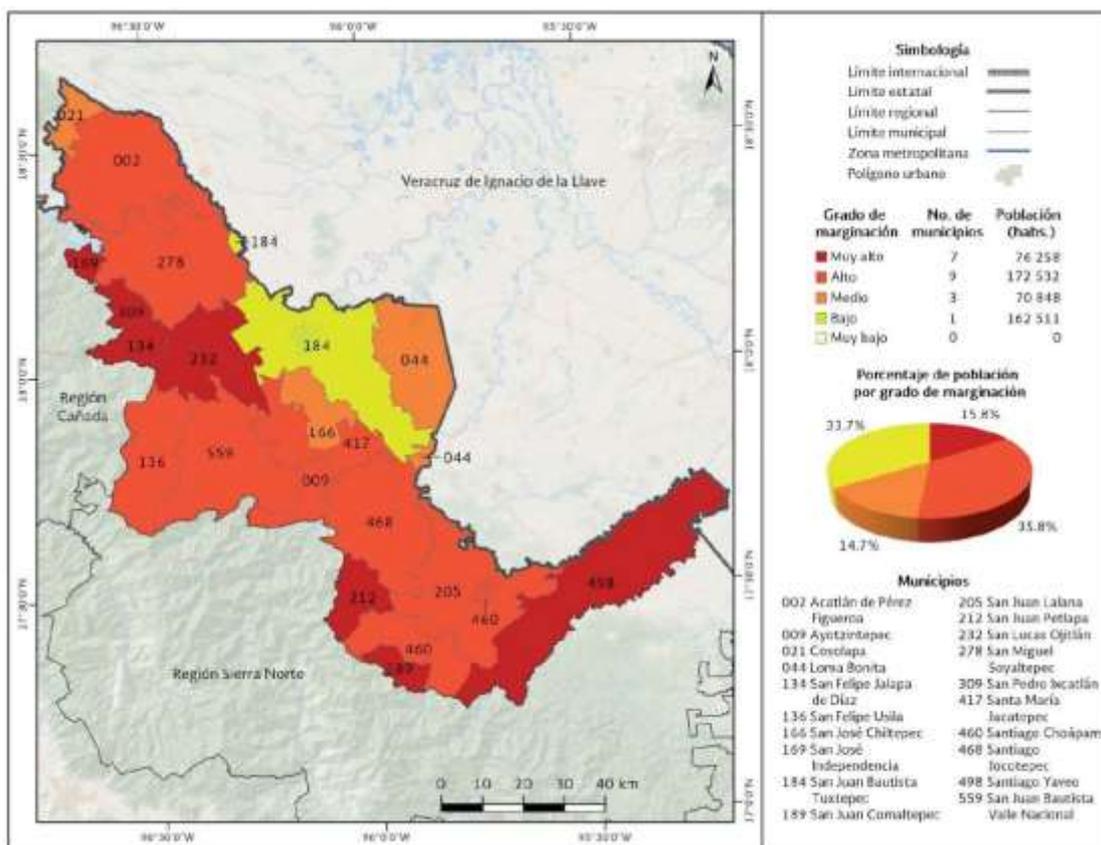
12,79%—, viviendas con algún nivel de hacinamiento —35,51% y 42,56%— y población ocupada con ingresos hasta 2 salarios mínimos —33,88% y 86,55%— (CONAPO, 2016c: 60, 2016d: 218).

Marginación 2010-2015. San Felipe Usila

Indicadores (%)	2010	2015
Población Total	11.575	11.604
Población de 15+ años analfabeta	24,25	21,63
Población de 15+ años sin primaria completa	40,50	36,20
Ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado	0,42	0,49
Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	3,99	2,23
Ocupantes en viviendas sin agua entubada	12,79	9,85
Viviendas con algún nivel de hacinamiento	42,56	35,51
Ocupantes en viviendas con piso de tierra	13,18	14,29
Población en localidades con menos de 5.000 habitantes	100,00	100,0
Población ocupada con ingreso hasta 2 salarios mínimos	86,55	33,88
Índice de marginación	0,54617	0,307
Grado de marginación	Alto	Alto
Lugar que ocupa en contexto nacional	722	889

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de CONAPO (2012a: 57, 2012b: 216)

Oaxaca, región Papaloapan. Grado de Marginación por Municipios 2015



Fuente: CONAPO (2016d: 206). San Felipe Usila es el municipio 136.

10. Los programas sociales

Dado que el municipio de San Felipe Usila presenta una elevada tasa de pobreza, rezago y marginación social, con el fin de mejorar las condiciones de vida de las familias usileñas, los gobiernos federal y estatal conceden diversas ayudas sociales principalmente a través de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA) y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del estado de Oaxaca (DIF OAXACA).

Los principales programas sociales implementados en el municipio de San Felipe Usila son¹⁹:

¹⁹ Estos programas sociales estuvieron vigentes hasta 2019, año en el que el cambio acontecido en el gobierno federal supuso variaciones en las denominaciones y la normativa de los programas de apoyo social a la pobreza.

Organismo Gubernamental	Programa Social
SEDESOL	PROSPERA Programa de Inclusión Social Programa de Apoyo Alimentario (PAL) Programa de Abasto Social de Leche (PASL) Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP) Programa de Pensión para Adultos Mayores (PAM)
SAGARPA	PROAGRO Productivo
DIF-Oaxaca	Programa Bienestar de Apoyo a Personas con Discapacidad

10.1 PROSPERA Programa de Inclusión Social

Según establece la normativa, PROSPERA es un programa social que tiene como finalidad incrementar las capacidades de alimentación, salud y educación de las familias que viven en condición de pobreza, más específicamente, las familias cuyo ingreso mensual per cápita es inferior a la línea de bienestar mínimo²⁰ y tienen integrantes menores a 22 años y/o mujeres en edad reproductiva (SEDESOL, 2014e).

El programa social PROSPERA presenta tres componentes: alimentación, educación y salud. El **componente alimentación** está constituido por apoyos monetarios directos a las familias beneficiarias para mejorar la cantidad y la calidad de su alimentación. Dicho componente está integrado por tres tipos de apoyo (SEDESOL, 2014e):

- **Apoyo Alimentario:** apoyo mensual concedido a las familias beneficiarias.
- **Apoyo Alimentario Complementario:** apoyo mensual que tiene como fin compensar el alza internacional de los precios.
- **Apoyo Infantil:** apoyo mensual destinado a los niños de edades comprendidas entre los 0 y los 9 años para fortalecer su desarrollo.

El **componente educación** está compuesto por apoyos monetarios orientados a impulsar la inscripción, la permanencia y la asistencia regular a la educación primaria, secundaria y media superior de los hijos de las familias beneficiarias por medio de becas educativas y sustentos para la adquisición de útiles escolares. Los apoyos que integran este componente son (SEDESOL, 2014e):

²⁰ Línea de bienestar mínimo era la nomenclatura utilizada para denominar a la actual línea de pobreza extrema por ingresos.

- **Becas Educativas:** apoyos monetarios que se entregan bimestralmente durante los diez meses del ciclo escolar a los niños y jóvenes menores de 18 años inscritos en grados escolares comprendidos entre tercero de primaria y tercero de secundaria, y a los jóvenes entre 14 y 21 años que cursan la educación media superior. Su cuantía se incrementa a medida que el grado escolar es más alto.
- **Apoyo para Útiles Escolares:** apoyo monetario que se concede dos veces al año a los becarios de primaria y secundaria, y una vez al año a los becarios de educación media superior, para la adquisición de los útiles escolares.
- **Apoyo Jóvenes con PROSPERA:** apoyo monetario que se otorga a los beneficiarios que hayan concluido la educación media superior antes de cumplir los 22 años.

El **componente salud** está integrado por acciones que promueven el acceso a los servicios de salud, la educación nutricional, la prevención de enfermedades y el apego a los tratamientos de enfermedades crónicas. Los tipos de acciones promovidas son (SEDESOL, 2014e):

- **Atención a la Salud:** paquete básico de salud que se ofrece gratuitamente a las familias beneficiarias en el primer nivel de atención. Este paquete básico consiste en una serie de acciones orientadas a la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, la detección de enfermedades de mayor impacto en salud pública y el control y el tratamiento de los principales padecimientos.
- **Prevención y Atención a la Mala Nutrición:** las unidades de salud están encargadas de hacer el seguimiento del crecimiento y el desarrollo de los niños, especialmente en los menores de 5 años, y del estado nutricional y la evolución de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.
- **Capacitación para el Autocuidado de la Salud:** acciones realizadas por las unidades de salud a nivel individual y colectivo para fomentar el autocuidado de la salud. La información y la orientación de los individuos se lleva a cabo en las consultas, mientras que los equipos de salud organizan periódicamente reuniones de las titulares de las familias beneficiarias donde se amplía y refuerza los conocimientos y las prácticas para el autocuidado de la salud en función de la edad, el sexo y el evento de vida.
- **Apoyo para Adultos Mayores:** apoyo monetario mensual a los integrantes de las familias beneficiarias cuya edad sea igual o superior a 70 años siempre que no pertenezcan al Programa Pensión para Adultos Mayores (PAM).

Los apoyos se entregan bimestralmente y las cuantías de los apoyos concedidos en el programa PROSPERA desde el mes de julio de 2014 y durante el año 2015 fueron (SEDESOL, 2014e):

Monto del apoyo a Jóvenes con PROSPERA: \$4.890

Monto Mensual de Apoyos	
Apoyo Alimentario	\$335,00
Apoyo Alimentario Complementario	\$140,00
Apoyo Infantil	\$120,00
Apoyo Adultos Mayores	\$370,00

Fuente: SEDESOL (2014e)

Monto Mensual de Apoyos Educativos		
Primaria	Hombres y Mujeres	
Tercero	\$175,00	
Cuarto	\$205,00	
Quinto	\$265,00	
Sexto	\$350,00	
Secundaria	Hombres	Mujeres
Primero	\$515,00	\$540,00
Segundo	\$540,00	\$600,00
Tercero	\$570,00	\$660,00
Educación Media Superior	Hombres	Mujeres
Primero	\$865,00	\$990,00
Segundo	\$925,00	\$1.055,00
Tercero	\$980,00	\$1.120,00

Fuente: SEDESOL (2014e)

Monto de Apoyo de Útiles Escolares		
Nivel Educativo	Adquisición de Útiles	Reposición de Útiles
Primaria	\$235,00	\$115,00
Secundaria	\$440,00	–
Educación Media Superior	\$440,00	–

Fuente: SEDESOL (2014e)

La cuantía máxima de los apoyos monetarios que puede recibir mensualmente una familia beneficiaria por concepto de apoyos educativos y alimentarios se detalla en la siguiente tabla (SEDESOL, 2014e):

Monto Máximo Mensual por Familia		
Apoyo	Con Becarios	Con Becarios
	Primaria y Secundaria	Educación Media Superior
Alimentario	\$335,00	\$335,00
Alimentario Complementario	\$140,00	\$140,00
Subtotal	\$475,00	\$475,00
Monto Máximo Becas	\$1.350,00	\$2.470,00
Monto Máximo Apoyos	\$1.825,00	\$2.945,00

Fuente: SEDESOL (2014e)

La familia puede recibir un máximo de 3 apoyos por concepto del Apoyo Infantil y su cuantía está sujeta al monto máximo mensual de becas. Cuando se rebasa el monto máximo mensual, se ajusta proporcionalmente los montos de las becas y del Apoyo Infantil sin considerar la cuantía de los apoyos para la adquisición de útiles escolares. En estos casos, el ajuste se realiza primero sobre el monto del Apoyo Infantil. Y el monto máximo de apoyos monetarios que puede recibir mensualmente una familia beneficiaria con integrantes cuya edad sea igual o mayor a 70 años se incrementa en \$370,00 por cada adulto mayor (SEDESOL, 2014e).

Según el Padrón de Beneficiarios de los Programas Sociales, el número de familias beneficiarias del programa PROSPERA en San Felipe Usila en el bimestre marzo-abril 2015

fueron 2.364, cifra que representaba el 93,57% de los hogares existentes en el municipio. El número de familias beneficiarias en la cabecera municipal fueron 947 (SEDESOL, 2015).



Mural en el que se ilustran los beneficios y las familias beneficiarias de los programas sociales PROSPERA y PAL implementados por la SEDESOL en San Felipe Usila, cabecera municipal (febrero 2015).

10.2 Programa de Apoyo Alimentario (PAL)

El PAL es un programa social que tiene como finalidad mejorar el acceso a la alimentación de las familias cuyo ingreso mensual per cápita se sitúa por debajo de la línea de bienestar mínimo —línea de pobreza extrema por ingresos— y no son beneficiarias del programa PROSPERA, dándose preferencia a las familias que cuentan con integrantes cuya edad es menor a 5 años y con mujeres embarazadas o en periodo de lactancia (SEDESOL, 2014c).

El programa otorga una serie de apoyos monetarios que son los siguientes (SEDESOL, 2014c):

- **Apoyo Alimentario:** apoyo monetario mensual para contribuir a mejorar la cantidad y la calidad de la alimentación familiar.
- **Apoyo Alimentario Complementario:** apoyo monetario mensual que tiene como objetivo compensar el efecto del alza internacional de los precios de los alimentos.

- **Apoyo Infantil:** apoyo monetario mensual concedido a las familias beneficiarias que cuentan con niños y niñas cuya edad está comprendida entre 0 y 9 años con el fin de fortalecer su desarrollo. Cada familia puede recibir un máximo de 3 apoyos.
- **Apoyo Especial para el Tránsito al PROSPERA Programa de Inclusión Social:** apoyo monetario concedido a las familias que van a ser integradas en el programa PROSPERA durante el periodo de transición —dos bimestres—.
- **Apoyo SEDESOL Sin Hambre:** apoyo monetario adicional a las familias que se encuentran en el esquema PAL-SIN HAMBRE.

Los apoyos se entregan bimestralmente y, desde el mes de julio de 2014 y durante el año 2015, las cuotas de los apoyos concedidos en el Programa de Apoyo Alimentario (PAL) fueron las siguientes (SEDESOL, 2014c):

Monto Mensual de Apoyos	
Apoyo Alimentario	\$330.00
Apoyo Alimentario Complementario	\$140.00
Apoyo Infantil	\$120.00 por cada niño/a

Fuente: SEDESOL (2014c)

Monto Mensual de Apoyos para el Esquema PAL-SIN HAMBRE	
Apoyo Alimentario Sin Hambre	\$330.00
Apoyo Alimentario Complementario Sin Hambre	\$140.00
Apoyo SEDESOL Sin Hambre	\$88.00
Apoyo Infantil	\$120.00 por cada niño/a

Fuente: SEDESOL (2014c)

Atendiendo al Padrón de Beneficiarios de los Programas Sociales, el número de familias beneficiarias del programa PAL en San Felipe Usila en el bimestre julio-agosto 2015 fueron 270, cifra que representa el 10,67% de los hogares existentes en el municipio. El número de familias beneficiarias en la cabecera municipal fueron 120 (SEDESOL, 2015).

10.3 Programa de Abasto Social de Leche (PASL)

Este programa social tiene como objetivo facilitar el acceso al consumo de leche fortificada a bajo precio a los integrantes de las familias cuyo ingreso mensual está por debajo de la línea de bienestar²¹ y que pertenecen a los siguientes grupos (SEDESOL, 2014b):

- Niñas y niños entre 6 meses y 12 años de edad
- Mujeres adolescentes de 13 a 15 años
- Mujeres en periodo de gestación o lactancia
- Mujeres de 45 a 59 años
- Personas con enfermedades crónicas
- Personas con discapacidad
- Personas adultas de 60 y más años

La dotación de leche autorizada es de 4 litros a la semana por persona beneficiaria, y cada familia tendrá derecho a adquirir un máximo de 24 litros a la semana, dependiendo del número de integrantes beneficiados (SEDESOL, 2014b).

Número de Beneficiarios	Dotación Semanal (litros)
1	4
2	8
3	12
4	16
5	20
6 o más	24

Fuente: SEDESOL (2014b)

En el Padrón de Beneficiarios de los Programas Sociales se ha registrado que el número de beneficiarios del programa PASL en San Felipe Usila en el mes de abril de 2015 fueron 259, todos habitantes de la cabecera municipal (SEDESOL, 2015).

²¹ La *línea de bienestar* es la antigua nomenclatura de la actual *línea de pobreza por ingresos*.

10.4 Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP)

El objetivo de este programa social es orientar a crear o mejorar la infraestructura social comunitaria y los servicios básicos, la calidad y los espacios de las viviendas en las localidades y municipios de muy alta y alta marginación, rezago social o alta concentración de pobreza. El programa apoya obras y/o acciones en los ámbitos siguientes (SEDESOL, 2014a):

I. Calidad y espacios en la vivienda:

Construcción, rehabilitación y/o instalación de:

1. Muros
2. Techos fijos
3. Pisos firmes
4. Cuarto adicional —disminución del hacinamiento—

II. Servicios básicos en la vivienda:

Construcción, rehabilitación y/o instalación de:

1. Agua entubada en el entorno de la vivienda o captador de agua
2. Acceso al servicio eléctrico convencional o no convencional
3. Acceso al drenaje
4. Baños ecológicos —húmedos o secos—
5. Estufas ecológicas con chimenea

III. Infraestructura social comunitaria:

Construcción, rehabilitación y/o equipamiento de:

1. Redes de distribución de agua
2. Sistemas de recolección y almacenamiento de agua para consumo humano
3. Redes de drenaje pluvial y sanitario
4. Plantas de tratamiento de aguas residuales y para consumo humano
5. Redes para la distribución de energía eléctrica convencional o no convencional
6. Centros comunitarios y otros espacios para el desarrollo, y su contenido digital
7. Espacios de salud
8. Espacios educativos

9. Espacios deportivos
10. Albergues
11. Sistemas de comunicación —conectividad digital, telefonía rural, entre otros—
12. Caminos rurales y puentes
13. Banco de alimentos
14. Infraestructura productiva comunitaria —invernaderos, silos, infraestructura pecuaria, entre otros—.

En el nivel de viviendas, según el Padrón de Beneficiarios de los Programas Sociales, el número de beneficiarios del programa PDZP en San Felipe Usila en el año 2014 fueron 203, cifra que representaba el 8,04% de los hogares existentes en el municipio. El número de beneficiarios en la cabecera municipal fueron 193. La inmensa mayoría recibieron un apoyo de 5.200 o 7.800 pesos (SEDESOL, 2015).

10.5 Programa de Pensión para Adultos Mayores (PAM)

El Programa de Pensión para Adultos Mayores (PAM) pretende asegurar un ingreso mínimo y brindar apoyos de protección social a las personas adultas mayores de 65 años de edad que, en el año 2015, no perciben un ingreso mensual superior a 1.092 pesos por concepto de jubilación o pensión de tipo contributivo (SEDESOL, 2014d).

Los beneficiarios reciben apoyos económicos mensuales de 580 pesos en entregas de 1.160 pesos cada dos meses, participan en jornadas y sesiones informativas sobre temas de salud, gozan de facilidades para acceder al sistema sanitario de la Secretaría de Salud y se promueve la adquisición de la credencial del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) que, entre otros beneficios, les permite obtener un 50% de descuento en la utilización de los medios de transporte colectivos (SEDESOL, 2014d).

El número de beneficiarios del programa PAM en San Felipe Usila en el bimestre mayo-junio de 2015 fueron 1.063, prácticamente la totalidad de la población mayor de 65 años. En la cabecera municipal los beneficiarios fueron 481 (SEDESOL, 2015).

10.6 Programa PROAGRO Productivo

Este programa social, impulsado por la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), tiene como objetivos complementar el ingreso económico de los agricultores, ya sean de autoconsumo o de abastecimiento, y mejorar la productividad de los cultivos para compensar las desventajas competitivas que

sufrieron los productores nacionales tras la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio de América del Norte en 1993 (SAGARPA, 2015a).

El programa PROAGRO Productivo otorga apoyos monetarios por hectárea o fracción de superficie sembrada con cualquiera de los siguientes cultivos en alguno de los dos ciclos agrícolas —Otoño-Invierno y Primavera-Verano—: algodón, arroz, cártamo, cebada, frijol, maíz, sorgo, soya y trigo. Los incentivos concedidos por el programa PROAGRO Productivo están destinados a mejorar la productividad agrícola en aspectos técnicos, productivos, organizacionales y de inversión en función del estrato del productor y las condiciones regionales: capacitación y asistencia técnica, mecanización, uso de semillas mejoradas o criollas seleccionadas, nutrición vegetal, reconversión productiva, seguro agrícola, cobertura de precios (SAGARPA, 2015a).

Los productores se dividen en tres estratos según el tamaño de las unidades de producción agrícola: autoconsumo, transición y comercial (SAGARPA, 2015a).

Estrato	Tamaño Unidad Producción por Régimen Hídrico	
	Temporal	Riego
Autoconsumo	Hasta 5 ha	Hasta 0,2 ha
Transición	Mayor de 5 y hasta 20 ha	Mayor de 0,2 y hasta 5 ha
Comercial	Mayor de 20 ha	Mayor de 5 ha

Fuente: SAGARPA (2015a)

Estrato		Cuota por hectárea
Autoconsumo	Productores con unidades de producción de hasta 3 ha de temporal ubicados en municipios de la CNCH ²²	\$1.500
	Resto de productores	\$1.300
Transición		\$1.000
Comercial		\$963

Fuente: SAGARPA (2015a)

²²San Felipe Usila es uno de los municipios incluidos en la Cruzada Nacional Contra el Hambre (CNCH). La CNCH es una campaña promovida por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) en coordinación con otros organismos federales, estatales, privados e internacionales para mejorar las condiciones de vida de la población en pobreza extrema que presenta carencia alimentaria.

En el ciclo otoño-invierno 2014-15 hubo 1.310 beneficiarios en el municipio, de los cuales 511 correspondieron a la cabecera municipal, todos ellos por cultivar maíz. La mayoría de los productores de la cabecera, en total 404, percibieron el apoyo por el cultivo de 1 hectárea. Aproximadamente el 60% de los productores cobraron 1.300 pesos por hectárea y el otro 40% cobraron 1.500 pesos por hectárea (SAGARPA, 2015b).

En el ciclo primavera-verano 2015 hubo 1.703 beneficiarios en el municipio, de los cuales 739 correspondieron a la cabecera municipal, igualmente todos ellos por cultivar maíz. La mayoría de los productores de la cabecera percibieron el apoyo por el cultivo de entre 1 y 2 hectáreas, y todos los productores cobraron 1.500 pesos por hectárea (SAGARPA, 2015c).

10.7 Programa Bienestar de Apoyo a Personas con Discapacidad

Este programa social fue gestionado por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del estado de Oaxaca (DIF OAXACA) entre los años 2012 y 2018, y concedía un apoyo monetario bimestral de 1.000 pesos a las personas menores de 70 años con discapacidad motriz o intelectual severa y permanente, discapacidad auditiva total permanente en ambos oídos, o discapacidad visual total permanente en ambos ojos, que pertenecían a familias con ingresos iguales o menores a 3 salarios mínimos²³ (DIF OAXACA, 2015).

El Censo de Población y Vivienda 2010 registró que en el municipio de San Felipe Usila había 136 personas discapacitadas, 73 hombres y 63 mujeres (INEGI, 2011). En el año 2014, el número de beneficiarios del Programa Bienestar de Apoyo a Personas con Discapacidad fueron 131, 75 hombres y 56 mujeres (DIF OAXACA, 2014).

²³El salario mínimo establecido por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos (CONASAMI) desde el primero de abril de 2015 para el área geográfica B a la que pertenece el estado de Oaxaca fue de 68,28 pesos diarios (CONASAMI, 2015).

Capítulo 4

Nivel socioeconómico de las familias. El trabajo productivo: trabajo agrícola y trabajo remunerado

1. El nivel socioeconómico de las familias

El nivel socioeconómico de las 19 familias participantes en la investigación se ha definido a partir de los indicadores de pobreza determinados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) a fin de guardar la coherencia con los datos de pobreza expuestos a nivel municipal y estatal. Como se ha expuesto anteriormente, una persona se encuentra en situación de pobreza multidimensional cuando (CONEVAL, 2019, 32-38):

- Sus ingresos son inferiores a la línea de pobreza por ingresos, es decir, cuando no puede adquirir los alimentos, los bienes y los servicios básicos enumerados en la canasta alimentaria y la canasta no alimentaria.
- Presenta al menos una carencia social en los ámbitos de educación, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacio de la vivienda, servicios básicos de la vivienda y acceso a la alimentación nutritiva y de calidad.

Dentro del marco de la pobreza multidimensional, se distinguen dos tipos de pobreza: la pobreza multidimensional extrema y la pobreza multidimensional moderada (CONEVAL, 2019, 38):

- Una persona se halla en situación de pobreza multidimensional extrema cuando sus ingresos son inferiores a la línea de pobreza extrema por ingresos, esto es, cuando no puede acceder a una alimentación de calidad que asegure su correcta nutrición, y presenta 3 o más carencias sociales.

- Una persona se encuentra en situación de pobreza multidimensional moderada cuando vive en la pobreza multidimensional, pero no en la pobreza multidimensional extrema.

Las líneas de pobreza y pobreza extrema por ingresos se establecen sobre los valores de la Canasta Alimentaria —alimentos básicos— y la Canasta No Alimentaria —bienes y servicios básicos no alimentarios—. En el medio rural, en julio de 2010, el valor de la Canasta Alimentaria por persona y mes era de 680,23 pesos y el valor de la Canasta No Alimentaria era de 1.324,27 pesos. En julio de 2015, la Canasta Alimentaria tenía un costo mensual por persona de 906,17 pesos y el costo de la Canasta No Alimentaria era de 1.665,91 pesos (CONEVAL, 2023).

	Canasta Alimentaria (\$)		Canasta No Alimentaria (\$)	
	Julio 2010	Julio 2015	Julio 2010	Julio 2015
Medio Rural	680,23	906,17	1.324,27	1.665,91

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de CONEVAL (2023)

Un indicador de pobreza en el ámbito del bienestar económico de las familias que participan en la investigación es que, a excepción de las familias de don Álvaro, don Gregorio, Carlos y Sofía²⁴, todas las demás eran beneficiarias del programa social PROSPERA. Recordemos que el programa social PROSPERA tenía como finalidad aumentar las capacidades de educación, salud y alimentación de las familias cuyos ingresos fueran inferiores a la línea de pobreza extrema por ingresos y tuvieran miembros menores de 22 años y/o mujeres en edad reproductiva (SEDESOL, 2014e).

Hay 7 familias que reciben el apoyo económico para las personas mayores de 65 años del programa Pensión para Adultos Mayores (PAM), familias extensas y nucleares en las que el jefe de familia o la persona enferma vive con uno o dos de sus progenitores ancianos —familias extensas de don Álvaro, don Tomás, Teresa y Marcos, familias nucleares de Esther, Miguel y Lucía—. Del total de familias con persona enferma, salvo la familia de Sofía, por su nivel socioeconómico, y la familia de Marcos, por haber sanado, las demás fueron beneficiarias del programa Bienestar de Apoyo a Personas con Discapacidad implementado por el DIF estatal de Oaxaca.

²⁴ Para facilitar la lectura, las familias con personas enfermas serán identificadas con el nombre del enfermo, mientras que las familias sin persona enferma serán identificadas con el nombre del jefe de familia. Aunque la mayoría de los enfermos deberían ser también nombrados anteponiendo la palabra don o doña, no lo hago por la cercanía y la empatía que he sentido y siento hacia ellos. Todos los nombres de hombres y mujeres que aparecen a lo largo de la tesis son nombres ficticios a fin de tratar de garantizar su anonimato.

Programas sociales. Familias sin persona enferma

Religión	Familia	Tipo Familia	PROSPERA	PAM	Personas con Discapacidad	PROAGRO
Católicas	Álvaro	Extensa		✓		✓
	Anselmo	Nuclear	✓			✓
	Rodrigo	Nuclear	✓			✓
	Gregorio	Nuclear				✓
Protestantes	Leandro	Nuclear	✓			
	Ricardo	Nuclear	✓			✓
	Tomás	Nuclear	✓	✓		
	Felipe	Nuclear	✓			

Programas sociales. Familias con persona enferma

Religión	Familia	Tipo Familia	PROSPERA	PAM	Personas con Discapacidad	PROAGRO
Católicas	Esperanza	Nuclear	✓		✓	
	Lorena	Nuclear	✓		✓	✓
	Natalia	Nuclear	✓		✓	✓
	Esther	Nuclear	✓	✓	✓	
	Miguel	Nuclear	✓	✓	✓	✓
	Teresa	Extensa	✓	✓	✓	✓
	Lucía	Nuclear	✓	✓	✓	✓
Protestantes	Marcos	Extensa	✓	✓		✓
	Carlos	Extensa			✓	
	Sofía	Nuclear				
	Adela	Nuclear	✓		✓	

Niveles de ingresos monetarios. Familias sin persona enferma

Religión	Familia	Ingresos > Línea Pobreza	Ingresos < Línea Pobreza	Ingresos < Línea Pobreza Extrema
Católicas	Álvaro	✓		
	Anselmo			✓
	Rodrigo			✓
	Gregorio		✓	
Protestantes	Leandro		✓	
	Ricardo			✓
	Tomás			✓
	Felipe			✓

Niveles de ingresos monetarios. Familias con persona enferma

Religión	Familia	Ingresos > Línea Pobreza	Ingresos < Línea Pobreza	Ingresos < Línea Pobreza Extrema
Católicas	Esperanza		✓	
	Lorena			✓
	Natalia			✓
	Esther			✓
	Miguel			✓
	Teresa			✓
	Lucía			✓
Protestantes	Marcos			✓
	Carlos		✓	
	Sofía	✓		
	Adela			✓

Teniendo en cuenta las profesiones y los negocios que se detallan más adelante, solamente hay 6 familias que tengan ingresos superiores a la línea de pobreza extrema. Hay 2 familias cuyos ingresos sean superiores a la línea de pobreza: 1 familia católica sin persona enferma —don Álvaro— y 1 familia evangélica con persona enferma —Sofía—. Las

otras 4 familias tienen ingresos inferiores a la línea de pobreza²⁵: 1 familia católica sin persona enferma —don Gregorio—, 1 familia evangélica sin persona enferma —don Leandro—, 1 familia católica con persona enferma —Esperanza— y 1 familia evangélica con persona enferma —Carlos—.

En el ámbito de los derechos sociales, el hecho de recibir el apoyo de los programas sociales PROSPERA o PAM, dado que sus ingresos son menores que el valor de la Canasta Básica Alimentaria, supone que dichas familias presenten carencia en el acceso a una alimentación nutritiva y de calidad.

Todas las familias presentan carencia en el acceso a la seguridad social, aunque todas cuentan con la cobertura sanitaria de los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO) a través del Seguro Popular. La única familia que tiene acceso a la seguridad social, en su caso, la seguridad social a la que tienen derecho los trabajadores del Estado (ISSSTE), es la familia de Sofía dado que su esposo era director de una escuela de primaria. Por ello, al contar con la cobertura del Seguro Popular o del ISSSTE, ninguna familia padece carencia en el acceso a los servicios de salud.

Miembros según años de nacimiento. Familias sin persona enferma

Religión	Familia	Nacidos antes 1982		Nacidos 1982-1997		Nacidos a partir 1998	
		H	M	H	M	H	M
Católicas	Álvaro	2	2	5	2	5	1
	Anselmo	1	1	1	4	3	
	Rodrigo	2	1				
	Gregorio	1	1			1	1
Protestantes	Leandro	1	1	2		1	
	Ricardo	1	1		2	2	
	Tomás	1	1		1	1	
	Felipe	1	1	2	1		3

²⁵ Aunque las familias de don Leandro y Esperanza contasen con el apoyo de PROSPERA, sus ingresos eran superiores a la línea de pobreza extrema.

Miembros según años de nacimiento. Familias con persona enferma

Religión	Familia	Nacidos antes 1982		Nacidos 1982-1997		Nacidos a partir 1998	
		H	M	H	M	H	M
Católicas	Esperanza	1	1	3	1	1	
	Lorena	2	2				
	Natalia	1	1		1	3	1
	Esther	1	1				
	Miguel	2	2				
	Teresa	1	4	1			
	Lucía	1	3		1		
Protestantes	Marcos	2	1	2	1	2	1
	Carlos	1	2	1		2	
	Sofía	1	1			1	
	Adela	1	1			0	3

El rezago educativo aparece en varias familias, aunque generalmente no en todos sus miembros. En las familias sin persona enferma, hay 2 familias católicas con rezago educativo. En la familia de don Álvaro, familia extensa en la que su familia vivía con sus padres y la familia de su hijo primogénito —esposa y tres hijos varones—, presentan rezago educativo el padre, la madre y la esposa de don Álvaro al haber nacido antes de 1982 y no haber completado la primaria. También presentan rezago educativo la esposa del hijo primogénito, al nacer en 1993 y no haber acabado la secundaria, y tres hijos del jefe de familia: un hijo varón nacido en 1995 por no haber terminado la secundaria y dos hijos varones por haber nacido después de 1997 y no haber acabado el bachillerato. En la familia de don Rodrigo, el rezago educativo está presente tanto en él como en su esposa por haber nacido antes de 1982 y no haber terminado la primaria.

Entre las familias sin persona enferma, también hay 2 familias evangélicas y 1 familia testigo de Jehová que cuentan con rezago educativo en alguno de sus miembros. En la familia evangélica de don Tomás, su madre no cursó la primaria habiendo nacido antes de 1982 y su esposa también presenta rezago educativo al no haber acabado la secundaria —ni la primaria— habiendo nacido en 1983. En la familia evangélica de don Ricardo, hay un hijo varón que, habiendo nacido en 1998, no cursó el bachillerato, al igual que una de las hijas de la familia testigo de Jehová de don Felipe, nacida después de 1998.

Rezago educativo. Familias sin persona enferma

Religión	Familia	Nacidos antes 1982: Primaria		Nacidos 1982-1997: Secundaria		Nacidos a partir 1998: Bachillerato	
		H	M	H	M	H	M
Católicas	Álvaro	1	2	1	1	2	
	Anselmo						
	Rodrigo	1	1				
	Gregorio						
Protestantes	Leandro						
	Ricardo					1	
	Tomás		1				
	Felipe						1

Todas las familias católicas que cuentan con una persona mentalmente enferma tienen integrantes que presentan rezago educativo, en dos de ellas en todos sus miembros —familias de Teresa y Lucía—. En la familia de Esperanza, tanto ella como su esposo no terminaron la primaria habiendo nacido antes de 1982, y uno de sus hijos varones, que nació en 1996, no terminó la secundaria, ni tampoco la primaria. Ni Lorena ni sus padres, nacidos antes de 1982, estudiaron la primaria, la misma situación que en el caso de Miguel y sus padres o de Esther y su padre. En la familia de Natalia, ella y su esposo no terminaron la primaria habiendo nacido antes de 1982, y tres hijos varones y una hija, nacidos después de 1998, terminaron ellos la secundaria y ella la primaria, no cursando ninguno el bachillerato. En la familia de Teresa, el rezago educativo está presente en todos sus miembros: Teresa, su madre, sus tres hermanas y su cuñado al no terminar la primaria habiendo nacido antes de 1982, y también en el hijo de Teresa por no acabar la secundaria habiendo nacido en 1991. Igualmente, todos los integrantes de la familia de Lucía presentan rezago educativo, pues su padre, su madre y sus dos hermanas, nacidos antes de 1982, no terminaron la primaria, y Lucía, nacida en 1983, acabó la primaria, pero no la secundaria.

Entre las 4 familias evangélicas que tienen una persona enferma, dos de ellas presentan rezago educativo: las familias de Marcos y Adela. En la familia de Marcos, el rezago educativo afecta a su padre y su esposa al haber nacido antes de 1982 y no haber terminado la primaria, a una de sus hijas nacida en 1995 y no haber cursado la secundaria, y a una hija y dos hijos varones por no haber terminado el bachillerato habiendo nacido en 1998 o después. En la familia de Adela, ella misma no terminó la primaria habiendo nacido antes de 1982, y una de sus hijas nació en 2001 y no cursó el bachillerato.

Rezago educativo. Familias con persona enferma

Religión	Familia	Nacidos antes 1982: Primaria		Nacidos 1982-1997: Secundaria		Nacidos a partir 1998: Bachillerato	
		H	M	H	M	H	M
Católicas	Esperanza	1	1	1			
	Lorena	1	2				
	Natalia	1	1			3	1
	Esther	1	1				
	Miguel	2	1				
	Teresa	1	4	1			
	Lucía	1	3		1		
Protestantes	Marcos	1	1		1	2	1
	Carlos						
	Sofía						
	Adela		1				1

En el ámbito de la vivienda, algunas familias presentan carencias relacionadas con la calidad y los espacios de la vivienda, aunque, salvo en un caso, ninguna vivienda tiene suelo o piso de tierra. En el año 2010, impulsado por el gobierno municipal a través del programa federal “Piso Firme”, todas las familias cuyas viviendas o partes de las viviendas presentaban piso de tierra fueron beneficiadas con la pavimentación de los suelos de sus casas, de ahí que las viviendas de las familias con y sin persona enferma que participan en la investigación tengan un suelo de cemento. La única excepción es la familia de Esther y su padre, pues su nueva casa fue construida en 2015 y, salvo unos de los dos dormitorios, el suelo es de tierra apisonada.

La cementación de los suelos no incluyó las áreas de cocina exteriores a las viviendas, aun estando adosadas a las casas, y la inmensa mayoría de estas cocinas exteriores tienen suelo de tierra. Del total de las familias participantes en la investigación, 7 familias cuentan con la cocina en el interior de sus viviendas, todas con suelo de cemento —2 familias católicas y 1 familia evangélica sin persona enferma, 2 familias católicas y 2 familias evangélicas con persona enferma—, y 12 familias tienen sus áreas de cocina en el terreno, bien adosadas a las casas —2 familias católicas, 1 familia evangélica y 1 familia testigo de Jehová sin persona enferma, 2 familias católicas y 1 familia evangélica con persona enferma—, bien separadas de las viviendas —1 familia evangélica sin persona enferma, 3 familias católicas y 1 familia evangélica con persona enferma—.

Áreas de cocina, baño y lavadero, letrinas o excusados. Familias sin persona enferma

Religión	Familia	Cocina-Piso-ubicación ²⁶	Área baño	Área lavadero	Letrina/excusado
Católicas	Álvaro	Terreno-C-ad	Terreno	Terreno	Terreno
	Anselmo	Vivienda-C	Terreno	Terreno	Terreno
	Rodrigo	Terreno-T-ad	Terreno	Terreno	Terreno
	Gregorio	Vivienda-C	Terreno	Terreno	Terreno
Protestantes	Leandro	Vivienda-C	Terreno	Terreno	Terreno
	Ricardo	Terreno-T-ad	Terreno	Terreno	Terreno
	Tomás	Terreno-T-pat	Terreno	Terreno	Terreno
	Felipe	Terreno-T-ad	Terreno	Terreno	Terreno

Áreas de cocina, baño y lavadero, letrinas o excusados. Familias con persona enferma

Religión	Familia	Cocina-Piso-ubicación ²⁵	Área baño	Área lavadero	Letrina/excusado
Católicas	Esperanza	Terreno-T-ad	Terreno	Terreno	Terreno
	Lorena	Vivienda-C	Terreno	Terreno	Terreno
	Natalia	Terreno-T-pat	Terreno	Terreno	Terreno
	Esther	Terreno-T-ad	Terreno	Terreno	Terreno
	Miguel	Terreno-T-pat	Terreno	Terreno	Terreno
	Teresa	Terreno-T-pat	Terreno	Terreno	Terreno
	Lucía	Vivienda-C	Terreno	Terreno	Terreno
Protestantes	Marcos	Terreno-C-ad	Terreno	Terreno	Terreno
	Carlos	Terreno-T-pat	Terreno	Terreno	Terreno
	Sofía	Vivienda-C	Vivienda	Terreno	Vivienda
	Adela	Vivienda-C	Terreno	Terreno	Terreno

²⁶ El piso es de tierra (T) o de cemento (C). En el exterior, la cocina está adosada a la vivienda (ad) o separada de ella, en el patio (pat).

Las áreas de los lavaderos, las áreas de baño y las letrinas se hallan en el exterior de las viviendas, en el patio. La excepción es la familia de Sofía, cuya casa tiene un cuarto de baño interior con una ducha y un excusado, pero el área del lavadero es exterior.

Casi todas las viviendas de las familias tienen un techo construido con láminas de aluminio, salvo 1 familia católica sin persona enferma y 2 familias evangélicas con persona enferma que tienen un techo de losa de cemento. Tras exponer los materiales utilizados en el revestimiento del suelo y la construcción del techo, las carencias relacionadas con el espacio y la calidad de las viviendas, por tanto, se centran en el material utilizado para las paredes de la vivienda y el hacinamiento, salvo en el caso de la familia de Esther cuya vivienda tiene piso de tierra.

Son 3 las familias que viven en una casa cuyas paredes no estén construidas con blocks de cemento: 2 familias católicas con persona enferma cuyas viviendas tienen paredes hechas con tablas de madera y 1 familia católica con persona enferma cuya vivienda tiene paredes hechas con láminas de aluminio. Y hay 5 familias que presentan hacinamiento teniendo en cuenta las dimensiones de la vivienda y el número de miembros que integran el núcleo familiar: 1 familia evangélica y 1 familia testigo de Jehová sin persona enferma, 3 familias católicas con persona enferma.

Carencias en espacio y calidad de las viviendas. Familias sin persona enferma

Religión	Familia	Material suelo	Material techo	Material paredes	Hacinamiento
Católicas	Álvaro	Cemento	Cemento	Block cemento	
	Anselmo	Cemento	Aluminio	Block cemento	
	Rodrigo	Cemento	Aluminio	Block cemento	
	Gregorio	Cemento	Aluminio	Block cemento	
Protestantes	Leandro	Cemento	Aluminio	Block cemento	
	Ricardo	Cemento	Aluminio	Block cemento	✓
	Tomás	Cemento	Aluminio	Block cemento	
	Felipe	Cemento	Aluminio	Block cemento	✓

Carencias en espacio y calidad de las viviendas. Familias con persona enferma

Religión	Familia	Material suelo	Material techo	Material paredes	Hacinamiento
Católicas	Esperanza	Cemento	Aluminio	Block cemento	✓
	Lorena	Cemento	Aluminio	Block cemento	
	Natalia	Cemento	Aluminio	Aluminio	✓
	Esther	Tierra	Aluminio	Block cemento	
	Miguel	Cemento	Aluminio	Madera	
	Teresa	Cemento	Aluminio	Madera	✓
	Lucía	Cemento	Aluminio	Block cemento	
Protestantes	Marcos	Cemento	Cemento	Block cemento	
	Carlos	Cemento	Aluminio	Block cemento	
	Sofía	Cemento	Aluminio	Block cemento	
	Adela	Cemento	Cemento	Block cemento	

Carencias en servicios básicos de las viviendas. Familias sin persona enferma

Religión	Familia	Agua entubada	Drenaje-desagüe	Electricidad	Combustible-Chimenea
Católicas	Álvaro	Terreno	Subsuelo	✓	Leña
	Anselmo	Terreno	Subsuelo	✓	Leña-Chimenea
	Rodrigo	Terreno	Subsuelo	✓	Leña
	Gregorio	Terreno y Vivienda	Subsuelo	✓	Gas
Protestantes	Leandro	Terreno	Subsuelo	✓	Leña-Chimenea
	Ricardo	Terreno	Subsuelo	✓	Leña-Chimenea
	Tomás	Terreno	Subsuelo	✓	Leña-Chimenea
	Felipe	Terreno	Subsuelo	✓	Leña

En cuanto a los servicios básicos de las viviendas, todas las familias cuentan con electricidad en sus viviendas y agua entubada en sus terrenos, algunas de ellas también con llaves de agua en el interior de sus casas. En San Felipe Usila, todos los drenajes de las

viviendas, las áreas de baño y los lavaderos, así como los drenajes de las letrinas y los excusados, desaguan en el subsuelo, lo que constituye una carencia social según los indicadores de pobreza de CONEVAL.

Carencias en servicios básicos de las viviendas. Familias con persona enferma

Religión	Familia	Agua entubada	Drenaje-desagüe	Electricidad	Combustible-Chimenea
Católicas	Esperanza	Terreno	Subsuelo	✓	Leña-Chimenea
	Lorena	Terreno	Subsuelo	✓	Leña-Chimenea
	Natalia	Terreno	Subsuelo	✓	Leña
	Esther	Terreno	Subsuelo	✓	Leña
	Miguel	Terreno	Subsuelo	✓	Leña
	Teresa	Terreno	Subsuelo	✓	Leña
	Lucía	Terreno	Subsuelo	✓	Leña-Chimenea
Protestantes	Marcos	Terreno	Subsuelo	✓	Leña
	Carlos	Terreno	Subsuelo	✓	Leña
	Sofía	Terreno y Vivienda	Subsuelo	✓	Gas
	Adela	Terreno	Subsuelo	✓	Leña-Chimenea

Casi todas las familias, excepto 1 familia católica sin persona enferma y 1 familia evangélica con persona enferma, utilizan la leña como combustible. Las familias que tienen la cocina en el interior de la vivienda y utilizan leña, cuentan con una chimenea para conducir la salida del humo, así como 4 familias que tienen sus cocinas en el patio, 3 familias evangélicas sin persona enferma y 1 familia católica con persona enferma. Las 9 familias que usan la leña como combustible y carecen de chimenea presentan, entonces, una carencia social: 2 familias católicas y 1 familia testigo de Jehová sin persona enferma, 4 familias católicas y 2 familias evangélicas con persona enferma.

Salvo las familias de don Gregorio y don Leandro —2 carencias—, Carlos —2 carencias— y Sofía —1 carencia—, el resto de las familias participantes en la investigación presentan 3 o más carencias sociales.

Carencias sociales. Familias sin persona enferma

Religión	Familia	Alimentación	Educación	Seguridad Social	Servicios Salud	Calidad y Espacio Viviendas	Servicios Básicos Viviendas
Católicas	Álvaro		✓	✓			✓
	Anselmo	✓		✓			✓
	Rodrigo	✓	✓	✓			✓
	Gregorio			✓			✓
Protestantes	Leandro			✓			✓
	Ricardo	✓	✓	✓		✓	✓
	Tomás	✓	✓	✓			✓
	Felipe	✓	✓	✓		✓	✓

Carencias sociales. Familias con persona enferma

Religión	Familia	Alimentación	Educación	Seguridad Social	Servicios Salud	Calidad y Espacio Viviendas	Servicios Básicos Viviendas
Católicas	Esperanza		✓	✓		✓	✓
	Lorena	✓	✓	✓			✓
	Natalia	✓	✓	✓		✓	✓
	Esther	✓	✓	✓		✓	✓
	Miguel	✓	✓			✓	✓
	Teresa	✓	✓			✓	✓
	Lucía	✓	✓				✓
Protestantes	Marcos	✓	✓	✓			✓
	Carlos			✓			✓
	Sofía						✓
	Adela	✓	✓	✓			✓

Teniendo en cuenta los ingresos monetarios y las carencias sociales, solamente hay 6 familias que no se hallen en un nivel socioeconómico de pobreza extrema, aunque todas presentan entre 1 y 4 carencias sociales. Hay 2 familias que no viven en la pobreza, la familia de don Álvaro y la familia de Sofía, aunque son vulnerables por carencias sociales: 3 carencias en el caso de la familia de don Álvaro y 1 carencia en el caso de la familia de Sofía. Las otras 4 familias viven en la pobreza moderada: las familias de don Gregorio, don

Leandro y Carlos, que presentan 2 carencias sociales, y la familia de Esperanza, con 4 carencias sociales.

Nivel socioeconómico. Familias sin persona enferma

Religión	Familia	No pobreza	Pobreza moderada	Pobreza extrema
Católicas	Álvaro	✓		
	Anselmo			✓
	Rodrigo			✓
	Gregorio		✓	
Protestantes	Leandro		✓	
	Ricardo			✓
	Tomás			✓
	Felipe			✓

Nivel socioeconómico. Familias con persona enferma

Religión	Familia	No pobreza	Pobreza moderada	Pobreza extrema
Católicas	Esperanza		✓	
	Lorena			✓
	Natalia			✓
	Esther			✓
	Miguel			✓
	Teresa			✓
	Lucía			✓
Protestantes	Marcos			✓
	Carlos		✓	
	Sofía	✓		
	Adela			✓

El resto de las familias participantes en la investigación, 13 en total, tienen un nivel socioeconómico perteneciente a la pobreza extrema: 8 familias católicas —2 familias sin

enfermo y 6 familias con persona enferma—, 4 familias evangélicas —2 familias sin enfermo y 2 familias con persona enferma— y 1 familia testigos de Jehová sin persona enferma.

2. Actividades agrícolas y remuneradas en las familias de estudio

La investigación ha abarcado 19 familias, 11 familias que cuentan con una persona que padece esquizofrenia y otras psicosis —8 mujeres y 3 hombres— y 8 familias que no presentan una persona con enfermedad mental. Del total de estas 19 familias, 7 familias basan su actividad económica en el sector primario, en la agricultura y la venta local de los productos agrícolas cultivados, si bien una de las familias carece de tierras y vive principalmente de trabajos agrícolas regulares en milpas, potreros y cafetales —3 familias católicas y 1 familia evangélica sin enfermos, 3 familias católicas con persona enferma—.

Las familias que basan su economía en el sector secundario son 6 —1 familia evangélica sin enfermo, 3 familias católicas y 2 familias evangélicas con persona enferma—, de las cuales 3 tienen un negocio familiar de manufacturación —carpintería, bordado de ropa y elaboración de canastas con carrizos—, 1 familia tiene un negocio de albañilería, 2 familias viven del trabajo asalariado en una purificadora de agua y 1 familia del trabajo asalariado en la construcción.

Finalmente, 4 son las familias que fundamentan su actividad económica en el sector terciario —1 familia evangélica y 1 familia testigos de Jehová sin enfermo, 1 familia católica y 1 familia evangélica con persona enferma—: 1 en la que el jefe de familia ofrece servicios paramédicos privados, 1 familia con un miembro que trabaja como administrativo en el ayuntamiento, 1 ofreciendo un servicio de comida en su casa para varios niños escolares de primaria a la hora del receso y 1 familia vive del salario correspondiente a la dirección de una escuela federal de educación primaria²⁷.

Hay 2 familias extensas cuya economía se basa en dos o tres actividades económicas principales. La familia católica de don Álvaro, que regenta dos negocios de manufacturación —molino de nixtamal y tortillería—, tiene, además, como actividad económica principal el servicio de taxi con coche propio y mototaxi. La familia evangélica de Marcos tiene como actividades principales la venta de mojarras y camarones —entre 2009 y 2011— y la agricultura y la venta de productos agrícolas cosechados.

Los proveedores económicos principales de las familias son hombres excepto en 3 familias, 1 familia sin una persona con enfermedad mental en la que el hombre padece un deterioro físico provocado por la diabetes —familia de don Felipe—, y 2 familias con una

²⁷ La información detallada sobre las actividades económicas principales y complementarias de las familias participantes en el estudio es expuesta en las tablas, señalando aquellas familias que cuentan con una persona enferma (FCE).

persona enferma de esquizofrenia: una familia en la que el hombre vive en la casa de su suegra y cuya actividad productiva está mermada debido a su alcoholismo —familia de Teresa—, y una segunda en la que el hombre es una persona anciana que cultiva maíz para el autoconsumo y la persona asalariada es una de las hijas —familia de Lucía—.

Salvo en 3 familias, 2 familias con una persona enferma —familias de Sofía y Adela— y 1 familia sin una persona con enfermedad mental —familia de don Leandro—, las familias complementan las actividades económicas principales con otras actividades agrícolas y remuneradas. Estas actividades económicas complementarias son realizadas por aquellos miembros que no son proveedores principales, es decir, generalmente las mujeres, los hijos y las hijas jóvenes, pero también por los hombres y las mujeres proveedores principales debido, por una parte, a las bajas ganancias y, por otra, a la discontinuidad temporal de los trabajos, en unos casos a lo largo del año, como las labores en el campo, en otros casos a lo largo del día, como los negocios de molino de nixtamal, tortillería o comedor para niños escolares cuya actividad se concentra en la mañana.

La presencia de una actividad económica plural en las familias usileñas se explica, entonces, como una estrategia familiar en un contexto social de pobreza que lleva a los hombres, las mujeres y los hijos e hijas jóvenes a buscar diversas fuentes de ingresos regulares o esporádicos y también, aunque en menor medida debido a que la gran mayoría emigran a la ciudad en busca de trabajo, a la incorporación a la esfera económica mercantil de los hijos que han finalizado sus estudios —secundaria o bachillerato—, no prosiguen la educación universitaria fuera de la localidad y continúan residiendo en el hogar paterno.

En las familias que han participado en la investigación, las actividades económicas complementarias a las actividades económicas principales son las siguientes:

- Cultivo de maíz y café para el autoconsumo.
- Venta de productos recorriendo las calles o visitando las casas: mojarras y camarones, tepejilote, comida —tamales, pozol, pan dulce—, ropa de segunda mano, venta por catálogo —*tupperware*, productos cosméticos—.
- Trabajos artesanales en el hogar: confección de prendas de vestir, bordado de blusas, huipiles y servilletas para su venta a intermediarias locales que las revenden en el mercado foráneo de productos artesanales, elaboración de canastas con carrizos, elaboración de panes dulces en horno de leña.
- Trabajos temporales remunerados: albañilería, obras públicas promovidas por el gobierno municipal, empleado municipal durante el trienio de gobierno, trabajos agrícolas, trabajos domésticos, limpieza y reparación de zapatos, chofer de taxi ajeno, chofer del gobierno municipal, atención de tienda de abarrotes, trabajo en una pizzería.

Además de las actividades económicas agrícolas y remuneradas, hay que tener presente que todas las familias, salvo la familia de Sofía, disponen de ingresos monetarios provenientes de los programas sociales gubernamentales y, en 12 familias, de las remesas, más o menos regulares, que envían sus familiares emigrantes. Las familias sin una persona

con enfermedad mental que reciben envíos de remesas son 5, mientras que 7 son las familias que tienen una persona enferma de esquizofrenia u otra psicosis y cuentan con remesas enviadas por familiares migrantes.

Familias que reciben remesas de sus familiares emigrantes

Tipo de familia	Religión	Familias	Año comienzo recepción de remesas ²⁸
Familias sin enfermo	Católica	Álvaro	2009
		Anselmo	2009
	Evangélica	Leandro	2015
		Ricardo	2011
	Testigos de Jehová	Felipe	2009
Familias con enfermo	Católica	Esther	2009
		Lorena	2009
		Esperanza	2010
		Natalia	2015
		Teresa	2009
	Evangélica	Marcos	2011
		Adela	2016

Los familiares que envían dinero a sus familias son casi siempre hijos e hijas que emigraron a otras ciudades del país²⁹ o, en un caso, a Estados Unidos, en busca de un trabajo remunerado, de modo que las familias se vuelven receptoras de remesas a medida que sus hijos e hijas se van emancipando económicamente tras finalizar sus estudios o mientras compaginan el trabajo remunerado con el estudio de carreras en universidades privadas en régimen sabatino. Entre las 12 familias receptoras de remesas, sólo una, la familia de Teresa, recibe únicamente dinero de una hermana de la enferma, maestra de primaria en el sistema educativo del estado de Oaxaca.

²⁸ Cuando indico 2009 quiere decir que las familias ya recibían remesas cuando comencé mi trabajo de campo en San Felipe Usila.

²⁹ Las principales ciudades del país a las que emigran los jóvenes usileños son Tuxtepec y Oaxaca en el estado de Oaxaca, Ciudad de México y su área metropolitana del Estado de México, Ciudad Juárez —estado de Chihuahua— y Tijuana —estado de Baja California Norte—.

Sector Primario

Familias propietarias: Agricultura y venta local de productos agrícolas complementados con otras actividades remuneradas

Familias asalariadas: Trabajos agrícolas regulares complementados con trabajos temporales esporádicos

FAMILIAS		ACTIVIDADES ECONÓMICAS								
Familias propietarias	Agricultura y venta de productos agrícolas					Actividades económicas complementarias				
	Maíz	Frijol	Cilantro	Café	Otros	Trabajos temporales	Comercio	Bordado de ropa	Servicios culturales	Alquiler vivienda
Anselmo ¹	✓					✓			✓	
Rodrigo ²	✓	✓	✓	✓	✓	✓			✓	
Gregorio ³	✓			✓		✓				✓
Ricardo ⁴	✓					✓		✓		
Teresa ⁵ (FcE)	✓					✓				
Miguel (FcE)	✓									
Marcos ⁶ (FcE)	✓	✓	✓		✓	✓	✓			
Familias asalariadas	Trabajos agrícolas regulares					Trabajos temporales esporádicos				
Natalia ⁷ (FcE)	✓					✓				

Trabajos temporales: albañilería^{1,4}, obras públicas promovidas por el gobierno municipal^{1,4,6}, empleado municipal³, trabajos agrícolas^{2,4,7}, trabajos domésticos^{2,5,7}, limpieza y reparación de zapatos⁶, chofer de taxi ajeno⁶

Comercio: venta de tepejilotes

Servicios culturales: rituales religiosos realizados por rezanderos de la iglesia católica

Sector Secundario

Familias propietarias: Negocios de manufacturación y construcción complementados con otras actividades agrícolas y remuneradas

FAMILIAS		ACTIVIDADES ECONÓMICAS							
Familias propietarias	Negocios					Actividades económicas complementarias			
	Molino de nixtamal	Tortillería	Carpintería	Canastas de carrizos	Construcción	Agricultura	Comercio	Trabajos temporales	Bordado o confección de ropa
Álvaro	✓	✓				✓			
Esther (FcE)				✓		✓			
Esperanza ¹ (FcE)			✓					✓	✓
Carlos ² (FcE)					✓		✓	✓	✓

Agricultura: cultivo de maíz para el autoconsumo

Bordado de ropa: bordado de blusas, huipiles y servilletas

Comercio: venta de ropa de segunda mano², venta de comida por las casas²

Trabajos temporales: trabajo en tienda de abarrotes¹, trabajo en taquería²

Sector Secundario

Familias asalariadas: Trabajos asalariados regulares complementados con otras actividades agrícolas y remuneradas

FAMILIAS		ACTIVIDADES ECONÓMICAS				
Familias asalariadas	Trabajos asalariados regulares		Actividades económicas complementarias			
	Purificadora de agua	Construcción	Agricultura	Panadería	Venta comida	Restauración
Tomás ¹	✓		✓	✓	✓	
Lucía ² (FcE)	✓		✓		✓	
Adela (FcE)		✓				✓

Agricultura: cultivo de café¹ y maíz² para el autoconsumo

Venta de comida: panes dulces elaborados en su horno de leña¹, tamales y pozol²

Restauración: trabajo en una pizzería

Sector Terciario

Familias propietarias: Servicio de taxi, servicio paramédico, negocio de restauración, venta de mojarras y camarones

Familias asalariadas: Dirección de Escuela de Educación Pública Primaria, administrativo del ayuntamiento, lavado de ropa

Trabajos terciarios complementados con otras actividades agrícolas y remuneradas

FAMILIAS		ACTIVIDADES ECONÓMICAS					
Familias propietarias	Taxi propio	Paramédico privado	Restauración	Venta de mojarras y camarones	Actividades económicas complementarias		
					Agricultura	Trabajos temporales	Comercio
Álvaro	✓				✓		
Leandro		✓					
Felipe ¹			✓			✓	✓
Marcos (FcE) ²				✓		✓	✓
Familias asalariadas	Dirección escuela primaria	Administrativo ayuntamiento	Lavado de ropa	Actividades económicas complementarias			
				Agricultura	Alquiler vivienda		
Lorena (FcE)		✓	✓	✓			
Sofía (FcE)	✓				✓		

Restauración: servicio de comida para varios niños de primaria en la casa familiar a la hora del receso

Trabajos temporales: chofer del gobierno municipal¹, venta de pan dulce¹, albañilería¹, obras públicas promovidas por el gobierno municipal², limpieza y reparación de calzado², chofer de taxi ajeno²

Comercio: venta por catálogo (productos *tupperware*, productos de cosmética)¹, venta de tepejilote²

3. Agricultura y venta de productos agrícolas

La agricultura y la venta de los productos agrícolas cultivados es una actividad económica presente en la mayor parte de las familias usileñas. En el estudio, las familias que trabajan el campo son 13 de un total de 19, siendo 8 las familias que lo hacen como actividad económica principal y 5 las familias en las que la agricultura es una actividad económica complementaria orientada al autoconsumo.

El cultivo del maíz, un cereal básico en la alimentación cotidiana de las familias usileñas, es el cultivo más generalizado en el municipio, siendo frecuentemente complementado con el cultivo de frijol y vegetales como la calabaza, el cilantro, el cebollín, el tomate criollo o los quelites. Algunas familias siguen conservando los cafetales que fueron sembrados y explotados durante el último tercio del siglo XX cuando la venta de café reportaba buenos ingresos monetarios.

3.1 El cultivo de la milpa: el maíz

El cultivo de la milpa en San Felipe Usila sigue realizándose tradicionalmente, sin la utilización de maquinaria, usando el machete para rozar, tumbar y quemar la vegetación antes de sembrar con la ayuda del espeque, si bien el uso de herbicidas es hoy en día generalizado entre el campesinado. La orografía montañosa del municipio lleva a muchos campesinos a cultivar sus milpas en los cerros en un régimen de tenencia comunal, es decir, los campesinos tienen derecho a trabajar una extensión de tierra y transmitirla a sus hijos mientras ésta sea cultivada. Cuando la tierra deja de ser cultivada por un tiempo prolongado, otro campesino podrá ocupar ese terreno y trabajarlo para su familia. En “el llano”, los campesinos cultivan las parcelas en régimen de propiedad privada, pues las tierras del valle del río Usila, antaño comunales, fueron parceladas y privatizadas como terrenos residenciales, potreros o terrenos de cultivo. Algunos campesinos propietarios de tierras en el llano cultivan tierras también en el cerro, sembrando las primeras en el invierno y las segundas en la primavera.

Aunque no todos siembran en invierno y en primavera, el clima y la fertilidad de la tierra permiten a los campesinos usileños obtener dos cosechas de maíz al año. La extensión de terreno cultivado generalmente varía entre $\frac{1}{2}$ y 1 hectárea en el llano y entre 1 y 2 hectáreas en el cerro. Un mes o mes y medio antes de proceder a la siembra, en los meses de noviembre y diciembre en la temporada de invierno-primavera o tonamil y en los meses de marzo y abril en la temporada de verano-otoño o temporal, los campesinos rozan el terreno que van a sembrar. La tarea de rozar, al igual que la tarea de fumigar, suele hacerse entre los hombres de la familia —el padre, los hijos varones en edad de trabajar en el campo, hermanos, yernos—, o si el campesino dispone de recursos económicos,

empleando a uno o más jornaleros³⁰. En muchas familias, la esposa y las hijas participan en las labores de la siembra y la pizca de las mazorcas.

En el invierno, tanto en el llano como en el cerro, al sembrar terrenos que fueron cultivados el año anterior, los campesinos rozan acahual, por lo que el trabajo que necesitan invertir es menor que en la primavera cuando rozan terrenos en el cerro con una vegetación más abundante y desarrollada. En el cerro, los campesinos suelen disponer de una extensión de tierra que oscila entre 3 y 4 hectáreas, hay quienes tienen terrenos en otros cerros, lo que les permite ir rotando la superficie cultivada y dejar descansar la tierra sembrada la temporada anterior. Por eso cuesta más rozar en el cerro, al dejar descansar la tierra durante varios años, los hombres, además de rozar las hierbas y las plantas, deben tumbar con sus machetes los arbustos y los árboles que han ido creciendo, hasta el punto que rozar una hectárea en el cerro supone prácticamente el doble de jornadas que rozar una hectárea en el llano.

En la época del rozo, los hombres no trabajan todos los días, sino tres o cuatro veces a la semana para poder descansar y recuperarse del esfuerzo físico, especialmente en los muy calurosos meses de marzo y abril, así como de la carga muscular que el brazo y el hombro experimentan al asestar continuos golpes de machete durante varias horas seguidas. Los campesinos, además del machete, utilizan un palo en forma de gancho de un metro de longitud aproximadamente —el mango es una rama de un árbol y el gancho, el comienzo de una ramificación de esa rama— con el que sujetan la vegetación que van rozando para evitar accidentes con el machete.

Cuando se ha terminado de rozar el terreno, se deja que el rozo se seque. En el invierno, debido al calor y la escasez de lluvias, el rozo no es quemado y se deja para que abone la tierra y mantenga el frescor y la humedad. En la primavera, entre finales de abril y principios de mayo, los campesinos queman el rozo para despejar el terreno de toda la vegetación rozada y tumbada y facilitar que el agua de la lluvia penetre en la tierra. Una vez quemado el rozo, los campesinos esperan durante días, a veces semanas, a que caiga la lluvia para que termine de apagar las brasas del rozo quemado, reblandezca la tierra y sea más fácil hacer los hoyos de la siembra, y haya una humedad que permita la germinación de los granos de maíz sembrados.

Hay campesinos que, antes de sembrar, fumigan herbicida para eliminar la hierba que ha crecido durante el tiempo que transcurre entre el secado o la quema del rozo y la siembra. Otros campesinos no rociarán herbicida hasta unas tres o cuatro semanas después de haber sembrado la milpa.

³⁰ Los campesinos se apoyan mutuamente unos a otros en las labores de rozar la vegetación y cosechar las mazorcas de maíz siguiendo una forma de reciprocidad denominada *mano vuelta*. Se trata de un intercambio de trabajo en que el campesino devuelve a sus compañeros el trabajo que realizaron en su milpa siguiendo el lema “hoy voy a tu campo y mañana iremos a mi campo”. Actualmente, la mano vuelta entre los campesinos usileños convive con la monetización de las actividades agrícolas, una monetización que lleva a los hombres a trabajar asalariadamente como jornaleros para otros propietarios.



Milpas sembradas en las laderas de los cerros



Milpas sembradas en el llano, en las tierras del valle.

La siembra, tanto en el llano como en el cerro, se realiza entre varias personas. En la mayor parte de las familias, esto es, salvo en aquéllas que cuentan con recursos para emplear a jornaleros, es común que los miembros de la familia ayuden al hombre a sembrar la milpa: la mujer, los hijos, las hijas. Cuando conviven en la casa o en el patio paterno, los hermanos se apoyan mutuamente en la siembra y las demás labores del campo.

En la temporada de invierno-primavera o tonamil, la siembra se realiza durante un periodo que abarca el mes de diciembre y la primera quincena de enero y, en la temporada de verano-otoño o temporal, durante un periodo que va desde mediados de mayo a mediados de junio. Estos periodos señalan las épocas del año en que los campesinos suelen sembrar sus milpas, dependiendo de los casos, pues la siembra de una hectárea requiere dos o tres jornadas de trabajo realizándola entre tres o cuatro personas.

En San Felipe Usila, los campesinos cultivan “maíz criollo”, maíz autóctono, mayoritariamente maíz blanco y maíz amarillo, en menor medida, maíz rojo, y escasamente, maíz negro. No obstante, es frecuente que las mazorcas sean híbridas, esto es, que las mazorcas de maíz blanco presenten granos rojos o negros o que haya granos blancos con una coloración rojiza. Las semillas son obtenidas desgranando una parte de las mazorcas pizcadas en la última cosecha, eligiendo siempre mazorcas grandes y bien granadas. La siembra de una hectárea de terreno requiere desgranar unas 100 mazorcas de maíz.

Una vez en el campo, la primera tarea es marcar los alineamientos de los hoyos donde se depositan los granos de maíz. Dos o más personas tiran varias cuerdas atadas a unos palos, que se colocan de un lado a otro del terreno, separadas unas de otras un metro aproximadamente. A continuación, con un palo cavador o espeque, un palo que ha sido afilado con machete en uno de sus extremos, siguiendo las líneas marcadas por las cuerdas, los campesinos van haciendo los hoyos de unos 8 cm de profundidad a una distancia aproximada de un metro unos de otros. A medida que los campesinos van terminando de hacer los hoyos, van desplazando las cuerdas sobre el terreno a sembrar. El resultado es que el terreno sembrado presenta una cuadrícula imaginaria cuyos cuadros tienen aproximadamente un metro de lado y cuyos vértices son los hoyos en los que germinarán las plantas de maíz.

Mientras unos van tirando las cuerdas y haciendo los hoyos o, en función de las personas que participen en la siembra, después de marcar varios líneas y hacer los respectivos hoyos, se van depositando los granos de maíz en los hoyos. Los granos de maíz han sido previamente revueltos en un recipiente con un insecticida en polvo para impedir que sean comidos por las hormigas y los ratones antes de germinar. En cada hoyo, dependiendo de la fertilidad del terreno, se introducen 3-4 granos de maíz y, una vez depositados, hay quienes tapan el hoyo pisando la tierra con el pie, mientras otros no cubren los hoyos con tierra. Una vez que comienzan a brotar las plantas de maíz, los campesinos irán revisando los hoyos y resembrarán aquellos granos de maíz que no hayan germinado.



Un campesino hace los hoyos con el espeque siguiendo la línea tirada con una cuerda

En el llano, debido a que el mismo terreno es sembrado un año tras otro, la tierra requiere ser abonada para poder obtener una buena cosecha, aunque no todos los campesinos abonan las milpas cultivadas en la llanura del valle. Aquellos campesinos que sí abonan sus milpas, normalmente, depositan un puñado de fertilizante químico en cada hoyo cuando las plantas han alcanzado el metro de altura aproximadamente.

Después de la siembra, los campesinos fumigan sus milpas con herbicida usando bombas manuales de fumigación unas tres veces cada temporada³¹: cuando las plantas de maíz han crecido a una altura aproximada de medio metro, cuando las plantas de maíz están eloteando, y una o dos semanas antes de doblar las plantas de maíz para prevenir que pueda haber víboras entre la maleza. Además de vigilar el crecimiento excesivo de la vegetación, los campesinos deben de estar pendientes de las plagas de gusanos que se comen los tallos, las hojas o las raíces de las plantas de maíz, especialmente cuando están retoñando, y, en caso de que aparezcan, fumigan sus milpas con insecticida.

La milpa sembrada entre mediados de mayo y mediados de junio da elotes³² en agosto o septiembre, mientras que la sembrada en diciembre o enero da elotes en el mes de marzo o abril. Una parte de los elotes son recolectados para ser consumidos por la familia, cocidos, asados o cocinados en forma de tortillas, caldo cremoso o tamales dulces. Los

³¹ En el pasado los campesinos deshierbaran a mano y utilizando el azadón, pero actualmente casi no deshierbaran la milpa manualmente debido a que es un trabajo mucho más costoso y prolongado que fumigar herbicida: mientras deshierbar con el azadón supone avanzar 6 o 7 hileras en una jornada de trabajo, una hectárea es fumigada en uno o dos días.

³² Mazorca tierna de maíz.

campesinos recolectan los dos elotes de cada planta de maíz, girándolos hacia abajo, y seguidamente cortan el tallo de las plantas con el machete, pues ya no volverán a elotear.



Un campesino cosecha elotes en su milpa y, tras quitarles las hojas, los introduce en un costal

Un mes o dos semanas antes de cosechar, los campesinos doblan las plantas de maíz, de modo que la parte alta del tallo apunta hacia la tierra, con el fin de que los granos de maíz se sequen bien y el agua de lluvia no pueda penetrar en las mazorcas. La pizca generalmente se lleva a cabo entre mediados de mayo y mediados de junio en la temporada de invierno-primavera y entre mediados de septiembre y mediados de octubre en la temporada de verano-otoño.

Las mujeres, los niños y las niñas participan habitualmente en la cosecha de maíz junto a los hombres. El campesino cuenta con la colaboración de otros hombres, familiares — padre, hijos, hermanos, yernos— o amigos, en un intercambio recíproco de trabajo, *la mano vuelta*, de manera que se ayudarán unos a otros en las cosechas de sus respectivos campos. En el caso de que se cultive una gran extensión de terreno, el propietario, además, contrata a jornaleros para que le ayuden a recolectar y transportar las mazorcas —los jornaleros son mayormente hombres, pero también puede haber mujeres, casi siempre solteras o viudas—.



Plantas de maíz dobladas para favorecer la maduración de los granos de maíz en una milpa del llano.

El campesino propietario va al campo acompañado por sus hijos varones, tengan o no edad para pizar las mazorcas, y por los demás hombres a una hora temprana, a las 6:00 o 6:30 de la mañana, para realizar los preparativos que implica la cosecha: contar los costales, colocar una pequeña lona o sombrilla de palma cuando no hay árboles y tener así un área de sombra para descansar y comer en las horas de calor, dar indicaciones a los trabajadores o familiares que van a colaborar, establecer el lugar donde se van a amontonar las mazorcas pizcadas. En el centro de la milpa se prepara un área circular, de unos 5 metros de diámetro aproximadamente, cortando las plantas de maíz a ras de suelo después de haber pizcado las mazorcas. Los hombres tiran las mazorcas a esta área rozada según van cortándolas de las plantas de maíz. Si la extensión de la milpa así lo requiere y la primera área queda demasiado alejada, se despejará con el machete otra área, o las que sean necesarias, para amontonar las mazorcas pizcadas.

Terminados los preparativos, los hombres toman su hilera de plantas de maíz para cortar las mazorcas y las van arrojando al área circular rozada. A medida que van terminando de pizar las mazorcas de una hilera, toman otra hilera, y así sucesivamente hasta cosechar todas las mazorcas de la milpa. Cuando son varios hombres, mientras unos se dedican a pizar, otros van encostando las mazorcas, introduciéndolas ordenadamente en los costales para que contengan el mayor número posible de mazorcas y reducir así el número de costales que es necesario acarrear. Si son pocos hombres, estos mismos hombres encostarán las mazorcas cuando hayan terminado de cosecharlas todas. Cuando la extensión de cultivo es pequeña, en lugar de rozar un área circular, los hombres

van introduciendo las mazorcas cortadas en un morral que, una vez lleno, es vaciado al final de la hilera en un costal. Los niños menores de 10 años son los encargados de ir pasando los costales y el agua a los hombres que están pizcando las mazorcas; ellos no cortan las mazorcas debido a que las hojas secas que las envuelven provocan picazón en las manos.

Las mujeres —la esposa del campesino propietario, sus hijas, sus nueras— llegan hacia las 9 o 10 de la mañana con la comida del desayuno y el pozol que van a ofrecer a todos los trabajadores. En la lumbre que ha sido previamente encendida por los hombres, las mujeres calientan las tortillas y la comida y, si hay chiles y tomates criollos en la parcela, preparan una salsa para condimentar los tacos. Tras terminar el desayuno, las mujeres se suman a la pizca de las mazorcas junto a los hombres y, en caso de que las haya, las mujeres jornaleras. Hacia las 2 o 3 de la tarde, las mujeres preparan el pozol y ofrecen las jícaras a quienes están trabajando, aunque también pueden ofrecer pozol antes de desayunar.

Las cosechas de maíz en las milpas cultivadas en los cerros suelen ser menores que las cosechas de las milpas cultivadas en el llano debido a que los pájaros y los tejones comen parte de las mazorcas, motivo por el cual muchos campesinos colocan espantapájaros en sus tierras. En general, los campesinos cosechan entre 20 y 30 costales de mazorcas de maíz por hectárea, entre 6.000 y 9.000 mazorcas de maíz.

La forma en que los campesinos acarrear las mazorcas de maíz a las casas depende de la cercanía o la lejanía de la milpa a un camino transitable por vehículos. Las mazorcas cosechadas en el llano son transportadas a las casas usando camionetas propias o, en la gran mayoría de los casos, contratando fletes. Lo mismo sucede en las milpas cultivadas en los cerros que están cerca de caminos transitables, si bien los campesinos deben transportar los costales con la ayuda del mecapal o de un animal de carga —burro, mula— hasta llegar al camino.

Cuando las milpas de los cerros están alejadas de un camino transitable, los campesinos almacenan las mazorcas en las trojas construidas en sus campos: pequeñas estructuras que consisten en una base de varas sobre cuatro estacas, elevada respecto al suelo un metro aproximadamente, donde se almacenan las mazorcas, y en un tejado de doble vertiente recubierto con hojas de pozol o maíz, a veces también con hojas de caña de azúcar, que protege las mazorcas del Sol y la lluvia³³. Este almacenaje en las milpas permite a los campesinos ir acarreando las mazorcas a sus casas en varios viajes, cargando los costales sobre sus espaldas usando el mecapal. Otros campesinos, en cambio, optan por desgranar las mazorcas de maíz con el fin de reducir notablemente el número de costales a transportar hasta sus viviendas. Y quien disponga de un burro o una mula o cuente con un familiar que le pueda prestar una “bestia”, empleará un animal de carga para bajar los costales hasta la vivienda familiar.

El maíz almacenado es dedicado al autoconsumo familiar y a la alimentación de las aves domésticas, pero otra parte puede ser vendida a otras familias que no cultivan la

³³ El entramado vegetal del tejado puede ser reforzado utilizando tiras de aluminio en la unión de las dos vertientes o trozos de láminas de aluminio y plástico en las vertientes.

milpa, como las familias de maestros y albañiles, a medida que lo van solicitando, y obtener así unos ingresos complementarios. El maíz se vende desgranado, de forma que los hombres desgranar las mazorcas necesarias para alcanzar la cantidad de maíz solicitado e introducen los granos de maíz en un costal.



Una troja donde los campesinos almacenan las mazorcas cosechadas en las milpas de los cerros y, a su lado, una estructura similar donde se guardan aperos y otros enseres.

3.2 El frijol y otros cultivos

Los campesinos que cultivan frijol, lo hacen sembrando el frijol en la milpa entre las plantas de maíz o entre las plantas de maíz secas cuyas mazorcas han sido pizcadas para aprovecharlas como guías y, más generalizadamente, sembrando una superficie de terreno que no suele superar el cuarto de hectárea, a no ser que se siembre con el fin de vender una buena parte de la cosecha.

La siembra suele realizarse entre finales de noviembre y principios de diciembre y, al igual que en la siembra del maíz, el campesino emplea a jornaleros, si tiene dinero para emplearlos, o es ayudado por otros miembros de su familia: la esposa, los hijos y las hijas.

Cuando no se cultiva frijol en la milpa, la superficie que va a ser sembrada requiere ser previamente rozada, cortando toda la vegetación al ras del suelo con el machete. El rozo es quemado para evitar la proliferación de insectos u otros animales, como la babosa, que atacan las plantas de frijol. En todo momento, al igual que en la quema del rozo para

sembrar el maíz, el campesino está muy pendiente de que el fuego no se extienda a una milpa vecina o a la vegetación de los cerros. Una vez que el terreno ha sido rozado y el rozo quemado, se espera a que llueva para que la tierra se reblandezca y tenga una humedad que favorezca la germinación de las semillas.

Al igual que en la siembra del maíz, tirando cuerdas de un lado al otro del terreno, se marcan las líneas que serán seguidas para hacer los hoyos en la tierra con un palo cavador. La distancia que separa tanto las líneas como los hoyos entre sí es aproximadamente unos 30 cm y en cada hoyo, de unos 3 o 4 cm de profundidad, se introducen 4 frijoles. Cuando los campesinos siembran frijol entre las plantas de maíz, hacen tres hoyos entre planta y planta y depositan un frijol en cada hoyo.

Los campesinos suelen desherbar con azadón para evitar secar las plantas de frijol con la fumigación de herbicida, pero hay quienes rocían herbicida poniendo cuidado en no asperjar las matas de frijol. Asimismo, deben estar pendientes de la proliferación de insectos y babosas que puedan echar a perder la cosecha, fumigando insecticidas en caso de que aparezcan plagas.



Plantas de frijol sembradas junto a una milpa situada en el cerro

Dos meses después de haber sembrado, las plantas dan ejotes que son en parte recolectados para ser vendidos en la localidad, mientras que los demás ejotes se dejan en las plantas para que den frijol. El frijol es cosechado aproximadamente un mes después de que hayan aparecido los ejotes, en el mes de marzo, cuando las plantas ya están secas.

Al igual que en la cosecha del maíz, el campesino es ayudado por otros familiares — padre, hijos, hermanos, yernos— y amigos en el intercambio recíproco de la mano vuelta. Cuando se trata de una gran cosecha, además de la colaboración de familiares y amigos, el propietario contrata a jornaleros. Los hombres van al campo al amanecer, hacia las 6:00 o 6:30 de la mañana, para colocar la lona o una sombrilla de palma que proporcione un área de sombra en la que comer y descansar a las horas del calor, preparar los costales y cortar los palos de diferentes medidas con los que se construye la estructura donde se vorean las matas secas de frijol. Cuando los hombres son pocos, antes de arrancar las matas de frijol, construyen la estructura de madera. Si son varios, mientras unos construyen la estructura, otros van arrancando las plantas secas de frijol.

Los campesinos separan los frijoles de las vainas en la misma milpa apaleando las matas que han sido arrancadas de la tierra. Para ello, construyen una pequeña estructura de madera, que consiste en una base rectangular de varas entrelazadas elevada sobre el suelo unos 50-60 cm y que es cerrada en tres de sus lados utilizando costales abiertos, grandes telas de hilo o de plástico sujetas a los palos verticales. Las plantas secas son vareadas con un palo largo, que ronda el metro y medio de longitud, para que los frijoles se desprendan de las vainas y vayan cayendo por las separaciones que hay entre los palos de la base al petate o la lona situada debajo, en el suelo. Los frijoles desvainados son introducidos en costales que son acarreados a la vivienda familiar.

Las mujeres —la esposa del campesino, las hijas, las nueras— llegan a media mañana con los tacos que ofrecen a todos los presentes. Después del desayuno, los niños y algunas mujeres colaboran arrancando las matas de frijol, que son amontonadas cerca de la estructura de madera. Otras mujeres se encargan de preparar la comida de la tarde, poniendo a cocer en una olla los frijoles desvainados en el vareo de las plantas secas. Cuando se trata de una gran cosecha, los jornaleros llevan sus propios tacos para el desayuno, aunque, a veces, si así es la voluntad del propietario, las mujeres llevan tacos para todos los trabajadores. A media tarde, al igual que cuando sólo colaboran familiares, les ofrecerán los frijoles guisados.

Cuando la cosecha de frijol es pequeña, los campesinos no construyen la estructura de varas y estacas, sino que, tras arrancarlas, introducen las plantas secas en costales y las transportan a sus casas. El vareado de las matas secas para separar los frijoles de las vainas es realizado en el patio, colocando los costales en el suelo sobre un petate, vareado que puede realizarlo el hombre o la mujer con la ayuda de los niños y las niñas. El costal amarrado es apaleado con una vara. A continuación, se vacía su contenido sobre el petate y se quitan las matas secas poniendo cuidado en que no queden frijoles en las vainas. Los frijoles que quedan en el petate son volcados en un catre o en otro petate para secarlos al Sol bien extendidos y asegurar su buena conservación.

Un cuarto de hectárea produce unos 4 costales de frijol, esto es, unos 200 kilos, de los que una octava parte, unos 25 kg, son reservados para la próxima siembra. El resto de la cosecha es, en parte, consumido por la familia y, en parte, vendido a otras familias de la comunidad. Tanto la venta de ejotes como la venta de frijol, en bolsas de un kilo, es

realizada por las mujeres de la familia, esposas e hijas jóvenes o adultas, que van recorriendo las casas de la localidad y ofreciendo sus productos.



Plantas de yuca sembradas en el cerro

Además de sembrar frijol, es común que los campesinos, en la milpa o al lado de la milpa, tengan árboles frutales, como plataneros o naranjos, y cultiven verduras como calabaza, cebollines, cilantro, chile, tomate criollo, yuca o quelites como el huele de noche, la hierba mora³⁴ y el quintonil, cuya producción es destinada tanto al consumo familiar como a la obtención de ingresos monetarios a través de su venta. La venta de estos productos agrícolas, al igual que sucede con el frijol, es una tarea femenina: son las mujeres de la familia del campesino quienes recorren la localidad ofreciendo las verduras cultivadas, y son las mujeres quienes reciben en sus casas a las vendedoras y compran sus productos. Las excepciones son la yuca y el maíz. La venta de estos productos no corresponde a las mujeres, ya que el peso de los sacos de maíz o yuca hace que, generalmente, sean los hombres quienes se encarguen de llenar los costales y transportarlos hasta las casas de las familias compradoras.

³⁴ La hierba mora nace de forma natural entre las plantas de maíz cuando los campesinos no fumigan sus milpas o las fumigan poco y con mucho cuidado. Se trata de un quelite muy apreciado entre los usileños y algunos campesinos favorecen su crecimiento en las milpas para el autoconsumo y la venta.



Un campesino recolecta el quelite de la hierba mora que, entre las rocas, crece junto a su milpa

3.3 El cultivo de café

Actualmente, la gran mayoría de los cafetales existentes en San Felipe Usila están formados por árboles poco cuidados que dan una baja producción, ya que a principios de este siglo fueron abandonados a raíz de la gran caída que experimentó el precio del café en todo el país. Sin embargo, algunos campesinos continúan dándoles un cierto mantenimiento y recolectando los granos de café para el consumo familiar, la venta a las familias de la comunidad e, incluso, para la obtención de leña.

Hoy en día, el mantenimiento de los cafetales se reduce a que los campesinos vayan a limpiarlos dos o tres veces al año rozando con el machete las hierbas y los arbustos y fumigando herbicida, y a ir tumbando árboles muy viejos que no dan fruto para, en su lugar, trasplantar una planta de café que ha crecido de forma natural. El trasplante de plantas de café se hace entre los meses de abril y junio cuando han alcanzado el metro o metro y medio de altura. Se trasplantan de forma inclinada en un hoyo suficientemente profundo para que la raíz quede extendida y a una distancia de unos 2 metros unas de otras para evitar que, cuando crezcan, las ramas de los árboles se monten unas sobre otras. La nueva planta de café tardará unos tres años en dar fruto.



Plantas de café que crecen en los cafetales y que son trasplantadas cuando hay que sustituir a los árboles viejos que ya no dan fruto

La recolección de café es también una tarea de mantenimiento, puesto que, si no se cortan los granos, las ramas se van secando debido al líquido que suelta la pulpa, no volviendo a “cargar” al año siguiente. Son los campesinos quienes ayudados por varios miembros de la familia —la esposa, los niños, las niñas— u otros familiares —el padre, hermanas solteras— se encargan de recolectar el café. Al realizarse la recolección a lo largo de los meses de noviembre, diciembre y enero, el frío y la lluvia provocan que no vayan todos los días a trabajar a los cafetales, sino unos tres o cuatro días a la semana. Se recolectan los granos cuya pulpa es de color rojo, pues su color rojo indica que el grano ha madurado, y se van echando a un morral que, una vez lleno, se vaciará a un costal.

Si en el pasado una hectárea de cafetal bien cuidado podía producir unos 1.000 kg de café, actualmente la producción por hectárea ronda los 100 kg. Los hombres acarrear los costales llenos de granos de café a las casas cargándolos sobre su espalda con la ayuda del mecapal. Ya en la vivienda, los granos de café son despulpados con una despulpadora manual, a continuación, son bien lavados con agua para evitar que tomen un color amarillento, y son secados exponiéndolos al Sol sobre petates, catres o plásticos gruesos durante 4 o 5 días seguidos. Una vez secados, los granos de café son tostados en un gran comal.



Árbol de café en uno de los cafetales de San Felipe Usila

Segunda Parte

El parentesco en San Felipe Usila

Capítulo 5

El parentesco como organización sociocultural de la procreación y la crianza de los niños

La investigación se inició dentro del proyecto *Teoría transcultural de la reproducción de los grupos humanos. La antropología del parentesco como estudio de los modelos socioculturales de procreación y crianza de los niños*, que, entre los años 2006 y 2010, fue dirigido por la Dra. Aurora González Echevarría³⁵. Mi estudio sobre la articulación entre el sistema de parentesco y el padecimiento mental de la esquizofrenia, por tanto, se ha realizado dentro del marco teórico, epistemológico y metodológico elaborado por Aurora González Echevarría y los miembros del Grupo de Estudio Transcultural del Parentesco (GETP) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Su propuesta, la definición del dominio analítico de la antropología del parentesco con una perspectiva transcultural, ha sido el resultado de un largo proceso intelectual que la propia Aurora González Echevarría iniciara años atrás con el fin de resolver los problemas epistemológicos, metodológicos y teóricos planteados por las críticas a la antropología clásica del parentesco entre los años 50 y los años 80 del siglo XX.

1. La antropología clásica del parentesco

Los estudios antropológicos sobre el parentesco pueden dividirse en dos grandes etapas: una etapa clásica que abarcó desde 1851 a 1949 y una segunda etapa que comenzó en 1950 y se extiende hasta la actualidad. Los estudios clásicos del parentesco se centraron en las discusiones en torno al derecho paterno y el derecho materno hasta que, en una segunda fase, que abarca la primera mitad del siglo XX, se postularon y desarrollaron dos

³⁵ Proyecto SEJ2006-1086/SOCI del Plan Nacional I+D del Ministerio de Educación y Ciencia de España.

grandes propuestas teóricas: la teoría de la filiación y la teoría de la alianza (González Echevarría, 1994a: 11; 1994b).

Los antropólogos del siglo XIX reflexionaron sobre las sociedades primitivas partiendo siempre de dos supuestos fundamentales: el carácter básico de las relaciones de parentesco en la organización social y la prioridad de las sociedades de derecho materno dada la evidencia biológica de la maternidad. Como la paternidad podía ser encubierta por diversas concepciones y prácticas sociales —ignorancia de la explicación fisiológica de la procreación, matrimonio de grupo, poliandria—, el vínculo biológico entre la madre y sus hijos constituyó el primer mecanismo de adscripción al grupo. La paternidad, entendida como el reconocimiento de los derechos de los hombres sobre los hijos de la mujer, fue una construcción gradual que requirió la institución del matrimonio monógamo (González Echevarría, 1994a: 13).

A principios del siglo XX un antropólogo británico, Rivers, puso fin a estos debates enunciando la teoría de la filiación. Definió el parentesco como los vínculos existentes entre padres e hijos, vínculos universales que estaban presentes en todas las sociedades humanas. Los sistemas de parentesco estaban constituidos por diferentes componentes: parentesco, filiación, residencia, autoridad, sucesión, herencia, etc. La filiación, definida como el principio de adscripción unilineal al grupo, podía ser a través del padre —patrilineal— o a través de la madre —matrilineal—, la residencia, matrilocal o patrilocal, la autoridad podía ser ejercida por el padre, la madre o el hermano de la madre, la sucesión a los cargos y la transmisión de la herencia podía hacerse de padre a hijos, de madre a hijos, o de hermano de la madre a hijos de la hermana (González Echevarría, 1994a: 14).

La teoría de la filiación se convirtió en el paradigma explicativo dominante en la antropología del parentesco británica. El principio de filiación constituía un principio estructural que conformaba dos tipos de sociedades, matrilineal y patrilineal, distribuyendo a los individuos en grupos corporativos unilineales, de modo que una persona perteneciera a un grupo y sólo a uno, e instituyendo las terminologías de parentesco y los derechos y los deberes que regían las relaciones entre los parientes. Los distintos grupos de filiación se articulaban en estructuras segmentarias o jerárquicas y, en muchas sociedades, constituían el fundamento de la estructura política. La exogamia, la prohibición de contraer matrimonio dentro del propio grupo, garantizaba la vinculación entre los diferentes linajes. Por otra parte, las relaciones complementarias de descendencia, aquéllas que se establecían con los parientes del progenitor que no transmitía la filiación a su grupo, permitían a los individuos desenvolverse en el sistema de parentesco en función de sus intereses personales (González Echevarría, 1994a: 14 y 17).

La teoría de la alianza tuvo su origen a finales del siglo XIX cuando Tylor expuso que, en sociedades duales, tanto si la adscripción al grupo era patrilineal como matrilineal, la interrelación entre las dos mitades se garantizaba prohibiendo el matrimonio entre primos paralelos, que siempre pertenecían al mismo grupo, y obligando al casamiento entre primos cruzados, que siempre pertenecían a grupos distintos. La exogamia era, por tanto, una política de alianza entre los grupos humanos (González Echevarría, 1994a: 14-15).

Aunque otros autores habían trabajado anteriormente siguiendo el paradigma de la dicotomía entre primos paralelos y cruzados y la exogamia como principio de alianza entre grupos, fue Lévi-Strauss quien dio el gran impulso a la teoría de la alianza con la publicación en 1949 de *Las Estructuras Elementales del Parentesco*. Del mismo modo que la división sexual del trabajo encubría una prohibición que obligaba a los hombres y las mujeres a unirse en matrimonio, la prohibición del incesto obligaba a las familias a vincularse con otras familias, es decir, a la alianza a través de la exogamia (González Echevarría, 1994a: 15).

Los sistemas de parentesco elementales establecían los parientes afectados por la prohibición del incesto y prescribían el matrimonio con otro tipo de parientes por medio de dos sistemas de intercambio de mujeres: directo y asimétrico. Los sistemas de intercambio directo, caracterizados por el matrimonio con la prima cruzada bilateral, permitían no sólo la vinculación de mitades sino también de cuatro, ocho o más secciones, a través de prescripciones matrimoniales cada vez más complejas. Los sistemas de intercambio asimétrico prescribían el matrimonio con una de las primas cruzadas, bien con la hija de la hermana del padre, bien con la hija del hermano de la madre. Cuando el matrimonio se llevaba a cabo con la prima cruzada matrilateral, se establecía un ciclo de intercambio circular en el que cada grupo cedía y recibía mujeres de otros grupos asociados. El matrimonio con la prima cruzada patrilateral, por el contrario, suponía un ciclo de intercambio corto que vinculaba sólo a dos familias y se cerraba al cabo de una generación (González Echevarría, 1994a: 15).

Los sistemas de parentesco complejos se limitaban a establecer los familiares afectados por la prohibición del incesto, mientras otros factores ajenos al parentesco guiaban la elección del cónyuge. A medio camino entre los sistemas elementales, propios de Australia y el extremo oriental asiático, y los sistemas complejos, propios de las sociedades occidentales, habría un tipo de sistemas de parentesco, con terminologías crow-omaha, que no establecerían prescripciones matrimoniales, pero sí prohibirían contraer matrimonio en aquellos grupos a los que una persona está vinculada, de manera que la elección del cónyuge sería más restringida que en los sistemas complejos (González Echevarría, 1994a: 15-16).

Durante los años 70, 80 y 90 del siglo XX múltiples investigaciones desarrollaron la teoría de la alianza estudiando los límites de la exogamia en los sistemas complejos y los sistemas de parentesco tipo crow-omaha, que Hérítier denominó sistemas semicomplejos (González Echevarría, 1994a: 73-88; 2015: 120).

2. Las críticas a la antropología clásica del parentesco

2.1 Las críticas de los años 50 y 60 del siglo XX

La antropología británica y americana, en cambio, empezaron a cuestionar la teoría de la filiación a raíz de la publicación de *Social Structure* en 1949. Murdock, en su intento de llevar a cabo una comparación transcultural a gran escala que permitiera la formulación y puesta a prueba de generalizaciones etnográficas, mostró, por un lado, la presencia estadística de instituciones que habían sido consideradas marginales y, por otro, la debilidad analítica de conceptos como “parentesco”, “filiación”, “matrimonio”, “incesto” o “terminologías”, que, al haber sido definidos en función de los contextos etnográficos, aludían a hechos socioculturales distintos. Tales evidencias supusieron que, a partir de entonces, los antropólogos comenzaran a buscar procedimientos formales de descripción e interpretación etnográficas, elaboraran definiciones conceptuales más precisas, y reflexionaran sobre la naturaleza del parentesco y las terminologías (González Echevarría, 1994a: 11-12, 1994b).

Durante los años 50 y 60 del siglo XX se constató que en muchas sociedades melanesias y micronesias la ideología de los grupos de filiación unilineal coexistía con una composición bilateral de los grupos, lo que, en unos casos, se explicaba más por una suma de descendencias paterno-filiales que por la descendencia de un antepasado común, y, en otros, por la acción conjunta de la descendencia patrilateral o matrilateral, la coresidencia y la participación en intercambios, guerras o rituales de culto (González Echevarría, 1994a: 29-33).

En *Pul Eliya, a village in Ceylon: a study of land tenure and kinship* (1961), Leach señaló que la teoría de la filiación había exagerado la importancia social de la filiación unilineal, pues su trabajo de campo le había llevado a concluir que la proximidad geográfica y la cooperación en la producción eran los fundamentos de la organización grupal corporativa. Además, observó que la vida social de las personas no se atenía a un principio unilineal estricto ni a una pauta bilateral definida, privilegiando en unas ocasiones las relaciones de filiación y, en otras, las relaciones de afinidad, ya que la propiedad y la transmisión de la tierra primaban sobre el parentesco (Grau, 2006: 76-77).

En *Rethinking Anthropology* (1961) criticó nuevamente la teoría de la filiación por no haber considerado las relaciones de afinidad en sus explicaciones y haberlas encubierto bajo el concepto de descendencia complementaria. Si bien en unas sociedades los individuos estaban vinculados a sus progenitores por consanguinidad, es decir, por descendencia, otras sociedades podían concebir que los individuos descendían de un progenitor y eran aliados del otro, de modo que no podía hablarse del padre sino del esposo de la madre, ni de la madre sino de la esposa del padre. Las relaciones de afinidad otorgaban a las relaciones sociales la necesaria flexibilidad para que los individuos pudieran desenvolverse siguiendo sus propios intereses (González Echevarría, 1994a: 17-18).

La inconsistencia entre la ideología de filiación unilineal y la composición bilateral de los grupos llevó a cuestionar primeramente la generalización del principio de filiación más allá de África y posteriormente la filiación unilineal como principio explicativo de las sociedades africanas. El principio de filiación unilineal y la estructura política de linajes debían ser entendidos como una ideología, una representación social que proporcionaba los valores dominantes en las relaciones corporativas entre comunidades residenciales, mientras que, en el seno de estas comunidades locales, las relaciones entre los individuos se basaban en relaciones de parentesco bilaterales dado que genealógicamente los vínculos a través de los hombres eran considerados análogos a los vínculos a través de las mujeres (González Echevarría, 1994a: 34-38).

Por otro lado, en esos mismos años, los distintos análisis de las terminologías de parentesco, que habían tratado de aprehender los significados de los términos nativos, llevaron finalmente a cuestionar la universalidad del espacio genealógico y de los significados primarios de los términos de parentesco y a evidenciar su carácter etnocéntrico. Así, en la obra colectiva *The Development Cycle in Domestic Groups* (1958), analizando la sociedad trobriand, Leach sostuvo que ni los grupos ni los términos usados para denominar tipos de personas podían explicarse a partir de la universalidad del espacio genealógico o de los significados primarios que esta supuesta universalidad confería a los términos de parentesco. Ni los clanes trobriand eran grupos genealógicos, sino categorías de personas, ni los términos de parentesco eran términos genealógicos, sino categorizaciones que enseñaban a los individuos a reconocer los grupos sociales significativos existentes en la estructura social en la que vivían (González Echevarría, 1994a: 41-46).

2.2 Las críticas radicales del parentesco

Las críticas radicales a la antropología del parentesco tuvieron, por tanto, su origen en los cuestionamientos de dos supuestos básicos que se habían realizado en las décadas de 1950 y 1960: la generalización del principio de filiación como norma de adscripción unilineal al grupo fuera de las sociedades africanas, incluso, como único principio de parentesco en las relaciones sociales en los distintos grupos africanos, y la universalidad del espacio genealógico o parentesco bilateral, entendido como un sistema de posiciones relativas que vincula a los individuos por relaciones de consanguinidad y afinidad, y que sirve para organizar la reproducción y, en muchas sociedades, también la producción (González Echevarría, 1994a: 41). Serían Needham y Schneider quienes llevaron estas críticas al extremo y convulsionaron la antropología del parentesco. También tuvieron una incidencia importante las críticas de otros autores como Sperber y Kuper.

a) La crítica de Needham

Needham, en *Rethinking Kinship and Marriage* (1971), criticó duramente a la antropología del parentesco, acusando a las grandes teorías de la filiación y la alianza de realizar generalizaciones teóricas basadas en unos pocos casos etnográficos, y denunciando la falta de rigor en la utilización de los conceptos “parentesco”, “matrimonio”, “filiación”, “incesto” y “terminologías”, cuyas definiciones, habiendo sido continuamente adaptadas a las variaciones etnográficas, resultaban polisémicas y carentes de precisión al englobar fenómenos distintos, y, por tanto, sus capacidades explicativas y comparativas estaban seriamente limitadas. La utilidad de dichos conceptos residía en que hacían referencia a fenómenos con un aire de familia, permitían conocer aproximadamente los temas a los que aludían, pero no constituían conceptos teóricos dado que su utilización resultaba imprecisa en el análisis y confusa en la comparación cultural (González Echevarría, 1994a: 18-19; 1995: 97; 2004; Grau, 2006: 78).

Needham planteó que el parentesco debía ser redefinido con una hipótesis mínima: aquello que estuviera relacionado con la adjudicación de derechos —pertenencia al grupo, sucesión a cargos, herencia de propiedades, localidad de residencia, tipo de ocupación, etc.— y su transmisión de generación en generación. Y señaló que estos derechos transmisibles no tenían por qué ser concebidos genealógicamente en todas las sociedades. A partir de esta definición concluyó que cuando se hablaba de parentesco, en realidad, no se estaba haciendo referencia a hechos sociales concretos, esto es, el parentesco no existía, y, por ende, los antropólogos no podían pretender elaborar teorías sobre el parentesco (González Echevarría, 1994a: 19-20; Grau, 2006: 79).

En cuanto al matrimonio, retomó la reflexión que Leach había realizado en 1955 en su artículo en la revista *Man*, “Polyandry, Inheritance and the Definition of Marriage”: el matrimonio no era una unión entre un hombre y una mujer para otorgar legitimidad social a sus hijos, sino un conjunto de derechos que vinculaban a hombres y mujeres y que comprendían su trabajo, sus propiedades, su sexualidad y sus hijos. Needham añadió que, además, había que incorporar todas las ideas morales y místicas vinculadas a dichos derechos, lo que requería describir y explicar el matrimonio en función de cada contexto etnográfico, imposibilitando así que pudiera ser utilizado como un concepto preciso para el análisis y la comparación transcultural (González Echevarría, 1994a: 20).

La filiación era un término que hacía referencia a la transmisión de clases de derechos y, si las formas de transmitir distintos derechos eran distintas, no se podían establecer tipos homogéneos como filiación matrilineal o sociedad matrilineal. En cada sociedad debía estudiarse cómo se transmitían los diferentes derechos —nombre, residencia, herencia, pertenencia al grupo, etc.— y, si todos ellos eran transmitidos del mismo modo, es decir, por la vía paterna o la vía materna, entonces se podía hablar de sociedades patrilineales o matrilineales. Las sociedades que presentaran otras modalidades de transmisión de los derechos, debían ser clasificadas siguiendo otra tipología: bilineal, alternada, paralela o cognaticia (González Echevarría, 1994a: 20-21).

Las terminologías de parentesco, en cambio, debían ser sustituidas por los principios clasificatorios presentes en diferentes grados en cada terminología, teniendo en cuenta factores como la edad relativa, la residencia o la agrupación de parientes por su importancia social, pero también por su irrelevancia (González Echevarría, 1994a: 21).

El incesto tampoco era un concepto bien definido, pues si bien hacía referencia a las reglas que regulaban el acceso a las mujeres prohibiendo contraer matrimonio con determinados parientes, dichas prohibiciones matrimoniales debían ser descritas y explicadas en el seno de cada sistema sociocultural, teniendo en cuenta, además, que suponían implicaciones morales asociadas a tradiciones culturales específicas. Lo único que tenían en común las reglas matrimoniales englobadas bajo el concepto de incesto era su carácter de prohibiciones, de modo que incesto no era un concepto sociológico universal y, por ende, no podía postularse una teoría general del incesto (González Echevarría, 1994a: 22; 2012: 92-93).

Sus críticas a los conceptos utilizados en la antropología del parentesco, llevaron a Needham a proponer que la antropología debía reorientarse a “comprender en un caso tras otro los esquemas con los que cada cultura ordena su experiencia a partir de los medios lógicos y psíquicos que constituyen los recursos elementales disponibles para hacerlo” (González Echevarría, 2012: 96).

b) La crítica de Schneider

En este contexto de debate sobre la naturaleza del parentesco, Schneider propuso estudiar el parentesco en una sociedad donde apareciera menos contaminado, donde no presentara tantas conexiones con los ámbitos de la economía, la política o la religión como en las sociedades tradicionales. Fruto de dicha propuesta será su obra *American Kinship. A Cultural Account* (1968) donde analizó el parentesco americano concebido como un sistema cultural (González Echevarría, 1994a: 62).

La consanguinidad entre individuos presentaba dos dimensiones, el orden de la naturaleza y el orden de la ley, es decir, suponía que, además de compartir una sustancia biogenética común entre padres e hijos, debía haber un cierto tipo de relación y, por tanto, la existencia de un código de conducta formado por normas, costumbres y tradiciones. Si se daban los dos órdenes, la naturaleza y la ley, entonces, teníamos parientes completos —consanguíneos en términos folk—. Cuando faltaba uno de esos dos componentes, entonces teníamos parientes naturales —solamente por naturaleza— o políticos —solamente por ley— (González Echevarría, 1994a: 63; González Echevarría y cols., 2010: 99).

La cultura, formada por sistemas de símbolos y sus significados, era compleja y flexible. En la familia había dos clases de amor, el conyugal y el cognaticio, aunque en ambos casos se establecían relaciones de solidaridad difusa y duradera. El pariente, junto a los rasgos que lo definían como pariente, era una persona que contaba con atributos procedentes de otros subsistemas simbólicos —sexo, edad, estatus socioeconómico, lugar

de residencia, etc.—. La familia, además de un grupo de parientes, era un grupo de personas, y en ella el amor, el más flexible de los símbolos, podía expresarse de diferentes formas en mujeres, hombres y niños. La flexibilidad estaba presente también en el sistema normativo de parentesco, una flexibilidad que permitía que un individuo fuera clasificado como pariente en función de los atributos que lo definían como persona. Por tanto, denominar a una persona con un término de parentesco, no la convertía necesariamente en un pariente (González Echevarría, 1994a: 63-64).

Si al hecho de denominar a una persona con un término de parentesco no significaba necesariamente que fuera considerada un pariente, le sumábamos que los símbolos que definían a una persona como pariente eran utilizados para nombrar a quienes compartían una religión y/o una nacionalidad, entonces se podía concluir que no existía un dominio específico llamado parentesco que pudiera ser analizado y permitiera aprehender la estructura del sistema cultural (González Echevarría, 1994a: 63-64).

En *A Critique of the Study of Kinship* (1984), donde expuso su segunda interpretación sobre la cultura yap, Schneider volvió a defender la tesis de que el parentesco no constituía un dominio específico en el seno de los sistemas culturales.

En el primer estudio sobre la sociedad yap, realizado entre 1949 y 1962 a la luz de la teoría de la filiación, había definido el *tabinau* como una unidad básica formada por dos tipos de grupos sociales: una familia extensa patrilocal y un linaje patrilineal. Un poblado, *binau*, estaba constituido por varios *tabinau*. Cada *tabinau* era propietario de ciertos lotes de tierra y, además de ser una unidad de producción, distribución y consumo, tenía funciones políticas y religiosas (González Echevarría, 1994a: 59-60; 1994b).

La transmisión de la autoridad y la sucesión a los cargos se realizaba por vía patrilineal. Los cargos se transmitían del hombre más viejo al más joven dentro de una misma generación del *tabinau*, los *wolagen* —hijos del padre y primos paralelos patrilaterales—. *Citamangen* era el término de parentesco que hacía referencia al padre, los hermanos del padre y los primos paralelos del padre, y los hijos eran denominados *fak*. No obstante, los términos *citamangen-fak* eran usados como términos de apelación en circunstancias muy especiales, y *citamangen* sólo era utilizado para nombrar al padre real, el esposo de la madre, y, si éste fallecía, al hombre que lo sustituyera. *Citiningen*, del mismo modo, era el término usado para referirse a la esposa del padre. *Citamangen* también era el término que se utilizaba para referirse al padre de varios hermanos que contaban con esposas e hijos y al jefe que se encargaba de llevar las relaciones con los demás *tabinau* (González Echevarría, 1994a: 60; 1994b).

En su segunda aproximación a la cultura yap³⁶, señaló que, en realidad, el *tabinau* no era un linaje, no estaba integrado por los descendientes de un antepasado común por vía patrilineal, pues las relaciones *citamangen-fak* no eran pensadas como relaciones de descendencia, las hermanas dejaban de pertenecer al grupo cuando contraían matrimonio, las esposas eran consideradas miembros del grupo, algunos hijos perdían sus

³⁶ Schneider revisó su primera interpretación sobre la cultura yap a raíz de la lectura de la etnografía sobre los yap que Labby publicara en 1975.

derechos cuando cometían un delito grave, y otros hombres adquirirían derechos, al igual que las esposas, no por nacimiento sino gracias a su trabajo (González Echevarría, 1994a: 67; 1994b).

El *tabinau* tampoco podía ser interpretado como una familia extensa patrilocal, pues la relación *citamangen-fak* no era una relación padre-hijo. Es más, la relación *citamangen-fak* no era una relación de parentesco, no era concebida como una relación de descendencia en la que el *fak* descendía del *citamangen*, sino una relación de dominación basada en el control sobre una parcela de tierra que otorgaba al *citamangen* un estatus de autoridad, superioridad e independencia frente al estatus de obediencia, respeto y dependencia del *fak* (González Echevarría, 1994a: 66-67; 1994b).

Esta concepción de la relación *citamangen-fak* explicaba que, cuando el hombre que proveía alimento a los hijos de su esposa, *fak*, fallecía, el nuevo esposo de la madre o el hombre del *tabinau* que se encargara de su alimentación, fueran denominados *citamangen*. Igualmente explicaba que, cuando un hombre se volvía anciano y dependiente, se convirtiera en *fak* del hijo de su esposa, que el hijo de la esposa fuera *fak* mientras cumpliera sus deberes, de modo que, si un anciano no era atendido por el hijo de su mujer, otro hombre podía hacerse cargo de su cuidado y proporcionarle alimentos, convirtiéndose en *fak* del anciano, lo que suponía que el hijo de la esposa perdiera sus derechos en el *tabinau*, mientras el nuevo *fak* heredaba los derechos sobre la tierra del anciano una vez fallecido. Y también explicaba que los términos *citamangen-fak* fueran utilizados para nombrar la relación entre el jefe y los miembros del *tabinau* o la relación entre los poblados con tierra y los poblados que carecían de tierra y debían obtenerla en los *tabinau* de otros poblados (González Echevarría, 1994a: 66-67; 1994b).

Estas reflexiones le llevaron a concluir no sólo que la teoría de la filiación era errónea, sino que la antropología había estudiado el parentesco en las diferentes culturas basándose en dos premisas: la vinculación entre la madre y los hijos y la vinculación que la crianza de los niños generaba entre el hombre y la mujer, haciendo que el padre siempre estuviera presente, aunque fuera como esposo de la madre. Dichas premisas suponían la existencia de unas relaciones genealógicas universales, que Schneider denominó el postulado de la “Unidad Genealógica de la Humanidad” (González Echevarría, 1994a: 67-68; 1994b).

La antropología había asumido que todas las sociedades habían reconocido y reconocían las relaciones biológicas entre los progenitores y su progenie, lo que permitía hablar en todas ellas de padres y madres, hijos e hijas, hermanos y hermanas. El parentesco biológico, el hecho biológico de que las mujeres alumbran hijos, era el fundamento de un espacio genealógico universal que permitía la comparación cultural, aunque luego cada cultura podía reconocer ciertas relaciones de parentesco, ignorar o eliminar otras, o utilizar un determinado tipo de relación de parentesco para constituir grupos corporativos. Schneider concluía así que, desde mediados del siglo XIX, los antropólogos europeos y americanos siempre habían analizado las demás culturas proyectando sus propias nociones culturales de parentesco: la prioridad de las relaciones genealógicas en el parentesco, “el peso de la sangre” en las relaciones sociales, así como en la constitución de

la naturaleza, el carácter y el comportamiento humanos, no era un postulado universal sino un postulado básico de la cultura occidental (González Echevarría, 1994a: 67-68; 1994b; 1995: 100).

El parentesco, por tanto, no podía ser considerado un dominio analítico, y la mejor opción era abandonar la noción de parentesco, del mismo modo que debían abandonarse también las nociones de economía, política o religión, para proceder a la búsqueda de las categorías o las unidades presentes en cada cultura, es decir, los símbolos y los significados de cada cultura particular. Una vez realizada esta labor, sin la influencia distorsionadora de las explicaciones teóricas, podría emprenderse la comparación cultural y el desarrollo de procedimientos y conceptos analíticos (González Echevarría, 1994a: 68-69; 1994b).

c) La crítica de Sperber

Sperber, en *On Anthropological Knowledge* (1985), realizó una crítica similar a Needham cuando analizó los términos que los antropólogos utilizaban para traducir términos nativos durante el trabajo etnográfico. Cuando un término nativo no podía ser traducido directamente, los antropólogos trataban de aproximarse a su significado usando un término con implicaciones pragmáticas comparables, tomando prestado el término, o utilizando un término conocido al que se le atribuía un determinado significado después de despojarle de su significado habitual. Aparte de que estas tres formas de aproximarse a los términos nativos no siempre aparecían claramente especificadas, estos términos se introducían para tratar de aprehender nociones nativas muchas veces polisémicas. Pero el mayor inconveniente radicaba en que estos términos inapropiados eran introducidos en la reflexión teórica encaminándola hacia cuestiones mal planteadas desde un principio, pues su definición imprecisa y adaptada al contexto etnográfico no aseguraba que “estos términos se correspondieran con clases distintas y homogéneas de problemas” (González Echevarría y cols., 2010: 95-96).

d) La crítica de Kuper

Kuper, en *The Invention of The Primitive Society. Transformations of an Illusion* (1988), estaba de acuerdo con Schneider en la crítica a las teorías de parentesco y en que la antropología debía analizar las culturas concibiéndolas como sistemas singulares, pero discrepaba en las razones que llevaron a la antropología a construir una explicación teórica errónea sobre el parentesco.

El punto de partida no había sido la proyección del parentesco biológico europeo sobre el resto de las culturas, sino una ilusoria oposición entre las sociedades basadas en el parentesco y las sociedades basadas en el territorio. La ilusión de la sociedad primitiva tuvo su origen en la antropología de la segunda mitad del siglo XIX cuando fue concebida al mismo tiempo como una antítesis de la sociedad occidental y como un “retrovisor etnográfico” que permitía descubrir la génesis y la evolución de la sociedad occidental estudiando en el presente sociedades que ocupaban la misma posición en el proceso

evolutivo de la humanidad que la sociedad occidental había ocupado en el pasado (González Echevarría, 1994a: 69; Grau, 2006: 84).

Este prototipo se convirtió en un modelo que sería asumido sin ser cuestionado por el evolucionismo, la teoría de la filiación y la teoría de la alianza debido a factores políticos, ideológicos y académicos que fueron forjando los contextos en los que los antropólogos realizaron su trabajo. La idea de la sociedad primitiva resultó ser útil para los propósitos colonizadores del imperialismo y para los discursos nacionalistas que reivindicaban la soberanía de un territorio, incluso su supremacía sobre otras naciones, evocando la raza y el pasado de las sociedades ancestrales. Incluso, hubo antropólogos, como Maine, que, en el debate sobre cómo gobernar los territorios coloniales de la India, se opusieron a la aplicación de un código civil y la extensión del sufragio, y se posicionaron a favor de mantener los sistemas tradicionales basados en las familias, no en los individuos, relacionadas por estatus social, no por contrato, y con una concepción colectiva de la propiedad (González Echevarría, 1994a: 69-70; Grau, 2006: 84-85).

Pero el modelo de la sociedad primitiva también perduró como consecuencia de las luchas de poder que acompañaron al reconocimiento de la antropología como disciplina académica, al peso de los paradigmas en la ciencia que imposibilitó que los cuestionamientos realizados por ciertos antropólogos pudieran modificar el modelo, y a que el pensamiento científico, al igual que el artístico o el primitivo, opera a base de transformaciones (González Echevarría, 1994a: 69-70).

3. Las críticas a Schneider

Las críticas de Schneider dejaron una huella profunda y perdurable en la antropología del parentesco, especialmente en el medio académico norteamericano, pero, si bien se tomaron en cuenta sus advertencias y su proposición epistemológica, en muchos casos desarrollándolas o propiciando el estudio de nuevos ámbitos y de nuevas aproximaciones teóricas al parentesco, también hubo reacciones contra sus inconsistencias metodológicas y sus postulados relativistas (Grau, 2006: 89-106).

En su artículo “Kinship Studies in late Twentieth-Century Anthropology” publicado en 1995 en la revista *Annual Review of Anthropology*, Peletz señaló los fallos metodológicos en que había incurrido Schneider en su análisis al generalizar conclusiones sobre la particularidad del parentesco como fenómeno cultural, homogeneizar excesivamente las culturas, no teniendo en cuenta la variabilidad existente dentro la singularidad cultural, o ignorar las formas de vinculación entre los individuos que pudieran ser relevantes en el grupo al margen del parentesco (Grau, 2004; 2006: 89 y 105).

Goodenough, en una obra conjunta que analizaba la influencia de Schneider en la antropología del parentesco, *The Cultural Analysis of Kinship. The Legacy of David M.*

Schneider (2001), criticó su rechazo a definir provisionalmente ciertos metaconceptos antes de emprender la descripción y la comparación cultural. Y si bien estaba de acuerdo con Schneider en que las culturas constituían sistemas particulares, su particularidad no impedía la comparación entre culturas, ya que siempre se llevaba a cabo sobre “la base de regularidades y diferencias significativas en relación con variables sociales o culturales específicas” (Grau, 2004; 2006: 90 y 95).

Por otra parte, señaló que Schneider había confundido el significado antropológico de consanguinidad con el uso legal y cultural que se le otorgaba en Europa y Norteamérica. Y al definir el parentesco como un sistema simbólico ignorando su base biológica, había cometido el error de asumir que la genealogía siempre debía mostrar cómo las personas se vinculaban por lazos biológicos, suposición que la etnografía había refutado, y no contemplaba un hecho universal: en todas las sociedades las mujeres engendraban hijos y necesitaban ayuda en su crianza, para alimentarlos, cuidarlos y socializarlos (Grau, 2006: 83, 89-90).

Montague, en su contribución a esa misma obra, argumentó que la etnografía había demostrado que en muchas culturas se seleccionaban hechos biológicos relacionados con la procreación y la crianza, aunque los hechos seleccionados variaban en función de las diferentes culturas, para establecer relaciones significativas y diferenciales entre los individuos, así como los derechos y los deberes. Por tanto, sin postular la universalidad de las relaciones genealógicas, reconociendo que en el pasado se habían proyectado categorías occidentales en el análisis de otros contextos culturales, se podía sostener la existencia del parentesco en muchas sociedades en la medida que ciertas relaciones sociales tenían su fundamento en los vínculos biológicos. La dificultad estribaba en definir los conceptos de forma que se pudiera acometer la comparación cultural preservando las distintas nociones culturales de parentesco (Grau, 2006: 93-94).

González Echevarría manifestó su desacuerdo con los argumentos epistemológicos esgrimidos por Schneider en sus críticas a la antropología del parentesco y en su propuesta teórica de reorientar la disciplina hacia el relativismo cultural. Si todos los supuestos de la antropología no eran más que “proyecciones etnoepistemológicas” de la cultura occidental, entonces no sólo se debía abandonar la noción de parentesco, sino también la antropología como ciencia. El conocimiento antropológico, como todo conocimiento científico, debía concebirse como un conocimiento provisional y, por tanto, susceptible de ser sometido a la crítica y la revisión (1994a: 70-72; 1994b: 20-21; 1995: 101-102).

Además, no todos los estudios de la antropología clásica del parentesco presentaban la misma carga etnocéntrica en sus análisis teóricos, pues si bien se utilizaron conceptos occidentales para describir y explicar fenómenos similares a los existentes en las culturas de los antropólogos, se definieron conceptos teóricos más precisos en los análisis de fenómenos inexistentes o no visibilizados en las sociedades euroamericanas, como los grupos de filiación o los sistemas de alianza matrimonial. Ni la teoría de la filiación ni la teoría de la alianza matrimonial fueron teorías erróneas, al contrario, fueron teorías desarrolladas y completadas en diferentes periodos del siglo XX mostrando ambas los

límites de sus dominios de aplicación (González Echevarría y cols., 2010: 96-97; González Echevarría, 2011: 30).

Por otra parte, la propuesta de acometer el estudio de las culturas particulares antes de proceder a la comparación cultural y la definición de conceptos analíticos, no es factible llevarla a cabo, pues los antropólogos, además de aproximarse a las culturas a través de conceptos teóricos y de sus propias categorías culturales o de sentido común, lo hacen también con conceptos preteóricos que se asumen como no problemáticos. El segundo análisis que Schneider realizara sobre la cultura yap criticando la teoría de la filiación y señalando el etnocentrismo del espacio genealógico universal, era una buena muestra de ello (González Echevarría, 1994a: 71-72; 1994b: 21-22; 1995: 101).

Los conceptos preteóricos que se introducen en la segunda descripción son conceptos tales como hijo biológico de una mujer, hijo adoptivo de los hombres y las mujeres de un *tabinau*, matrimonio, madre, esposo de la madre, es decir, conceptos de parentesco. ¿Por qué se introducen? Porque el *tabinau* es un grupo integrado por los hombres que en él nacen—salvo excepciones— y por los hijos engendrados por las mujeres que se casan con los hombres del *tabinau*. (González Echevarría, 1994a: 72)

La introducción de conceptos preteóricos también había estado presente en su estudio previo sobre el parentesco americano al identificar como símbolos y significados pertenecientes al parentesco aquéllos asociados a las relaciones de parentesco tal y como son concebidas en las sociedades occidentales. El estudio de las sociedades no occidentales tenía, entonces, dos opciones: una era considerar como relaciones de parentesco las relaciones sociales similares a las que se dan en el parentesco occidental, de modo que inevitablemente se incurriría en proyecciones etnocéntricas; y la otra era definir el dominio analítico del parentesco teórico teniendo como objetivo la comparación cultural (González Echevarría, 2011: 38).

4. El dominio analítico de la antropología del parentesco

Las críticas radicales al parentesco, señalando el carácter impreciso, polisémico y etnocéntrico de los conceptos teóricos y negando que el parentesco pudiera ser definido como un dominio en el análisis de los sistemas culturales, provocaron que la antropología del parentesco tomara dos vías. Una vía ha sido el estudio de singularidades culturales, reanalizando el parentesco euroamericano o enfocándose en los nuevos ámbitos del parentesco que estaban apareciendo en las sociedades occidentales: “las nuevas tecnologías reproductivas, las adopciones internacionales, el parentesco homosexual, las familias monoparentales y reconstituidas, las consecuencias conceptuales y políticas de la biotecnología” (González Echevarría y cols., 2010: 97).

La otra vía ha sido proponer nuevas perspectivas que propiciaran la comparación transcultural, entre ellas, la definición del concepto de *relatedness* (Bouquet y Carsten) para mostrar que las relaciones personales más cercanas no siempre se daban entre parientes sino también entre compadres, amigos o vecinos, la propuesta de evaluar la validez transcultural del modelo de Schneider para el parentesco americano, que se modificó proponiendo dos nuevos órdenes: el orden de la participación y el orden de la ley (Galvin), o los modelos teóricos evolutivos elaborados por Meillassoux —sociedades de adhesión, sociedades adélficas y sociedades aristocráticas—, sosteniendo que la consanguinidad no era un concepto científico sino una ideología propia de las sociedades aristocráticas (González Echevarría y cols., 2010: 97-101).

La ausencia de un enfoque transcultural en los estudios centrados en el parentesco euroamericano, el carácter impreciso y polisémico del concepto *relatedness*, la proyección etnocéntrica presente en la propuesta de Galvin al seguir hablando de los símbolos asociados al parentesco, o el evolucionismo unilineal y la falta de adecuación etnográfica de los modelos de Meillassoux, llevaron al Grupo de Estudio Transcultural del Parentesco (GETP) a buscar una nueva perspectiva que permitiera una comparación transcultural lo más precisa y comprensiva posible (González Echevarría, 2002: 417; González Echevarría y cols., 2010: 97-101).

Aurora González Echevarría y los miembros del GETP³⁷ propusieron que el dominio analítico de la antropología del parentesco comprende la regulación sociocultural de la procreación, la adscripción y la crianza de los niños (González Echevarría y cols., 2010: 101). Pero el dominio analítico no debe ser entendido como un conjunto de fenómenos sino como “la perspectiva desde la que se estudian los fenómenos”, a la manera que Weber³⁸ concebía los fenómenos económicos:

(...) un fenómeno tiene la cualidad de “económico” sólo en la medida y por el tiempo en que nuestro interés se dirija de manera exclusiva a la significación que posee respecto de la lucha por la existencia material. (Weber, 1973: 54, citado en González Echevarría, 2010a: 339)

Esta aclaración insistiendo en que la definición es una perspectiva, y no un conjunto de fenómenos, trata de evitar la confusión operada en los estudios clásicos cuando consideraban como parentesco las funciones políticas, económicas o religiosas de ciertas instituciones. La delimitación teórica de la antropología del parentesco requiere tener en cuenta que todas las instituciones sociales en todos los sistemas socioculturales presentan siempre una naturaleza poliédrica, multifuncional y polisémica, por lo que deben estudiarse sólo los elementos y los aspectos de las instituciones que guardan relación con la definición del parentesco propuesta (González Echevarría, 2010c: 55-57).

³⁷ Irina Casado, Virginia Fons, Jorge Grau, Carme Parramón, Anna Piella, Dan Rodríguez, Pepi Soto, Hugo Valenzuela y María Valdés.

³⁸ Weber, M. (1973 [1904]). “La ‘objetividad’ cognoscitiva de la ciencia social y de la política social”. En *Ensayos sobre la metodología sociológica*. Buenos Aires: Amorrortu.

4.1 Los precedentes teóricos

La propuesta de definición del dominio transcultural de la antropología del parentesco tiene dos precedentes teóricos en Engels y, sobre todo, en Malinowski. Engels, en su obra *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado* (1884), siguiendo la tesis del materialismo histórico, expuso que la historia de la humanidad venía determinada por la producción de los medios necesarios para la supervivencia —comida, ropa, vivienda, instrumentos de producción— y por la reproducción biológica de los seres humanos como especie (González Echevarría y cols., 2010: 101-102).

Malinowski, a lo largo de su obra, analizó el ámbito del parentesco desde una perspectiva relativista y comparativa. Ya en su primera etnografía, *The Family Among the Australian Aborigines. A Sociological Study* (1913), observó que la consanguinidad no estaba presente en el fundamento de todos los sistemas de parentesco, pues muchos grupos aborígenes australianos no reconocían la paternidad fisiológica, no otorgaban al hombre ningún papel en la generación de un nuevo ser humano. Viendo las diferencias existentes entre el parentesco aborígen australiano y el parentesco europeo, expuso que los sistemas de parentesco variaban de una sociedad a otra y los antropólogos debían estudiar cómo el parentesco era concebido en cada sociedad. El estudio comparativo de los sistemas de parentesco requería, entonces, una definición que estableciera los elementos constantes y los elementos variables que caracterizaban el parentesco en las distintas sociedades humanas (Valdés, 2011: 60-64).

Los elementos constantes presentes en los sistemas de parentesco de todas las sociedades humanas debían guardar relación con el acto de la procreación, un proceso fisiológico que, en los seres humanos, especie sexuada, estaba en la base de la descendencia. Se podía enunciar, entonces, que la mayoría de las sociedades humanas reconocían el vínculo entre los progenitores y su descendencia, entendido como la relación próxima que se daba entre los niños, una mujer, que era siempre la madre biológica, y un hombre, que era el esposo de la madre y no tenía por qué ser el padre biológico. Malinowski denominó a este vínculo entre los progenitores y su descendencia *parentesco parental individual*, y señaló que, aun siendo un rasgo muy extendido en las sociedades humanas, no se trataba de una relación de parentesco universal (Valdés, 2011: 65-66).

El elemento constante del parentesco, el vínculo entre los miembros del grupo parental o familia individual, estaba condicionado por los elementos variables que determinaban su significado específico en cada sociedad, entre ellos, destacaban las ideas colectivas que describían qué era el parentesco y los sentimientos colectivos que establecían cómo debía ser la dimensión emocional de las relaciones parentales (Valdés, 2011: 67).

En su obra póstuma, *A Scientific Theory of Culture and Other Essays* (1944), Malinowski, entre otras cuestiones, expuso sus reflexiones sobre la naturaleza humana, la cultura y el parentesco teniendo siempre como horizonte teórico la comparación cultural. Estas cuestiones son relevantes en la propuesta de la definición del dominio analítico de la antropología del parentesco, pues Malinowski no sólo realiza reflexiones metodológicas y

teóricas, sino también expone una serie de supuestos ontológicos (González Echevarría, 2010c: 59-60; Valdés, 2011: 79).

El fundamento que hace posible la comparación entre las diferentes culturas humanas radica en que todas las culturas deben afrontar una serie de problemas universales relacionados con los hechos biológicos propios de la especie humana. El conjunto de los hechos biológicos que definen la naturaleza humana son respirar, comer, beber, dormir, satisfacer el apetito sexual, procrear, alternar periodos de actividad y descanso, eliminar sustancias superfluas de su organismo y responder al temor y al dolor. Todos los seres humanos deben satisfacer estos impulsos básicos allá donde vivan y en cualquier cultura a la que pertenezcan (González Echevarría, 2010 c: 60; Valdés, 2011: 79-80).

La satisfacción de los impulsos básicos, los elementos constantes, se realiza siempre en el marco de la cultura, por tanto, tiene una codeterminación cultural que propicia la variabilidad, donde entra en juego también el ambiente físico en el que vive el grupo humano. Los hechos biológicos propios del organismo humano y los condicionantes del ambiente físico imponen una serie de condiciones que deben cumplirse para garantizar la supervivencia del individuo y el grupo: éstas son las denominadas *necesidades básicas*. Además de las necesidades básicas, aparecen las *necesidades derivadas* o las condiciones necesarias para la supervivencia impuestas por la cultura (González Echevarría, 2010c: 60; Valdés, 2011: 80).

Todas las culturas están sometidas a una serie de imperativos instrumentales e integrativos “—producción del patrimonio cultural, regulación de la conducta humana, formación del elemento humano, definición de la autoridad y sus poderes renovados y transmisión a través del lenguaje y la tradición—, cuyos concomitantes culturales serían la economía, el control social, la política, la educación y el simbolismo” (González Echevarría, 2010c: 60).

El ámbito del parentesco es el concomitante cultural de la necesidad básica de la reproducción, aunque no se trata de una necesidad básica del organismo humano sino del grupo humano (González Echevarría, 2010c: 60-61; Valdés, 2011: 80).

Las características específicas de la reproducción humana, principalmente el prolongado lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento de una criatura humana hasta que puede valerse por sí misma, imponen unas condiciones universales que todos los sistemas socioculturales deben regular de algún modo: ése es el ámbito del parentesco. (Valdés, 2011: 81)

Pero Malinowski considera que el parentesco no se ciñe a la procreación, la adscripción y la crianza de los niños, sino que también incluye las relaciones sociales que se tejen a partir de estos procesos. La crianza de los niños genera unas relaciones entre los niños y los cuidadores que se prolongan durante toda la vida, propiciando que, cuando los hombres y las mujeres se vuelven nuevamente dependientes en su vejez, sean cuidados por los adultos que ellos cuidaron durante su infancia (Valdés, 2011: 81).

4.2 Supuestos básicos

La propuesta de que es posible definir un dominio analítico que puede ser estudiado por la antropología del parentesco parte del supuesto central de que “ninguna cultura dejó al azar, o a la creatividad, o a la improvisación de los individuos, su reproducción biológica. Aún más: ningún grupo humano dejó al azar la reposición de sus miembros, sea ésta por procreación, adscripción y crianza de niños o por incorporación de adultos de otros grupos” (González Echevarría y cols., 2010: 102).

La crianza debe ser entendida como los cuidados que se otorgan a los niños desde su nacimiento hasta que alcanzan la madurez social, es decir, hasta que dejan de ser dependientes. En los grupos humanos, la crianza de los niños no sólo supone la satisfacción de sus necesidades básicas para garantizar su supervivencia biológica, sino también su integración en la sociedad en la que viven. Como no es posible abarcar todos los procesos de enculturación y socialización, ya que requeriría abarcar todo el sistema sociocultural, se establece que lo que requiere incluirse es la responsabilidad última sobre los procesos de enculturación y socialización hasta que los niños puedan desenvolverse por sí solos en la vida social del grupo (González Echevarría y cols., 2010: 102; González Echevarría, 2010a: 340). La crianza, entonces, puede definirse como:

[...] el conjunto de fenómenos socioculturales que estructuran y encauzan la enculturación de los/as niños/as hasta su madurez social, cubriendo sus necesidades vitales básicas, y que comprenden ideas, normas y prácticas respecto a su manutención, protección y bienestar físico y psicológico, así como el acompañamiento de su inserción social en la comunidad humana de la que son miembros mediante la provisión y regulación de los códigos culturales necesarios para ello. (Grau, 2019: 468)

El segundo supuesto es que es posible definir un concepto transcultural de madurez social, que no tiene por qué corresponder con un concepto folk, pues las sucesivas etapas en la vida de los niños hasta que alcanzan la madurez social son elaboradas en el trabajo etnográfico atendiendo a los cambios en el cuidado y las responsabilidades que aparecen hasta que dejan de ser dependientes (González Echevarría y cols., 2010: 103; González Echevarría, 2010a: 340-341).

El tercer supuesto es que los vínculos que se generan durante la crianza de los niños son fuertes, de modo que las relaciones sociales entre los cuidadores y los niños tienden a mantenerse después de estos últimos alcanzan la madurez social. No obstante, este supuesto es una hipótesis que debe ponerse a prueba durante el trabajo etnográfico (González Echevarría y cols., 2010: 103; González Echevarría, 2010a: 341).

4.3 Definición, límites, intersecciones y articulaciones

Los supuestos mencionados anteriormente llevan a proponer las siguientes definiciones sustantiva y enumerativa del dominio, sus límites, sus intersecciones con otros ámbitos de la antropología y sus articulaciones con elementos externos al dominio (González Echevarría y cols., 2010: 102; González Echevarría, 2010a: 340).

a) Definición sustantiva

“El dominio de la antropología del parentesco está constituido por los fenómenos socioculturales en tanto, y sólo mientras, los vemos desde la perspectiva de la reproducción del grupo por procreación y crianza de los niños, entendida como la reposición de los seres humanos que lo integran a través de la conceptualización y regulación de la generación, la adscripción de los niños, su cuidado, la atribución de la responsabilidad última de su socialización y enculturación hasta su madurez social y las relaciones que a partir de estos procesos se pueden desarrollar a lo largo de la vida” (González Echevarría y cols., 2010: 102).

b) Definición enumerativa

La definición enumerativa propuesta consta de los siguientes ítems (González Echevarría y cols., 2010: 102-103):

1. Ideas, normas y usos relativos al proceso procreativo
 - 1a. Ideas respecto a la formación de los seres humanos
 - 1b. Ideas, normas y usos relativos a la sexualidad reproductiva y a las formas alternativas de procreación
 - 1c. Normas y usos concernientes al embarazo, el parto y el periodo perinatal
2. Adscripción de los niños
 - 2a. Normas y usos relativos a la adscripción de los niños a grupos sociales
 - 2b. Cambios en la adscripción: formas de circulación de niños
3. Cuidado de los niños hasta que alcanzan la madurez social
 - 3a. Especificación social y cultural de madurez social
 - 3b. Personas, grupos o instituciones que se ocupan del cuidado de los niños o son responsables de ellos³⁹

³⁹ No se da por supuesto que las personas, grupos o instituciones implicadas en los cuidados son parejas casadas o no, madres, padres, etcétera, para no proyectar lo que conocemos del parentesco en nuestra sociedad. Pese al papel

- 3c. Personas, grupos o instituciones que son responsables últimos de su socialización y enculturación
4. Representaciones que vertebran los procesos de procreación, adscripción y crianza
5. Relaciones, sentimientos culturalmente pautados y representaciones que se generan e instituyen a partir de los procesos de procreación, adscripción y crianza entre las personas implicadas en ellos, y que se desarrollan a lo largo de la vida.

c) Los límites externos del dominio

La definición del dominio analítico de la antropología del parentesco como el estudio de la regulación sociocultural de la procreación, la adscripción y la crianza de los niños excluye cuestiones tradicionalmente estudiadas en el parentesco, e introduce otros ámbitos normalmente no contemplados, como la legislación de los Estados respecto al cuidado de los niños hasta que alcanzan la mayoría de edad, la sexualidad reproductiva, los sentimientos y los patrones de comportamiento relativos al cuidado de los niños o las representaciones sobre los procesos de formación de los seres humanos (González Echevarría y cols., 2010: 103; Valdés y Piella, 2016: 6).

Los principales límites externos del dominio de la antropología del parentesco son (González Echevarría, 2010a: 343):

- la biología, la etología y la biogenética;
- la representación y el ejercicio de la sexualidad desvinculada de los procesos reproductivos;
- las funciones económicas, políticas o rituales de los grupos de filiación y de la alianza matrimonial;
- los aspectos de los sistemas de género no vinculados a los procesos de procreación y crianza;
- los aspectos de los sistemas educativos no vinculados a los procesos de procreación y crianza;
- los procesos psíquicos que se desarrollan en cada individuo en el contexto de la procreación y la crianza.

evolutivo que haya podido tener la configuración de parejas heterosexuales estables y el papel que históricamente ha tenido el matrimonio en la tradición occidental, su importancia transcultural es una cuestión empírica, no analítica.

d) Intersecciones con otros ámbitos de estudio de la antropología

Partiendo de que la definición del dominio analítico de la antropología del parentesco no constituye un conjunto de fenómenos, sino una perspectiva desde la que se analizan determinados fenómenos, existen intersecciones entre la antropología del parentesco y otras subdisciplinas de la antropología cuando los mismos fenómenos o aspectos de los fenómenos son estudiados desde otras perspectivas teóricas. Las intersecciones más importantes se producen con (González Echevarría, 2010a: 343):

- los sistemas de creencias;
- la representación y el ejercicio de la sexualidad;
- los sistemas de género;
- las instituciones especializadas en salud infantil y materno-infantil;
- los sistemas educativos;
- el cuidado institucionalizado de adultos y ancianos.

Una de las principales intersecciones es la que se da entre el parentesco y los sistemas de género. Los sistemas de género están estrechamente vinculados con el dominio del parentesco, pues los procesos de procreación, adscripción y crianza de los niños constituyen un ámbito fundamental en la construcción de las relaciones de género, proporcionando valiosa información sobre la “preferencia por niño/a, aborto diferencial, cuidados diferenciales a la madre en función de si ha tenido un niño/a, cuidados perinatales diferenciados, orientación y dedicación distintas si es niño/a, etc.” (González Echevarría y cols., 2010: 104).

La estrecha vinculación entre el dominio del parentesco y los sistemas de género radica también en el hecho de que “en todas las culturas las prácticas femeninas han sido y continúan siendo predominantes en los procesos de procreación y crianza, de tal forma que su estudio ilustra las estrategias femeninas que los hacen posibles. Y es necesario prestar especial atención a los grados de consonancia o disonancia de esas estrategias femeninas respecto al tipo de relaciones de género en que se enmarcan, porque el ámbito del parentesco, por el papel que en él tienen las mujeres, puede ser un escenario que contribuya a transformar el sistema de género” (González Echevarría y cols., 2010: 104).

Si bien es cierto que los cambios producidos en el sistema de género han sido el resultado de la toma de conciencia de la desigualdad estructural que rige las relaciones sociales entre hombres y mujeres, los cambios también pueden ser propiciados por razones vivenciales. Ha habido y hay mujeres que, de manera individual, se han rebelado o se rebelan ante el sistema de género dominante, rechazando cumplir ciertos roles de género debido a la insatisfacción personal que les producen o por la conciencia de la injusticia social que suponen. Ahí reside el interés por la incidencia de estas estrategias disruptivas en el sistema de género del grupo social (González, Echevarría, 2010b: 381-382).

e) Articulaciones con elementos externos al dominio

Si bien la definición del dominio analítico de la antropología del parentesco supone que deben considerarse una serie de elementos y sus relaciones, la construcción teórica de los modelos etnográficos lleva a considerar no sólo los elementos del dominio y las relaciones existentes entre ellos, sino también las relaciones que estos elementos mantienen con otros elementos externos al dominio, pertenecientes a otros ámbitos del sistema sociocultural, y que, en ocasiones, pueden resultar fundamentales a nivel explicativo (González Echevarría y cols., 2010: 104; González Echevarría, 2010a: 343-344).

f) Parentesco y parentalidad

En las últimas décadas la parentalidad ha sido incorporado a la antropología del parentesco como el ámbito relacionado con el ejercicio de las funciones parentales, incluso, los estudios sobre parentalidad se han constituido en una alternativa a la antropología clásica del parentesco hasta el punto que, en muchas publicaciones y encuentros académicos, el término “parentalidad” ha sustituido al término “parentesco” (Valdés y Piella, 2016: 7).

El énfasis que la definición del dominio analítico de la antropología del parentesco propuesta por el GETP pone en la crianza de los niños, lleva a considerar que la parentalidad forma parte de la definición de dicho dominio, señalándose que los diversos cuidados físicos, nutricionales y psicológicos que los niños requieren desde su nacimiento hasta que pueden valerse por sí mismos, “pueden ser ejercidos simultánea o sucesivamente por varias personas que tienen o no vinculación biológica con los niños y las niñas”, es decir, pueden ser realizados por otras personas que no sean la madre o el padre biológicos (Valdés y Piella, 2016: 8).

El estudio de las distintas formas de parentalidad, tradicionales y emergentes, se ve enriquecido si se realiza en el marco del dominio analítico de la antropología del parentesco. La parentalidad no sólo comprendería la crianza, los cuidados de los niños hasta que alcanzan la madurez social, sino también otras cuestiones presentes en la definición enumerativa del dominio, las relacionadas con las ideas, normas y usos relativos al proceso procreativo, la adscripción de los niños, y las representaciones, relaciones y sentimientos culturalmente pautados que se generan e instituyen a partir de los procesos de procreación, adscripción y crianza entre las personas implicadas en ellos, y que se desarrollan a lo largo de la vida (Valdés y Piella, 2016: 8).

De este modo, la parentalidad sería entendida como un proceso y como un conjunto de relaciones que, partiendo de la procreación y la crianza y todo lo que ello conlleva, se va construyendo a lo largo del tiempo y acaba convirtiéndose en el componente generador de parentesco. En consecuencia, son los procesos parentales los que constituirían relaciones de parentesco. (Valdés y Piella, 2016: 8)

4.4 Modelos teóricos etnográficos y comparación cultural

Una vez enunciados los supuestos básicos, definido sustantiva y enumerativamente el dominio analítico de la antropología del parentesco, establecidos sus límites externos, sus intersecciones con otros ámbitos de la antropología, señalada la necesidad de realizar articulaciones con elementos externos al dominio, la vinculación existente entre parentesco y parentalidad, se expone, a continuación, la metateoría presente en la elaboración del dominio analítico y que Aurora González Echevarría consideró también como la más fructífera para guiar la construcción de los modelos teóricos etnográficos y la comparación cultural.

a) Las teorías como predicados de estructura

La ciencia debe ser concebida como un conocimiento que se autocorrige y cuya construcción debe tener en cuenta una serie de premisas (González Echevarría, 2010a: 338):

- No existe una delimitación precisa entre conocimiento científico y conocimiento no científico debido a que las teorías son evaluadas utilizando criterios lógicos, pero también criterios pragmáticos.
- El conocimiento tiene un carácter situado, se construye desde una perspectiva, lo que exige la explicitación de los supuestos subyacentes y la contrastación.
- La relación existente entre el conocimiento y el poder requiere que los conceptos y las hipótesis sean sometidos, además de a la crítica empírica, a la crítica que busca desentrañar su genealogía.

La construcción del conocimiento debe partir de estas premisas y seguir una metodología científica que permita contrastar las explicaciones teóricas, teniendo en cuenta que el conocimiento no es el resultado de un método inductivo o deductivo sino abductivo, es decir, se parte de un problema para buscar una explicación que dé cuenta de él (González Echevarría, 2010a: 338; 2012: 101; 2016: 42).

Las teorías deben ser concebidas como predicados de estructura siguiendo la corriente que en la filosofía de la ciencia se denomina *concepción estructural de las teorías científicas*. La concepción estructural de las teorías puede sintetizarse en tres postulados básicos (González Echevarría, 2010a: 338):

- una teoría es una estructura que puede atribuirse a conjuntos de fenómenos o individuos; que se predica de conjuntos de fenómenos;
- una estructura está formada por una serie de elementos, las relaciones entre los elementos y las propiedades de estas relaciones;
- formular una teoría consiste en atribuir a un conjunto de elementos una estructura determinada.

Toda teoría consta de una serie de *modelos* cuya estructura es la estructura de la teoría. Los modelos deben cumplir las *condiciones de ligadura*, según las cuales, las propiedades de un fenómeno, cuando aparece en distintos modelos, deben tener el mismo valor en todos los modelos. Los modelos y las condiciones de ligadura forman el *núcleo de la teoría*. Las porciones de la realidad que son compatibles con el núcleo, es decir, que son concebidas como posibles aplicaciones de la teoría, constituyen la base empírica o el *dominio de aplicaciones* de la teoría (González Echevarría, 2002: 406; 2011: 36; 2015: 107).

Aparte del dominio de aplicaciones, la identificación del componente empírico de la teoría requiere que una parte de las aplicaciones de la teoría sean *aplicaciones realmente propuestas*, aceptadas por todos los miembros de una comunidad científica, destacando entre ellas las *aplicaciones paradigmáticas*, que se proponen en la formulación inicial de la teoría como parte de la teoría, de modo que están ligadas a la teoría durante todo su desarrollo. Posteriormente se van proponiendo otras aplicaciones que, tras ser analizadas, son aceptadas o rechazadas (González Echevarría, 2002: 406-407; 2011: 36; 2015: 108).

b) Las etnografías como predicados de estructura

La aplicación de la concepción estructural de las teorías en antropología abre una nueva perspectiva en la metodología de investigación, pues, por una parte, permite superar la dicotomía entre metodologías científica y hermenéutica y entre metodologías *emic* y *etic*, y, por otra parte, señala que la etnografía no es una etapa previa a la explicación teórica, no sigue un procedimiento inductivo exento de esquemas y conceptos teóricos y preteóricos para seguidamente proceder a la formulación de hipótesis y ponerlas a prueba (González Echevarría, 2011: 37-38).

La concepción estructural de las teorías permite comprender cómo procede el antropólogo en el trabajo etnográfico, mostrando que una etnografía no sólo es una aproximación descriptiva a un sistema sociocultural sino también una aproximación interpretativa y explicativa (González Echevarría, 2012: 101):

Si consideramos que una teoría predica una estructura, es en el trabajo etnográfico donde se desarrolla y propone la teoría, puesto que “explicar” rasgos culturales problemáticos consiste en establecer sus vinculaciones con otros elementos de la cultura.

Las etnografías, por tanto, pueden ser concebidas como predicados de estructura que integran articuladamente distintos tipos de elementos, como son las razones y los motivos que guían la acción de los individuos, estructuras y procesos socioculturales, datos contextuales, o nociones culturales y fenómenos que requieren ser interpretados previamente ateniéndose a esquemas contrastables y corregibles para poder superar la oposición entre metodología científica y hermenéutica (González Echevarría, 2011: 37; 2012: 101-102; 2015: 118-120; 2016: 40-41).

Asimismo, la concepción estructural de las teorías permite pensar las relaciones entre los elementos de un sistema sociocultural de una forma diversa, no únicamente como relaciones causales, considerando diferentes tipos de relaciones (González Echevarría, 2002: 409; 2011: 37; 2012: 101):

- Relaciones causales, que responden a la pregunta por qué.
- Condiciones necesarias pero no suficientes.
- Condiciones de posibilidad, que responden a la pregunta cómo fue posible.
- Explicaciones intencionales, que establecen el para qué de la acción.
- Relaciones de homología entre subsistemas de un sistema sociocultural.
- Relaciones de incompatibilidad.

Los modelos teóricos construidos a partir del trabajo etnográfico deben tener en cuenta la variabilidad interna existente en el contexto sociocultural y los cambios que van produciéndose a lo largo del tiempo. Los procesos de diferenciación y transformación pueden acentuarse en situaciones de cambio acelerado o en procesos migratorios (González Echevarría y cols., 2010: 104):

En los procesos migratorios hay que tener en cuenta las transformaciones socioculturales en el origen y el destino: las que se producen en la situación migratoria al hacer uso de estrategias culturales propias para acomodar las pautas y nociones originarias; los cambios debidos a la situación migratoria por aculturación, por necesidad de integración social o por imposición. De la misma forma, es necesario tener particularmente presentes las situaciones y procesos translocales vinculados o no a procesos migratorios internos o internacionales, de duración temporal variable.

Esto implica contemplar la fenomenología de la variabilidad temporal o espacial que incluye los procesos de mantenimiento, transformación, construcción o reinención sociocultural (hogar, estructura o valor parental, etcétera), los cuales también ocurren en espacios virtuales, imaginados o simbólicos.

c) La comparación cultural como puesta a prueba y desarrollo de las teorías

En la concepción estructural de las teorías, las teorías científicas resisten a la falsación por medio de las aplicaciones realmente propuestas y, sobre todo, por medio de las aplicaciones paradigmáticas, que desde su formulación inicial forman parte de las teorías y siguen formando parte de las mismas durante la historia de su desarrollo. Desarrollar una teoría consiste en precisar el núcleo y proponer y corroborar nuevas aplicaciones. Estas nuevas aplicaciones corroboradas, las *leyes especiales*, son integradas en la estructura de la teoría, de modo que, cuanto mayor sea su capacidad para integrar los nuevos elementos en redes teóricas progresivas, mayor es la fecundidad de la teoría. Cuando llega el

momento en que una teoría científica se estanca, es decir, no puede extender su aplicación a más ámbitos de la realidad, o cuando surgen nuevos problemas que no puede dar cuenta, entonces la teoría es abandonada en favor de un nuevo paradigma de investigación o predicado de estructura más fructífero (González Echevarría, 2002: 407; 2011: 39-40; 2015: 108).

En antropología el desarrollo de una teoría supone poner a prueba los modelos contruidos a partir de la información etnográfica obtenida en un determinado contexto sociocultural en otros contextos socioculturales, esto es, en otras situaciones en la misma sociedad y en otras sociedades. La puesta a prueba de una teoría sociocultural, entonces, se realiza a través de la comparación intracultural y la comparación transcultural (González Echevarría, 2011: 42-46; 2015: 98-99).

El primer paso de la comparación cultural es que la etnografía, elaborada como predicado de estructura, debe adecuarse a la sociedad estudiada para convertirse así en un *modelo teórico etnográfico*. A partir de aquí, se evalúa la extensión de su dominio de aplicación, es decir, se va evaluando sucesivamente la capacidad explicativa de ese modelo teórico etnográfico en otras situaciones o sistemas socioculturales que compartan muchos rasgos comunes con el fin de explicar los rasgos distintos a partir de las diferencias. A lo largo de ese proceso de comparaciones sucesivas, que supone la ampliación de su dominio de aplicación, el predicado de estructura se va modificando, ampliándose y precisándose las relaciones existentes entre los distintos elementos del modelo. En otras palabras, la teoría se va desarrollando y acaba convirtiéndose en un *modelo transcultural* (González Echevarría, 2010a: 339; 2015: 112-113; 2016: 55).

Esta forma de comparación cultural sucesiva conlleva la restricción de no poder comparar totalidades culturales, ni tampoco todos los elementos de un dominio analítico como el definido para la antropología del parentesco. La comparación sucesiva sólo permite evaluar la extensión de “predicados acotados de estructura” en otros contextos socioculturales, pero, en contrapartida, garantiza que se estén comparando una serie de elementos y relaciones específicos en situaciones y sociedades socioculturalmente próximas, aumentando así la capacidad de comprender las analogías y las diferencias socioculturales, a la vez que minimiza la posibilidad de realizar proyecciones acríticas de modelos teóricos etnográficos en otros contextos (González Echevarría, 2012: 103-104; 2016: 55).

Capítulo 6

La religión cristiana: fundamento sociocultural del parentesco usileño

La inmensa mayoría de los hombres y las mujeres usileños profesan una religión cristiana: la religión católica, la religión evangélica o la religión de los testigos de Jehová practicada por un pequeño grupo de población. La religión cristiana constituye, junto con el sistema familiar mesoamericano, el principal fundamento sociocultural del sistema de parentesco usileño, y su gran influencia puede constatare tanto en la concepción del ser humano y el matrimonio como en los arreglos matrimoniales y la crianza de los niños.

El sistema usileño de creencias religiosas se basa en una idea fundamental: existe un Dios, el Creador del Universo, el Cielo y la Tierra y de toda vida humana, animal y vegetal existente en el pasado, en el presente y en el futuro, que envió a su Hijo, Jesucristo, para redimir a la humanidad de sus pecados. Aunque se reconoce la relación sexual como un hecho biológico imprescindible en la procreación de los niños, el ser humano sólo cobra forma y vida gracias a la intervención divina desde un primer momento, en el vientre de la madre, proporcionándole el aliento de vida, propiciando su desarrollo biológico y enviándole su alma. Como ser de una doble naturaleza biológica y espiritual, el niño es educado por sus padres en la búsqueda de Dios, un camino que deberán proseguir por sí mismos cuando alcancen la madurez social, pues buscar a Dios y cumplir sus mandamientos es la única vía para recibir sus bendiciones en la vida terrenal y alcanzar la salvación y la vida eterna del alma⁴⁰.

⁴⁰ Las creencias, los valores y los argumentos religiosos expuestos en éste y sucesivos capítulos de la tesis, así como los versículos bíblicos citados, proceden de las entrevistas y las pláticas mantenidas con los informantes católicos, evangélicos y testigos de Jehová que participaron en la investigación. No provienen, por tanto, de las doctrinas oficiales ni de los representantes de las distintas iglesias presentes en Usila.

Las citas bíblicas católicas pertenecen a la *Biblia Latinoamericana* (BL), la única versión de la Biblia utilizada entre los católicos de Usila, mientras los pasajes bíblicos evangélicos corresponden a la *Biblia Reina Valera 1960* (RVR 1960), la versión de la Biblia mayoritariamente utilizada por los pastores y los fieles evangélicos usileños.

4. Dios: el Creador de todo cuanto existe y de toda vida

Dios, en chinanteco *Jon⁴dai¹*, es el Creador de todo cuanto existe, de lo visible y de lo invisible, del Universo, las estrellas, los planetas, la Tierra, el Sol, la Luna, los seres humanos, los animales, los árboles, las plantas, el agua, el aire, la tierra, los cerros, el cielo, la luz, la oscuridad ... Así, “no hay nada fuera de Dios”, y en la Creación todo guarda un orden.

Hay un solo Dios, un Dios Todopoderoso, omnisciente, omnipotente, omnipresente. Los católicos creen, además, en otras entidades espirituales menores, la Virgen María, madre de Jesús, y los santos, siendo la Virgen de Guadalupe la que mayor devoción suscita entre los usileños⁴¹. Los evangélicos y los testigos de Jehová, en cambio, señalan que Dios es celoso y no permite su representación ni la veneración de otras entidades espirituales. Sólo se puede tener fe en su Hijo, Jesucristo, como mediador ante Dios y único camino hacia la salvación y la vida eterna del alma.

Dios, como creador de todo lo que existe, decide sobre la vida y la muerte de los hombres. Dios da la vida y Dios quita la vida siguiendo su voluntad. Dios forma y otorga vida a los seres humanos desde que son concebidos en el vientre de la madre, concediéndoles el aliento de vida a través del aire que respiramos, enviándoles su alma, impulsando su crecimiento biológico, propiciando la sanación de sus enfermedades. Dios hace llegar su Espíritu a las personas, el Espíritu Santo, a través de los sacramentos católicos, el bautismo evangélico o el estudio de Las Santas Escrituras en el caso de los testigos de Jehová. Pero llega un momento en que la vida de todo hombre y toda mujer se acaba, siempre de acuerdo a la decisión divina, y los seres humanos deben aceptar la voluntad de Dios, sabedores que, del mismo modo que un día llegaron, un día partirán de este mundo.

Don Álvaro, católico, explica la potestad de Dios sobre la vida:

¿Quién decide sobre la vida?

Pues es Dios, ¿no? Ése es el que tiene nuestra vida. Él nos está vigilando día y noche, sí. Cuando Él dice que ya no se puede curar, ya viene de Él, ¿no?, de que también nosotros, aunque queremos tener mucha vida, pero, cuando ya no hay medicamento para curar, pues ya hasta ahí nomás, sí. A mucha gente le ha pasado, aunque eran ricos, aunque eran pobres, ¿no? Pues cuando ya no, cuando ya no funciona su aparato que uno tiene, cuando ya no puede, o sea, ya no hay remedio, pues, de curar, entonces, ya totalmente se muere uno, sí.

[...] Cuando está dentro del vientre de la mamá, ¿no?, ya el niño está moviendo, se patea y todo eso. Y, a través de eso, pues Dios, Dios es grande, ¿no?, y ahí Dios

⁴¹ Muestra de ello es la frecuencia con la que se observan imágenes de la Virgen de Guadalupe en los hogares católicos y la afluencia de gente en las Posadas Guadalupanas que se celebran en el mes de diciembre.

donde nos hace crecer, nos hace nacer el niño cuando ya está dentro. Tiene su tiempo, ¿no? Sí, tiene su tiempo, sí.

Y don Augusto, evangélico, expresa de la siguiente forma que “todo ocurre de acuerdo con la voluntad de Dios”:

La primera gran equivocación es decir que mi vida es mi vida, porque realmente la vida no es de uno. Porque dice: Dios da la vida y Él la quita cuando quiere. Entonces, nosotros estamos a disposición de Dios y, en el momento que Dios dice hasta aquí, pues hasta aquí.

Como Creador de los seres humanos, desde un principio, desde los tiempos de Adán y Eva, Dios estableció unos mandamientos que los seres humanos deben cumplir para gozar de la bendición divina en su existencia terrenal y lograr la salvación y la vida eterna de sus almas. El camino que conduce hacia Dios, sin embargo, es un camino en el que constantemente deben superarse dificultades y tentaciones, pues la vida humana está regida por una permanente pugna entre la fuerza del bien y la fuerza del mal, entre las virtudes del espíritu y los vicios de la carne, entre el camino virtuoso que lleva a Dios y los placeres terrenales inducidos por el Demonio. Dios dotó al hombre y a la mujer de libre albedrío, de la libertad de pensar y obrar siguiendo su propia voluntad, de poder elegir, en definitiva, si sus pensamientos y sus acciones siguen los mandatos de Dios o son contrarios a la voluntad divina. Dios está en todas partes, todo lo ve, todo lo sabe; ningún ser humano puede ocultar sus pensamientos y sus obras ante Dios. Pero el ser humano no está solo en su travesía por la vida terrenal: cuenta con el amor, la misericordia y la ayuda de su Padre Creador.

Buscar a Dios, entonces, se vuelve imprescindible para recibir sus bendiciones en la vida, para recibir la orientación y la fuerza necesarias para salir adelante, superar los problemas y no caer en el pecado, y lograr así, tras la muerte del cuerpo, que el alma sea recompensada con la vida eterna en el paraíso celestial. Dios es fiel, nunca falla, está presente en todo momento, siempre ayuda y protege de todo mal a quien lo busca con fe verdadera:

¹Alzaré mis ojos a los montes;
¿De dónde vendrá mi socorro?

²Mi socorro viene de Jehová,
Que hizo los cielos y la tierra.

³No dará tu pie al resbaladero,
Ni se dormirá el que te guarda.

⁴He aquí, no se adormecerá ni dormirá
El que guarda a Israel.

⁵Jehová es tu guardador;
Jehová es tu sombra a tu mano derecha.

⁶El sol no te fatigará de día,
Ni la luna de noche.

⁷ Jehová te guardará de todo mal;
Él guardará tu alma.

⁸ Jehová guardará tu salida y tu entrada
Desde ahora y para siempre.

(Salmo 121, RVR 1960)

5. El Espíritu Santo o Espíritu de Dios

En Dios coexisten tres personas, que a la vez forman un solo Dios: Dios Padre, Dios Hijo y Dios Espíritu Santo. El Espíritu Santo es el Espíritu de Dios que guía y protege la vida de las personas una vez que reciben los sacramentos católicos o entregan su vida a Jesús en el bautismo evangélico. El Padre está con el Hijo en el Reino de los Cielos, mientras que el Espíritu Santo se manifiesta en la Tierra.

El Espíritu Santo está aquí en la Tierra, es un viento que se manifiesta a la gente.
(Don Ricardo, evangélico)

En la religión católica, el Espíritu Santo llega al ser humano a través de los sacramentos, la primera vez cuando el niño es bautizado. El Espíritu Santo dona su gracia a la persona que recibe el sacramento, de modo que, a partir de ese momento, el Espíritu de Dios reside en ella. El Espíritu Santo santifica a la persona y le otorga la orientación y la fuerza necesarias para vencer las tentaciones que le desvían del camino hacia Dios y para superar las dificultades que se presentan en la vida.

[...] en la Biblia dice: cuando nosotros nos bautizamos, cuando nosotros, o sea, formamos parte de Dios, cuando nosotros nos bautizamos, cuando el asesor de Dios o ministro de Dios bautiza a un niño, ahí es donde cae el Espíritu Santo al niño. Sí, porque así pasó nuestro Dios, pues. Cuando Dios recibió el bautismo, cuando Juan bautizó, vino el Espíritu Santo a través de paloma. Así lo dice la Biblia, ¿no?, y, a través de eso, pues, recibió el Espíritu Santo. Y así lo mismo nosotros también, cuando nosotros recibimos el Espíritu a través del bautismo. Sí, a través de eso recibimos el Espíritu, sí.

[...] El Espíritu viene a través de Dios, pero cuando nosotros no hacemos lo que Dios dice, ¿no?, lo que Dios diga, ¿no?, de hacer y, si nosotros vamos por otro camino, por caminos malos, antes de irnos por caminos buenos para que el espíritu de nosotros, pues, tenga vida eterna, ¿no? Entonces, es un solo el Espíritu que nuestro Dios hace, ¿no?, cuando nosotros nos bautizamos. Pero cuando nosotros no nos bautizamos, el Espíritu de Dios no está en esa gente, ¿no?, cuando nosotros no nos bautizamos. Por eso, todos, aunque uno es viejo, los chicos de quince o veinte

o de dieciocho años se bautizan, sí, para que esos niños también, o sea, piensen en Dios, se bautizan para que tengan el Espíritu de Dios. (Don Álvaro, católico)

En las creencias evangélicas, la persona recibe el Espíritu Santo a través del bautismo, momento en que abre su corazón a Dios, aceptando a Jesucristo como su único salvador y comprometiéndose firmemente a seguir los preceptos establecidos por la ley divina. La persona vuelve a nacer espiritualmente al ser limpiada de sus pecados y renovada por el Espíritu de Dios, recibiendo su guía para seguir siempre el camino correcto y no caer en el pecado, protegiéndolo frente al acecho del Demonio y los espíritus malignos, incluso, brindándole la bendición y el poder de la sanación de las enfermedades.

¿El Espíritu Santo es como un guía?

Sí, es la fuerza para guiarse hacia toda verdad, sí. Y el Espíritu es el que habla también. El Espíritu es el que hace entender a uno para alinearse en el camino de Jehová Dios, porque, sin Espíritu, el hombre no es nada también. (Don Marcos, evangélico)

Cuando una persona acepta a Jesús en su vida, es profundamente marcada por el Espíritu Santo.

Cada mañana somos nuevas personas, somos más fuertes, pues, a través de su Palabra, a través de su Espíritu Santo, porque esta Palabra es muy poderosa, rompe todo, malicia, todo, todo. (Don Ricardo, evangélico)

El Espíritu Santo se manifiesta en la vida de los individuos, pero también en la iglesia cuando los fieles adoran a Dios durante el culto, presencia muy señalada y percibida entre los creyentes evangélicos. A Dios le agrada que los seres humanos lo glorifiquen, alcen sus manos, canten himnos, y es en la adoración de Dios cuando se manifiesta la presencia del Espíritu Santo.

Los testigos de Jehová, en cambio, no creen que el Espíritu Santo sea una de las personas de Dios: Jehová es uno, no coexisten en el Él tres personas, y el Espíritu Santo es la fuerza activa o el poder de Dios. El Espíritu Santo llega a través del estudio de las Santas Escrituras, pues, cuanto más profundo es el conocimiento de la Palabra de Dios, más cerca está uno de Él, cercanía que es recompensada con la manifestación de la fuerza del Espíritu Santo en la vida de la persona. El Espíritu Santo ayuda a la persona estudiosa a llevar a cabo sus propósitos en la vida, pues se halla en comunicación con Dios y escucha sus pensamientos.

6. Jesús, el mediador entre Dios y los hombres

Jesús es el Hijo de Dios. Dios se hizo hombre para venir a la Tierra y salvar a una humanidad perdida en el pecado desde los tiempos de Adán y Eva. El Hijo de Dios fue concebido por obra y gracia del Espíritu Santo en el vientre de María, una mujer virgen, que aceptó la misión de alumbrar a Jesús. Esta creencia es compartida tanto por católicos como por evangélicos, aunque la discrepancia estriba en el diferente estatus que unos y otros otorgan a la Virgen María. Para los católicos, la Virgen María permaneció inmaculada después del alumbramiento y ascendió al rango de Madre de Dios, adquiriendo así un estatus divino digno de veneración —no de adoración, pues la adoración está reservada únicamente a Dios— y un papel mediador entre Dios y los hombres. Los evangélicos y los testigos de Jehová, por su parte, sostienen que la Virgen María es, y sólo es, la madre de Jesús, perdiendo naturalmente su virginidad en el momento de alumbrar a su hijo. La Virgen María sólo tiene naturaleza humana; por tanto, no tiene estatus divino, ni la potestad de mediar por los hombres ante Dios, ni puede ser objeto de veneración. Sólo hay un mediador entre Dios y los hombres: Jesucristo.

Jesús, como Hijo de Dios, tuvo dos naturalezas: la divina y la humana. Su naturaleza divina, inmensamente grande, santa, inmaculada, le hace estar en un plano espiritual totalmente separado de los hombres. En el Antiguo Testamento se menciona que Jesús ya existía en forma de espíritu antes de ser enviado a la Tierra, estaba junto a Dios Padre en el Cielo. Jesús se encarnó a través de su madre, la Virgen María, tras ser concebido sin pecado por el Espíritu Santo. Jesús es Dios porque tiene Espíritu de Dios.

Los testigos de Jehová aceptan que Jesús es el Hijo de Dios, pero no que Jesús es Dios. Dios es el Padre, Jesús es el Hijo del Padre, y la lógica dice que no pueden ser la misma persona. Jesús se encarnó en la Tierra en forma de hombre, pero en forma de un hombre perfecto, sin pecado alguno, que no puede compararse con ningún hombre terrenal. El hecho de que fuera concebido por el Espíritu Santo no supone que sea Dios mismo, pues el Espíritu Santo no es una persona sino la fuerza activa de Dios. En ningún pasaje de las Santas Escrituras, Jesús dice que sea Dios, ni que actúe por iniciativa propia, sino que, en todo momento, señala que su misión entre los hombres atiende a los mandatos de su Padre.

Aun con sus discrepancias, católicos, evangélicos y testigos de Jehová comparten una misma creencia: Dios envió a su único Hijo a la Tierra para redimir a la humanidad de sus pecados y revelar el camino para la salvación de las almas. Jesús vino al mundo a enseñar a los hombres que el camino correcto, el camino hacia Dios Padre, se fundamenta en cumplir los dos grandes mandamientos: el amor a Dios y el amor al prójimo.

³⁰Y amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón, y con toda tu alma, y con toda tu mente y con todas tus fuerzas. Este es el principal mandamiento.

³¹Y el segundo es semejante: Amarás a tu prójimo como a ti mismo. No hay otro mandamiento mayor que éstos. (Marcos, 12:30-31, RVR 1960)

Y para salvar a los hombres, Jesús entregó su vida en la cruz. Al tercer día resucitó, mostrando así que había vencido a la muerte, y ascendió al Cielo, sentándose a la diestra del Padre. Aun cuando los testigos de Jehová consideran que Jesús no es Dios, sino un espíritu superior, el primer ángel que Dios creó, coinciden con los evangélicos en que, si bien el ser humano puede dirigirse directamente a Dios en la oración, también debe buscar la mediación de Jesús⁴². Jesús es el mediador entre Dios y los hombres; para los católicos y los evangélicos, porque Jesús es Dios mismo. A través de Jesús podemos comunicarnos y llegar a Dios, él aboga por los hombres ante Dios, pidiendo su misericordia, recordándole su inmolación para salvar a la humanidad.

Él vino a morir por nosotros, vino, pagó, le digo, a un precio de sangre, o sea, pagó derramando su sangre en la Cruz del Calvario. ¿Para qué? Para que toda la humanidad, para que yo, tú y toda la humanidad sean salvos por medio de él. Él es el mediador entre el Padre y nosotros, entre el Padre y yo. Jesucristo es el mediador, el que está en medio, pues, el abogado, se puede decir. Por eso se dice el mediador, porque él adora al Padre. Si uno le pide a él o al Padre, él dice, Señor, perdónalo, porque mira mis manos, los duros clavos que llevé, el sufrimiento que yo pasé. Yo ya pagué. Perdónalo, porque está ... Y por eso él aboga, es como un abogado para nosotros. Nosotros le pedimos algo a Dios; él está como de abogado. (Doña Julia, evangélica)

Jesús es el mediador entre Dios y los hombres, pero no sólo eso; como señala el Evangelio de Juan, Jesús es el único camino, la única verdad, para llegar a Dios:

⁶ Jesús le dijo: Yo soy el camino, y la verdad, y la vida; nadie viene al Padre, sino por mí.

⁷ Si me conocieseis, también a mi Padre conoceríais; y desde ahora le conocéis, y le habéis visto. (Juan 14:6-7, RVR 1960)

La fe en Jesucristo es especialmente relevante entre los creyentes evangélicos, pues, para ellos, éste es el verdadero y único camino hacia Dios.

Jesucristo vino a predicar la verdad, la salvación, a mostrar su misericordia que él tiene con Jehová Dios, su Padre, y eso fue lo que Jesús hizo. Jesucristo no vino a predicar la religión, Jesucristo vino a predicar la salvación. Porque muchas religiones hay en este mundo, y de muchas formas la gente quiere llegar a Dios, pero no es correcto. Sólo hay un camino, el cual es Jesús. Jesús es el camino, la verdad y la vida. Aunque hay varias formas de cómo creer, pero no. Jesús, como dice en Dios, sólo hay un camino nada más, como dice la Palabra de Dios. Hay un camino que el hombre parece derecho, dice, pero al final es la perdición, y hay otro camino que sí,

⁴² En Usila, los católicos no suelen dirigirse a Jesús en sus oraciones, sino que se dirigen directamente a Dios o buscan la mediación de la Madre de Dios, la Virgen María, o de la Virgen de Guadalupe. Algunos fieles católicos oran al santo del que son devotos.

el hombre seguro le parece derecho y bien, el cual es la vida eterna cuando cree uno en Jesús. (Don Marcos, evangélico)

Jesús vino a la Tierra para desterrar el pecado y salvar a la humanidad derramando su sangre en la Cruz del Calvario. El creyente cristiano debe tener siempre muy presente que Jesús, no teniendo pecado ninguno, ofrendó su vida en la cruz para limpiar los pecados de los hombres y salvar sus almas ante Dios. Un verdadero cristiano, entonces, debe tener fe verdadera en Jesucristo, reconocer a Jesús como su único salvador, entregar su vida a Jesús para abrazar la salvación que Dios ofrece a los hombres. La fe en Jesucristo, la aceptación del Hijo de Dios, es el único camino para llegar a Dios, protegerse de los acechos del Demonio y lograr la salvación y la vida eterna del alma.

Porque de tal manera amó Dios al mundo, que ha dado a su Hijo unigénito, para que todo aquel que en Él cree, no se pierda, mas tenga vida eterna. (Juan 3:16, RVR 1960)

7. El Demonio y los espíritus malignos

Aunque también presentes en las creencias católicas, el Diablo —*a³sa⁴tsein³⁴* o *a⁵laih³²*— y los espíritus malignos tienen mayor relevancia en la religiosidad de los evangélicos y los testigos de Jehová. Desde el principio de la Creación, los seres humanos viven en un mundo regido por dos grandes fuerzas opuestas: la fuerza del bien, que emana y es controlada por Dios, y la fuerza del mal, que emana y es controlada por el Demonio.

Pues aquí en el mundo, pues están viviendo, pues, de que hay dos fuerzas, hay dos fuerzas, por ejemplo, la fuerza del bien y del mal. Y debe de haber un personaje, pues, que controla cada poder: el poder del bien y el poder del mal. Pues yo creo que cuando uno trata de vivir correctamente, pues la fuerza que domina, o está en esa persona, es la fuerza del bien. Pero cuando una persona vive como quiera, pues, hace como quiera las cosas, entonces, en su vida domina las fuerzas del mal. En ese caso, podemos decir que es el Demonio. Mucha gente lo conoce como Demonio, es la fuerza del mal. Y todo eso viene, pues, desde un principio, y esa fuerza está en el mundo, y esa fuerza viene de arriba, pues, y controla el Universo. Entonces, está en el hombre, pues, escoger con cuál fuerza vivir, pues, vivir con la fuerza del bien o con la fuerza del mal. (Don Leandro, evangélico)

Esta pugna entre la fuerza del bien y la fuerza del mal se manifiesta en las misiones opuestas que Jesús y el Diablo encarnan en la Tierra. El Demonio es un ladrón que se afana en sembrar muerte, robo y destrucción en el mundo, mientras Jesús trae vida y abundancia a los seres humanos.

¹⁰ El ladrón no viene sino para hurtar y matar y destruir; yo he venido para que tengan vida, y para que la tengan en abundancia. (Juan 10:10, RVR 1960)

El Diablo tiene su propio reino y acecha permanentemente la vida humana, propagando las enfermedades, incluidas las enfermedades mentales, provocando los males y los sufrimientos de la humanidad, induciendo a los hombres y las mujeres a caer en el pecado. Por eso hay guerras, hay chismes, hay conflictos, las personas se pelean con los vecinos, hay problemas matrimoniales, problemas entre padres e hijos, problemas relacionados con la tierra, peleas y asesinatos relacionados con el alcohol y las mujeres en las cantinas, problemas de adicción al alcohol y las drogas... Incluso, el Demonio puede introducirse en las iglesias y generar división entre los fieles y críticas a los pastores.

“El Enemigo trabaja de muchas formas”. A la hora de inducir a las personas a hacer el mal, el Diablo se caracteriza, además de por su astucia, por su capacidad de encarnarse, de manifestarse en forma de un hombre o una mujer atractivos o en forma de un animal dañino:

Lo único que alcanzo a entender es otro espíritu malo que se le ha metido y lo atormenta. Por eso por ratos habla, ¿no? Yo eso entiendo, eso es lo que entiendo, porque no sé qué otra cosa puede ser, o un trabajo que alguien le hizo [...]. Pero dicen que eso no existe, pero yo digo que sí, porque hay dos seres, ¿no? Está Dios y está lo del Enemigo, que es el Diablo, que es lo malo. Aunque el Enemigo, el Diablo no es como lo pintan. Puede ser... un joven bien puesto, puede transformarse en un animal, o qué sé yo, en diferentes cosas, ¿no?, o en una culebra. Sí es posible. Son Demonios y la Biblia así lo dice, pues, hasta donde yo pienso entender, pues. (Doña Julia, evangélica)

El Diablo cuenta con aliados, espíritus malignos o demonios, entidades que, aun con un poder menor, comparten la misma misión de destruir y empujar a los seres humanos hacia el pecado.

¹¹ Vestíos de toda la armadura de Dios, para que podáis estar firmes contra las acechanzas del diablo.

¹² Porque no tenemos lucha contra sangre y carne, sino contra principados, contra potestades, contra los gobernadores de las tinieblas de este siglo, contra huestes espirituales de maldad en las regiones celestes. (Efesios 6:11-12, RVR 1960)

Antiguamente, la costumbre usileña establecía que los cuerpos de las personas agonizantes no debían estar en un catre o en una cama, sino que debían estar en el suelo sobre un petate. Los usileños creían que los espíritus malignos se situaban bajo el catre o la cama y podían atacar al espíritu de la persona y llevarlo consigo; colocar el cuerpo en el suelo aseguraba que el espíritu de la persona fuera con Dios. Aunque esta creencia sigue aún vigente en algunas familias, actualmente los usileños argumentan que las personas que “conocen a Dios” no pueden ser atacadas ni llevadas por espíritus malos, pues Dios se encarga de proteger y salvar sus almas.

Los testigos de Jehová no creen que el Diablo tenga una apariencia monstruosa, no es un ser corpóreo sino un ángel hermoso, el mismo ángel cuya ambición le llevó a rebelarse contra Dios en el Cielo. Diablo significa calumniador, que calumnia a Dios, y Satanás, opositor, que se opone a Dios.

Dios envió a Jesús para redimir a la humanidad de sus pecados. Tras la resurrección y la ascensión de Jesús al Cielo, comenzó una guerra entre los ángeles de Dios y los ángeles de Satanás, que consiguió reunir bajo su liderazgo a un tercio de los ángeles. En 1914, Satanás y sus ángeles fueron derrotados, expulsados del Cielo y arrojados a la Tierra. El Diablo quiso ocupar el lugar que le corresponde a Dios, pero no pudo: Jehová es el único Dios. Pero su llegada a la Tierra fue la causa de que estallara la Primera Guerra Mundial y la causa de las posteriores guerras y catástrofes que han asolado y asolan el mundo hasta la actualidad.

La Tierra, entonces, está gobernada por Satanás y sus ángeles, pero su dominio no es un reino físico sino un reino espiritual, pues los ángeles son seres espirituales. El Diablo y sus ángeles están trabajando afanosamente, provocando guerras, muerte, envidia, chisme, robo, peleas ... para echar a perder a la humanidad. Por eso actualmente hay mucha maldad y mucho pecado en el mundo. Satanás sabe que su fin se acerca, y que su reinado terminará cuando Jesús regrese a la Tierra y comience el Juicio Final. Una vez finalizado, el Diablo será encerrado durante 1.000 años y, seguidamente, será destruido.

El Diablo es el ángel malo que anda como león rugiente llevándose todos los hombres que puede, porque sabe que le queda poco tiempo. Quiere ganarle a Jehová. (Don Felipe, testigo de Jehová)

8. Buscar a Dios

Dios es el creador de todo cuanto existe. Dios da la vida y Dios quita la vida. La vida humana, como toda vida, tiene su origen y su final en la voluntad de Dios. El ser humano, entonces, depende de Dios, su Creador, y todo hombre y toda mujer deben buscar a Dios en su vida, siguiendo las reglas por Él establecidas desde los tiempos de Adán y Eva. Buscar a Dios es el único camino que permite al ser humano prosperar en la vida y obtener la recompensa de la salvación y la vida eterna de su alma una vez que abandone el mundo terrenal.

Es humana la religión porque la religión, cada religión, pues, está cumpliendo un papel aquí en el mundo, y es humana también porque ayuda a uno a ... cómo se llama, para encontrar a Dios. Es lo único que hace, pues, es el propósito de cada religión. Pero no puede hacer nada, pues, para que el hombre pueda encontrar si uno no trabaja, pues, si uno no busca a ese Dios, no se relaciona con ese Dios. No

lo va a encontrar. Por eso Jesús dice en su Palabra que, sin mí, pues nada pueden hacer. No sé, puedes ser católico, puedes ser protestante, puedes ser testigo de Jehová, pero sin mí no puedes hacer nada. Puedes estar ahí, pues, pero sin mí no puedes hacer nada. Entonces, tenemos que estar relacionados con Dios, pues, para poder vivir y triunfar en este mundo, y ganar también la vida eterna, ¿no?, y tener esa maravillosa resurrección que Dios ofrece. (Don Leandro, evangélico)

Aun apareciendo diferencias en función de la religión profesada, los usileños comparten que la búsqueda de Dios supone tener fe, seguir unas pautas de conducta acordes a los mandatos de Dios, evitando caer en el pecado, comunicarse con Dios por medio de la oración, cumplir las prescripciones rituales de sus iglesias, incluyendo el matrimonio religioso, y educar a los niños en el camino hacia Dios:

1. Tener fe en Dios y en su Hijo Jesús
2. Cumplir los mandamientos de la Ley de Dios y hacer buenas obras
3. Evitar caer en el pecado
4. Comunicarse con Dios a través de la oración
5. Asistir a la iglesia para adorar a Dios y escuchar su Palabra
6. Recibir el Espíritu Santo cumpliendo con los rituales establecidos por las iglesias antes de la unión matrimonial
7. Estudiar y predicar la Palabra de Dios
8. Unirse en matrimonio delante de Dios y formar una familia
9. Educar a los hijos en la búsqueda de Dios⁴³

8.1 Tener fe y seguir los mandamientos de Dios

El ser humano debe creer en Dios, el Creador de todo cuanto existe, y en su Hijo Jesús, que vino a la Tierra para redimir a la humanidad de sus pecados, y es el verdadero y único camino que lleva a Dios y a la salvación del alma. En la religiosidad evangélica, creer en Jesús y aceptar a Jesucristo como el único salvador es un requisito indispensable para que el alma pueda alcanzar la salvación y la vida eterna en el Cielo junto a Dios.

Además de tener fe en Dios y en su Hijo Jesús, el hombre y la mujer deben guardar obediencia a Dios y seguir sus mandamientos, los mandamientos que Moisés recibiera en el Monte Sinaí y que Jesús enseñara en sus predicaciones: amar a Dios sobre todas las

⁴³ Los dos últimos requerimientos relativos a la búsqueda de Dios, el matrimonio religioso y la educación religiosa de los niños, son abordados en posteriores capítulos.

cosas, amar al prójimo como a uno mismo, honrar al padre y a la madre⁴⁴, no robar —un pedazo de terreno, la cosecha de la milpa, animales domésticos pertenecientes a otras personas, dinero—, no mentir, no levantar falsos testimonios contra las personas, no desear a la mujer ajena o al hombre ajeno, no cometer adulterio, no matar.

“Uno debe estar a bien con Dios y con sus semejantes para que Dios lo lleve con Él”.
(Don Gregorio, católico)

La fe en Dios y el seguimiento de sus mandamientos llevan al buen cristiano a realizar buenas obras, acciones encaminadas a hacer el bien, a ayudar a las personas necesitadas, expresión de su amor al prójimo, en su camino hacia Dios y la salvación de su alma. Entre las buenas obras se hallan actos cotidianos que muestran respeto hacia las personas, como saludarlas y platicar con ellas, no burlarse ni hablar mal de ellas a los demás; actos de caridad que muestran empatía hacia las necesidades del prójimo, como ofrecer comida a las personas necesitadas, a las viudas, a los ancianos desamparados, a las personas foráneas; o conductas socialmente pautadas como visitar a las personas enfermas o acudir a los velatorios de los fallecidos ayudando a las familias con una cantidad de dinero y una despensa —arroz, frijol, azúcar, aceite para guisar, jabón para lavar los trastes, detergente para lavar la ropa—.

Esta sensibilidad hacia las necesidades y el sufrimiento de los demás será recompensada por Dios con la salvación y la vida eterna en el paraíso celestial, enseñanza transmitida por Jesús en sus predicaciones, como la historia del hombre rico que celebraba grandes banquetes todos los días y nunca tuvo un gesto de caridad hacia Lázaro. El hombre rico dedicó su vida a buscar la riqueza material y el prestigio social, olvidándose de buscar a Dios, indiferente a las necesidades del hombre pobre y enfermo que vivía a la puerta de su casa: su alma fue condenada al tormento del Infierno, mientras el alma de Lázaro ascendió al Cielo llevada por los ángeles (Lucas 16,19-31).

8.2 Evitar caer en el pecado

La persona que busca a Dios debe comportarse siguiendo los mandamientos divinos y, por tanto, debe evitar todo pensamiento y, sobre todo, toda acción que vaya en contra de la voluntad de Dios, esto es, debe evitar caer en el pecado —*chie*³²—. El pecado entró en la vida humana en los tiempos del primer hombre y la primera mujer, Adán y Eva, cuando, inducidos por el Diablo, desobedecieron el mandato de Dios de no comer el fruto del árbol del conocimiento. Este primer pecado, el Pecado Original, en tanto descendientes de los primeros padres, es heredado por todos los seres humanos cuando llegan a este mundo.

⁴⁴ En la cultura usileña, este mandamiento está estrechamente relacionado con el valor del respeto a los padres, el deber de ir a visitarlos cuando los hijos se han emancipado y el deber de procurar su bienestar y cuidarlos en su ancianidad.

Los seres humanos, entonces, nacen con una naturaleza pecaminosa, vinculada a la carne, al cuerpo, que deben dominar fortaleciendo su espíritu, buscando a Dios en sus vidas. La persona cae en el pecado cuando se deja llevar por las bajas pasiones, cuando el cuerpo domina a la mente y al espíritu, una inclinación hacia los malos pensamientos y las malas acciones que aparece cuando desconoce la Palabra de Dios o, en el caso de conocerla, cuando deja de buscar a Dios o cuando el Diablo se apodera de su voluntad, aun temporalmente, encaminándola hacia el vicio y la maldad.

La creencia de que el pecado es incitado por el Diablo y los espíritus malignos es muy relevante entre los creyentes evangélicos: las fuerzas malignas acechan permanentemente la vida humana con la aviesa intención de que las personas sucumban a los placeres terrenales y sus almas se pierdan, no alcancen la salvación y sean condenadas al Infierno. El ser humano vive en un mundo dual regido por dos fuerzas opuestas, la fuerza del bien que emana de Dios y la fuerza del mal que emana del Diablo, y es el ser humano quien, dotado de libre albedrío, decide hacer el bien y alcanzar la salvación de su alma o hacer el mal y condenar su alma al Infierno.

El que practica el pecado es del diablo; porque el diablo peca desde el principio. Para esto apareció el Hijo de Dios, para deshacer las obras del diablo. (1 Juan 3:8, RVR 1960)

El pecado, antes que acción, se manifiesta primero en forma de pensamiento, fruto del deseo, y la persona debe procurar no ir más allá, caer en la acción pecaminosa y agravar su pecado ante Dios. Por ejemplo, cuando el hombre o la mujer casada sucumben a la tentación de desear a otra mujer u a otro hombre, sabedores de su mala acción, no deben buscar cometer adulterio y contravenir el mandato divino de la fidelidad matrimonial durante toda la vida.

Además del adulterio, otros pecados considerados graves son mantener relaciones sexuales con hombres y mujeres casados, la separación de los cónyuges tras haberse unido en matrimonio ante Dios, robar dinero y bienes ajenos, herir gravemente a una persona mediante arma blanca o arma de fuego, violar, ejercer la prostitución. Los evangélicos y los testigos de Jehová incluyen la idolatría y la brujería entre los pecados graves, tal y como señala la Biblia. Jehová es un dios celoso que no permite la adoración de imágenes ni de otras deidades, tampoco permite ser representado en una imagen, actos en los que incurren los fieles católicos con la adoración y la representación de santos, vírgenes y cristos. El curanderismo es considerado brujería, pues realizar rituales de sanación o adivinación invocando a otra entidad espiritual que no sea Jehová Dios o Jesús supone comunicarse con fuerzas malignas. Pero todos los usileños están de acuerdo en que el más grave de todos los pecados, la peor acción que puede cometer un ser humano ante Dios, es matar a otra persona, pues sólo Dios da la vida y sólo Dios puede quitar la vida. Y matar a un ser humano comprende tanto el asesinato de un hombre o una mujer como el aborto intencionado de un niño cuando se halla en el vientre de su madre.

Las personas pueden incurrir en pecados no tan graves, aunque igualmente incorrectos ante Dios, como la mentira, hacer daño al prójimo, la maledicencia o “hablar

mal de la gente”, decir groserías, la codicia, la manipulación de las personas buscando un beneficio deshonesto, frecuentar las cantinas, la borrachera y el alcoholismo, el consumo y la adicción a las drogas, desear mujeres y hombres ajenos, la fornicación, la promiscuidad, la violencia verbal y física dentro y fuera del hogar, el incumplimiento de los roles matrimoniales de la manutención económica de la familia en el caso del hombre y la realización del trabajo doméstico en el caso de la mujer.

La moral de los evangélicos y los testigos de Jehová, más estricta a la hora de juzgar las acciones humanas, considera que consumir alcohol, aun moderadamente, supone pecar. También ir a las fiestas donde se incita al baile o a la ingesta de alcohol son considerados actos impuros, pecaminosos, en los que los hombres y las mujeres, movidos por la diversión y la embriaguez, se dejan llevar por los placeres de la carne y caen en los coqueteos, la fornicación, los pleitos y las peleas.

Dios sí nos ama de corazón, pero Dios no ama si hacemos un pecado que no está bien, no ama. También, Dios ama, pero está en contra de lo que está haciendo, no le agrada, no le agrada a Dios porque eso es una, es un, cómo le diré, todos los hombres, dice, están hechos a la semejanza de Él, pero a Él no le agrada así hacer algo malo, digamos, que vaya a matar o que vaya a robar. Eso lo ve muy mal las obras que a Él no le agradan. Pero sí ama al hombre para que se salve si se arrepiente, y se salve. Él lo ama, pues. Nada más lo único que no quiere es que haga lo malo. Como el hombre por naturaleza, ¿no?, aquí, pues ahorita se le vienen pensamientos, ideas que le mete el Enemigo. Parece que no, pero sí. Así, por eso pasan tantas cosas aquí.

Los pastores aconsejan que las personas no tomen, no fumen, no bailen, porque no está bien; ese tipo de cosas a Dios no le agrada. No prohíben, sino aconsejan no hacer las cosas que desagradan a Dios, pero cada uno decide lo que quiere hacer. Los bailes son una fuente de discordia, porque puede suceder que dos hombres quieran bailar con la misma mujer, y esa discordia lleva a los hombres a pelear entre sí. En los juegos sucede lo mismo, pues unos ganan y otros pierden, a veces habiendo trampas de por medio. En cualquier caso, siempre queda la mohína del perdedor. El Enemigo trabaja de muchas formas. Los chismes, la discordia y los conflictos aparecen también en las relaciones vecinales. Hay que mantenerse al margen para procurar vivir en paz con la gente. (Doña Julia, evangélica)

8.3 La oración: la comunicación con Dios

En la religiosidad usileña, orar —*mh²i³ Jon⁴dai¹* o *hlenh⁴³i³ Jon⁴dai¹*— o comunicarse con el Creador es de suma importancia. La comunicación con Dios puede darse a nivel grupal durante los cultos colectivos en las iglesias, las casas u otros espacios abiertos, y también a nivel familiar e individual, siempre a través de la oración. Cuando una persona ora, su alma o espíritu se conecta con el Espíritu Santo, el Espíritu de Dios, que recibe su

mensaje y responde otorgando las bendiciones solicitadas, la sabiduría y la fuerza vital necesarias para superar los problemas y las dificultades de la vida, o el perdón por sus pecados. Por eso, para propiciar la comunicación con Dios, es importante que los creyentes reciban la gracia del Espíritu Santo a través de los sacramentos entre los fieles católicos, el bautismo entre los evangélicos y el estudio de las Santas Escrituras entre los testigos de Jehová.

Hay tres tipos fundamentales de oración:

1. La oración en la que se muestra arrepentimiento y se pide perdón a Dios por haber pecado.
2. La oración en la que se pide ayuda a Dios y a Jesús.
3. La oración de agradecimiento por las bendiciones recibidas.

En su oración, los fieles pueden dirigirse a Dios directamente, dirigirse a Dios solicitando la mediación de su Hijo Jesucristo, o pueden orar directamente a Jesús. En la religiosidad católica, los fieles pueden dirigir su oración a un santo y, más comúnmente, a la Madre de Dios, la Virgen María, o a la Virgen de Guadalupe, pero lo más habitual entre los católicos usileños es orar a Dios. El hombre y la mujer deben orar diariamente, en la mañana cuando se despiertan y en la noche antes de dormir⁴⁵, pues la vida del ser humano depende de la voluntad de Dios y la muerte puede sorprender en cualquier momento. En palabras de don Anselmo, creyente católico:

Dios es el que lleva la vida del hombre. El hombre no lleva su vida, sino Dios es el que lleva su vida, su destino, todo.

a) Arrepentirse de los pecados y pedir perdón a Dios

Todo pecado desagrade a Dios y aleja a la persona de su Creador. Si el hombre o la mujer persiste en desobedecer y actuar contrariamente a sus mandamientos, su alma no alcanzará la salvación eterna y será condenada al Infierno en el Día del Juicio Final. Su contumaz desobediencia a Dios, empero, a menudo recibe el castigo divino en su vida terrenal en forma de problemas matrimoniales y familiares, dificultades económicas, enfermedades graves. El castigo que Dios infringe al pecador busca que tome consciencia de sus malas acciones, se arrepienta, pida perdón por sus faltas y regrese al camino correcto, al camino que conduce a la salvación y la vida eterna de su alma. Dios castiga a los hombres por amor, de la misma forma que un padre castiga a su hijo procurando su bien.

⁴⁵ Si el cumplimiento de esta norma religiosa solamente se da entre los fieles más comprometidos, siendo su observancia más generalizada entre los creyentes evangélicos, sí señala el camino que el fiel debe tomar para comunicarse con su Creador bien con cierta regularidad bien esporádicamente.

¹¹No menosprecies, hijo mío, el castigo de Jehová,
Ni te fatigues de su corrección;

¹²Porque Jehová al que ama castiga,
Como el padre al hijo a quien quiere.

(Proverbios 3:11-12, RVR 1960)

Dios, como Padre Creador, ama a los seres humanos, y su voluntad es que todos los hombres y las mujeres alcancen la salvación. Por eso envió a su Hijo Jesús a la Tierra con la misión de redimir a la humanidad de sus pecados y enseñar el camino que lleva a la salvación. En sus predicaciones, Jesús enseñó las vías que permiten al pecador reconciliarse con Dios: los sacramentos católicos y el bautismo evangélico y de los testigos de Jehová son importantes vías de purificación y reconciliación con Dios que los creyentes procuran cumplir, pero la vía más utilizada para reconciliarse con Dios es la oración de arrepentimiento y petición de perdón por los pecados cometidos. Si bien este tipo de oración es poco frecuente en la religiosidad de los católicos y los testigos de Jehová, orar a Dios mostrando arrepentimiento y pidiendo perdón por los pecados es un acto común y relevante entre los creyentes evangélicos.

Cuando la persona se desvía del camino correcto y cae en el pecado, sobre todo cuando se trata de acciones graves o recurrentes, debe buscar la reconciliación con Dios, mostrando arrepentimiento, humillándose ante Él, confesando todas sus faltas y pidiendo perdón por los pecados cometidos.

Y cuando habla de que se humilla ante Dios, ¿qué quiere decir?

Bueno, cuando se habla de humillarse delante de un Dios, es pedirle perdón a Él, ¿no?, el error que se ha cometido, las faltas que ha hecho, y reconocer todo, todo, que si Dios, sin Jehová Dios y sin amor Jesucristo el ser humano no es nada. Por eso hablo yo, yo me estoy humillando delante de Él porque, si Jehová Dios, si Jehová Dios me hace algo, pues, por la soberbia que soy, entonces, lo dejo a un lado la soberbia, y me humillo reconociendo que Él es Dios Todopoderoso, el que hace todas las cosas invisibles o visibles; Él lo hace. (Don Marcos, evangélico)

Como Padre Creador, Dios ama a sus hijos, comprensivo y misericordioso, siempre está dispuesto a perdonar los pecados de sus criaturas. No importa los pecados que la persona haya cometido ni su número ni su gravedad: Dios siempre escucha y perdona al pecador que muestra un arrepentimiento sincero, a aquél cuyo arrepentimiento nace del corazón.

Si se humillare mi pueblo, sobre los cuales mi nombre es invocado, y oraren, y buscaren mi rostro, y se convirtieren de sus malos caminos; entonces yo oiré desde los cielos, y perdonaré sus pecados, y sanaré su tierra. (2 Crónicas 7:14, RVR 1960)

Cuando el creyente confiesa y pide perdón por sus pecados, a menudo lo hace en nombre de Jesucristo, pidiendo su mediación ante Dios a fin de ganar su misericordia. Jesús ama a los hombres, sacrificó su vida para redimir a los seres humanos de sus pecados ante

Dios y salvar sus almas, prestando especial atención a los pecadores para llevarlos a arrepentimiento.

Necesito que guardes mi hogar, que me guardes a mí, que me limpies, que me renueves, que me cambies por dentro y por fuera. Señor, lávame con tu sangre poderosa, la sangre que ya vertiste en la cruz, la que ya derramaste en la Cruz del Calvario hace más de dos mil años. Esa sangre tiene poder, porque tú dijiste que pagarías un precio de sangre para salvarme. Ahora tú, Señor, guárdame con esa sangre poderosa, ya pagaste, ya no puede, ya no hay más remisión del pecado, o sea, ya ha sido. Sigo pecando, perdóname, Señor, lo hice, sé que no debía, pero perdóname, Dios mío, que ahí fui débil, Señor. Me arrepiento y le lloro a Dios, Dios me perdona. Así sea que voy caminando y, de repente, me resbalo, caí en lo que no debería de caer, tengo que humillarme, pedirle perdón. Pero no quiere decir que, porque Dios me perdone, yo a propósito lo voy a hacer a cada rato, pero, si lo hice, fue sin querer, o fue porque no pude, o fue un descuido mío, o el destino me llevó así, o qué sé yo, a pesar de que yo sé que esto no se debe hacer. Tengo que llorar, humillarme y pedirle perdón. ¿Para qué? Para que Dios me sane, me libre. Ésa es la enseñanza que nos dan. Pero no quiere decir que, por eso, lo va a estar haciendo.
(Doña Julia, evangélica)

Cuando un cristiano ha llevado un camino errante, debe confesar todos los pecados que ha cometido en su vida ante Dios y entregarse nuevamente a Jesucristo para poder purificarse y llenarse de Espíritu Santo. Jesús cambia y renueva la mente y el alma de la persona derramando el Espíritu Santo sobre ella. A partir de ese momento, el Espíritu de Dios reina en la vida de la persona arrepentida, otorgándole la fortaleza espiritual para no caer en las tentaciones incitadas por la mente y el cuerpo. Aun así, cada vez que caiga en el error, debe arrepentirse por los nuevos pecados cometidos, pecados que son revelados por el Espíritu Santo.

Perdóname, Jesús, he hecho lo malo delante de ti. Así como dijo el rey David: he hecho lo malo. Perdóname, ya no vuelvo a hacer, ahora sí voy a entrar en tu camino, voy a alabar, voy a adorarte. Entonces, sólo esas palabras sueltas, entonces, viene el Espíritu Santo, y el Espíritu Santo queda dentro, y ya Cristo entra aquí, Cristo es el que reina. [...] Pero tiene que hablar, tiene que confesar sus pecados ante Dios.
(Don Ricardo, evangélico)

Aquél que no se arrepiente de sus pecados, desobedece los mandatos de Dios y será juzgado conforme a sus obras el Día del Juicio Final, no alcanzando la salvación y la vida eterna de su alma.

⁴ ¿O menosprecias las riquezas de su benignidad, paciencia y longanimidad, ignorando que su benignidad te guía al arrepentimiento?

⁵ Pero por tu dureza y por tu corazón no arrepentido, atesoras para ti mismo ira para el día de la ira y de la revelación del justo juicio de Dios,

⁶el cual pagará a cada uno conforme a sus obras:

⁷vida eterna a los que, perseverando en bien hacer, buscan gloria y honra e inmortalidad,

⁸pero ira y enojo a los que son contenciosos y no obedecen a la verdad, sino que obedecen a la injusticia; (Romanos 2:4-8, RVR 1960)

Cuando uno ha fallecido, ya es demasiado tarde y no hay perdón posible. El ser humano debe arrepentirse y pedir perdón por sus pecados mientras goza de vida en la Tierra, pues, después de la muerte, ya nadie puede interceder por su alma.

Entonces, qué, cómo me iría yo si el Señor, de repente, diría: ¿sabes qué? Hasta aquí nomás te doy de vida, y mañana por un tropezón, por un accidente o con algo, ya morí y dejé de ser. Y esa alma, ¿para dónde se va? Porque después de la muerte, ya no puedo decir: ¿sabes qué, Señor? Perdóname, o mira, voy a regresar otra vez y ahora sí me voy a arrepentir cuando ya estoy viendo la realidad, ya no. Por eso, mientras tengamos vida, sí podemos arrepentirnos, pedir perdón a Dios por lo que hacemos. (Doña Julia, evangélica)

b) Pedir ayuda a Dios y a Jesús

Dios es el Creador de todo cuanto existe, Dios da la vida y Dios decide cuándo se acaba la vida atendiendo a su voluntad. La vida del ser humano, pues, depende de Dios, y a Dios debe dirigirse para que lo bendiga y le ayude a conseguir sus propósitos y superar las dificultades y los problemas de la vida. La oración en la que se pide bendición y ayuda a Dios o a su Hijo Jesús puede ser individual, para resolver problemas personales, procurar el bienestar, la prosperidad y la armonía matrimonial y familiar, la sanación de uno mismo o de un miembro de la familia; puede ser familiar, generalmente entre los creyentes evangélicos, para pedir la bendición de la familia o la sanación de uno de sus miembros; o puede ser colectiva, para pedir la sanación de uno o más enfermos en un acto organizado por la iglesia a la que pertenece el fiel enfermo y, en el caso de los católicos, para ayudar a limpiar los pecados de las almas de los fallecidos —oración de los difuntos—.

A nivel individual, los usileños recurren a la oración para pedir a Dios su bendición y su ayuda atendiendo a una gran diversidad de motivos y circunstancias:

- Obtener la sabiduría y la guía divina para tomar decisiones adecuadas y conseguir las metas que uno se propone, o para comprender todo el significado contenido en la Palabra de Dios, en los pasajes bíblicos.
- Resolver los problemas que se dan en las relaciones familiares: los conflictos matrimoniales, las conductas desobedientes, conflictivas o irresponsables de los hijos, el consumo o las adicciones al alcohol o las drogas.
- Propiciar el bienestar y la prosperidad económica de la familia: la bonanza de un negocio, la cosecha abundante de la milpa, la consecución del dinero

necesario para garantizar la manutención de la familia o atender la enfermedad de uno de sus miembros.

- Lograr la sanación de las enfermedades padecidas por uno mismo o por un miembro de la familia, potenciar la eficacia curativa de las medicinas prescritas por los médicos, velar por la salud de la madre y el bebé durante el parto.
- Ahuyentar las emociones negativas, infundir ánimo y conseguir el bienestar psicoemocional propio o el de un miembro de la familia cuando se siente debilidad, desánimo, tristeza o temor, o cuando se ha sufrido el daño de otras personas.
- Obtener la fuerza vital necesaria para superar grandes dificultades o sobrellevar grandes cargas como el cuidado de un familiar con un padecimiento crónico o con una adicción al alcohol o las drogas.
- Buscar la protección divina propia o de los miembros de la familia ante los peligros en las labores del campo —mordeduras de víboras, picaduras de abejas y avispas, caídas durante el camino a la milpa—, los accidentes en los espacios de trabajo, los viajes, las emigraciones a la ciudad, el acecho del Demonio y los espíritus malignos.
- Evitar sucumbir a las tentaciones y caer en el pecado.

Para Dios no hay nada imposible, Dios es Todopoderoso y todo lo puede, y el ser humano, con la ayuda de Dios, puede conseguir todas las metas que se proponga en la vida, como nos dice don Álvaro, creyente católico:

Con Dios, pues todo se puede, todo se puede. [...] Yo, o sea, me acuerdo de Dios, pues, pido, hago mi oración, pido a Dios que me dé la sabiduría, que me dé mi suerte, que me dé, cómo se llama, algún amigo, ¿no?, que me dé el trabajo de cómo salir con nuestros hijos. Ése es la oración que yo hago siempre con Dios, pues, sí.

“Dios siempre está cuando uno lo necesita”. Dios está presente en todo lugar y en todo momento para escuchar y atender a quienes se dirigen a Él con fe verdadera, así como lo enseñara Jesús en sus predicaciones. En palabras de don Leandro, fiel evangélico:

Dios sí hace milagros. Lo más importante digo es que tengamos fe. Si Jesús mismo dijo, cuando estuvo en la Tierra, si tenemos fe como un grano de mostaza, chiquitito, ¿eh?, y dijéramos esa montaña, pues, trasládala al mar, y la montaña se irá al mar, dijo, porque ustedes tienen fe. Pero Jesús no está hablando en forma literal, pues, si no está hablando de montañas, de nuestros problemas que tenemos muchas veces, que no se pueden mover, sí. Pero cuando nosotros pedimos a Dios, tenemos fe como un granito de mostaza, todo lo que es imposible, pues, se hace posible. Porque Jesús mismo dijo que lo que es imposible para los hombres, posible lo es para Dios.

El hombre y la mujer, cuando se dirigen a Dios, deben reconocer la relación jerárquica existente ante su Creador, deben humillarse ante Dios, suplicarle para conseguir su bendición, el favor de la divinidad omnipotente, persistir en su petición, esperar pacientemente a que llegue el momento en que Dios otorgue su don. Doña Julia, una mujer evangélica cuyo hijo padece esquizofrenia, nos lo explica con estas palabras:

A veces yo lloraba. Decía, Señor, la gente se burla, se ríe. Yo no pedí esto, no pedí estar así. Perdóname si yo digo cosas que no son, ¿no? De mil maneras yo le pedía a Dios. Lloraba, decía, Señor, sánalo. Lo único que quiero que quede sano. Haz un milagro con él. Que encuentre yo la forma, la solución, cómo curarlo también porque, pues, no tengo manera. Tú que eres el dueño del oro y de la plata, porque yo que no tengo nada, yo desnuda vine al mundo y así volveré otra vez, pero en tus manos está el que quieras sanar a [mi hijo]. Yo sé que Tú puedes, porque para ti no hay nada imposible. Yo no sé cuánto se va a tardar esto, hoy, mañana, pasado, un año, no lo sé, pero voy a esperar y voy a confiar en ti. Y así seguiré luchando día tras día.

Así le he pedido a Dios en mis oraciones. Sí, porque no es de la noche a la mañana. No es como, Señor, le digo, no es como yo quiero también, como Tú quieras que sea, que se haga. Así, así, porque qué no le voy a decir a Dios, ¿verdad? Él es quien pone las cosas. Yo no le voy a ordenar, no, haz esto, porque así quiero, ¿no?, pero sí pedirle, rogarle, suplicarle, cambia mucho. [...] Cambia mucho suplicarle, decirle bien, a que yo le ordene, cambia mucho. Pero a Dios no se le ordena, a Dios se le suplica, se humilla uno delante de Él, porque Él es Dios, Él es el único que puede dar las cosas, hasta la persona que ya está hasta muerta quizá, o viva, cuando ve el corazón de la persona.

c) Agradecer a Dios las bendiciones recibidas

El ser humano siempre debe buscar a Dios y ser consciente de que todo lo que consigue y llega a su vida diariamente no sólo es gracias a su propio conocimiento, a su propio esfuerzo, sino también gracias a la bendición y la ayuda divina. En la pobreza o en la abundancia, el creyente siempre debe orar a Dios para agradecer todos los dones, todas las bendiciones que le envía a su vida en formas diversas: alimento, vivienda, prosperidad, salud, hijos ...

Mientras vivimos, hay que darle a gracias a Dios por todo. Somos pobres, le damos gracias a Dios. Tenemos algo, le damos gracias a Dios. Porque Dios dice que, cómo se le puede decir, en la pobreza y en la abundancia, o sea, que hay que darle gracias a Dios, estar conforme. Pero no conforme de estar así, ¿no?, con las manos cruzadas, sino conforme en lo que Dios nos da día a día y darle gracias a Dios. Porque muchas veces, le digo, si tenemos mucho, ni de Dios nos acordamos. Pero Dios dice en su Palabra, le digo, que le seamos fieles a Él, que lo busquemos. Dios no pide mucho de nosotros, porque hasta eso, nada tenemos. Lo que somos, si le digo lo

que yo tengo, todo es de Él, todo es de Él: mi alma, mi espíritu, mi ser. Todo es de Él, yo no tengo nada. Si esta casa tengo, me la regaló por un tiempo. Tú que eres mi hijo, me dio Dios por un tiempo. (Doña Julia, evangélica)

En la religiosidad evangélica está más presente la naturaleza pecaminosa del ser humano, la creencia de que el ser humano no es merecedor de lo que es ni de lo que tiene, y de que sólo la gracia de Dios permite a los hombres y las mujeres ser lo que son y tener lo que tienen. Don Augusto, hombre evangélico al que le gustaba señalar la hermosura de los salmos, mencionó el Salmo 103 para tomar conciencia de lo agradecidos que debemos estar a Dios en nuestras vidas:

¹Bendice, alma mía, a Jehová,
Y bendiga todo mi ser su santo nombre.

²Bendice, alma mía, a Jehová,
Y no olvides ninguno de sus beneficios.

³Él es quien perdona todas tus iniquidades,
El que sana todas tus dolencias;

⁴El que rescata del hoyo tu vida,
El que te corona de favores y misericordias;

⁵El que sacia de bien tu boca,
De modo que te rejuvenezcas como el águila.

⁶Jehová es el que hace justicia
Y derecho a todos los que padecen violencia.

⁷Sus caminos notificó a Moisés,
Y a los hijos de Israel sus obras.

⁸Misericordioso y clemente es Jehová;
Lento para la ira, y grande en misericordia.

⁹No contendrá para siempre,
Ni para siempre guardará el enojo.

¹⁰No ha hecho con nosotros conforme a nuestras iniquidades,
Ni nos ha pagado conforme a nuestros pecados.

¹¹Porque como la altura de los cielos sobre la tierra,
Engrandeció su misericordia sobre los que le temen.

(Salmo 103:1-11, RVR 1960)

8.4 Asistir a la iglesia para adorar a Dios

Los fieles usileños, sean católicos, evangélicos o testigos de Jehová, deben asistir regularmente a la iglesia para adorar a Dios y escuchar su Palabra. Los cultos de adoración a Dios se celebran diariamente todas las tardes en la iglesia católica y en algunas iglesias evangélicas, doblándose los domingos a un culto por la mañana y a otro por la tarde. En la

mayor parte de las iglesias evangélicas, los cultos se celebran los jueves en la tarde y los domingos en la mañana y en la tarde, mientras los testigos de Jehová se reúnen en el Salón del Reino en las tardes de los jueves y los domingos.

Si bien las familias evangélicas cumplen con mayor rigor el precepto de alabar a Dios todas las semanas, tanto para los evangélicos como para los católicos, más allá de cumplir una regla eclesiástica, asistir a la iglesia supone cubrir una necesidad del alma: la necesidad de entrar en comunión con el Creador y alimentarse espiritualmente de la Palabra de Dios.

La gente va, pues, a la iglesia, [...] porque su alma, su espíritu, anhela algo, escuchar, porque hay una necesidad espiritual, una necesidad interna del hombre. Entonces, se llena con la Palabra de Dios, pues, se llena, se llena el corazón. Y ya una vez que llegó la Palabra, entonces, se llena, entonces, viene uno contento, pues. Entonces, escucha lo que es la voluntad de Dios. Entonces, se queda marcado la Palabra en el corazón, y ya sale a la calle, pues, y lo trae eso, y otra vez vuelve a la iglesia, y así, pues, va nutriéndose cada día. Es una necesidad que necesita el ser humano, escuchar algo de Dios, tiene necesidad de tener una relación con Dios a través de su Palabra escuchada, ya sea a través de un sacerdote o un pastor. Y ya en medio de eso, pues ora y más se llena. Tiene un problema, pues se dirige a su Padre Celestial, ¿no? Está contento, pues también le da gracias a su Padre Celestial en todo momento. Entonces, la vida, entonces, empieza a vivir una vida muy ligera; es una vida muy tranquila. Sí, pero hay que darse cuenta de que uno tiene esa necesidad. (Don Leandro, evangélico)

La Palabra de Dios alimenta el espíritu, lo limpia y lo reconforta con sus mensajes; y la Palabra de Dios enseña los mandatos que los seres humanos deben seguir para orientar su vida hacia el Padre Celestial y lograr la salvación y la eternidad de su alma. La iglesia, entonces, además de ser un lugar donde se alaba a Dios, es una escuela donde el sacerdote, el pastor o el anciano de la congregación enseña la Palabra de Dios a los fieles. En la misa católica, el sacerdote lee y explica pasajes bíblicos durante el sermón; en el culto evangélico, el pastor lo hace durante su predicación; y en las reuniones celebradas en el Salón del Reino, los testigos de Jehová comentan y responden a las preguntas planteadas en uno de los artículos de *La Atalaya*, la revista que los fieles reciben semanalmente.

Además de acudir a los cultos semanales, los fieles también deben asistir a la iglesia cuando se celebran otros rituales como los sacramentos católicos del bautismo, la primera comunión, la confirmación y el matrimonio, los rituales del bautismo y el matrimonio evangélicos y de los testigos de Jehová, o las diferentes conmemoraciones relacionadas con el nacimiento, la muerte y la resurrección de Jesucristo.

En casi todas las iglesias suele haber uno o más grupos de fieles, los “servidores de la iglesia”, que desempeñan determinadas funciones y participan regularmente en diversas actividades religiosas: los educadores de las escuelas que se encargan de la formación religiosa de los niños —catequistas católicos, maestras de las escuelas dominicales evangélicas, publicadores de los testigos de Jehová—; los traductores al chinanteco de las predicaciones pronunciadas por el sacerdote católico en los rituales celebrados en espacios

exteriores; los traductores al chinanteco de las predicaciones que los pastores evangélicos pronuncian durante los cultos en las iglesias o en casas familiares y en sus campañas evangelizadoras en los ranchos del municipio; los rezanderos católicos que se encargan de rezar por la sanación de los enfermos y en los velatorios, los novenarios y los cabo de año de los difuntos; los fieles evangélicos que visitan a las familias para orar por la sanación de los enfermos o por aquéllos que, entregados al vicio del alcoholismo o la drogadicción, necesitan cambiar sus vidas y buscar a Jesucristo; los publicadores foráneos de los testigos de Jehová que predicán sus enseñanzas entre las familias de la comunidad y los ranchos vecinos; los grupos de músicos católicos que cantan en las misas, las posadas guadalupanas, las posadas navideñas y los velatorios; los grupos de músicos que cantan en los cultos y las predicaciones evangélicas.

8.5 Recibir el Espíritu Santo

Todo hombre y toda mujer que busca a Dios requiere la fortaleza y la guía del Espíritu Santo, requiere recibir el Espíritu de Dios para limpiar sus pecados y superar las adversidades y las tentaciones que surgen en la vida terrenal. En la religión católica, el Espíritu Santo llega a los creyentes a través de los sacramentos, los fieles evangélicos reciben el Espíritu de Dios en el momento que aceptan a Jesucristo como su único salvador en el bautismo, y los testigos de Jehová reciben el Espíritu Santo a través del bautismo y a medida que avanzan en el estudio de las Santas Escrituras.

a) Los sacramentos católicos de iniciación a la vida cristiana

Los fieles católicos, antes de casarse y recibir el sacramento del matrimonio, deben recibir tres sacramentos en diferentes momentos de su vida, normalmente entre los pocos meses de haber nacido y los 13 o 14 años; son los denominados sacramentos de iniciación a la vida cristiana: el bautismo, la primera comunión y la confirmación. Estos sacramentos, junto a la confesión, la orden sacerdotal y la unción de los enfermos, fueron instituidos por Jesús para que el hombre y la mujer lleguen a alcanzar la santidad en este mundo. En cada sacramento, Dios comunica una gracia a la persona.

El bautismo es un sacramento cuyo origen está en el bautismo de agua que Jesús recibiera a manos de Juan el Bautista; en el momento que fue bautizado, el Espíritu Santo vino a Jesús en forma de una paloma blanca. Los niños son bautizados para limpiar el Pecado Original con el que nacen todos los seres humanos al ser descendientes de Adán y Eva, heredando el pecado que cometieron los primeros padres desobedeciendo a Dios y comiendo el fruto prohibido en el Jardín del Edén. Si el niño nace corporalmente del vientre de su madre, en la cuna bautismal, el niño limpia el Pecado Original y nace espiritualmente como hijo de Dios, se convierte en un hijo de Dios y en un miembro de la comunidad de bautizados, en un miembro de la iglesia. Y a través del bautismo, el niño recibe la gracia

del Espíritu Santo, lo que permite a su alma acabar de definirse bien respecto al cuerpo y fortalecerse ante Dios.

El niño bautizado, al ser un sacramento que recibe a temprana edad, no es consciente de haber recibido el Espíritu Santo. El Espíritu Santo está presente en el niño, aunque no tomará consciencia de su presencia hasta el momento en que realice la primera comunión y, sobre todo, la confirmación, ya con un desarrollo cognitivo que le permite distinguir entre el bien y el mal.

El sacramento de la primera comunión tiene su fundamento en la Última Cena que Jesús compartiera con sus discípulos antes de la Pasión, donde Jesús enseñó a los apóstoles que el pan y el vino simbolizaban su cuerpo y su sangre, la comunión con Dios Padre. Los niños, a través de la primera comunión, reciben el cuerpo de Cristo por primera vez, el alimento espiritual que les permite unirse al Padre Celestial, superar las tentaciones y las dificultades de la vida y continuar en el camino de Dios.

Según dice la Biblia que todos nosotros vamos caminando cada día en lo espiritual, sí, en lo espiritual. Entonces, es necesario alimentarse del cuerpo de Cristo para que tenga fuerza de luchar, de caminar, sí, de caminar este mundo, porque siempre hay, este, tentaciones, siempre hay cosas que impiden, siempre hay cosas, o sea, que uno llega a pensar que, ah, de aquí voy a parar, pues, ya no voy a seguir de las cosas, ¿no?, aquí las dejo. Por eso es necesario alimentarse del cuerpo de Cristo, para así continuar en el camino que Dios quiere a cada uno, sí. (Don Anselmo, católico)

El sacramento de la confirmación tiene su fundamento en el momento en que los apóstoles recibieron el Espíritu Santo el Día de Pentecostés, cincuenta días después de la Resurrección de Jesús. Cuando realizan la confirmación, los niños confirman que continúan en el camino de Dios que iniciaron con el bautismo y vuelven a recibir, de una manera más consciente dada su mayor edad, la gracia del Espíritu Santo que otorga santidad y valor a la persona para afrontar la vida en el mundo terrenal.

b) El bautismo evangélico

El bautismo es un acontecimiento muy relevante en la religiosidad evangélica. El fiel evangélico, además de creer y aceptar a Jesucristo como su único salvador, debe bautizarse para recibir el Espíritu Santo, al igual que Jesús cuando fue bautizado a los 30 años. La decisión de bautizarse responde a una convicción personal, cuando el creyente siente que es capaz de comprometerse a seguir fielmente el camino de Dios, cumpliendo sus mandamientos, no cayendo en el pecado. O cuando el fiel siente la llamada de Dios y que ha llegado el momento de bautizarse:

Cuando un hombre busca a Dios, siente el corazón de él, siento mi vida, pues, se calentó mi cuerpo, algo bajó dentro de mí, algo, Espíritu de Dios que bajó dentro de mí y movió mi corazón. De ahí sentí presencia de Dios, de ahí pedí bautizar, porque sentí algo, pues, algo. [...] Así es la Palabra de Dios. (Don Tomás, evangélico)

El bautismo fue instituido por Jesús antes de ascender al Cielo junto a Dios Padre. Tras su resurrección, Jesús se presentó ante sus discípulos, pidiéndoles que predicaran el evangelio por todo el mundo y anunciaran a los hombres y las mujeres que debían tener fe y ser bautizados para lograr la salvación de su alma.

¹⁵Y les dijo: Id por todo el mundo; predicad el evangelio a toda criatura.

¹⁶El que creyere y fuere bautizado, será salvo; mas el que no creyere, será condenado. (Marcos 16:15-16, RVR 1960)

El bautismo significa que el agua limpia los pecados, el agua se lleva los pecados, y la persona vuelve a nacer de nuevo. El fiel que recibe el bautismo renace espiritualmente, pues su espíritu es purificado, sus pecados son limpiados y, a partir de ese momento, ya no camina solo en la vida, sino fortalecido y guiado por el Espíritu Santo. El renacimiento espiritual es crucial para que el alma pueda salvarse y entrar en el Reino de Dios. Así se lo explicara Jesús a Nicodemo:

¹Había un hombre de los fariseos que se llamaba Nicodemo, un principal entre los judíos.

²Este vino a Jesús de noche, y le dijo: Rabí, sabemos que has venido de Dios como maestro; porque nadie puede hacer estas señales que tú haces, si no está Dios con él.

³Respondió Jesús y le dijo: De cierto, de cierto te digo, que el que no naciere de nuevo, no puede ver el reino de Dios.

⁴Nicodemo le dijo: ¿Cómo puede un hombre nacer siendo viejo? ¿Puede acaso entrar por segunda vez en el vientre de su madre, y nacer?

⁵Respondió Jesús: De cierto, de cierto te digo, que el que no naciere de agua y del Espíritu, no puede entrar en el reino de Dios.

⁶Lo que es nacido de la carne, carne es; y lo que es nacido del Espíritu, espíritu es. (Juan 3:1-6, RVR 1960)

El bautismo es “un paso hacia Dios” en la vida del creyente evangélico, pues el Espíritu Santo purifica y renueva el alma de los bautizados, fortaleciéndola, guiando sus acciones hacia la virtud. La persona bautizada es renovada espiritualmente, se mantiene firme en la búsqueda de Dios gracias a la ayuda del Espíritu Santo, a su fe en Jesucristo, superando las adversidades y las tentaciones que incitan al pecado.

Para remisión del pecado. O sea, para que Jehová Dios, a través de Jesús, perdone el pecado de uno que ha cometido, pues. Así es. Por eso es necesario bautizarse, para que se perdone sus pecados.

¿Y qué recibe uno en el bautismo?

¿Qué recibe uno en el bautismo? Bueno, la Palabra dice que, cuando uno se bautiza, luego el Espíritu Santo viene, que le ayuda uno a proseguir en el camino de Dios,

porque muchas tentaciones hay, ¿no?, tentaciones hay, y luego la mente de uno se desvía en cualquier rato, o se desanima. Pero Jesús dijo que no tiene por qué turbarse, porque él es real y vive, y él es eterno, pues, por eso; pero a través del Espíritu Santo. El Espíritu Santo es el que recibe uno después de que se bautiza. (Don Marcos, evangélico)

c) El bautismo entre los testigos de Jehová

En la pequeña congregación existente en Usila, la inmensa mayoría de los fieles son “estudiantes de la Biblia”, es decir, personas que aún no han recibido el bautismo. De manera similar a los evangélicos, los testigos de Jehová deben bautizarse cuando están plenamente convencidos de asumir el compromiso de servir a Dios. El servicio a Dios supone seguir sus mandamientos, estudiar las Escrituras, publicar o salir a predicar las enseñanzas bíblicas a las personas que viven en el territorio perteneciente a la congregación. Es un paso muy importante en la vida de los testigos de Jehová, pues los fieles bautizados deben mostrar un compromiso firme, no pueden fallar en el servicio a Dios.

Aun no habiendo sido bautizados, los estudiantes de la Biblia reciben la guía y la fuerza del Espíritu Santo a medida que profundizan en el estudio de la Palabra de Dios.

8.6 Estudiar la Palabra de Dios

La lectura y el estudio de la Biblia están mucho más presentes en la religiosidad evangélica que en la católica, hecho visible, incluso, en los cultos semanales: los fieles evangélicos siempre acuden a la iglesia con una Biblia en sus manos, para leer los versículos que el pastor menciona durante su predicación.

Tanto para los católicos como para los evangélicos, la lectura y el estudio de la Palabra de Dios es un alimento espiritual para el alma, que otorga orientación sobre los actos que son correctos, aquéllos que siguen los mandamientos del Creador, y los actos que no se deben hacer, porque desagradan a Dios y constituyen pecado; pero también otorga guía y fortaleza al fiel cuando las problemáticas y las dificultades aparecen en la vida, y consuelo cuando las adversidades afligen el ánimo.

Los creyentes católicos y evangélicos que leen y estudian la Biblia, generalmente hombres, suelen compartir las enseñanzas de sus lecturas bíblicas con su esposa e hijos en determinados momentos de la vida cotidiana, en aquellos momentos en los que no se deben atender obligaciones y se puede conversar sosegadamente.

En la religión de los testigos de Jehová, el estudio de las Santas Escrituras es una actividad que todos los miembros de la familia deben hacer diariamente, pues quienes adquieran el conocimiento exacto de la verdad serán salvos. Todos los domingos, en las

reuniones celebradas en el Salón del Reino, los fieles comentan y responden a las preguntas sobre el tema elegido, tema que han preparado previamente, leyendo la revista *La Atalaya*, que reciben cada semana, y consultando la Biblia.

La Biblia fue inspirada por Dios para que el hombre estudiara y adquiriera la capacidad de discernir lo correcto de lo incorrecto y realizara buenas obras.

¹⁶Toda Escritura es inspirada de Dios y provechosa para enseñar, para censurar, para rectificar las cosas, para disciplinar en justicia, ¹⁷para que el hombre de Dios sea enteramente competente [y esté] completamente equipado para toda buena obra. (2 Timoteo 3:16-17)⁴⁶

Conforme va avanzando en el estudio de las Santas Escrituras, conforme va profundizando en el significado real de la Palabra de Dios y aproximándose a la verdad, el fiel va entrando en comunicación con Dios: el Espíritu Santo, la fuerza activa de Dios, se va acercando a él y le brinda fuerza y sabiduría.

⁸Acérquense a Dios, y él se acercará a ustedes. Límpiense las manos, pecadores, y purifiquen su corazón, indecisos. (Santiago 4:8)

9. Las bendiciones: los dones y los favores de Dios

Todo aquél que busca a Dios a través de Jesucristo es bendecido por el Espíritu Santo en su vida terrenal y recompensado con la salvación y la vida eterna de su alma una vez que abandona su cuerpo y se va de este mundo. Cuando la persona dirige su vida hacia Dios, su conducta cambia, se orienta hacia los buenos pensamientos y las buenas obras, es más difícil que se deje llevar por los vicios y caiga en el pecado, sobre todo en el pecado grave, pues su espíritu cuenta con la guía y la fuerza del Espíritu Santo. En palabras de don Felipe, testigo de Jehová, quien busca verdaderamente a Dios alcanza las cuatro cualidades de Dios: sabiduría, poder, amor, justicia.

Cuando uno está a bien con Dios, no hay leyes que lo puedan detener, porque tiene todo bien, tiene sabiduría, poder, amor, justicia.

La salvación y la vida eterna del alma es el beneficio último y el más importante para el fiel que busca a Dios, pero el fiel también busca que el Creador le bendiga, a él y a su familia, con sabiduría, fuerza vital, protección, dones y favores en su vida cotidiana, para gozar de prosperidad y afrontar y superar los problemas y las dificultades que surgen

⁴⁶ Los versículos señalados corresponden a la *Traducción del Nuevo Mundo de las Santas Escrituras*, edición de 1987, la versión bíblica utilizada en la congregación de los testigos de Jehová de San Felipe Usila.

durante la vida en la Tierra. Como señalara Jesús en sus predicaciones, buscando primeramente a Dios, las necesidades materiales son cubiertas por añadidura.

³¹No os afanáis, pues, diciendo: ¿Qué comeremos, o qué beberemos, o qué vestiremos?

³²Porque los gentiles buscan todas estas cosas; pero vuestro Padre celestial sabe que tenéis necesidad de todas estas cosas.

³³Mas buscad primeramente el reino de Dios y su justicia, y todas estas cosas os serán añadidas. (Mateo 6:31-33, RVR 1960)

Dios ayuda a salir adelante a las personas y sus familias, bendiciéndolos con el valor y la sabiduría para tomar buenas decisiones y caminos exitosos, con el trabajo y el dinero necesario para cubrir su manutención o para brindar atención médica a sus enfermedades, con el buen desempeño en su profesión, con buenas cosechas en la milpa, con la prosperidad en sus negocios, con ganancias que pueden ser invertidas en otras actividades económicas que permiten a los padres y los hijos vivir con los negocios familiares.

Dios bendice las relaciones familiares ayudando a resolver conflictos o a corregir conductas incorrectas y perjudiciales entre sus miembros: el hombre y la mujer son bendecidos con la comprensión, el perdón y la reconciliación cuando surgen conflictos en la relación matrimonial; el hijo o la hija son bendecidos cuando reconducen sus comportamientos y se vuelven obedientes y responsables, así como los padres que, habiendo solicitado a Dios su intervención para rectificar su conducta, contemplan cómo sus hijos regresan al buen camino.

Dios resguarda a la persona de los peligros, evitando que sea mordida por una víbora o sufra un accidente cuando va a los cerros o emprende un viaje y, en caso de accidentarse, salvaguardándolo de padecer lesiones graves, salvándolo de la muerte. Dios protege al hombre y a la mujer de la maldad de otras personas estando en la comunidad, cuando se desplaza a otros lugares o emigra a la ciudad. Entre los fieles evangélicos, sobre todo, la protección de Dios frente al acecho del Diablo y los espíritus malignos es una bendición con gran relevancia en su vida religiosa. A menudo, esta protección divina llega en forma de ángeles guardianes enviados por Dios para guardar el hogar familiar.

Dios bendice con la salud y la sanación. Dios otorga bienestar psicoemocional y espiritual a las personas cuando se hallan tristes, angustiadas o sienten temor, brindándoles consuelo, calma, serenidad, valor, vigor para enfrentarse a las situaciones y los problemas que surgen en la vida.

Como ser humano, cuando se presentan fuertes los problemas, pues uno es como ser humano que, de repente, no sabes si te sientes mal por los problemas que pasan. Pero al ratito tú le pides a Dios, y Dios te da la tranquilidad. Es un rato que sufres, y al rato Dios te da la tranquilidad. No, no es que vas a vivir todo el santo día o una semana, es lógico, pues somos seres humanos, ¿no? Porque no le voy a mentir, no, pues ya estoy alegre, ya me siento bien, nunca voy a sufrir, no, pues no.

Y tampoco espero, pero se presentan conforme se van presentando las cosas. Es que el cristiano siempre sufre también, no vaya a creer que todo es alegría, ¿no? Pero que sí vale la pena buscar a Dios, vale la pena, vale la pena buscar a Dios, porque así uno va dedicando su vida a Dios día con día. (Doña Julia, evangélica)

La persona siente cómo llega el ánimo y la fuerza vital necesarios para superar las adversidades y seguir adelante en el momento que su espíritu se conecta con el Espíritu de Dios, el Espíritu Santo.

Pero cuando uno está mal, pues el espíritu también, también se da cuenta enseguida; entonces, el espíritu se siente triste. Entonces, cuando la persona, pues, se pone desanimado, por qué eso, por qué aquello, por qué me sucede esto, ¿no?, entonces, el espíritu, pues, le habla a uno. Entonces, al mismo tiempo también, dice sabes qué, haz algo, ¿no?, o conéctate con tu Creador, pues, con Dios, y vas a sentirte bien. Y una vez que el espíritu del hombre se conecta con el Espíritu de Dios, entonces, hay una gran fuerza, pues, en el hombre. Entonces, dan ganas de vivir, de hacer las cosas, se levanta uno con fuerza y te da fuerzas también para animar a otros. Cambia, cambia uno, pues, su semblante, su forma de hablar, su trato con los demás, cambia. ¿Por qué? Porque tiene una buena relación con Dios, el espíritu del hombre con el Espíritu de Dios están así, pues, unidos. Entonces, hay alegría, pues, en el alma y en el cuerpo del ser humano. Entonces, hay mucha fuerza para hacer cosas maravillosas. (Don Leandro, evangélico)

Dios bendice a las familias otorgando salud a sus miembros, procurando el bienestar de la madre y su bebé durante el parto, sanando las enfermedades de los niños y los adultos, ayudando a superar las adicciones al alcohol o las drogas. En la religión evangélica, la enfermedad tiene a menudo un origen sobrenatural: puede ser provocada por el ataque del Demonio o de algún espíritu maligno o, más comúnmente, puede ser fruto de los pecados cometidos por la persona enferma. El hombre o la mujer que ha enfermado y sus familiares deben, además de recurrir a la atención médica, pedir la intervención de Dios y Jesucristo para potenciar la eficacia curativa de los medicamentos y curar la enfermedad, o para sanar milagrosamente aquellas enfermedades que la medicina no puede curar y desahucian al enfermo. La sanación, por tanto, es una bendición divina, que, en muchas ocasiones, requiere el arrepentimiento y la petición de perdón por los pecados cometidos ante Dios.

En los evangelios vienen recogidas sanaciones milagrosas de enfermos y endemoniados que realizara Jesús durante sus predicaciones, poderes, la sanación de las enfermedades y la expulsión de los demonios, que le fueron concedidos por su Padre. Tras la resurrección y la ascensión al Cielo, el poder de sanación de Jesucristo radica en su llaga: al haber entregado su vida para redimir a la humanidad de los pecados, Jesús también liberó a los seres humanos de las enfermedades a través de su sangre derramada en la cruz. “La sangre de Cristo tiene poder”, poder para limpiar el pecado, poder para sanar las enfermedades, poder para reprender y expulsar a los demonios.

⁴Ciertamente llevó él nuestras enfermedades, y sufrió nuestros dolores; y nosotros le tuvimos por azotado, por herido de Dios y abatido.

⁵Mas él herido fue por nuestras rebeliones, molido por nuestros pecados; el castigo de nuestra paz fue sobre él, y por su llaga fuimos nosotros curados. (Isaías 53:4-5, RVR 1960)

10. El Día del Juicio Final

Un día, sólo Dios sabe cuándo va a llegar ese día, Jesús regresará a la Tierra para juzgar a los vivos y a los muertos. Comenzará así el Juicio Final.

³⁵ El cielo y la tierra pasarán, pero mis palabras no pasarán.

³⁶ Pero del día y la hora nadie sabe, ni aun los ángeles de los cielos, sino sólo mi Padre.

³⁷ Mas como en los días de Noé, así será la venida del Hijo del Hombre.

³⁸ Porque como en los días antes del diluvio estaban comiendo y bebiendo, casándose y dando en casamiento, hasta el día en que Noé entró en el arca,

³⁹ y no entendieron hasta que vino el diluvio y se los llevó a todos, así será también la venida del Hijo del Hombre.

⁴⁰ Entonces estarán dos en el campo; el uno será tomado, y el otro será dejado. (Mateo 24:35-40, RVR 1960)

La fe católica y evangélica afirma que aquéllos que hayan buscado a Dios, cumpliendo sus mandamientos y realizando buenas obras, serán recompensados con la salvación y la vida eterna de su alma en el Cielo, mientras aquéllos que no buscaron a Dios y obraron mal serán castigados con el tormento eterno en el Infierno. Los testigos de Jehová, por su parte, sostienen que las personas limpias de todo pecado, los elegidos, ascenderán al Cielo, mientras la Gran Muchedumbre vivirá en el Paraíso de la Tierra. Aquéllos que no buscaron a Jehová y no siguieron sus mandamientos no tendrán existencia: los vivos dejarán de existir y los muertos no serán resucitados.

10.1 La religión católica y evangélica: el Cielo o el Infierno

Cuando la persona fallece, su cuerpo permanece en la Tierra y se convierte en polvo, y su alma vuelve ante la presencia de Dios a la espera de ser juzgada el Día del Juicio Final. En la fe católica, mientras llega el momento de la Resurrección en el Último Tiempo, las

almas van al Purgatorio donde “el espíritu se purifica, expía todas las manchas que no pudo limpiar cuando estaba todavía aquí en la Tierra”, pues, como dice la Biblia, ningún alma manchada con pecados puede ir al Cielo. El Cielo es sólo para las almas limpias de pecado; por eso, las almas deben pasar por el Purgatorio para poder expiar todos sus pecados: las almas de las personas que no pudieron arrepentirse durante su vida terrenal, las almas de los niños y los adultos que murieron repentinamente o de forma violenta.

La salvación y la vida eterna del alma requieren buscar a Dios, teniendo especial relevancia la fe y las buenas obras realizadas en la vida terrenal. Los católicos otorgan mayor primacía a las buenas obras; los evangélicos, en cambio, mayor importancia a la fe: la salvación y la ascensión al Cielo sólo pueden conseguirla aquéllos que creen en Jesús y aceptan a Jesucristo como su único salvador.

Para poder entrar en el Cielo, debemos decir que perdóname, Señor, ya no quiero hacer más llorar a ti, yo quiero obedecer, yo quiero ir a la iglesia, yo quiero aceptar a ti. Aceptar quiere decir que Espíritu Santo entra aquí, que Jesús va a gobernar nuestra vida. Ya no será la misma persona, sino será transformada. Ése se llama aceptar a Cristo, sí. A través de Jesús vamos a entrar en el Reino de Dios, porque él ya pagó, él ya fue clavado en la cruz, ya pagó todo. (Don Ricardo, evangélico)

Jesús contó a sus discípulos los acontecimientos que iban a desencadenarse en la Tierra antes de su segunda venida y la llegada del fin del mundo. Habrá muchos hombres que hablarán en nombre de Jesús, habrá muchos falsos profetas, y engañarán a muchas personas. Se desatarán guerras, hambrunas, pestes y terremotos, los seguidores de Jesucristo serán aborrecidos y asesinados, la desconfianza y el odio dominarán las relaciones entre los hombres, entregándose unos a otros, la maldad aumentará y disminuirá el amor. Todos aquéllos que perseveren en su fe y superen todas las adversidades hasta el final, alcanzarán la salvación. Y cuando se predique el evangelio de Jesús por todo el mundo, llegará el fin.

¹ Cuando Jesús salió del templo y se iba, se acercaron sus discípulos para mostrarle los edificios del templo.

² Respondiendo él, les dijo: ¿Veis todo esto? De cierto os digo, que no quedará aquí piedra sobre piedra, que no sea derribada.

³ Y estando él sentado en el monte de los Olivos, los discípulos se le acercaron aparte, diciendo: Dinos, ¿cuándo serán estas cosas, y qué señal habrá de tu venida, y del fin del siglo?

⁴ Respondiendo Jesús, les dijo: Mirad que nadie os engañe.

⁵ Porque vendrán muchos en mi nombre, diciendo: Yo soy el Cristo; y a muchos engañarán.

⁶ Y oiréis de guerras y rumores de guerras; mirad que no os turbéis, porque es necesario que todo esto acontezca; pero aún no es el fin.

⁷ Porque se levantará nación contra nación, y reino contra reino; y habrá pestes, y hambres, y terremotos en diferentes lugares.

⁸ Y todo esto será principio de dolores.

⁹ Entonces os entregarán a tribulación, y os matarán, y seréis aborrecidos de todas las gentes por causa de mi nombre.

¹⁰ Muchos tropezarán entonces, y se entregarán unos a otros, y unos a otros se aborrecerán.

¹¹ Y muchos falsos profetas se levantarán, y engañarán a muchos;

¹² y por haberse multiplicado la maldad, el amor de muchos se enfriará.

¹³ Mas el que persevere hasta el fin, éste será salvo.

¹⁴ Y será predicado este evangelio del reino en todo el mundo, para testimonio a todas las naciones; y entonces vendrá el fin. (Mateo 24:1-14, RVR 1960)

Quando se haya predicado el evangelio por todo el mundo, Jesús regresará a la Tierra y juzgará a los seres humanos conforme a sus obras. Aquéllos que hayan ayudado a los hambrientos, a los sedientos, a los enfermos, a los necesitados, serán recompensados con la salvación y la vida eterna en el Cielo, pues quienes ayudan a los necesitados con sus obras de caridad ayudan a Jesús. Aquéllos que hayan negado la ayuda a los necesitados, habrán negado la ayuda a Jesús y serán condenados al Infierno.

³¹ Cuando el Hijo del Hombre venga en su gloria, y todos los santos ángeles con él, entonces se sentará en su trono de gloria,

³² y serán reunidas delante de él todas las naciones; y apartará los unos de los otros, como aparta el pastor las ovejas de los cabritos.

³³ Y pondrá las ovejas a su derecha, y los cabritos a su izquierda.

³⁴ Entonces el Rey dirá a los de su derecha: Venid, benditos de mi Padre, heredad el reino preparado para vosotros desde la fundación del mundo.

³⁵ Porque tuve hambre, y me disteis de comer; tuve sed, y me disteis de beber; fui forastero, y me recogisteis;

³⁶ estuve desnudo, y me cubristeis; enfermo, y me visitasteis; en la cárcel, y vinisteis a mí.

³⁷ Entonces los justos le responderán diciendo: Señor, ¿cuándo te vimos hambriento, y te sustentamos, o sediento, y te dimos de beber?

³⁸ ¿Y cuándo te vimos forastero, y te recogimos, o desnudo, y te cubrimos?

³⁹ ¿O cuándo te vimos enfermo, o en la cárcel, y vinimos a ti?

⁴⁰ Y respondiendo el Rey, les dirá: De cierto os digo que en cuanto lo hicisteis a uno de estos mis hermanos más pequeños, a mí lo hicisteis.

⁴¹ Entonces dirá también a los de la izquierda: Apartaos de mí, malditos, al fuego eterno preparado para el diablo y sus ángeles.

⁴² Porque tuve hambre, y no me disteis de comer; tuve sed, y no me disteis de beber;

⁴³ fui forastero, y no me recogisteis; estuve desnudo, y no me cubristeis; enfermo, y en la cárcel, y no me visitasteis.

⁴⁴ Entonces también ellos le responderán diciendo: Señor, ¿cuándo te vimos hambriento, sediento, forastero, desnudo, enfermo, o en la cárcel, y no te servimos?

⁴⁵ Entonces les responderá diciendo: De cierto os digo que en cuanto no lo hicisteis a uno de estos más pequeños, tampoco a mí lo hicisteis.

⁴⁶ E irán éstos al castigo eterno, y los justos a la vida eterna.

(Mateo 25:30-46, RVR 1960)

Las almas que asciendan al Cielo vivirán en el gozo y la alegría, adorarán a Dios, danzando y cantando ante Él y los seres espirituales que habitan en el Cielo: los ángeles celestiales, los serafines, los 120 ancianos que adoran a Dios día y noche, María, la madre de Jesús, los profetas, los apóstoles como Pedro, Pablo o Juan y otros servidores de Dios como Abraham, Moisés, Elías, Josué, David, Enoc, Abel... Las almas condenadas al Infierno, por el contrario, serán castigadas con el tormento y el llanto eternos, un sufrimiento que será infligido por el Diablo y sus demonios.

10.2 La religión de los testigos de Jehová: el Cielo, el Paraíso o la inexistencia

Cuando Jesucristo venga a la Tierra por segunda vez, sonarán las trompetas, se oirá su voz, el mar se abrirá y sobrevendrá el Armagedón. Jehová hará saber a la humanidad que no hay más Dios que Él: aquéllos que tengan fe y sigan los mandatos de Jehová serán salvados, mientras aquéllos que no estén con Dios serán eliminados. El Armagedón estará encabezado por Jesucristo y no será una guerra caótica, sino una guerra ordenada enfocada a eliminar a los inicuos y a acabar con el mundo de Satanás. El Diablo y sus ángeles saben que perdieron el privilegio de vivir eternamente y serán destruidos; por eso, se afanan en devorar las almas humanas antes de que llegue su final.

Tras la guerra de Armagedón, comenzará el Día del Juicio, que se prolongará por un periodo de 1.000 años. Los muertos serán resucitados y se levantarán para convivir con los vivos que sobrevivieron al Armagedón. Un grupo de 144.000 fieles, los elegidos, los ungidos de Dios, serán resucitados como seres espirituales y ascenderán al Cielo, formando el Pequeño Rebaño, el grupo de los servidores de Dios.

Los elegidos serán aquéllos fieles que no hayan tenido pecado en sus vidas, incluyendo el no haber tenido relaciones sexuales, hayan realizado buenas obras y alcanzado un conocimiento exacto de los mandatos de Dios: los apóstoles, los discípulos de Jesús, los profetas y otros como los ancianos de las congregaciones de los testigos de Jehová con un

elevado conocimiento de las Santas Escrituras. Durante los 1.000 años que dure el Juicio Final, Jesucristo y los elegidos gobernarán la Tierra fungiendo como reyes y sacerdotes, enseñarán a la Gran Muchedumbre a conocer plenamente a Dios y a alabar correctamente a Jehová, para que lleguen a alcanzar la perfección y llevar una vida sin pecado. Una vez finalizada su misión en la Tierra, Jesucristo entregará su corona a Jehová.

La Gran Muchedumbre estará formada por hombres y mujeres que, como seres carnales, habitarán en el Paraíso de la Tierra: los justos, los que conocieron la Palabra de Dios y obraron conforme a sus mandamientos, y los injustos, bebés, niños y adultos que no tuvieron la oportunidad de conocer la Palabra de Dios en sus vidas. Los elegidos vigilarán que nadie cometa una falta, pues todo aquél que cometa una falta será inmediatamente eliminado, experimentando así la muerte segunda, la muerte después de haber sido resucitado.

Aquéllos que conocieron la Palabra de Dios y no siguieron sus mandamientos no tendrán un lugar en el Paraíso: los muertos no serán resucitados y los vivos perecerán en el Armagedón. No serán condenados a ningún lugar de tormento, sino que desaparecerán para siempre de la mente de Dios. Conocieron el bien y no lo hicieron, cometiendo así pecado, y, por tanto, no serán tomados en cuenta por Jehová el Día del Juicio.

Aquellos seres humanos que alcancen la perfección gozarán de la inmortalidad en el Paraíso de la Tierra. El Paraíso será un nuevo Jardín del Edén donde habrá abundancia de agua y alimentos, con multitud de árboles frutales en las orillas de los ríos que ofrecerán frutos continuamente, y donde no existirá el hambre ni la sed ni el sufrimiento ni la enfermedad ni la vejez ni la muerte. Los hombres y las mujeres serán todos jóvenes y sanos, vivirán siempre contentos y alabando a Dios. Siempre movidos por el bien, los seres humanos convivirán en paz y armonía con sus semejantes: todas las familias podrán construir sus casas, y nadie querrá comprárselas o arrebatarárselas, no existirá el negocio ni el robo ni la codicia de bienes y riquezas. Las personas se reencontrarán con sus familiares, los matrimonios seguirán juntos, quienes no estén casados, podrán casarse y serán unidos en matrimonio por Jehová, y nacerán nuevos niños. Adultos y niños convivirán armoniosamente con los animales, pues éstos, al carecer de pecado, seguirán viviendo en la Tierra. Los niños podrán jugar con el león sin el peligro de ser devorados y con la víbora sin el riesgo de ser mordidos. Ya no habrá animales salvajes feroces o peligrosos, sino que todos serán mansos y amigables con los seres humanos.

Capítulo 7

La concepción del ser humano

La concepción usileña del ser humano tiene como fundamento principal la religión cristiana y parte de la creencia de que el hombre y la mujer son una creación de Dios. La vida humana no se reduce a la vida biológica y sociocultural, sino que presenta una dimensión trascendental, esto es, la vida humana tiene una naturaleza espiritual que todo hombre y toda mujer debe cuidar para alcanzar la salvación y la vida eterna de su alma. Así, los usileños católicos y evangélicos, si bien con ciertas diferencias, comparten la visión común de que el ser humano presenta varios componentes de distinta naturaleza:

- Un componente de naturaleza material: el cuerpo.
- Un componente de naturaleza inmaterial: la mente, vinculada a un elemento orgánico, el cerebro.
- Dos componentes de naturaleza espiritual y, por ende, a diferencia de los anteriores, caracterizados por la inmortalidad: el alma o el espíritu del ser humano y el Espíritu Santo o Espíritu de Dios.

El pequeño grupo de población usileña que profesa la religión de los testigos de Jehová, en cambio, niega la naturaleza espiritual del hombre: el ser humano fue creado por Dios, pero carece de alma; el hombre es únicamente cuerpo y mente.

1. La Creación

Los usileños, independientemente de su credo religioso, creen en un único Dios creador de todo lo que existe, de todo cuanto el ser humano puede ver y también de todo cuanto el ser humano no puede ver. Dios creó el Universo, el Sol, la Luna, las estrellas, la Tierra, el cielo, los cerros, los ríos, las aves, los peces, los animales, los árboles, las plantas, el aire, el agua, la tierra, la luz, la oscuridad, los colores ... La Creación es una obra perfecta en la que todo guarda un orden, todo cumple una función y todo tiene un nombre.

Porque, si usted ha leído la Biblia, dice que, cuando el mundo estaba desordenado, era puro abismo. Y, entonces, Dios empezó a formar el Cielo, la Tierra, hizo la Luna, hizo el Sol, pero, como no había, no había día ni noche, o sea que todo era oscuridad, entonces, tuvo que separar el día de la noche y, este, digo la luz de las tinieblas. Entonces, a la luz la llamó día y a las tinieblas la llamó noche. Ajá. Y todas las cosas empezó a dejar en orden. Y en el cielo que hubiera estrellas para que alumbrasen de noche, y, este, en el día, en la tierra, que crecieran las hierbitas del campo, que en la mar que, este, las aguas también las dividió, estaba todo junto, revuelto. Separó la tierra y separó el agua. Entonces, el agua no se pasa de su límite, porque tiene una orden de que ahí tiene que mantenerse nada más. Sí crece, pero no tiene que pasarse mucho más allá de lo que Dios le permite, no sólo que la Biblia dice. Entonces, dijo que criara los peces de la mar, el leviatán para que jugase ahí con ella, y, este, hizo seres vivientes, pues, hizo en el mar, como los peces, los camarones, el pulpo, bueno, todo lo que hay, ¿no? Ajá. (Doña Julia)

Como relata el libro bíblico del Génesis, después de crear la Tierra y todos los seres vivos que habitan en ella, Dios creó al hombre y la mujer a su imagen y semejanza. Dios creó primeramente al hombre tomando polvo de la tierra y, soplándole aliento de vida en su nariz, lo convirtió en un alma viviente. Ese primer hombre se llamó Adán y, viendo que se sentía solo y triste, pues no había otro ser humano con el que pudiera comunicarse, Dios decidió darle una compañera. Tras inducirle un profundo sueño, le extirpó una costilla con la que formó a la mujer, Eva, y se la presentó a Adán, que enseguida la reconoció como miembro femenino de su misma especie y la aceptó como su pareja.

Adán y Eva vivían desnudos en el Jardín del Edén, un paraíso en el que disfrutaban de los regalos divinos de no padecer enfermedades, no experimentar la muerte y no tener que preocuparse por la supervivencia. Dios les había advertido que podían comer los frutos de todos los árboles del paraíso salvo los del árbol que se hallaba en el centro del Jardín del Edén, el árbol del conocimiento del bien y del mal: el día que comieran ese fruto, morirían. Un día el Diablo se personó en forma de serpiente e indujo a Eva a que probaran el fruto prohibido del árbol del conocimiento. No era cierto, no morirían, Dios sabía muy bien que, si comían ese fruto, abrirían los ojos y serían como Dios, tomarían conciencia del bien y del mal. Eva creyó a la serpiente y sucumbió a la tentación, probó el fruto prohibido y, seguidamente, lo dio a probar a Adán. Cuando Dios llamó a Adán y Eva, se dio cuenta que ambos sentían vergüenza de su desnudez y habían cubierto su sexo. Al comer el fruto prohibido, habían pecado y ahora se sentían avergonzados ante la presencia de Dios, pero ninguno reconoció su falta. Adán culpó a Eva, y Eva culpó a la serpiente.

Constatando que habían desobedecido su mandato y habían comido el fruto prohibido del árbol del conocimiento, Dios castigó a Adán y Eva, expulsándolos del paraíso y condenándolos a tener que trabajar para poder alimentarse, a tener que alumbrar a los niños en partos dolorosos y a sufrir los embates de las enfermedades y la muerte. La serpiente también fue castigada: perdió su capacidad de hablar y de caminar sobre dos patas y fue condenada a desplazarse arrastrándose por el suelo. Desde entonces, los seres humanos, como descendientes de Adán y Eva, heredan el pecado de los primeros padres

y viven condenados a una existencia terrenal en la que deben esforzarse diariamente para garantizar su sobrevivencia, “ganar el pan con el sudor de su frente”, y afrontar y manejar la presencia del pecado, el sufrimiento, las enfermedades, el envejecimiento y la muerte del cuerpo.

2. La concepción católica del ser humano

El cuerpo es la parte biológica que puede percibirse a través de los sentidos y está compuesto por elementos externos como los pies, las piernas, el tronco, los brazos, las manos, los dedos de las manos y los pies, el cuello, la cabeza, la nariz, la boca, las orejas, los ojos, las pestañas, las cejas, el cabello, la piel, etc. El cuerpo también presenta elementos internos: la sangre, las venas, los huesos, los órganos como el estómago, el intestino grueso, el intestino delgado, el hígado, la vesícula, el páncreas o los pulmones. Todos los órganos internos, al igual que los elementos externos, tienen su función en el organismo, pero dos de ellos sobresalen respecto a los demás: el corazón, que trabaja constantemente día y noche para bombear la sangre a todos los órganos del cuerpo, y el cerebro, donde reside la mente.

La mente es la capacidad que permite a las personas pensar y tomar decisiones en su vida diaria, la capacidad que distingue a los seres humanos de los animales, situándolos así en el escalafón más elevado de la Creación. Además del cuerpo y la mente, el ser humano consta de un alma, un espíritu que reside en el cuerpo mientras la persona goza de vida terrenal; es invisible y tiene la misma forma que el cuerpo. Tanto el cuerpo como el espíritu aparecen cuando el niño está en el vientre de la madre: una vez que su cuerpo se ha formado, Dios le envía su espíritu.

¿El espíritu de la persona de dónde viene?

Pues, nuestro Dios nos hace a través de nosotros, ¿no?, a través de cada uno de nosotros. Cuando nosotros, o sea, bueno, cuando nosotros, pues, o sea, hacemos o juntamos, con la regla de nuestra mujer, pues el niño realmente, ¿no?, de que allí donde se conforma, ¿no? A través de Dios, eso también, a través de Dios, y Dios es el que hace el espíritu, o sea, viene, entra al niño, pero a través de la regla, cuando juntemos con nuestra esposa, ¿no? Y de ahí se viene. (Don Álvaro)

Pero el alma del niño necesita recibir el sacramento del bautismo para limpiar el pecado de los primeros padres, el Pecado Original, definirse bien respecto al cuerpo y fortalecerse ante Dios. Cuando el niño es bautizado, se abre la comunicación con Dios, recibe el Espíritu Santo, el Espíritu de Dios, que guía a la persona por el camino correcto y le otorga fuerza y sabiduría para superar las dificultades y los problemas que surgen en la vida.

¿El Espíritu Santo nos rodea?

Sí, todo nuestro cuerpo. Y es el Espíritu Santo, pues nos guía, nos está guiando por dónde, qué es lo que vamos a hacer. Y es el Espíritu cuando nosotros sufrimos, cuando nosotros nos falta algo, ¿no? Pues siempre, siempre nosotros pensamos de Dios, hacemos nuestra oración cuando nosotros no sabemos cómo hacer nuestra tarea, cuando nosotros estamos en la escuela, en una carrera o en un... Pues el Espíritu nos va a decir que mira, así se hace, nuestra mente está trabajando. O sea, nuestro Dios nos formó, pues, sí. Así, el Espíritu es el que nos está guiando. Porque nuestro Dios ya está en Cielo, ya no podemos verlo, ya no podemos platicar con Él sino a través de su Espíritu, de su viento, de su viento que nos pasa cada día. Ahí, ese viento es el Espíritu que nos está guiando, sí. Él es el que nos da ese pensamiento, pues, sí. Ése es, o sea, mi pensamiento propio, ¿no?, lo que yo pienso, pues. Es así también, no es mentira.

Sería eso válido para todas las personas.

Bueno, para todas las personas que se bautizan, ¿no?

Que se bautizan.

Sí, el que cree, sí, el bautismo. El que no cree en el bautismo, pues él no va a tener el Espíritu de Dios. (Don Álvaro)

El ser humano, en definitiva, es una creación divina que consta de una naturaleza corpórea y una naturaleza espiritual, una criatura que administra la vida que Dios le otorga:

El cuerpo es del Espíritu Santo, donde Dios habita en nosotros, en cada uno de nuestro corazón, en nuestro cuerpo está Dios. Dios es el dueño de todo lo que somos. La persona administra nada más, dice. Son administradores.

[...] Y así es la vida de nosotros. La vida no es de nosotros mismos, sino es la que Dios dio. Dios es el que dio la vida, el cuerpo de uno. Entonces, ¿qué somos nosotros? Administradores. Y luego administrarla, cuidarla. (Don Anselmo)

Cuando la persona muere, el cuerpo permanece en la Tierra, mientras el alma va ante la presencia de Dios. Las almas van ante Dios y muestran las obras que realizaron en su vida terrenal, pero no son enviadas al Cielo o al Infierno, sino que aguardan en el Purgatorio hasta que sean juzgadas el Día del Juicio Final. Aquellas almas que obraron bien serán recompensadas con la vida eterna en el Cielo; aquéllas que obraron mal serán condenadas a vivir eternamente en el Infierno. En el Purgatorio, las almas se purifican, expían los pecados que no pudieron limpiar durante su vida en la Tierra, pues ningún alma manchada con el pecado puede ir al Cielo. Ésta es la razón por la que los católicos realizan la Oración de los Difuntos cuando fallece una persona, para pedir a Dios que perdone los pecados cometidos por el difunto durante su vida, y su alma pueda así salvarse y ser acogida en el Cielo el Día del Juicio Final.

3. La concepción evangélica del ser humano

Los usileños evangélicos conciben el cuerpo humano de la misma forma que los católicos, pero señalan que, para poder vivir, el cuerpo necesita el aliento de vida, el aire que respiramos, que Dios proporciona desde un primer momento en el vientre de la madre. Así viene recogido en el libro del Génesis: Dios formó al hombre tomando polvo de la tierra y, soplándole en su nariz aliento de vida, lo convirtió en un alma viviente. La vida de todo ser humano, por tanto, tiene su origen en Dios.

[...] sí sé que existe Dios, y que por Dios respiramos. Porque, así como dice que Dios hizo a Adán y que le dio aliento de vida, ¿no?, al hombre, entonces, así también Dios, desde que estamos ya en el vientre de nuestra madre, ahí ya nos da aliento de vida, ya nos da, pues, ese espíritu, ese aire que podemos respirar a través de nuestra madre. Pero Él nos va cuidando, nos va alimentando y nos va creciendo ahí, porque nadie puede ser grande en el vientre de una mamá nada más porque sí, o nada más porque el hombre puede estar con una mujer. Sí hay mujeres estériles, están con el marido, y nomás no tienen hijos, ¿no? Ahí es donde yo me doy cuenta, ¿no? Entonces, es Dios quien hace tener vida al bebé, y después de que llega el tiempo y nace, Dios lo hace crecer también. (Doña Julia)

Al tener un origen divino, al ser Dios quien decide sobre la vida y la muerte, cuándo la persona nace y cuándo muere, la vida humana, en realidad, no pertenece a las personas, sino que pertenece a Dios.

Porque como dice la Palabra de Dios, ¿no?, que Dios nos da las cosas por un tiempo, porque uno al morir, no se las lleva, ni aún nuestro cuerpo. Y todo lo que somos, lo que hablamos, el aire que respiramos, todo es de Dios. Bueno, lo que hablamos, no, sino quiero decir que, este, lo que somos y lo que respiramos, aún el aliento es de Dios, pues porque, si ya no respiramos, es porque ya nos morimos, ya no tenemos vida. [...] La vida no nos pertenece a nosotros, sino es de Dios. (Doña Julia)

El cuerpo se va formando en el vientre de la madre, al igual que la mente, y es en el vientre de su madre cuando el niño recibe el alma que Dios le envía. El alma, componente espiritual de la persona, reside en el cuerpo, le infunde vida y capacita a la persona para sentir y conectarse con el Espíritu de Dios. El Espíritu Santo llega a la persona en el momento que recibe el bautismo, cuando se compromete a seguir el camino de Dios aceptando a Jesús, proporcionándole la capacidad de discernir las buenas obras de las malas obras y la capacidad de comunicarse y estar en comunión con Dios y Jesús en la alabanza y en la oración.

¿Y qué es el aliento?

Pues aliento es el aire que respiramos, ¿no? Y, aparte de eso, vamos yéndonos más adentro, ¿no?, pues el ser humano dice que está compuesto de tres elementos: el cuerpo, el alma y el Espíritu. El cuerpo es una cosa, el alma es otra y el Espíritu. Y

todo eso, pues, tiene que ser para que el ser humano tenga sentido, tenga consciencia, pueda pensar, pueda hablar y todo eso, sentir. Sí, porque el cuerpo material, pues no puede sentir nada, pero tiene que sentir a través del alma, a través del Espíritu.

¿Y qué es el alma?

Pues el alma es algo que nosotros sentimos, ¿no?, lo que nosotros pensamos, la consciencia, pues, es el alma.

¿La consciencia?

Ajá. Puede estar ahí conectada la consciencia, que nos hace sentir y todo eso. Y el Espíritu, pues va más allá, ¿no? El Espíritu es algo también que nos guía por el camino correcto, nos habla, pues. Le habla al alma, a la carne, al cuerpo, pues, lo que es correcto, lo que no es correcto. Cuando hacemos algo incorrecto, entonces toca la consciencia. Le dice a la consciencia sabes qué, pues algo hiciste mal. Entonces, la consciencia empieza a hablarnos, empieza a hablar, pues, el alma empieza a hablar al cuerpo, porque el Espíritu está haciendo algo, pues, adentro. El Espíritu sabes qué, hiciste esto, o cometiste un error, pues. Sabes qué, pues corrígete. Pero muchas veces hay personas, pues, que no se conocen a sí mismas; entonces, no sabe qué es lo que le está pasando, qué es lo que le mortifica. Entonces, pues se desvía en el camino. Van a la droga, al alcoholismo, porque no saben dónde está su mal. Entonces, lo que pasa es el que el Espíritu, pues, está haciendo un trabajo dentro de él para que se corrija, para que piense bien, para que se rectifique él, el hombre. Entonces, tenemos que tener los tres elementos para poder vivir, pues, poder vivir y funcionar en este mundo y luchar y todo eso.

Pues yo creo que Dios nos formó de una forma muy especial. Porque los animales nomás tienen cuerpo y alma, pero los seres humanos tienen cuerpo, alma y Espíritu, sí. Por eso, tenemos mucha inteligencia, pues, sí, y nosotros mismos nos damos cuenta de cuándo estamos mal y cuándo estamos bien. Por lo mismo, pues, porque tenemos los tres elementos, sí. Porque si no tuviéramos Espíritu, pues seríamos como animales también, no pensaríamos correctamente, viviríamos así, como animales, como si nada, ¿no? (Don Leandro)

El ser humano cuenta, además, con la capacidad de pensar, la mente. Pero la mente debe ser controlada para evitar que sus pensamientos lleven a la persona por un camino contrario a los designios de Dios. La vida humana está regida por una pugna permanente entre la fuerza del bien y la fuerza del mal, entre la templanza del espíritu y las tentaciones de la carne⁴⁷. El pecado es incitado por el Diablo, inculcando en la mente y el cuerpo de la persona los deseos de divertirse, emborracharse, fornicar, hablar mal de la gente, pelearse, robar o matar. Los deseos provocan que la mente y el cuerpo se llenen de codicia, lujuria,

⁴⁷ Esta concepción de la vida humana como una existencia que se desenvuelve en un mundo dual regido por dos fuerzas opuestas en permanente lucha, la fuerza del bien, la fuerza que emana de Dios, y la fuerza del mal, la fuerza que emana del Diablo, está también presente entre los católicos y los testigos de Jehová, pero es en la religión evangélica donde tiene mayor relevancia.

orgullo, maldad u odio, arrastrando también al alma, de forma que la persona completa, su mente, su cuerpo y su alma caen en el pecado.

Pues la naturaleza del hombre es muy grande, le gustan las cosas malas, ¿eh?, sí. Le gusta el orgullo, le gusta la envidia, la codicia, la maledicencia, todo, pues, le gusta a la carne. Y la cosa del Espíritu no le gusta, que es el amor, la paz, la benignidad, la bondad, la nobleza, templanza, paciencia, no le gusta.

Sí, ¿verdad? ¿Por qué es?

Ajá. A la naturaleza [de la carne], pues, no le gusta eso. Entonces, por eso hay una lucha, pues. Cuando uno conquista eso, entonces, la carne forma eso, pues, porque el Espíritu hace su trabajo dentro del hombre. Entonces, se empieza a reflejar, pues, en la vida material del hombre esa conducta. Sí, porque el Espíritu está trabajando. Por eso hasta la persona, otro se da cuenta, sabes qué, esa persona la veo diferente, la veo amable, siempre respeta, siempre tiene buenas palabras. ¿Por qué? Porque tiene Espíritu, pues, tiene Espíritu de Dios. La carne no lo domina a él fácil. A veces comete error, pero enseguida se da cuenta, sí, se da cuenta. (Don Leandro)

La persona debe evitar dejarse llevar por los impulsos mundanos del cuerpo y la mente para no caer en el pecado y alejarse del camino de Dios. Debe vivir orientando su mente y su cuerpo a seguir los dictados del espíritu, buscando a Dios, abrazando la fe en Jesucristo, para así lograr la salvación eterna de su alma. Cuando el ser humano fallece, su cuerpo permanece en la Tierra y se convierte en polvo, mientras su alma se desprende del cuerpo y va ante la presencia de Dios. Si la persona buscó a Dios y aceptó a Jesús como su único salvador, su alma será recompensada con el paraíso celestial el Día del Juicio Final, de lo contrario, será castigada con el tormento eterno del Infierno. El Espíritu que la persona recibe cuando se bautiza siempre vuelve a Dios, porque es Espíritu de Dios.

4. La concepción del ser humano entre los testigos de Jehová

Los testigos de Jehová defienden que el libro del Génesis expone que Dios creó al hombre a partir del polvo y, soplándole en la nariz, le dio vida y llegó a ser un alma viviente. No dice que Dios introdujera un alma en el cuerpo del hombre, sino que, tras soplarle en la nariz el aliento de vida, el hombre se convirtió en un alma viviente. El aire es lo que da la vida. En las Santas Escrituras, cuerpo y alma son términos sinónimos que hacen referencia a un mismo ente: la persona. La concepción del cuerpo, en cuanto a sus elementos internos y externos, es la misma que los católicos y los evangélicos, pero el cuerpo tiene un carácter sagrado que impide su profanación: los testigos de Jehová no admiten que una persona pueda hacerse un tatuaje, recibir una transfusión de sangre o ser intervenida quirúrgicamente.

El ser humano, por tanto, no tiene una doble naturaleza material y espiritual, sino que sólo posee una naturaleza corporal. Solamente los 144.000 elegidos se convertirán en seres espirituales que podrán ascender al Cielo en el Día del Juicio Final; los demás hombres y mujeres que hayan seguido los preceptos divinos resucitarán y vivirán eternamente en el Paraíso de la Tierra en forma corpórea. Cuando una persona muere, entonces, su cuerpo va a la tierra y pierde totalmente la consciencia hasta que le llegue el momento de su resurrección. Si durante su vida no cumplió con la voluntad de Dios, simplemente no será resucitada, no será recompensada con la vida eterna en el Paraíso. En ningún caso será condenada al Infierno, un lugar que no existe, pues Jehová es un Dios de amor y no desea castigar a ningún ser humano condenándolo a un sufrimiento eterno.

La Palabra de Dios recogida en las Santas Escrituras y la mente, la capacidad de pensar y procesar la información captada a través de los sentidos, son las guías que orientan el comportamiento moral de los seres humanos. Conforme va estudiando las Santas Escrituras y adquiriendo conocimiento, conforme va acercándose a Dios, la persona recibe la fuerza del Espíritu Santo, la fuerza activa de Dios, que, aun no pudiéndola ver, la puede sentir en su cuerpo. El Espíritu Santo le ayuda a llevar a cabo sus propósitos en la vida, pues la persona está en comunicación con Dios y escucha los mensajes que le va enviando.

Capítulo 8

La terminología usileña de parentesco

1. La lengua chinanteca de San Felipe Usila

El chinanteco es una agrupación de lenguas tonales, pertenecientes a la familia lingüística Oto-mangue, que son habladas en el territorio indígena de la Chinantla. El chinanteco, según el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), consta de once lenguas o variantes lingüísticas (2008: 59-61):

1. Chinanteco del norte
2. Chinanteco central bajo
3. Chinanteco del sureste alto
4. Chinanteco del sureste bajo
5. Chinanteco del oeste central alto
6. Chinanteco de la Sierra
7. Chinanteco del noroeste
8. Chinanteco del oeste
9. Chinanteco del oeste central bajo
10. Chinanteco del sureste medio
11. Chinanteco central

En el municipio de San Felipe Usila se hablan cuatro variantes lingüísticas: el chinanteco del norte, el chinanteco del oeste central alto, el chinanteco del oeste central bajo y el chinanteco central. La variante más hablada es el chinanteco del oeste central alto, que se habla en la cabecera municipal, San Felipe Usila, y en otras 16 comunidades del municipio (INALI, 2008: 59-61).

Variante lingüística	Comunidades
Chinanteco del norte	Cerro Verde
Chinanteco del oeste central alto	Arroyo Aguacate, Arroyo Iguana, Arroyo Tambor, Arroyo Tigre, Caracol Estrella, Cerro Caracol, Cerro de Hoja, Congregación Santa Flora, El Nanche, Lázaro Cárdenas, Santa Flora, Nuevo Santa Flora, Paso Armadillo, Paso Escalera, Peña Blanca, Piedra de Azúcar, San Felipe Usila.
Chinanteco del oeste central bajo	Encinal, Colonia San Martín Peña Blanca, San Antonio Analco, San Antonio del Barrio, Santa Cruz Tepetotutla, Santiago Tlatepusco, San Pedro Tlatepusco.
Chinanteco central	Santo Tomás Texas

Los lingüistas del Instituto Lingüístico de Verano, Leonard E. Skinner y Marlene B. Skinner, elaboraron un diccionario y una gramática del chinanteco de San Felipe Usila⁴⁸ con el fin de transcribir una lengua que hasta entonces había sido oral⁴⁹. Establecieron un alfabeto compuesto por veintiséis letras (2000: xiv):

a b c ch d e g h i j l m n ñ ŋ o p q r s t ts ty u v y

Las letras corresponden a los mismos fonemas de la lengua española y, por tanto, se pronuncian de la misma manera, aunque hay algunas excepciones (Skinner y Skinner, 2000: xv):

⁴⁸ La variante del chinanteco que el Instituto Lingüístico de Verano define como “chinanteco de San Felipe Usila” corresponde a la variante lingüística que el INALI define como “chinanteco del oeste central alto”.

⁴⁹ El criterio a la hora de realizar la transcripción fonética, así como el número de tonos y la forma de indicarlos en las palabras, de estos lingüistas norteamericanos difiere parcialmente del seguido por los maestros de primaria que elaboraron los libros de lengua nativa que se utilizan en las escuelas del municipio pertenecientes al sistema de Educación Primaria Bilingüe del Estado de Oaxaca. La razón que me llevó a decantarme por el criterio del Instituto Lingüístico de Verano es su mayor precisión, ya que los transcripores del chinanteco de Usila vinculados a la Educación Primaria Bilingüe, con el fin de facilitar la equiparación de las diferentes variantes lingüísticas del chinanteco, redujeron los tonos simples de cinco a tres. Otra razón fue el gran conocimiento de la lengua que demostró tener don Basilio Sabino Hernández, quien, capacitado en la sede que el Instituto Lingüístico de Verano tiene en Mitla, Oaxaca, fue durante años el colaborador principal del matrimonio Skinner, ayudándoles a elaborar el diccionario y la gramática del chinanteco de Usila. Don Basilio Sabino Hernández fue quien me ayudó a identificar, traducir y transcribir los términos chinantecos que aparecen en la tesis.

B	<i>bei</i> ²	mamá	siempre como la b de tumbar
D	<i>don</i> ⁵	viejo	siempre como la d de andar
E	<i>teg</i> ³	chaparrito	cuando la e va seguida de g , gh , ng o ngh , se pronuncia con la lengua en la posición en que se pronuncia la u y los labios en la posición en que se pronuncia la i
G	<i>goh</i> ³⁻⁴	hermano	al principio de la sílaba, como la g de <i>tengo</i> ;
	<i>leg</i> ³	codo	al final de la sílaba, como la g de <i>lago</i>
H	<i>a²ha</i> ⁴	cercado	corte de voz, cierre de la glotis
M	<i>m</i> ⁴³	medicina	se usa en lugar de una vocal en algunas sílabas
N	<i>ne</i> ⁴³	hoy	al principio de la sílaba, como la n de <i>noche</i> ;
	<i>jen</i> ³⁴	sí	al final de la sílaba, indica nasalización de la vocal
ŋ	<i>ŋo</i> ³⁴	se fue	semejante al sonido de la n de <i>mango</i>
ts	<i>tsei</i> ³⁴	bien	un sonido que se hace anteponiendo la t a la posición de la s (o se pronuncia como la grafía tz en <i>Atzingo</i>)
ty	<i>tyei</i> ⁴	caliente	un sonido que se hace anteponiendo la t a la posición de la y
Y	<i>Ya</i> ¹	María	sonido de d e y juntas

El chinanteco de San Felipe Usila consta de cinco tonos simples y cuatro combinaciones de tonos o tonos dobles, que son indicados con números volados después de cada sílaba en las palabras. Los tonos simples son indicados mediante números que van del 1 al 5 (Skinner y Skinner, 2000: xvi):

¹ : tono alto

² : tono semi-alto

³ : tono normal

⁴ : tono semi-bajo

⁵ : tono bajo

Un ejemplo de palabras que tienen las mismas letras y que, según el tono, tienen significados diferentes es (Skinner y Skinner, 2000: xvi):

*sei*¹: cresta

*Sei*²: Narciso

*sei*³: esquina (del techo)

*sei*⁴: limpiarse

*Sei*⁵: Mauricio

Dos de las combinaciones de tonos son descendentes, es decir, bajan de nivel (Skinner y Skinner, 2000: xvi):

²³ : de tono semi-alto a tono normal

³⁴ : de tono normal a tono semi-bajo

Y otras dos combinaciones de tonos son ascendentes o suben de nivel (Skinner y Skinner, 2000: xvi):

³² : de tono normal a tono semi-alto

⁴³ : de tono semi-bajo a tono normal

Un ejemplo de palabras con las mismas letras que modifican su significado en función de los tonos dobles con que son pronunciadas es (Skinner y Skinner, 2000: xvi):

*chie*²³: va (algo)

*chie*³⁴: irá (algo)

*chie*³²: enfermedad

*chie*⁴³: recto

2. La terminología chinanteca de parentesco

El sistema de parentesco usileño, al igual que en otras sociedades indígenas y postindígenas de Mesoamérica, presenta un principio patrilineal en coexistencia con un principio bilateral. El principio de patrilinealidad, como veremos más adelante, rige la residencia postmarital, la herencia y la formación de grupos localizados de parentesco. El principio de bilateralidad rige la terminología de parentesco y las relaciones entre parientes: todos los parientes maternos y paternos son considerados por igual, o lo que es

lo mismo, no se distinguen tipos de parientes atendiendo al sexo transmisor y, por consiguiente, no se conforman grupos de filiación.

Los chinantecos de San Felipe Usila utilizan términos específicos de parentesco para nombrar a una serie de parientes y términos descriptivos de parentesco para describir la posición que los demás parientes tienen respecto a *ego* en el conjunto de la parentela. Los parientes que conforman la parentela son denominados *a³teⁱ4³ jau²³* o *si³reunh¹i³*, mientras que los parientes que viven en un mismo hogar, es decir, que conforman una familia, son denominados *a³tionh² jauh³²*.

Los vínculos entre los parientes que integran las familias y las parentelas se fundamentan en relaciones de descendencia y matrimonio, delimitando un espacio genealógico formado por 10 generaciones: 4 generaciones ascendentes o por encima de la generación de *ego*, la generación de *ego* y 5 generaciones descendentes o por debajo de la generación de *ego*.

La profundidad del espacio genealógico guarda relación con la prohibición de uniones matrimoniales hasta el cuarto grado de consanguinidad, habiendo familias que amplían dicha prohibición hasta el quinto grado. La prohibición matrimonial afecta, por tanto, a los parientes vinculados por descendencia durante 4 generaciones, habiendo familias que aumentan esta prohibición a 5 generaciones. Es durante el pedido de la novia cuando los familiares discuten sobre “la raza” de los novios, las líneas genealógicas de sus antepasados, para tener la certeza de que no incumplen los grados de consanguinidad que tienen prohibido contraer matrimonio⁵⁰.

Las 72 categorías que conforman la terminología de parentesco usileña muestran la existencia de cuatro variables: el sexo de la persona, la relación de descendencia o consanguinidad, la relación definida por el matrimonio o afinidad y la edad de la persona. En muchos términos aparece la palabra *a³ñih³*, que significa hombre, o la palabra *a³m⁴*, que significa mujer. Cuando el hombre o la mujer superan los 40 años son nombrados anteponiendo sendos términos de respeto: *a³don⁵*, término de respeto para referirse a un hombre o una mujer mayor de 40 años que significa don o doña, habiendo una variante específica para referirse al hombre, *a³don⁵ñih³*, y una variante específica para referirse a la mujer, *a³don⁵m⁴*. Esto es incluso aplicable para referirse en ocasiones al propio esposo o a la propia esposa, aunque no para referirse al padre, a la madre, al abuelo o a la abuela.

Los términos *a³don⁵*, *a³don⁵ñih³* y *a³don⁵m⁴* también se emplean para referirse al hombre y a la mujer cuando, aún sin haber cumplido los 40 años, tienen un hijo casado o una hija casada, gozan de un estatus socioeconómico elevado o desempeñan un cargo político en la comunidad.

Los términos específicos de parentesco son 28 y engloban a todos los parientes de la línea lineal en las 10 generaciones, a los que hay que sumar los términos que nombran al

⁵⁰ En la discusión sobre la “raza” de los novios, aunque intervienen más parientes, son los abuelos y las abuelas y los hermanos y las hermanas de los abuelos y las abuelas de los novios los principales encargados de reconstruir sus líneas genealógicas.

hermano, la hermana, el esposo, la esposa, el suegro —respetado como un segundo padre—, la suegra —respetada como una segunda madre—, el yerno, la nuera y las adaptaciones chinantecas de los términos españoles cuñado y cuñada. En definitiva, los parientes nombrados con términos específicos de parentesco incluyen a todos los parientes de la línea lineal y, teniendo en cuenta la norma conyugal de residencia patrilocal, a los parientes presentes en la cotidianidad de la convivencia familiar: el hermano, la hermana, el esposo, la esposa, el suegro, la suegra, el yerno, la nuera, el cuñado y la cuñada.

Los términos específicos de parentesco son los siguientes:

1. **Ni³yeih³²ⁱ³ teun³⁴**: abuelo segundo. Es el padre del padre del padre del padre o la madre de *ego* (tatarabuelo).
2. **Si²hyie³²ⁱ³ teun³⁴**: abuela segunda. Es la madre de la madre de la madre del padre o la madre de *ego* (tatarabuela).
3. **Ni³yeih³²ⁱ³ con³**: abuelo primero. Es el padre del padre del padre o la madre de *ego* (bisabuelo).
4. **Si²hyie³²ⁱ³ con³**: abuela primera. Es la madre de la madre del padre o la madre de *ego* (bisabuela).
5. **Ni³yeih³²ⁱ³**: abuelo. Es el padre del padre o la madre de *ego*.
6. **Si²hyie³²ⁱ³**: abuela. Es la madre del padre o la madre de *ego*.
7. **Jmai³ⁱ³**: padre.
8. **Sie²³ⁱ³**: madre.

A³reunh¹ⁱ³ i⁴jian²³ⁱ³: hermano/a de una sola sangre. Término que engloba tanto al hombre como a la mujer.

9. **A³ñih³ reunh¹ⁱ³ i⁴jian²³ⁱ³**: hermano de una sola sangre.
10. **A³m⁴ reunh¹ⁱ³ i⁴jian²³ⁱ³**: hermana de una sola sangre.
11. **A³don⁵ a⁵jmai³ⁱ³**: suegro (respetado como padre).
12. **A³don⁵ a¹sie²³ⁱ³**: suegra (respetada como madre).

I³cúa³ⁱ³: esposo/a. Término que engloba tanto al hombre como a la mujer.

13. **A³ñih³ i³cúa³ⁱ³**: esposo
14. **A³m⁴ i³cúa³ⁱ³**: esposa

15. **A³ñih³ jon⁴³ⁱ³**: hijo
16. **A³m⁴ jon⁴³ⁱ³**: hija
17. **A³lo²³ⁱ³**: nuera (la esposa del hijo).
18. **A³ño³²ⁱ³**: yerno (el esposo de la hija).
19. **A³ñih³ cu^{3ña23}**: cuñado
20. **A³m⁴ cu^{3ña23}**: cuñada

A³tye¹ⁱ³: nieto/a. Término que engloba tanto al hombre como a la mujer.

21. **A³ñih³ tyie¹ⁱ³**: nieto
22. **A³m⁴ tyie¹ⁱ³**: nieta
23. **A³ñih³ tyie¹ⁱ³ teun³⁴**: nieto segundo (bisnieto).
24. **A³m⁴ tyie¹ⁱ³ teun³⁴**: nieta segunda (bisnieta).
25. **A³ñih³ tyie¹ⁱ³ hneng³**: nieto tercero (tataranieto).
26. **A³m⁴ tyie¹ⁱ³ hneng³**: nieta tercera (tataranieta).
27. **A³ñih³ tyie¹ⁱ³ quin⁴**: nieto cuarto.
28. **A³m⁴ tyie¹ⁱ³ quin⁴**: nieta cuarta.

Es importante señalar que, cuando hablan en español, los usileños no traducen o adaptan los términos chinantecos para referirse a sus parientes, sino que utilizan los mismos términos de parentesco empleados por la población hispanohablante no indígena. La terminología mexicana de parentesco es la misma que la usada en el territorio español con una matización: los términos *tío* y *tía* se utilizan para nombrar a los hermanos y las hermanas del padre y la madre y sus esposos y esposas, pero también para referirse a los primos y las primas del padre y la madre. Análogamente los términos *sobrino* y *sobrino* son empleados para nombrar a los hijos y las hijas de los hermanos y las hermanas, los hijos y las hijas de los hermanos y las hermanas del esposo o la esposa, pero también a los hijos y las hijas de los primos y las primas. En definitiva, los términos *tío* y *tía* se utilizan para nombrar a los parientes de la misma generación que el padre y la madre de *ego*, mientras que los términos *sobrino* y *sobrino* son usados para referirse a los parientes que pertenecen a la misma generación que los hijos y las hijas de *ego*.

3. Términos chinantecos de parentesco

1. **Ni³yeih³²ⁱ³ teun³⁴**: abuelo segundo. Es el padre del padre del padre del padre o la madre de *ego* (tatarabuelo).
2. **Si²hyie³²ⁱ³ teun³⁴**: abuela segunda. Es la madre de la madre de la madre del padre o la madre de *ego* (tatarabuela).
3. **Ni³yeih³²ⁱ³ con³**: abuelo primero. Es el padre del padre del padre o la madre de *ego* (bisabuelo).
4. **Si²hyie³²ⁱ³ con³**: abuela primera. Es la madre de la madre del padre o la madre de *ego* (bisabuela).
5. **Ni³yeih³²ⁱ³**: abuelo. Es el padre del padre o la madre de *ego*.
6. **Si²hyie³²ⁱ³**: abuela. Es la madre del padre o la madre de *ego*.
7. **A³don^{5ñih3} reunh¹ ni³yeih³²ⁱ³**: don el hermano del abuelo (línea paterna).
8. **A³don^{5m4} reunh¹ ni³yeih³²ⁱ³**: doña la hermana del abuelo (línea paterna).
9. **A³don^{5ñih3} reunh¹ si²hyie³²ⁱ³**: don el hermano de la abuela (línea paterna).
10. **A³don^{5m4} reunh¹ si²hyie³²ⁱ³**: doña la hermana de la abuela (línea paterna).
11. **Jmai³ⁱ³**: padre.
12. **Sie²³ⁱ³**: madre.
13. **A³ñih³ reunh¹ i⁴jian²³ jmai³ⁱ³**: el hermano del padre (tío paterno).
A³don^{5ñih3} reunh¹ i⁴jian²³ jmai³ⁱ³: don el hermano del padre (tío paterno mayor de 40 años).
14. **A³m⁴ reunh¹ i⁴jian²³ jmai³ⁱ³**: la hermana del padre (tía paterna).
A³don^{5m4} reunh¹ i⁴jian²³ jmai³ⁱ³: doña la hermana del padre (tía paterna mayor de 40 años).
15. **A³ñih³ reunh¹ i⁴jian²³ sie²³ⁱ³**: el hermano de la madre (tío materno).
A³don^{5ñih3} reunh¹ i⁴jian²³ sie²³ⁱ³: don el hermano de la madre (tío materno mayor de 40 años).
16. **A³m⁴ reunh¹ i⁴jian²³ sie²³ⁱ³**: la hermana de la madre (tía materna).

A³don⁵m⁴ reuhn¹ i⁴jian²³ sie²³i³: doña la hermana de la madre (tía materna mayor de 40 años).

17. **A³m⁴ i³cúa³ a³ñih³ reuhn¹ i⁴jian²³ jmai³i³**: la esposa del hermano del padre (tía paterna afín).

A³don⁵m⁴ i³cúa³ a³don⁵ñih³ reuhn¹ i⁴jian²³ jmai³i³: doña la esposa de don el hermano del padre (tía paterna afín mayor de 40 años).

18. **A³ñih³ i³cúa³ a³m⁴ reuhn¹ i⁴jian²³ jmai³i³**: el esposo de la hermana del padre (tío paterno afín).

A³don⁵ñih³ i³cúa³ a³don⁵m⁴ reuhn¹ i⁴jian²³ jmai³i³: don el esposo de doña la hermana del padre (tío paterno afín mayor de 40 años).

19. **A³m⁴ i³cúa³ a³ñih³ reuhn¹ i⁴jian²³ sie²³i³**: la esposa del hermano de la madre (tía materna afín).

A³don⁵m⁴ i³cúa³ a³don⁵ñih³ reuhn¹ i⁴jian²³ sie²³i³: doña la esposa de don el hermano de la madre (tía materna afín mayor de 40 años).

20. **A³ñih³ i³cúa³ a³m⁴ reuhn¹ i⁴jian²³ sie²³i³**: el esposo de la hermana de la madre (tío materno afín).

A³don⁵ñih³ i³cúa³ a³don⁵m⁴ reuhn¹ i⁴jian²³ sie²³i³: don el esposo de doña la hermana de la madre (tío materno afín mayor de 40 años).

21. **A³ñih³ reuhn¹i³ i⁴jian²³i³**: hermano de una sola sangre.

22. **A³m⁴ reuhn¹i³ i⁴jian²³i³**: hermana de una sola sangre.

A³reuhn¹i³ i⁴jian²³i³: hermano/a de una sola sangre. Término que engloba tanto al hombre como a la mujer.

23. **A³ñih³ reuhn¹i³ jan³ ni³yeih³²i³ jian²³i³**: hermano de un solo abuelo (primo paterno o materno).

24. **A³m⁴ reuhn¹i³ jan³ ni³yeih³²i³ jian²³i³**: hermana de un solo abuelo (prima paterna o materna).

A³reuhn¹i³ jan³ ni³yeih³²i³ jian²³i³: hermano/a de un solo abuelo (primo/a de líneas paterna y materna). Término que engloba tanto al hombre como a la mujer.

25. **A³m⁴ i³cúa³ a³ñih³ reuhn¹ i⁴jian²³i³**: la esposa del hermano.

A³m⁴ cu³ña²³: cuñada (adaptación chinanteca del término español).

26. **A³ñih³ i³cúa³ a³m⁴ reunh¹ i⁴jian²³i³**: el esposo de la hermana.
A³ñih³ cu³ña²³: cuñado (adaptación chinanteca del término español).
27. **A³ñih³ jon⁴³ a³ñih³ reunh¹ i⁴jian²³i³**: hijo del hermano (sobrino por parte de hermano).
28. **A³m⁴ jon⁴³ a³ñih³ reunh¹ i⁴jian²³i³**: hija del hermano (sobrina por parte de hermano).
29. **A³ñih³ jon⁴³ a³m⁴ reunh¹ i⁴jian²³i³**: hijo de la hermana (sobrino por parte de hermana).
30. **A³m⁴ jon⁴³ a³m⁴ reunh¹ i⁴jian²³i³**: hija de la hermana (sobrina por parte de hermana).
31. **A³ñih³tyie¹ a³don⁵ñih³ reunh¹ jmai³i³ a³jon⁴³ a³jon⁴³i³**: nieto del hermano del padre, hijo de su hijo (primo segundo por parte de padre).
32. **A³m⁴tyie¹ a³don⁵ñih³ reunh¹ jmai³i³ a³m⁴jon⁴³ a³jon⁴³i³**: nieta del hermano del padre, hija de su hijo (prima segunda por parte de padre).
33. **A³ñih³tyie¹ a³don⁵ñih³ reunh¹ jmai³i³ a³jon⁴³ a³m⁴jon⁴³i³**: nieto del hermano del padre, hijo de su hija (primo segundo por parte de padre).
34. **A³m⁴tyie¹ a³don⁵ñih³ reunh¹ jmai³i³ a³m⁴jon⁴³ a³m⁴jon⁴³i³**: nieta del hermano del padre, hija de su hija (prima segunda por parte de padre).
35. **A³ñih³tyie¹ a³don⁵m⁴ reunh¹ jmai³i³ a³jon⁴³ a³jon⁴³i³**: nieto de la hermana del padre, hijo de su hijo (primo segundo por parte de padre).
36. **A³m⁴tyie¹i³ a³don⁵m⁴ reunh¹i³ jmai³i³ a³m⁴jon⁴³ a³jon⁴³i³**: nieta de la hermana del padre, hija de su hijo (prima segunda por parte de padre).
37. **A³ñih³tyie¹ a³don⁵m⁴ reunh¹ jmai³i³ a³jon⁴³ a³m⁴jon⁴³i³**: nieto de la hermana del padre, hijo de su hija (primo segundo por parte de padre).
38. **A³m⁴tyie¹ a³don⁵m⁴ reunh¹ jmai³i³ a³m⁴jon⁴³ a³m⁴jon⁴³i³**: nieta de la hermana del padre, hija de su hija (prima segunda por parte de padre).
39. **A³ñih³tyie¹ a³don⁵ñih³ reunh¹ sie²³i³ a³jon⁴³ a³jon⁴³i³**: nieto del hermano de la madre, hijo de su hijo (primo segundo por parte de madre).
40. **A³m⁴tyie¹ a³don⁵ñih³ reunh¹ sie²³i³ a³m⁴jon⁴³ a³jon⁴³i³**: nieta del hermano de la madre, hija de su hijo (prima segunda por parte de madre).

41. **A³ñih³tyie¹ a³don⁵ñih³ reunh¹ sie²³i³ a³jon⁴³ a³m⁴jon⁴³i³**: nieto del hermano de la madre, hijo de su hija (primo segundo por parte de madre).
42. **A³m⁴tyie¹ a³don⁵ñih³ reunh¹ sie²³i³ a³m⁴jon⁴³ a³m⁴jon⁴³i³**: nieta del hermano de la madre, hija de su hija (prima segunda por parte de madre).
43. **A³ñih³tyie¹ a³don⁵m⁴ reunh¹ sie²³i³ a³jon⁴³ a³jon⁴³i³**: nieto de la hermana de la madre, hijo de su hijo (primo segundo por parte de madre).
44. **A³m⁴tyie¹ a³don⁵m⁴ reunh¹ sie²³i³ a³m⁴jon⁴³ a³jon⁴³i³**: nieta de la hermana de la madre, hija de su hijo (prima segunda por parte de madre).
45. **A³ñih³tyie¹ a³don⁵m⁴ reunh¹ sie²³i³ a³jon⁴³ a³m⁴jon⁴³i³**: nieto de la hermana de la madre, hijo de su hija (primo segundo por parte de madre).
46. **A³m⁴tyie¹ a³don⁵m⁴ reunh¹ sie²³i³ a³m⁴jon⁴³ a³m⁴jon⁴³i³**: nieta de la hermana de la madre, hija de su hija (prima segunda por parte de madre).
47. **A³don⁵ a⁵jmai³i³**: suegro (*ego* mujer).
48. **A³don⁵ a¹sie²³i³**: suegra (*ego* mujer).
- i³cúa³i³**: esposo/a. Término que engloba tanto al hombre como a la mujer.
49. **A³ñih³ i³cúa³i³**: esposo (*ego* mujer).
- A³don⁵ñih³ i³cúa³i³**: esposo cuando el hombre es mayor de 40 años
50. **A³m⁴ i³cúa³i³**: esposa.
- A³don⁵m⁴ i³cúa³i³**: esposa cuando la mujer es mayor de 40 años
51. **A³ñih³ reunh¹ a³m⁴ i³cúa³i³**: el hermano de la esposa.
- A³ñih³ cu³ña²³ / a³ñih³ o³ña²³**: cuñado (adaptación chinanteca del término español).
52. **A³m⁴ reunh¹ a³m⁴ i³cúa³i³**: la hermana de la esposa.
- A³m⁴ cu³ña²³ / a³m⁴ o³ña²³**: cuñada (adaptación chinanteca del término español).
53. **A³ñih³ reunh¹ a³ñih³ i³cúa³i³**: el hermano del esposo (*ego* mujer).
- A³ñih³ cu³ña²³ / a³ñih³ o³ña²³**: cuñado (adaptación chinanteca del término español).
54. **A³m⁴ reunh¹ a³ñih³ i³cúa³i³**: la hermana del esposo (*ego* mujer).

A³m⁴ cu³ña²³ / a³m⁴ o³ña²³: cuñada (adaptación chinanteca del término español).

55. **Jmai³ a³m⁴ i³cúa³ a³ñih³jon⁴³ⁱ³**: el padre de la esposa del hijo (consuegro).

56. **Sie²³ a³m⁴ i³cúa³ a³ñih³jon⁴³ⁱ³**: la madre de la esposa del hijo (consuegra).

57. **Jmai³ a³ñih³ i³cúa³ a³m⁴jon⁴³ⁱ³**: el padre del esposo de la hija (consuegro).

58. **Sie²³ a³ñih³ i³cúa³ a³m⁴jon⁴³ⁱ³**: la madre del esposo de la hija (consuegra).

A³jon⁴³ⁱ³: hijo/a. Término genérico que engloba tanto al hombre como a la mujer

59. **A³ñih³ jon⁴³ⁱ³**: hijo

60. **A³m⁴ jon⁴³ⁱ³**: hija

61. **A³lo²³ⁱ³**: nuera (la esposa del hijo).

62. **A³ño³²ⁱ³**: yerno (el esposo de la hija).

A³tyie¹ⁱ³: nieto/a. Término que engloba tanto al hombre como a la mujer.

63. **A³ñih³ tyie¹ⁱ³**: nieto

64. **A³m⁴ tyie¹ⁱ³**: nieta

65. **A³m⁴ i⁴cúa³ a³tyie¹ⁱ³**: la esposa del nieto

66. **A³ñih³ i⁴cúa³ a³tyie¹ⁱ³**: el esposo de la nieta

67. **A³ñih³ tyie¹ⁱ³ teun³⁴**: nieto segundo (bisnieto).

68. **A³m⁴ tyie¹ⁱ³ teun³⁴**: nieta segunda (bisnieta).

69. **A³ñih³ tyie¹ⁱ³ hneng³**: nieto tercero (tataranieto).

70. **A³m⁴ tyie¹ⁱ³ hneng³**: nieta tercera (tataranieta).

71. **A³ñih³ tyie¹ⁱ³ quin⁴**: nieto cuarto.

72. **A³m⁴ tyie¹ⁱ³ quin⁴**: nieta cuarta.

A las categorías de parentesco antedichas hay que añadir las categorías que surgen cuando un hombre y/o una mujer se casan o se unen libremente aportando al hogar hijos de una pareja anterior:

1. **Ni³hma³ⁱ³**: padrastro
2. **Si³hma²³ⁱ³**: madrastra

A³hma¹i³: hijastro/a. Término genérico que engloba tanto al hombre como a la mujer.

3. **A³ñih³ hma¹i³**: hijastro

4. **A³m⁴ hma¹i³**: hijastra

Asimismo, se incluirían las categorías de parentesco ficticio relacionadas con el apadrinamiento y amadrinamiento:

1. **Ni³jm³i³**: padrino

2. **Si²jm³i³**: madrina

3. **A³jm¹i³**: ahijado/a. Término genérico que engloba tanto al hombre como a la mujer.

4. **A³ñih³ jm¹i³**: ahijado

5. **A³m⁴ jm¹i³**: ahijada

6. **Mi³jon⁴³i³**: compadre

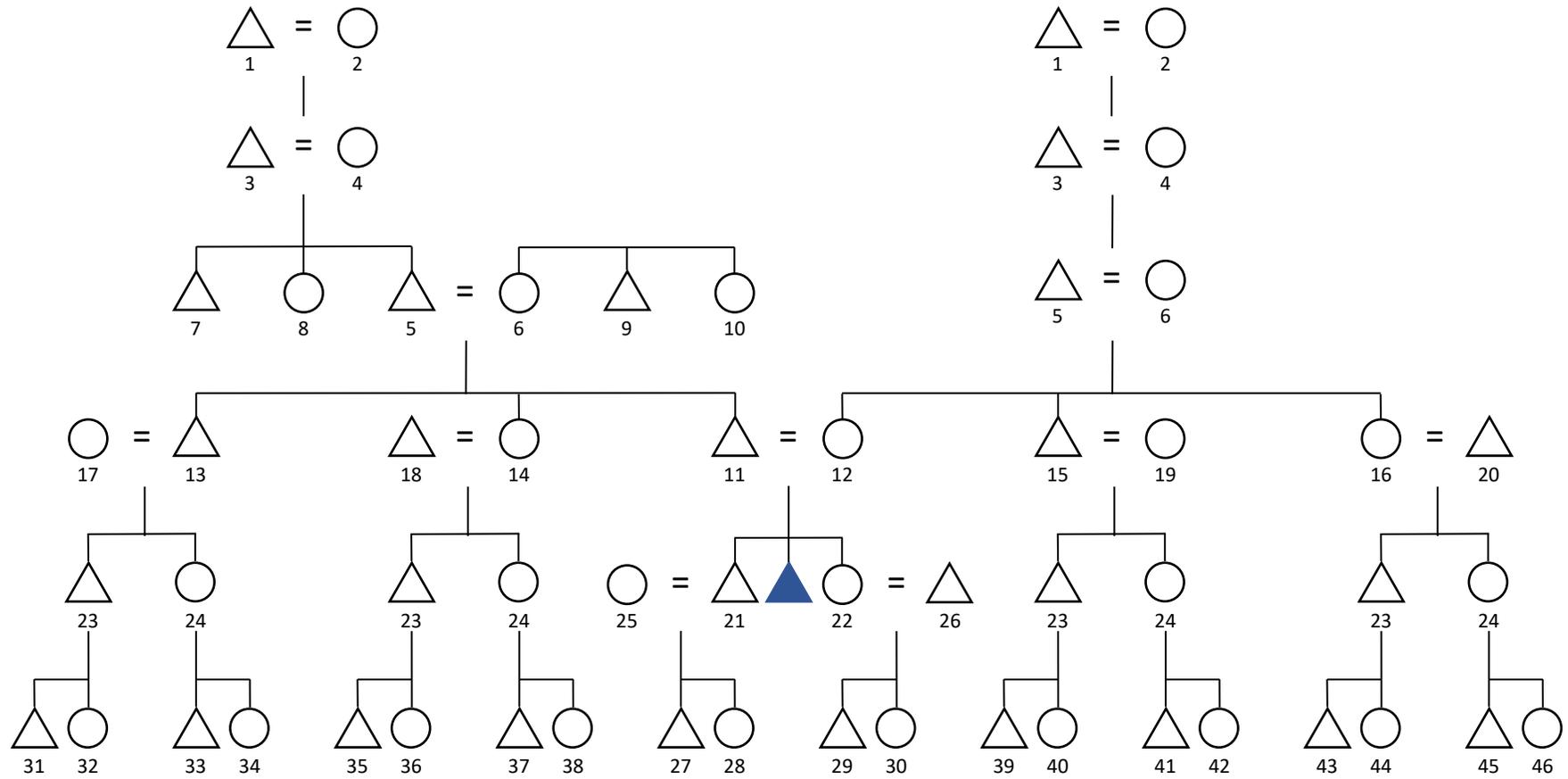
7. **Si²jon⁴³i³**: comadre

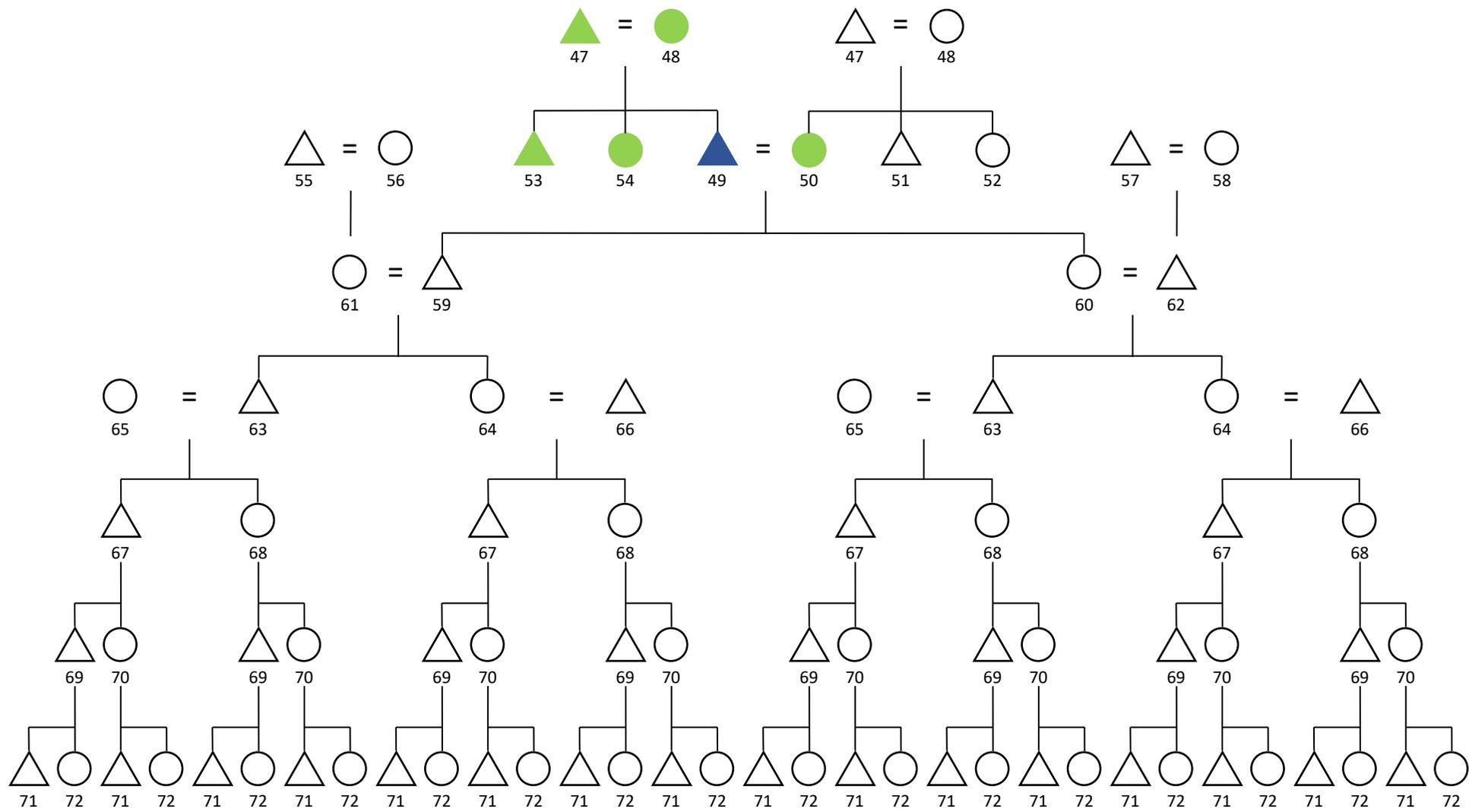
4. Términos vocativos de parentesco

Los términos vocativos o apelativos de parentesco utilizados por los usileños para apelar a sus familiares se restringen a ciertos parientes de la unidad familiar extensa: abuelo, abuela, padre, madre, hijo/a, nieto/a, hermano/a, tío/a, primo/a, sobrino/a, esposo/a y suegro/a.

Término español	Término vocativo
Abuelo	Tia ²³
Abuela	Ma ⁴³
Padre	Pa ²³
Madre	Ma ³² Bei ² (antiguamente)

Término español	Término vocativo
Hijo	Peih ¹ quian ³⁴⁻⁴ (niño mío)
Hija	Peih ¹ quian ³⁴⁻⁴ (niña mía)
Nieto	Peih ¹ quian ³⁴⁻⁴ (niño mío)
Nieta	Peih ¹ quian ³⁴⁻⁴ (niña mía)
Hermano	Goh ³⁻⁴ Goh ³⁻⁴ quian ³⁴⁻⁴ (hermano mío)
Hermana	Goh ³⁻⁴ Goh ³⁻⁴ quian ³⁴⁻⁴ (hermana mía)
Tío	Goh ³⁻⁴ Goh ³⁻⁴ quian ³⁴⁻⁴
Tía	Goh ³⁻⁴ Goh ³⁻⁴ quian ³⁴⁻⁴
Primo	Goh ³⁻⁴ Goh ³⁻⁴ quian ³⁴⁻⁴
Prima	Goh ³⁻⁴ Goh ³⁻⁴ quian ³⁴⁻⁴
Sobrino	Goh ³⁻⁴ Goh ³⁻⁴ quian ³⁴⁻⁴
Sobrina	Goh ³⁻⁴ Goh ³⁻⁴ quian ³⁴⁻⁴
Esposo	Tia ⁴³ (cariño) Tia ⁴³ quian ³⁴⁻⁴ (cariño mío) A ³ ñih ³ quian ³⁴⁻⁴ (mi querido esposo) A ³ don ⁵ ñih ³ quian ³⁴⁻⁴ (mi querido esposo. Expresión que puede utilizar la mujer cuando su marido es mayor de 40 años)
Esposa	Tia ⁴³ (cariño) Tia ⁴³ quian ³⁴⁻⁴ (cariño mío) A ³ m ⁴ quian ³⁴⁻⁴ (mi querida esposa) A ³ don ⁵ m ⁴ quian ³⁴⁻⁴ (mi querida esposa. Expresión que puede utilizar el hombre cuando su mujer es mayor de 40 años)
Suegro	A ³ don ⁵ (don) A ³ don ⁵ ñih ³ (don)
Suegra	A ³ don ⁵ (doña) A ³ don ⁵ m ⁴ (doña)





Capítulo 9

La formación de la familia: los arreglos matrimoniales

La formación de la familia está socialmente regulada a través del matrimonio. El hombre y la mujer deben casarse después de haber celebrado previamente el pedido de la novia y el cierre de compromiso. Los padres son quienes se responsabilizan de que sus hijos y sus hijas cumplan las normas prescritas para una correcta unión matrimonial, implicándose en la decisión de los jóvenes y en la organización de los rituales de paso del pedido de la novia, el cierre de compromiso y la boda.

La normatividad social que regula la formación de la familia descansa en una costumbre que ha ido transmitiéndose de generación en generación, como testimonian los ancianos de la comunidad y como documentaron los antropólogos Weitlaner y Castro (1973) en su trabajo de campo entre los años 1943 y 1953 o el misionero comboniano español Damián Bruyel (1993) durante su servicio religioso en la parroquia de la comunidad entre 1980 y 1986. Así como la norma social presenta incumplimientos, la tradición ha ido experimentando cambios a lo largo del tiempo.

1. La elección de la pareja

En el pasado, cuando un hijo varón comentaba a sus padres que le gustaba una muchacha y deseaba casarse con ella o cuando el hijo varón aprobaba la muchacha que sus padres le habían propuesto, los padres enviaban a un representante a la casa de la familia de la joven para que les comunicara la intención de su representado de contraer matrimonio con su hija. En cualquiera de los dos casos, el muchacho no había platicado nunca con la muchacha con la que iba a comprometerse.

Al igual que en otras culturas indígenas mesoamericanas (Boege, 1988; González Montes, 1996), la segregación de género era muy estricta en la vida cotidiana, y los hombres y las mujeres no se relacionaban fuera del ámbito doméstico. De esta forma, las familias usileñas aseguraban que el hombre y la mujer se guardaran fidelidad en su relación matrimonial y que sus hijas llegaran vírgenes al matrimonio, dos pautas de conducta muy valoradas en la comunidad. Quebrantar cualquiera de estas dos normas suscitaba entre los usileños un gran rechazo social hacia el infractor o la infractora.

Pero, como señala el misionero Damián Bruyel, que los jóvenes no convivieran y no platicaran entre ellos, no quiere decir que no se hubieran visto y no pudieran sentir una mutua atracción antes del pedido de la novia. Los muchachos y las muchachas se veían en el vecindario, en las calles de la localidad, en la iglesia, en el molino de nixtamal, en los caminos, en el campo o en el río. El río constituía un lugar de encuentro entre muchachos y muchachas, aunque hombres y mujeres nunca se bañaran juntos. Los muchachos observaban a escondidas o desde una prudente distancia a las chicas que iban al río a lavar su ropa y la ropa familiar antes de bañarse. Las chicas sabían que eran o podían ser observadas por sus pretendientes y buscaban atraer su atención nadando de una forma específicamente femenina que aún hoy se puede contemplar: chapoteando en el agua con sus pies para producir un estruendoso ruido que se pudiera escuchar a una gran distancia (Bruyel, 1993: 52-53).

En definitiva, si bien el matrimonio entre dos jóvenes era acordado y negociado por sus respectivas familias, existía un margen de elección y decisión que podía ser consensuado con los padres. No obstante, no siempre existía ese consenso entre padres e hijos, especialmente en el caso de las muchachas, y no era infrecuente que los padres acordaran el matrimonio de una hija sin que ella conociera a su futuro esposo. Esta práctica todavía existía a mediados de la década de 1990, como lo atestigua doña Laura, originaria de un pueblo no indígena del estado de Guerrero, que, acompañando a su marido usileño, se trasladó a vivir a la comunidad en aquella época.

Todavía me tocó ver mi cuñada. Tenía trece años mi cuñada cuando la pidieron. Estaba yo recién llegada acá. Pues así de la nada aparecieron unos señores, fueron una señora y un señor por la mañana. Como yo no entendía el dialecto, me dice mi cuñada, dice, esas señoras vinieron a pedirme. ¿Cómo que vinieron a pedirte?, le digo, ¿por qué? ¿o tú conoces a alguien? No, dice, pero, éste, me están pidiendo, dice, para que me case, dice ella, ¿no? ¿Y con quién te vas a casar? No sé, dice, no sé. Ya después, como sus papás no vivían aquí, vivían en el rancho allá por cerca de Tejas, hasta allá la abuelita mandó esa gente, los mandó para allá. Dentro de ocho días fueron al cerro, y el papá luego, luego dio la chamaca. Tenía trece años, tenía la chamaca. Y la dio, y ya se hizo su cierre de compromiso. Pero ella ni conocía al hombre, hasta el momento de que su cierre de compromiso fue que conoció al novio, digo, mentado novio, porque, pues ni novio era porque, pues de repente apareció, ¿no? Así nomás. ¿Y cómo?, le digo, ¿tú le conocías? No, yo no lo conozco, dice. ¿Y cómo que te conoce? Pues no sé, porque nada más los hombres ven a una

muchacha que lo ven por ahí, que la muchacha le gustó, y ya buscan a una persona, le dicen al papá y a la mamá, y ya los papás buscan a una persona y lo mandan a ver al papá de la muchacha.

Así hacían, así, así hacían, porque ahorita ya no. Sí, así hacían. La muchacha ni conoce a la persona, pues, pero el muchacho ya la vio a ella. O sea, nada más el muchacho la ve a ella y, si le gustó la muchacha, ya va a ver a su familia, a ver a sus papás. Pues ya si los papás dicen que sí y la muchacha dice que sí, pues ya se hace el cierre de compromiso. Pero, pues, la muchacha dice que sí también a veces por miedo al papá, porque el papá la daba, pues ya la muchacha aceptaba. Tenía que aceptar, porque ya el papá dijo que sí.

Sí, así era, todavía me tocó ver mi cuñada. Me tocó ver eso. Yo le dije a mi cuñada, qué feo, le digo, porque así no, no, yo ni por nada me iba a casar, ni porque me dieran. No me iba a casar, que se casara mi papá si quería, yo no me iba a ir por nada [risas]. Yo decía, porque mi vida fue otra, pues, fue otra forma de no, no como aquí, pues. Yo allá conocía a la persona, yo sí, yo le decía si sí o si no, pero aquí era diferente.

A partir de la década de 1970, la iglesia católica y las iglesias evangélicas eran los únicos espacios sociales donde los muchachos y las muchachas podían relacionarse: los cursos de catequesis como alumnos y como catequistas, los ensayos del coro, los grupos juveniles —cursos bíblicos, talleres en las comunidades para niños—, los torneos deportivos, las campañas evangélicas.

Actualmente, como bien señala Isabel, es diferente, y los jóvenes se han conocido y han acordado contraer matrimonio antes de que sus familias procedan a celebrar el pedido de la novia. Como ha sucedido en otras comunidades indígenas del país⁵¹, el proceso de escolarización y la emigración a la ciudad para trabajar como asalariados, comerciantes o dueños de negocios, obteniendo ingresos monetarios sin depender de la tierra paterna, permitieron a los muchachos y las muchachas relacionarse cotidianamente, entablar relaciones afectivas y sexuales y elegir su pareja conyugal al margen de la autoridad paterna. De este modo, el noviazgo se ha convertido en una etapa previa al matrimonio reconocida y aceptada socialmente.

En San Felipe Usila, la estricta segregación de género entre los jóvenes fue relajándose debido a la paulatina implementación de los diferentes grados del sistema educativo promovido por los gobiernos federal, estatal y municipal, sobre todo, durante las décadas de 1980 y 1990, al beneficio económico que reporta a los hijos cursar grados educativos con vistas a su inserción en el mercado laboral —y, por ende, a los padres en forma de futuras remesas enviadas por sus hijos emigrantes—, y a los incentivos económicos

⁵¹ Véase de León Pasquel (2017), González Montes (1996, 1999), Mindek (2003b, 2018).

otorgados por el programa federal PROSPERA a las familias por cada hijo e hija escolarizada desde la primaria hasta el bachillerato.

La combinación de estos factores impulsó que los padres escolarizaran a sus hijos e hijas primero desde los 6 años en el grado de primaria, después desde los 3 o 4 años en el grado de preescolar, y que su escolarización se prolongara hasta los 14-15 años en quienes cursaban la secundaria y hasta los 17-18 años en quienes terminaban el bachillerato. Los muchachos y las muchachas, por tanto, se han acostumbrado desde su infancia a encontrarse y convivir en el espacio de la escuela y también cuando se reúnen fuera de la escuela para hacer tareas escolares grupales, pudiendo conocerse y entablar relaciones afectivas y sexuales fuera del control parental. Si a ello sumamos que, una vez que han terminado de cursar la secundaria o el bachillerato, la mayoría de los chicos y las chicas emigran a la ciudad para trabajar y/o seguir estudiando, el control que los padres pueden ejercer sobre la vida social y sexual de sus hijos fuera de la comunidad prácticamente se desvanece.

Es así como la mentalidad usileña ha ido cambiando, y actualmente los padres aceptan y valoran positivamente que sus hijos e hijas elijan a la pareja con quien quieren unirse en matrimonio tras haberse conocido previamente. Aun así, la elección de la pareja está mediatizada por la religión. En la mayoría de los casos, tanto entre los católicos como entre los evangélicos, los muchachos y las muchachas contraen matrimonio con una pareja que profesa la misma religión conscientes de que compartir una misma fe, asistir a una misma iglesia y educar a los hijos en las mismas creencias religiosas no sólo evita conflictos conyugales y familiares, sino que refuerza los vínculos del matrimonio y la familia.

2. El pedido de la novia y el cierre de compromiso

El matrimonio, además de ser una decisión convenida entre los futuros cónyuges, continúa siendo un arreglo entre familias, una negociación ritualizada entre la familia del novio y la familia de la novia en la que se acuerdan los términos que legitiman la salida de la mujer de su hogar natal y su integración como esposa en el hogar de los padres de su marido. Los arreglos matrimoniales entre las familias fueron y son todavía un patrón sociocultural característico de los pueblos indígenas y postindígenas de Mesoamérica y suponen, con su lógica variabilidad, el cumplimiento de los rituales del pedido de la novia, la participación de intermediarios casamenteros, el establecimiento de una serie de prestaciones y contraprestaciones en las que se ofrecen bienes y servicios prescritos socioculturalmente, básicamente de la familia del novio hacia la familia de la novia, y, en determinados contextos, la creación y el mantenimiento de redes sociales de intercambio

y reciprocidad⁵². A diferencia de otros grupos étnicos donde la cohabitación de la pareja precede a la boda religiosa y civil, con un espaciamento que oscila entre varios meses y varios años (Good Eshelman, 2003; Robichaux, 2003; Mindek, 2003b), la norma usileña establece que la mujer va a vivir a la casa de los padres de su esposo después de haber contraído matrimonio por la ley civil y la ley religiosa.

2.1 Los representantes de las familias

Aunque hoy en día los jóvenes eligen a sus parejas y acuerdan mutuamente casarse, mayoritariamente deciden seguir la tradición y cumplir con los rituales de paso del pedido de la novia y el cierre de compromiso. Si los padres apenas tienen ascendencia sobre sus hijas e hijos a la hora de elegir a su futuro esposo o futura esposa, continúan teniendo influencia en las negociaciones sobre los términos en que se van a celebrar el cierre de compromiso y la boda.

Una vez que el hijo comunica a sus padres su decisión de casarse, el padre busca a un representante para que vaya a visitar a la familia de la novia y le comunique el deseo de su representado de contraer matrimonio con su hija. En chinanteco, el representante es nombrado como $\alpha^3don^5 \alpha^3m^{43} \alpha^3m^4$, el señor que pide a la mujer, o como $\alpha^3don^5 \alpha^3sainh^{43} nei^2quiah^1 \alpha^3m^4$, el señor representante de la mujer.

El padre va a visitar al hombre que ha elegido como representante y le comenta en confianza que su hijo pretende casarse con una muchacha, le proporciona el nombre de la muchacha y le dice cuál es su familia y dónde vive. El futuro representante solicita al padre que su hijo venga a visitarlo a su casa para cerciorarse de que el joven ya platicó con la muchacha y su intención de casarse con ella es firme. Si el joven confirma lo expuesto por su padre, acepta convertirse en su representante y se compromete a visitar a la familia de la muchacha.

El representante de la familia del novio, al igual que el representante de la familia de la novia, es siempre un hombre adulto que goza de una buena reputación moral en la comunidad por tener una conducta social respetuosa, honesta y responsable, que no tiene los vicios de tomar ni de ser mujeriego, casado por la vía civil y religiosa, que cuenta con esposa e hijos y no tiene problemas en el seno familiar, que profesa la misma religión que

⁵² Los arreglos matrimoniales entre familias han sido reportados, entre otros, entre los nahuas del estado de Guerrero (Dehouve, 1978; Good Eshelman, 2003), Puebla (Chamoux, 2005) y Veracruz (Vázquez García, 1997), los mazahuas (Oehmichen, 2002) y postnahuas (González Montes, 1991, 1996) del estado de México, los teenek de Veracruz (Ariel de Vidas, 2007), los otomíes de Hidalgo (Franco Pelotier, 1992), los mazatecos (Boege, 1988) y los amuzgos (Franco Pelotier, 2003) de Oaxaca, así como entre los nahuas de Tlaxcala, los tlapanecos de Guerrero, los mixtecos de Oaxaca y Puebla, los zapotecos, los chatinos, los mixes, los triquis y los huaves de Oaxaca, los tzotziles, los tzeltales, los tojolabales, los choles, los chamulas, los lacandones y los zoques de Chiapas, los mayas de Yucatán, los chontales de Tabasco, los tepehuanes de Veracruz, los popolocas y los totonacas de Puebla, los zoque-popolucas de Puebla y Veracruz, los purépechas de Michoacán, los huicholes de Jalisco y los coras de Nayarit (González Montes, 1999; Mindek, 2003b; Robichaux, 2003).

la familia y asiste regularmente a los cultos y eventos religiosos organizados por su iglesia⁵³. Su experiencia y su buena conducta como vecino, esposo y padre de familia le otorgan la autoridad moral de aconsejar a los novios sobre cómo deben comportarse el hombre y la mujer en su nueva vida matrimonial.

Además de una buena reputación social, debe tener la experiencia de haber sido representante de otras familias anteriormente, haber cumplido su rol con responsabilidad y poseer una buena capacidad para expresarse en público. Su experiencia en otras negociaciones y su buena oratoria, en el caso del representante de la familia del novio, le permitirán argumentar y convencer al representante y los padres de la novia de que la intención de casarse de su representado es firme y que será un buen esposo para su hija. Por ejemplo, si el representante de la familia de la pretendida adujera que la muchacha es demasiado joven y todavía no puede cumplir bien con todas las labores del hogar, el representante de la familia del pretendiente argumentará que el muchacho "la quiere mucho" y será comprensivo con su futura esposa, pues no espera que la muchacha sepa hacer todas las tareas domésticas y asume que las irá aprendiendo poco a poco.

El compromiso de los representantes con sus respectivas familias finaliza el día de la boda. Tras haber cumplido su cometido, los familiares retribuyen a sus representantes con dinero y, en ocasiones, entregándoles además una cantidad de carne procedente de la res sacrificada para el banquete de la boda.

2.2 El pedido de la novia

El ritual del pedido de la novia, *m^{43j3} a^{3m4} quian¹ a^{3jon43j3}* —literalmente, pedir la novia del hijo—, se celebra durante cuatro domingos consecutivos a una hora temprana, entre las seis y las siete de la mañana⁵⁴. El domingo es el día elegido por los padres y los representantes para ir a visitar a la familia de la novia, pues el domingo es el día en que Dios descansó después de crear el mundo y es el día en que las familias descansan y se hallan en sus casas. Yendo a una hora temprana en la mañana, los padres y los representantes se aseguran de que todos los miembros de la familia se encuentren en su casa en ese momento.

El primer domingo el representante va a la casa de la familia de la muchacha⁵⁵. Cuando llega a la vivienda, saluda desde la entrada. Las personas que hay en la casa, tras responder

⁵³ Tanto Weitlaner y Castro (1973) como Bruyel (1993) mencionan que, en el pasado, los representantes solían ser ancianos que, además de gozar de una buena reputación social y ser buenos oradores, ejercían un gran influencia política y religiosa en la comunidad.

⁵⁴ Bruyel (1993) señala que, en la década de 1980, el representante de la familia del novio acudía a la casa de la familia de la novia a las cuatro de la madrugada.

⁵⁵ En ocasiones, el primer domingo el padre del muchacho acompaña al representante a la casa de la familia de la muchacha para comunicar a los padres la intención de su hijo de dar formalidad a la relación sentimental que mantiene con su hija.

al saludo, lo invitan a pasar a su interior ofreciéndole un asiento. El inicio de la conversación suele girar en torno al clima, el campo o un evento que haya acontecido en la comunidad y, una vez entablada la comunicación, el representante se dirige a los padres de la muchacha. Se presenta como el representante de la familia del muchacho, mencionando el nombre del padre y la madre del pretendiente, y expone que el joven quiere pedir la mano de su hija para unirse en matrimonio.

Con todo respeto, entro a su casa y le agradezco que me haya abierto la puerta. Vengo porque me han mandado los señores, [nombre del padre y la madre], en su representación, porque su hijo quiere pedir la mano de su hija para unirse en matrimonio.

El representante del novio alega que su representado es un muchacho responsable, honesto, respetuoso, trabajador, obediente con sus padres, que no toma ni tiene vicios. El padre de la pretendida contesta que es cierto que, en la vida de los jóvenes, llega su momento de unirse en matrimonio, pero por ahora no puede tener una respuesta, platicará con su hija y sus familiares y le dará la respuesta el siguiente domingo cuando regrese. Estas palabras dan a entender que el padre accede a negociar el arreglo matrimonial de su hija. Cuando la respuesta es negativa, lo que sucede en contadas ocasiones, el representante vuelve a insistir yendo otro domingo. Así hasta tres veces. Si en la tercera visita, la respuesta sigue siendo negativa, el joven y su familia suelen desistir.

Después de la visita del representante, los padres de la muchacha hablan con su hija sobre el motivo de la visita, preguntándole si conoce al muchacho, si le gustaría y quisiera asumir el compromiso de unirse en matrimonio con el joven para así tener la respuesta cuando vuelva a visitarlos el representante.

Cuando la muchacha está dispuesta a casarse con su pretendiente, el padre y la madre convocan a sus familiares más allegados a una reunión en su casa: sus padres y madres, sus abuelos y abuelas, sus tíos y tías, sus hermanos y hermanas. Ante la presencia de la muchacha, el padre y la madre les comunican que un muchacho de una determinada familia ha enviado a un representante para pedir la mano de su hija en matrimonio y que ella ha dado su consentimiento. Seguidamente, preguntan a los familiares congregados si tienen algo que comentar —respecto a la decisión, el pretendiente, el grado de consanguinidad de los novios, quién puede ser el mejor representante—.

Los familiares agradecen que los hayan tomado en cuenta y les comuniquen la petición de mano de su hija y su decisión de contraer matrimonio, agradecimiento que expresan a la hora de tomar la palabra o en el momento de la despedida, pues no todos los parientes hablan durante la reunión. En sus discursos, si no existen factores conflictivos, lo cual es poco frecuente, los familiares aprueban la decisión de la muchacha de comprometerse y casarse aduciendo que es la lógica de la vida y la voluntad de Dios que el hombre y la mujer contraigan matrimonio.

El primero en tomar la palabra es el abuelo paterno de la muchacha, manifestando su conformidad con que el padre haya hablado con su hija y ella haya expresado su voluntad de casarse, pues ya le ha llegado la edad de pasar a la vida adulta, contraer matrimonio y formar una familia. En el caso de que los novios profesen religiones diferentes, pregunta si ya hablaron bien y llegaron a un acuerdo para evitar futuros problemas.

Cuando el joven pertenece a una familia usileña que vive fuera de la comunidad desde hace tiempo, el abuelo paterno pregunta cuál es la familia del muchacho, quiénes son sus padres, sus abuelos, con el fin de saber si hay un grado de consanguinidad prohibido. En caso de que haya un grado de consanguinidad prohibido, los padres no llaman a sus familiares para evitar sus reclamos, lo que raramente sucede, pues, normalmente, la familia del novio va a pedir a la muchacha sabiendo que no tienen un grado de parentesco prohibido.

Tras el abuelo paterno, toma la palabra la abuela paterna aprobando que su nieta tome el camino del matrimonio, porque el destino de toda mujer es unirse con un hombre y formar su propia familia. La mujer debe cumplir con su rol de esposa y, a partir de ahora, debe ir aprendiendo todas las labores del hogar que una mujer debe saber hacer.

Otro de los familiares que intervienen es un hermano del padre. El hermano del padre agradece que los hayan tenido en cuenta y les comuniquen esta importante decisión. El matrimonio es el camino que Dios ha establecido para que el hombre y la mujer se realicen en sus vidas, desea que todo vaya bien y culmine exitosamente, y ofrece su apoyo a la familia en todo lo que vayan a necesitar durante todo el proceso, hasta el día de la boda.

Cuando se trata de un muchacho problemático —adicción al alcohol o las drogas, carácter violento—, el hermano del padre aconseja que reflexionen bien sobre la decisión tomada, que conozcan bien al muchacho y su familia, que hablen y establezcan bien los términos del acuerdo con la familia, todo con el fin de garantizar el buen trato de la muchacha y evitar que haya problemas matrimoniales.

El abuelo materno menciona que, si ésta es la decisión de su nieta, está de acuerdo, que sigan adelante, respeta su decisión. Es el camino de la vida, la voluntad de Dios que los jóvenes, llegados a una determinada edad, se unan en matrimonio y formen una familia. Y si han tomado la decisión de formalizar la unión de los novios, pueden contar con su ayuda en todo lo que necesiten hasta el día de la boda.

También puede intervenir un hermano de la madre mencionando que es el camino de la vida, la voluntad de Dios que los jóvenes, llegados a una determinada edad, se unan en matrimonio y formen una familia. Y si han tomado la decisión de unirse en matrimonio, pueden igualmente contar con su ayuda en todo el proceso.

Una vez terminadas las intervenciones, los padres invitan a un refresco a los familiares allí reunidos.

En el segundo domingo, el representante del novio se anuncia cuando llega a la casa de la familia de la novia y es invitado a pasar al interior de la vivienda. Tras iniciar la

conversación hablando sobre alguna cuestión relacionada con el clima, el campo u otro acontecimiento de la comunidad, el representante del novio dice:

Vengo nuevamente a su casa, como habíamos quedado el domingo pasado, para que me dé la respuesta sobre el tema que habíamos platicado...

El padre de la novia comenta que ha reunido a su familia y ha hablado con ellos para anunciarles el pedido de la mano de su hija en matrimonio, un anuncio importante para sus familiares, y han pedido que se cumplan los términos establecidos por la costumbre local. Han hablado con su hija y ha dado su consentimiento. Es por eso que, con su permiso, van a buscar a su representante para que esté presente el próximo domingo.

Tras las palabras del padre de la muchacha, el representante del novio dice que todo lo escuchado va a ser transmitido a la familia del pretendiente para que estén preparados y cumplan con su palabra.

El siguiente domingo, el representante de la familia del novio acude a la casa de la familia de la novia. Como en las anteriores visitas, saluda a los presentes e inicia la plática con asuntos informales con el padre de la muchacha y ahora también con el representante de la familia de la novia. En esta ocasión, quien toma el protagonismo es el representante de la novia y, dirigiéndose al representante del novio, comienza su intervención en unos términos como los siguientes:

Los señores, [menciona los nombres del padre y la madre de la muchacha], me hablaron sobre el asunto de su hija para que sea su representante, que no es una tarea fácil, pues se requiere de compromiso firme delante de Dios y los hombres en la vida de estos dos jóvenes.

Haciendo referencia al libro bíblico del Génesis, el representante del novio esgrime que Dios creó al hombre y la mujer para que se acompañaran mutuamente en la vida y formaran una familia. Por eso solicita a la familia de la novia y a su representante que acepten la proposición de su representado de comprometerse y casarse con la muchacha.

El representante de la novia vuelve a tomar la palabra y, en términos similares a los siguientes, dice:

Tal y como hemos platicado con los padres de la muchacha sobre el asunto del pedido de la mano de su hija, ellos han aceptado contraer el compromiso de manera formal siguiendo la costumbre de nuestro pueblo. Y, por lo tanto, lo que piden los padres de la muchacha es que el joven cumpla con su palabra, que no los vaya a engañar o se deje llevar por chismes, sino que sea una persona formal y de palabra. Entonces, los padres solicitan que el muchacho se presente el próximo domingo para que lo puedan conocer, saber cómo es y escuchar de su propia voz cuáles son sus intenciones para con su hija.

El representante del novio dice que así se hará y que el próximo domingo regresará a visitarles junto al joven pretendiente y su padre. Y, como cada domingo, tras despedirse de los presentes, se dirige a la casa de los padres de su representado para comentar lo que el padre de la muchacha o el representante de la familia de la novia han dicho y lo que él ha alegado.

En el cuarto domingo, el representante de la familia del novio se presenta en la casa de la familia de la novia acompañado por el muchacho y su padre. Generalmente, también los acompañan varios familiares cercanos: por parte del padre del pretendiente, un hermano del padre y su esposa, una hermana del padre y su esposo, y, por parte de la madre, un hermano de la madre y su esposa. Y en las familias católicas, también están presentes el padrino y la madrina de bautismo del novio. La presencia de los familiares y, en las familias católicas, de los padrinos de bautismo es una muestra del nivel de compromiso del muchacho en la formalización de la relación y de su genuino interés en la muchacha pretendida.

En la casa de la familia de la novia están presentes el padre, la madre, el representante de la novia, los abuelos paternos de la muchacha en caso de que vivan juntos, un hermano del padre y su esposa, una hermana del padre y su esposo, un hermano de la madre y su esposa y, si es una familia católica, el padrino y la madrina de bautismo. Estas personas fungen como testigos de lo que se va a hablar y acordar en este encuentro por, si en el futuro, el novio no cumpliera su compromiso con la muchacha.

Los hombres y las mujeres que acompañan al muchacho, cuando entran en la vivienda, saludan a las personas que se hallan en su interior esperándolos: primeramente, a los padres de la muchacha y después, al resto de los presentes. El representante del novio toma la palabra:

Tal como quedamos el domingo pasado, vengo a su casa con todo respeto junto con el joven y su padre para que ustedes lo conozcan. Han cumplido con la costumbre del pueblo y respetado la petición de los padres de la muchacha de que viniera el joven para que ustedes lo conozcan.

El representante de la muchacha agradece que hayan cumplido con su palabra hasta ese momento y señala:

Es muy importante para la familia de la joven, porque eso quiere decir que son personas formales y de palabra. Y, por lo tanto, hemos invitado a algunos familiares, porque es importante que tengan conocimiento del paso que van a dar los jóvenes. A esta familia le gustaría escuchar directamente del joven cuáles son sus intenciones hacia la muchacha, si realmente quiere a la joven, si nadie lo obligó, que éste es el momento para que diga la verdad.

El joven interviene entonces diciendo que es una persona honesta, que quiere a la muchacha y quiere que sea su futura esposa, que nadie lo ha obligado, que viene con todo

respeto y por su propia voluntad a pedir la mano de su hija —su intervención es corta y concreta para no dar pie a comentarios negativos entre los familiares de la novia—.

Tras las palabras del muchacho, el representante de la familia de la muchacha dice:

Todos hemos escuchado de la propia voz del joven sus intenciones hacia con esta familia y su hija. Está muy bien, joven, lo importante es que cumplas con tu palabra, que sigas adelante con lo que estás diciendo y con el compromiso que estás dispuesto a hacer con esta familia. Que no nada más es el compromiso con la novia, sino también estás haciendo el compromiso con toda la familia, pues no es nada más la muchacha sola, sino que tiene a sus papás y a su familia. Es un asunto muy serio y Dios está por testigo. Y como todos sabemos, después de todos los domingos que hemos estado platicando, el padre de la muchacha me dice que esta familia es numerosa y queremos hacerla partícipe de este acontecimiento para que también ellos sean testigos del compromiso que van a realizar. Esto es algo muy grande para la familia de la muchacha.

El representante de la familia de la novia da a entender así que es un acontecimiento muy relevante para la familia de la novia y debe celebrarse el cierre de compromiso. El representante del novio interviene seguidamente dirigiéndose al pretendiente y su padre:

Todos han escuchado lo que se ha dicho hasta este momento y, respecto a lo que se acaba de decir, ¿qué piensan ustedes sobre lo que están proponiendo?

El padre responde:

Mi hijo y yo estamos preparados para corresponder a la familia y seguiremos adelante con el cierre de compromiso para que inviten a sus familiares. Ustedes nos dirán cuántos invitados van a tener. Estoy muy contento de que los jóvenes hayan tomado esta decisión tan importante en su vida.

El representante de la novia toma la palabra para señalar el número de invitados que la familia le ha indicado previamente o, cuando aún no lo sabe con exactitud, menciona que, en breve, les comunicará el número total de personas que asistirán al cierre de compromiso por parte de la novia. El representante del novio dice entonces que ya están preparados y que siguen adelante con el compromiso o que están conformes en esperar a que les comuniquen el número total de invitados, aunque les pide que lo hagan en la mayor brevedad posible dada la proximidad del acto. Prosigue comunicando la fecha de la celebración del cierre de compromiso, normalmente el siguiente sábado, aunque puede anunciar que se va a celebrar dos o tres semanas después debido a que la familia del novio espera la llegada de parientes emigrantes, un argumento que el representante de la novia también puede esgrimir.

En este último domingo, tras hablar sobre el número de invitados y la fecha del cierre de compromiso, se aborda la fecha de la boda. El representante del novio tiene que

comunicar una fecha probable de boda, debe hacerlo como muestra de respeto y como evidencia de que la decisión del novio de cumplir con su compromiso y casarse con la muchacha es firme. El joven usileño sabe que, cuando quiere pedir la mano de la novia, debe disponer de, o ser capaz de reunir en los tiempos establecidos, los recursos económicos suficientes para afrontar los gastos del cierre de compromiso y la boda, pues muchos padres no toleran que el pretendiente aduzca que necesita tiempo para juntar el dinero y la celebración del casamiento no sea concretada. Esta fecha probable de boda va a ser anunciada a los presentes el día del cierre de compromiso.

La tradición establece que debe transcurrir un año entre la celebración del cierre de compromiso y la celebración de la boda, pero actualmente el lapso de tiempo entre una y otra celebración suele oscilar entre tres y seis meses. En la fijación definitiva de la fecha de la boda⁵⁶, acordada posteriormente entre ambas familias, intervienen, además de la norma social que dispone la necesidad de espaciar ambos ritos de paso, el tiempo estimado por las familias para reunir el dinero necesario para afrontar todos los gastos de la boda o la llegada de los familiares emigrantes que viven fuera de la localidad.

Otro factor que puede influir en la concreción de la boda es que la muchacha esté embarazada, pues las familias acortan el espacio de tiempo entre el cierre de compromiso y la celebración del casamiento con el fin de evitar que la novia evidencie públicamente su embarazo. Cuando el embarazo es evidente, si la familia de la novia goza de un buen estatus socioeconómico, se celebran la boda civil y religiosa, mientras que, si se trata de una familia pobre, los padres de la novia no tienen capacidad para imponer su voluntad, y la celebración se reduce a la firma de las actas matrimoniales y a una fiesta a la que asisten los familiares cercanos⁵⁷.

Una vez establecida la fecha probable de boda, el representante del novio informa de que han traído unos dones para la familia y lo hacen con mucha alegría, pues están muy contentos de que todo haya ido bien y se vaya a celebrar el cierre de compromiso de sus hijos. En ese momento, los acompañantes de la familia del novio entregan los dones, normalmente, una reja de refresco y una canasta de pan de dulce. Una vez entregados el refresco y el pan dulce, el novio y sus acompañantes se despiden y se van.

2.3 El cierre de compromiso

El cierre de compromiso, en el pasado denominado en español *cierre de palabra*, en chinanteco se dice *ma³re³i³ jau²³*, que se traduce como “cumplir o cerrar la palabra”. El cierre de compromiso siempre se celebra en sábado en la casa de la familia de la novia a

⁵⁶ Las familias suelen acordar el mes en que se celebrará el casamiento y, posteriormente, el padre del novio se encargará de concretar el día de la boda con el sacerdote o el pastor.

⁵⁷ Incluso puede suceder que, aun estando comprometida, la muchacha embarazada salga de su hogar y vaya a vivir con su novio y no se celebre la boda.

las nueve de la mañana. Normalmente, es el sábado siguiente al domingo en que los padres de la muchacha dan su conformidad a la petición del pretendiente, pero puede celebrarse dos o tres semanas después cuando se trata de un acto al que se invitan a una gran cantidad de personas o cuando se espera la llegada de familiares emigrantes que viven en la ciudad. En cualquiera de los casos, ambas familias hacen llegar con varios días de antelación las invitaciones a sus respectivos invitados, una tarjeta u hoja plegada en el interior de un sobre en la que aparece los nombres del novio, la novia y sus respectivos padres y madres, así como el día y la hora del evento⁵⁸.

Los invitados se reúnen en la casa de la familia del novio y, llegada la hora, el novio acompañado por su padre, su madre, su representante, sus familiares y el resto de invitados se dirigen hacia la casa de la novia. En el caso de las familias católicas, entre los invitados al cierre de compromiso, se hallan los padrinos y las madrinas de bautismo, comunión y confirmación del novio.

Formando parte de la comitiva están los hombres que se encargan de transportar los bienes que van a ser entregados a la familia de la novia: las canastas de pan dulce, las canastas con los ingredientes empleados en el guiso de la carne, las rejas de refresco y los cartones de cerveza son transportadas en triciclos, mientras que los tercios de leña, en una camioneta⁵⁹, o bien todos los dones son transportados en la parte trasera de una o más camionetas. En cuanto a los animales, la res ha sido llevada anteriormente por los vaqueros del ganadero a quien la familia del novio compró el animal. Los cerdos y los guajolotes son llevados por la comitiva. Las familias pudientes, además de la res, entregan cerdos y guajolotes, mientras que aquellas familias más humildes, que no pueden comprar una res, donan estos animales a la familia de la novia.

Los dones que la familia del novio entrega a la familia de la novia pueden variar en función del estatus socioeconómico de las familias y del número de invitados que van a asistir al evento, siendo la familia del novio quien calcula la cantidad necesaria de cada don. Normalmente, consisten en una res o uno o dos cerdos, 12 tercios de leña⁶⁰, 12 canastas de pan dulce, 12 rejas de refresco⁶¹, 6 cartones de cerveza⁶² y 2 litros de aguardiente —la entrega de cerveza y aguardiente sólo se realiza entre las familias católicas, si bien las más religiosas pueden vetar la presencia de alcohol en el evento. El aguardiente se utiliza para

⁵⁸ Los invitados son citados con una hora de antelación, a las ocho de la mañana, para asegurar que la gente esté reunida a la hora en que comienza la celebración del rito.

⁵⁹ Las camionetas son vehículos todoterreno de cuatro ruedas que cuentan con una cabina para pasajeros y una batea o parte trasera descubierta para transportar mercancías o personas. En España se conocen con el nombre de *pickups*.

⁶⁰ Un tercio de leña consta de 50 rajas de leña.

⁶¹ Una reja de refresco es una caja de plástico que trae 24 botellas de vidrio de 235 ml.

⁶² Un cartón de cerveza contiene 24 botellas de cerveza de 330 ml y solamente se entrega este don a las familias católicas que lo solicitan, pues no todas las familias católicas lo demandan. Las familias evangélicas nunca piden cerveza a la familia del novio al ser más estrictas en el cumplimiento de la regla moral de no tomar bebidas alcohólicas ni promover su consumo en los eventos sociales.

uso medicinal, para soplar en la curación del susto, y también para aquellos hombres que acuden a ayudar a la familia y quieren aguardiente—⁶³.

Los bienes que la familia del novio dona a la familia de la novia en el cierre de compromiso no pueden ser considerados como el pago de la novia. En la mentalidad usileña, los dones entregados no son una compensación por los recursos invertidos por los padres en la crianza de su hija. Todo padre y toda madre estima que su hija vale mucho más que los dones entregados por la familia del novio, y considerar esta donación de bienes como un pago sería una gran ofensa para los padres y los familiares de la muchacha. La entrega de dones a la familia de la novia es visto como una tradición que forma parte de la identidad del pueblo usileño, una costumbre que establece que el muchacho debe de prepararse con antelación y reunir los recursos económicos necesarios para cumplir con los rituales del pedido de la novia y el cierre de compromiso. Asimismo, es una muestra de respeto hacia los padres de la novia y una muestra de que el joven quiere y valora a su prometida como futura esposa y de que su compromiso hacia ella es firme. Y también es una muestra de la alegría que ambas familias sienten por el compromiso de vida marital que su hijo y su hija están adquiriendo.

Cuando la comitiva del novio llega a la casa de la familia de la novia, entran en su interior el novio, su padre, su madre, su representante, sus padrinos de bautizo, comunión y confirmación, sus familiares cercanos —hermanos/as, cuñados/as, tíos/as, sobrinos/as, abuelos/as maternos y paternos— y otras mujeres invitadas, mientras la mayoría de los hombres invitados por la familia del novio permanecen en el exterior durante la celebración del cierre de compromiso. En el caso de las familias evangélicas, no asisten padrinos, pero sí los pastores de sus iglesias.

En el interior de la vivienda, aguardan el padre y la madre de la novia, su representante, sus familiares —hermanos/as, cuñados/as, tíos/as, sobrinos/as, abuelos/as maternos y paternos—, amigos cercanos y, en el caso de las familias católicas, los padrinos y madrinas de bautismo, comunión y confirmación. La mayoría de los presentes en la vivienda son mujeres, pues la mayor parte de los hombres permanecen en el exterior de la casa de pie o sentados en las sillas de plástico que la familia de la novia ha dispuesto cerca de la entrada y en la calle. Otros invitados se sitúan en el patio de la casa.

Una vez todos reunidos en la casa, el representante del novio toma la palabra dirigiéndose a los padres de la novia y su representante⁶⁴:

⁶³ Los dones entregados a la familia de la novia han ido cambiando a lo largo del tiempo. En la década de 1950, Weitlaner y Castro exponen que la familia del novio llevaba a la familia de la novia "2 guajolotes, un galón de aguardiente, 2 pantlis de panela, 4 o 5 panes de jabón, 50 huesos de mamey "pixtle", una libra de cacao y 2 cargas de leña" (1973: 130). Bruyel, en la década de 1980, recoge que la familia del novio entregaba "cuatro o cinco guajolotes o algún cerdo, varios haces de leña, abundantes refrescos, maíz, panela, semillas de mamey para hacer aceite para el cabello" (1993: 57).

⁶⁴ Los diálogos de los representantes expuestos en este apartado no son el resultado de la transcripción de una o más grabaciones, sino una reconstrucción realizada a partir de los diálogos reproducidos por los informantes en las entrevistas.

Llegamos para cumplir lo que hemos platicado en estos últimos domingos desde que llegué la primera vez a su casa como representante de esta familia, [nombra los apellidos paterno y materno]. Como bien ustedes saben, la Palabra de Dios, en el libro del Génesis, dice que Dios creó al hombre y la mujer para que se acompañaran mutuamente en la vida. La mujer, por tanto, no debe vivir sola, sino que necesita la compañía y el complemento de un hombre para realizarse en la vida. Igualmente, el hombre necesita la compañía y el complemento de una mujer para realizarse en su vida, ya que el hombre es el encargado de trabajar para mantener a su familia.

Aquí están los padres del joven [menciona los nombres del padre y la madre]. Y como bien sabemos que los jóvenes llegan a una edad para tomar la decisión de formar una familia, entonces, el joven, [menciona su nombre], comunicó a sus padres que quiere pedir la mano de una muchacha. Los que lo conocemos sabemos que es un muchacho trabajador, responsable, que respeta a sus papás, honesto. Y una vez que platicaron con sus papás, acordaron que se hiciera la pedida de mano según la costumbre de nuestro pueblo. Y con la bendición de Dios hemos llegado hasta aquí para ser testigos de este acontecimiento junto con los familiares e invitados de las dos familias.

El representante de la muchacha prosigue diciendo:

Lo que acaba de decir el señor, [menciona el nombre del representante del novio], está muy bien, lo hemos hablado durante los domingos anteriores a partir de que el señor y la señora, [menciona sus nombres], de esta familia, [menciona los apellidos del padre y la madre de la novia], me pidieron ser su representante. Sabemos todos que los hijos crecen, que en su vida llega el momento en que deben de crear su propia familia. Como menciona la Biblia, Abraham buscó a una esposa para su hijo Isaac entre las muchachas de su mismo pueblo, entre la gente que creía en Dios y en su Palabra. Es por eso que esta familia les ha abierto la puerta de su casa y les ha tomado la palabra después de haber platicado con su hija y con toda su familia. Todos estamos contentos por continuar con el acto del cierre del compromiso.

El representante del novio:

La familia del novio, [menciona el nombre del muchacho], ha traídos unos presentes, que muy amablemente han preparado, y los dan de corazón a esta familia y sus invitados y así compartir este momento.

Entonces, los hombres de la comitiva del novio que han portado los dones y que aguardan en el exterior entran en la casa y entregan las canastas de pan dulce, las rejas de refresco y las canastas con los ingredientes para guisar la carne de res o de puerco. Estos dones son tomados por hombres y mujeres presentes en la vivienda, que los reciben en nombre de la familia de la novia—familiares, vecinos, amigos—. Los tercios de leña son

depositados en el patio, lugar en el que también son dejados los animales. La res ha sido previamente amarrada a un poste cercano a la entrada. Cuando se donan cerdos, éstos son también amarrados a un poste situado en el patio cuando la comitiva llega a la casa de la familia de la novia.

En las familias católicas, una de las madrinas del novio —de bautizo, comunión o confirmación— entrega a una de las madrinas de la novia los regalos que el muchacho entrega a su prometida: perfume, jabón, champú, aceite de mamey, detergente, suavizante, ropa y calzado. En las familias evangélicas es una tía del novio quien entrega los regalos a una tía de la novia o a la esposa del pastor.

Cuando todos los dones han sido entregados, generalmente, el novio procede a poner el anillo de compromiso a la novia. En los casos en que la familia tiene una buena posición socioeconómica o el muchacho ha estado trabajando como emigrante en la ciudad, el novio entrega a la novia un anillo de oro de buena calidad y, junto al anillo de compromiso, también puede regalarle una cadena, una pulsera o unos aretes, igualmente de oro⁶⁵. El representante del novio toma la palabra:

El joven, [menciona su nombre], trae algo significativo para sellar el compromiso con su novia. Por eso la invitamos a que venga y se le entregue el anillo de compromiso.

La novia, que había estado pendiente de lo que decían unos y otros desde la cocina o una habitación de la vivienda, aparece en la sala y se sienta junto a su novio. El muchacho pone el anillo de compromiso en el dedo anular de la mano izquierda de la muchacha. Los novios, sentados uno al lado del otro, quedan en el centro del espacio donde se hallan todos reunidos. En las familias católicas, el padre del novio envía dos o tres hombres a la casa de la familia de la novia a preparar el altar a una hora temprana el día del compromiso. Sobre una mesa disponen un mantel, dos veladoras, flores y una imagen enmarcada de Jesús o la Virgen María. Los novios, cuando se sientan en medio de los presentes, lo hacen mirando al altar.

Una vez que el muchacho ha puesto el anillo de compromiso a su prometida, el representante de la familia del novio dice:

Con esto se sella el compromiso de que el joven va a cumplir su palabra en primer lugar delante de Dios y delante de todos nosotros.

El representante de la novia concede entonces su aprobación anunciando al muchacho que, a partir de ahora, puede venir a visitar a la novia para platicar con ella, siempre presentándose sobrio, sin haber tomado previamente alcohol, y siempre

⁶⁵ Hoy en día siguen celebrándose cierres de compromiso en los que el novio no pone el anillo de compromiso a la novia, pues las familias quieren seguir la costumbre del pasado y no incorporar elementos externos provenientes del mundo urbano. En otros casos, cuando las familias son humildes y no tienen el dinero para comprar un anillo de compromiso de oro, prefieren no entregar ningún anillo a la novia a darle un anillo sencillo.

mostrando el debido respeto hacia la novia —en ningún momento debe buscar el contacto físico con ella— y su familia. Cuando el novio vaya a visitar a su novia, "su camino debe ser derecho", sin salir previamente con sus amigos como ha hecho hasta ahora e, igualmente, una vez que termine su visita, debe regresar derecho a su casa porque "en el camino corre peligro", puede caer en la tentación de ir a la cantina y malgastar su tiempo y su dinero.

Como hemos observado hasta ahora todo lo que se ha dicho, ustedes son los testigos del compromiso que han contraído estos jóvenes. Y lo que piden los padres es que el joven cumpla su palabra y, como es costumbre en nuestro pueblo, el joven puede venir a visitar a su novia. Las puertas de esta casa estarán abiertas para él siempre que tenga el debido respeto y no venga en estado de ebriedad. También se pide que, cuando tenga alguna duda, debe preguntar a su novia y a sus padres de lo que pueda escuchar para que no haya malos entendidos o chismes. Agradecemos todo lo que han traído, y es así que se da por concluido todo lo que hemos hablado durante estos domingos. Doy gracias a Dios por permitirnos llegar hasta este día.

El novio asiente en silencio con la cabeza lo que el representante de la novia le va diciendo o, si tiene la suficiente confianza para hablar en público, ratifica con sus palabras que vendrá a visitar a su novia en estado sobrio y se comportará respetuosamente.

El representante del novio también señala a su representado que, cuando venga a visitar a su prometida, debe comportarse siguiendo la norma expuesta por el representante de la novia: debe llegar a la casa en juicio y platicar respetuosamente con su novia. Solicita a los padres de la novia que reciban bien a su representado y que lo quieran como a su propio hijo. El novio es un hombre responsable que ama mucho a su hija y, en el futuro, va a trabajar con empeño para que todas las necesidades de su familia estén cubiertas.

El representante de la novia tranquiliza al novio y su familia asegurando que, a partir de ahora, su hijo puede venir a visitar a su novia cuando lo desee, va a ser bien recibido por la familia y lo van a tratar como a un hijo.

Los dos representantes, primero el de la novia y después el del novio, avisan a los jóvenes y a sus familiares que no deben creer en los chismes y las mentiras que buscan provocar el conflicto en la pareja, porque los chismes y las mentiras siembran la desconfianza y destruyen el compromiso. Es muy importante que los novios establezcan una buena comunicación para cultivar la confianza y solucionar los malentendidos y los problemas que puedan surgir. Y ambos hacen hincapié en que, a partir de ahora, el compromiso de los novios lleva a guardarse una mutua fidelidad. El hombre ya no puede coquetear ni mirar a otras mujeres, esto es, no sólo no puede flirtear con otras mujeres, sino tampoco desear a otras mujeres con la mirada. Esta norma moral debe también ser seguida por la mujer, quien igualmente no podrá coquetear ni mirar a otros hombres⁶⁶.

⁶⁶ La infidelidad del novio o la novia supone la ruptura del compromiso. Quien haya padecido la infidelidad envía a su representante a anunciar a la familia del novio o la novia que el compromiso ha terminado.

En las casas de las familias católicas, el representante de la familia de la novia enciende una veladora, que coloca en el centro del altar que hay en la sala, como símbolo del mensaje de Jesús recogido en el evangelio de San Juan y que enuncia en voz alta:

Yo soy la luz del mundo. El que me sigue, no caminará en tinieblas, sino que tendrá luz y vida. (Juan 8,12, BL)

El representante expresa simbólicamente que el cierre de compromiso y el casamiento se celebran delante de Dios, y la fe debe estar siempre presente en sus vidas para que Dios guíe a los futuros esposos en su relación matrimonial y los ayude a superar los problemas que vayan surgiendo.

En los cierres de compromiso de las familias evangélicas, el representante de la familia de la novia, o el pastor de su iglesia, pronuncia una oración agradeciendo y pidiendo a Dios que el compromiso que acaban de adquirir los novios se cumpla, los ayude a salir adelante ante cualquier problema que sobrevenga y que las familias del novio y la novia se unan fortaleciendo sus lazos familiares.

Tras el encendido de la veladora en las familias católicas o la oración en las familias evangélicas, el representante del novio dice: "ahora ya no son gente desconocida sino gente de familia". Esta frase es pronunciada varias veces tanto por el representante del novio como, seguidamente, por el representante de la novia en sus respectivas intervenciones. Ambos representantes recalcan que tanto los novios como las familias ya no son dos sino uno, ahora son parientes cercanos: los padres de la novia deben abrirse y aceptar al muchacho como un miembro de su familia, verlo como su hijo, al igual que los padres del novio deben aceptar a la novia como miembro de su familia y verla como su hija. Y, a partir de ese momento, las puertas de las casas de ambas familias están abiertas para cuando el novio o la novia gusten hacer visitas.

La familia del novio y la familia de la novia, entonces, quedan socialmente ligadas a través de la futura unión matrimonial de sus hijos, estableciéndose un vínculo paternofamiliar entre los padres y los hijos afines. Los esposos tratarán a sus respectivos suegro y suegra como si fueran su padre y su madre, y los padres y las madres tratarán a sus yernos y nueras como sus hijos e hijas. El hombre y la mujer se referirán a su suegro y su suegra empleando los mismos términos de parentesco usados para referirse al padre y la madre añadiendo previamente el término de respeto *a³don⁵*:

A³don⁵ a⁵neih³⁻⁴ // a³don⁵ a⁵jmai^{3j3}: suegro en primera y tercera persona.

A³don⁵ a¹sia³⁴⁻⁴ // a³don⁵ a¹sie^{23j3}: suegra en primera y tercera persona.

Algunos padres del novio toman la palabra y reafirman lo que han expresado sus representantes anteriormente. Generalmente, son hombres de buena posición económica, políticos u hombres con seguridad para hablar en público y dotados de una

buena oratoria, pues, si se equivocan, serán objeto de burla generalizada. El padre del novio habla en favor de su hijo, señalando que se trata de un muchacho responsable, respetuoso, honesto y trabajador que ama a su prometida y que, en el futuro, la cuidará bien y trabajará mucho para cubrir todas las necesidades de su familia. Y esperan que, a partir de ahora, el novio sea bien recibido y amado como un hijo por los familiares de la novia. Este discurso muestra un firme compromiso de los padres del novio de apoyar y hacer cumplir la promesa de su hijo de contraer matrimonio con la novia.

A veces, el padre de la novia también toma la palabra y señala que todos los presentes han escuchado y son testigos de lo que han dicho los representantes y el padre del novio y del compromiso que adquieren estos jóvenes a partir de ese momento. Agradece a Dios y a todos los presentes por haber asistido a la ceremonia. Seguidamente, el representante de la muchacha pide a los invitados de la familia de la novia que permanezcan para tomar el pan y el refresco que van a repartir.

El representante del novio anuncia que los novios acaban de formalizar su cierre de compromiso y anuncia la fecha de la boda. Si las familias no han concretado el día del casamiento, anuncia que las familias van a platicar para fijar la fecha y avisarán a las familias invitadas.

El padre del novio agradece su amabilidad. Ellos me han dicho que se les va a avisar a todos cuando se tengan los preparativos para la boda, y yo mismo vendré para avisar la fecha en que estos jóvenes cumplan con todo el compromiso y llegue a su término con la boda civil y religiosa. Las canastas y las demás cosas [cajas de refresco y cerveza] se quedan hasta que se vacíen y se pueda venir a recogerlas. Ya nos vamos, porque también nuestros invitados van a tener una comida en la casa del novio.

En ese momento finaliza el acto y los asistentes rompen en aplausos, aplausos sonoros que avisan a los que aguardan en el exterior de la casa que el cierre de compromiso ha terminado exitosamente.

El novio, sus padres, su representante, sus padrinos y sus familiares cercanos se despiden de la novia, sus padres, su representante, sus padrinos y sus parientes, se retiran y, junto a los demás miembros de la comitiva que aguardan en el exterior, regresan a su casa para celebrar el convivio que la familia del novio ofrece a sus invitados.

La familia de la novia enseguida reparte los panes y los refrescos que han recibido entre sus invitados, tanto los que se hallan en el interior de la casa como los que se encuentran en el patio y la calle. Mujeres y hombres van acercándose a los invitados ofreciendo los panes dulces en una bandeja para que tomen uno con la mano y las botellas de refresco —refresco de sabor envasadas en botellas de plástico cuando las familias son de bajos recursos y botellas de vidrio de Coca-Cola cuando tienen una buena posición económica—. Unas horas más tarde, cuando el carnicero y sus ayudantes hayan aliñado la

res o los cerdos, harán llegar a su domicilio una cantidad de carne, en torno a un kilo, a cada una de las familias invitadas.

Cuando los miembros de la comitiva llegan a la casa de la familia del novio, se van sentando en las hileras de mesas⁶⁷ dispuestas bajo una o varias lonas⁶⁸ situadas en el patio o en la calle, enfrente de la casa. Las mujeres sirven a los comensales el mole rojo de pollo con arroz en platos hondos de plástico o unicel o en cuencos de barro, así como las tortillas recién calentadas en los comales que son traídas envueltas en una servilleta para conservar el calor, mientras los hombres reparten las botellas de refresco de diversos sabores a cada invitado⁶⁹: manzana, mandarina, piña, tamarindo, Coca-Cola. Los invitados que no han encontrado sitio aguardan en los alrededores, de pie o sentados, a que las personas que están comiendo terminen. Cuando las personas han acabado de comer, se levantan para desocupar las mesas y ceder su lugar a quienes están esperando. Unos, la mayoría, se despiden nada más terminar de comer, otros, los más allegados a la familia, se sientan en las sillas dispuestas cerca de las mesas para hacer acto de presencia y aprovechan para conversar con los familiares y los conocidos.

El día anterior al cierre de compromiso, el viernes, la familia del novio también ofrece una comida a sus invitados, quienes van llegando poco a poco a la casa a lo largo de la tarde. La comida que se ofrece es la "asadura", un guiso caldoso de los huesitos del huacal, las patas y las vísceras de los pollos empleados para preparar el mole rojo que se ofrecerá al día siguiente. Los hombres invitados, a medida que van llegando, felicitan al padre del novio a la vez que le entregan un dinero⁷⁰ con el fin de colaborar en los gastos que la familia va a afrontar.

La celebración de estos banquetes supone que la familia anfitriona movilice una gran cantidad de personas, sobre todo mujeres, familiares y comadres, que ayudarán a preparar la comida y a servirla a los invitados. Se configura así un espacio femenino que abarca la cocina y el patio trasero de la casa de la familia y en el que las mujeres trabajan, comen y platican durante dos días. Diversas son las tareas que han de acometerse en estos días: hay que matar y desplumar los pollos, aliñarlos, encender las hogueras y mantener el fuego,

⁶⁷ Las mesas suelen ser de plástico, cuadrangulares para cuatro personas o rectangulares para seis personas, que la familia anfitriona renta por uno o dos días junto a las sillas también de plástico, pero también puede haber mesas de madera o plástico pertenecientes a la familia.

⁶⁸ Las lonas de plástico, azules o negras, protegen a los comensales de la lluvia en los días pluviosos o del rigor del sol en los días soleados gracias a la sombra que generan. Estas lonas de grandes dimensiones son amarradas con reatas en sus cuatro vértices a los árboles, a las ramas de los árboles o a los postes de las "bardas" de la casa familiar y las casas vecinas, y su parte central es elevada usando varios palos largos de madera que igualmente son amarrados con reatas a las ramas de los árboles de los patios y a los postes de las verjas de la casa familiar y las casas vecinas.

⁶⁹ Las botellas de refresco servidas tienen una capacidad de 600 ml.

⁷⁰ El dinero, siempre un billete, se entrega doblado en la mano del padre del novio al mismo tiempo que se le tiende la mano para saludar. El padre del novio no mira el billete en ese momento, sino que lo introduce en un bolsillo de su pantalón o su camisa. Cuando varios hombres entregan seguidamente su dinero, "la maña" es poner los billetes en lugares diferentes para posteriormente saber cuánto ha dado cada quien. La cantidad que se entrega depende del estatus socioeconómico del donador y de la relación de mayor o menor cercanía existente entre ambos hombres, generalmente entre 50 y 200 pesos, a veces llegando a los 500 pesos o más.

preparar el guiso de asadura, cocer las pechugas, los muslos y los contramuslos que se servirán con el mole, preparar la salsa de mole⁷¹, cocer el arroz, preparar el nixtamal, llevarlo al molino, aplanar las bolas de masa en las prensas manuales y “echar tortillas” en los comales. También hay que servir la comida y llevarla a los comensales, calentar las tortillas y llevarlas a las mesas, recoger los platos en los que se ha servido la comida, lavar los trastes utilizados en el cocinado de los alimentos y en los que se sirve la comida — cuencos, diferentes ollas, cubetas de aluminio, grandes escurridores de plástico—.

A partir del cierre de compromiso, el novio va a visitar a su novia a la casa de sus padres en las tardes, dos o tres veces a la semana. Platican a solas, siempre guardando la distancia, o salen para asistir a la misa católica, al culto evangélico o a un evento religioso, para cenar tacos o pizza o para acudir a una fiesta de cumpleaños a la que hayan sido invitados, siempre acompañados por una familiar de la novia —una hermana, una sobrina o la madre de la novia— con el fin de evitar que tengan relaciones sexuales o que el muchacho lleve a la novia a su casa.

El novio tiene la obligación de ir todos los domingos a la casa de los padres de su novia a pasar el día, desde la mañana hasta la tarde. Lleva carne o pescado —carne de res, pollo asado, mojarras—, panes dulces y refresco para la comida dominical. En la mañana, los novios van a la iglesia y, en función de su religión, asisten a la misa católica o al culto evangélico.

La convivencia con los parientes de su novia facilita la integración del novio en la familia. En un principio, hay timidez en la plática, pero con el paso del tiempo las conversaciones se tornan más espontáneas y cercanas. Los suegros van conociendo al novio, le dan alguno que otro consejo sobre la vida matrimonial, y se aprovecha para hablar sobre la organización de la boda. El novio también ayuda a su suegro en ciertas tareas, como rajar leña, cargar cosas, sembrar la milpa o cosechar las mazorcas de maíz.

Algunos domingos en la tarde, los novios salen a comer tacos al pastor en una de las taquerías del pueblo, igualmente acompañados por una familiar de la novia. En ciertos días especiales —el día de los enamorados, el día de su cumpleaños, el día de navidad—, el novio lleva regalos a su novia: ropa, zapatos, crema, perfume y otros productos de belleza y, en el día de su cumpleaños, un pastel. Cuando sus suegros cumplen años, el novio lleva tacos de carne y refresco a la casa para festejar su aniversario.

Siempre que la familia de la novia tenga plena confianza en la rectitud del novio, en ciertas ocasiones, con motivo de un cumpleaños o cuando la madre del novio requiere ayuda, la novia va a la casa de la familia del novio a comer o a colaborar en tareas domésticas como echar tortilla, lavar la ropa, limpiar la casa o barrer el patio.

⁷¹ El mole rojo es una salsa espesa de color marrón rojizo hecha a base de chile ancho, plátano macho, cebolla, ajo, ajonjolí, almendra, canela, chocolate, galleta, aceite, uvas pasas, pimienta surtida y sal. Unos ingredientes se tuestan y otros se fríen.

2.4 Variantes y problemáticas

Los rituales del pedido de la novia y el cierre de compromiso descritos en los apartados anteriores constituyen un modelo mayoritariamente seguido por las familias usileñas, pero dicho modelo experimenta modificaciones dependiendo de factores como el estatus social de la mujer pretendida, la profesión de diferentes religiones, el desafío a la autoridad de los padres de la muchacha ante su negativa de consentir la proposición de matrimonio del pretendiente, el nivel socioeconómico de las familias o la ausencia de la figura del padre en la familia de la novia.

a) Variantes en los arreglos matrimoniales entre las familias

Cuando los representantes van a pedir a las "señoras", es decir, a las mujeres que han enviudado o convivieron con otro hombre en el pasado, no lo hacen un domingo sino un día entre semana. El representante del hombre acude a la casa de la familia de la señora y comunica la proposición de matrimonio de su representado a su padre y, en caso de que ya no viva, a un hermano o directamente a la mujer. Una vez que se da una respuesta positiva y acuerdan la celebración del casamiento, la familia de la mujer busca a su representante. Durante las negociaciones, que duran entre una y dos visitas, el representante y los familiares de la mujer solicitan al hombre y su familia que le dispensen un buen trato, se habla sobre sus hijos para decidir si van a vivir con su madre o van a quedarse con sus abuelos maternos, y se fija la fecha de la boda civil y religiosa, normalmente en el plazo de un mes. En estos casos no se celebra el cierre de compromiso, y el banquete nupcial es una comida sencilla a la que asisten familiares cercanos.

Las negociaciones entre familias católicas y evangélicas son generalmente problemáticas, pues los padres de la muchacha, al profesar una religión diferente a la de la familia del pretendiente de su hija, se muestran reticentes. La mujer, al casarse con un hombre con diferentes creencias religiosas y, sobre todo, cuando va a vivir a la casa de la familia de su esposo, irá alejándose de su iglesia y su religión y, por ende, será difícil que pueda inculcar a sus hijos la religión de su familia paterna y llevarlos a los cultos de su iglesia⁷². El casamiento casi siempre es acordado sobre la condición de que los novios contraigan matrimonio por la vía civil, no por la vía religiosa, pues celebrar la boda por un determinado ritual religioso supondría una ofensa para la familia que no profesa esa religión. Cuando los padres dan su consentimiento, pero hay familiares cercanos — abuelos, hermanos, tíos— que no están de acuerdo que la muchacha se case con un pretendiente de otra religión, no se celebra el cierre de compromiso o se celebra un cierre

⁷² Cuando la mujer va a vivir a la casa de los padres del esposo, normalmente los hijos acaban profesando la religión de la familia del padre y asistiendo a su iglesia. Cuando los esposos viven en su propia casa, es frecuente que, para evitar conflictos, lleguen al acuerdo de no orientar a sus hijos hacia ninguna religión y que sean ellos quienes decidan en un futuro cuál va a ser su credo religioso.

de compromiso sencillo al que asisten los padres y el representante de la novia y los padres, los familiares cercanos y el representante del novio.

Algunas veces, cuando las familias son de bajos recursos económicos o cuando los novios prefieren invertir ese dinero en comprar un terreno o construir su casa, las familias acuerdan no celebrar el cierre de compromiso con el fin de reducir los gastos y centrarse en los gastos de la celebración de la boda. En estos casos, los padres del novio y algún padrino llevan a la familia de la novia una cierta cantidad de carne, en torno a los 5 kilos — barbacoa de res, pollos—, pasta de mole, refrescos y panes dulces.

Cuando la mujer usileña ha emigrado y se empareja con un hombre no usileño acordando comprometerse y casarse en Usila, no se realiza el pedido de la novia, pues el novio es foráneo y no cuenta con familiares en la comunidad, sino que los ritos que se celebran son el cierre de compromiso y la boda. Cuando los novios viven en una ciudad muy alejada que supone un largo desplazamiento para el novio y sus familiares, solamente se celebra la boda. Tampoco se celebra el pedido de la novia ni el cierre de compromiso cuando el muchacho está trabajando en la ciudad y no le otorgan permiso en su lugar de trabajo para venir a la comunidad.

Cuando en la familia de la novia no existe la figura del esposo y padre, factor que suele ir aunado a un bajo nivel socioeconómico, el pedido de la novia, el cierre de compromiso y la boda sufren sensibles modificaciones, llegando, incluso, a no celebrarse el pedido de la novia o el cierre de compromiso. Cuando la familia de la novia está formada por una madre soltera y sus hijos, las familias no buscan representantes, sino que el padre del novio va a visitar a la madre de la muchacha para comunicarle que su hijo pretende contraer matrimonio con su hija. En unos casos la madre accederá a la petición, concedora de la relación sentimental de su hija y de su voluntad de casarse, y ambos acordarán la fecha de la boda y si el casamiento va a celebrarse por la vía civil y la religiosa o sólo por la vía civil. No se celebran, por tanto, los ritos del pedido de la novia ni del cierre de compromiso y, por ende, las invitaciones al convivio de la boda se reducen a los familiares cercanos. Sin embargo, en otros casos, la madre, además de la celebración de la boda, exige que se celebre el cierre de compromiso, aunque sea de manera sencilla, recibiendo una pequeña cantidad de dones o dinero, y limitado a familiares cercanos.

Un caso similar al anterior es la familia formada por la abuela y su nieta, esto es, cuando la hija no ha sido criada por su madre dado que se juntó con otro hombre y dejó a su hija al cuidado de la abuela materna, o cuando la madre se murió y el padre no se hizo responsable, dejando a su hija al cuidado de la abuela paterna o materna. En estos casos, la abuela es quien recibirá al padre del pretendiente de su nieta y negociará los términos del arreglo matrimonial. No obstante, tanto en este caso como en el anterior, si el novio y su familia así lo quieren, se celebran los rituales completos del pedido de la novia y el cierre de compromiso con una gran cantidad de invitados.

El padre del novio no interviene, es decir, el padre del novio no va a pedir a la novia cuando el muchacho es huérfano de padre. En este caso, el joven va a pedir la mano de la

pretendida acompañado por un familiar cercano —su madre o, si es huérfano de padre y madre, su abuelo paterno o materno, dependiendo de quien lo haya criado—. Una vez que el joven habla con los padres de la muchacha, éstos le recomiendan que busque a su representante. Si el muchacho y sus familiares cuentan con los recursos económicos, se realizará el pedido de la novia y el cierre de compromiso. En caso contrario, las partes acuerdan celebrar solamente la boda y el convivio nupcial.

En algunos casos, cuando los novios tienen una cierta edad, a partir de los 24 años, y un buen estatus socioeconómico —profesionistas, dueños de negocios prósperos, emigrantes a Estados Unidos—, deciden ir personalmente a visitar a los padres de la muchacha para comunicarles su intención de casarse con su hija y acordar con ellos los términos de la boda sin la mediación de representantes. Los padres de la novia reciben al joven, lo escuchan y le piden que venga su padre y su madre a visitarlos para confirmar que su intención de casarse es sincera y firme. Unas veces pueden acordar celebrar solamente la boda y el convivio nupcial, otras veces, cuando tiene una buena posición socioeconómica, el padre de la novia suele exigir que se cumpla con el pedido de la novia y el cierre de compromiso, de modo que el novio tiene que buscar a su representante.

En algunas comunidades del municipio puede darse que las familias acuerdan no celebrar el cierre de compromiso a cambio de que la familia del novio entregue una cierta cantidad de dinero a la familia de la novia, siempre a iniciativa de la familia del muchacho, aunque esto sucede raras veces. La solicitud de dinero es más común cuando la novia es una hijastra, una huérfana o una familiar criada por la familia. Es una forma de recuperar parte de la inversión económica que ha supuesto su crianza: la cantidad puede oscilar entre 5.000 y 20.000 pesos, dependiendo del estatus socioeconómico de la familia del novio. En cualquier caso, el acuerdo monetario es negociado en secreto por los padres y los representantes, e igualmente el representante y el padre del novio entregan secretamente el dinero a los padres de la novia. En caso de que no haya representantes, la entrega del dinero la realiza el padre del novio acompañado por un familiar cercano que funge como testigo.

Aunque es muy poco frecuente, hay casos en los que los padres rechazan la petición de mano de su hija y que contraiga matrimonio con el pretendiente debido a que el muchacho es de un estatus social más bajo, la muchacha tiene estudios universitarios y el muchacho, no, tienen un grado de consanguinidad prohibido para contraer matrimonio, el muchacho es huérfano o es hijo de madre soltera, o la familia del muchacho es problemática —adicciones al alcohol o las drogas, tendencia a la violencia física y las peleas—. Entonces, la muchacha no se compromete o, si mantienen una relación de noviazgo, pueden acordar huir juntos, produciéndose el robo de la novia.

b) El robo de la novia o la fuga concertada

A diferencia de otros contextos indígenas y postindígenas mesoamericanos⁷³, el robo de la novia es una pauta muy poco frecuente en Usila. En algunas ocasiones, cuando los padres de la novia se oponen a que su hija se comprometa con el joven pretendiente y el representante de la familia del novio no logra convencerlos para que acepten la petición del muchacho, puede suceder que la muchacha desobedezca la decisión de sus padres y, previo acuerdo con su novio, salga del hogar paterno y se vaya a vivir a la casa de los padres del muchacho. Se ha producido, entonces, el robo de la novia. Como puede observarse, en realidad, se trata de una fuga que el novio y la novia conciertan con el fin de imponer, a través de una cohabitación consumada, su deseo de unirse y vivir juntos ante la oposición de los familiares de la muchacha.

Normalmente, el novio cuenta con el apoyo de sus padres. El muchacho comenta a sus padres su intención de robarse a su novia y traerla a vivir a la casa paterna. Los padres muestran su conformidad y su apoyo siempre que su decisión de contraer matrimonio con la muchacha y vivir con ella toda la vida sea firme. Al mismo tiempo, los padres explican a su hijo las consecuencias de su decisión y le piden que las asuma. Los padres de la muchacha y sus familiares van a sentirse ofendidos al considerarlo una grave falta de respeto; su enojo puede durar hasta el nacimiento de su primer hijo, incluso más tiempo, y durante todo ese tiempo se negarán a recibir a la pareja en su casa ni tampoco irán a visitarlos.

Es por ello que las madres explican a sus hijas que no deben huir de la casa paterna para ir a vivir con su novio, pues es una falta de respeto hacia los padres, socialmente está muy mal visto y es una conducta reprobada. No gozará del mismo respeto y la misma valoración que sus suegros brindan a las nueras que “salieron bien de sus casas”, siguiendo la tradición del pedido y el cierre de compromiso, así como también sentirá la reprobación de sus propios familiares paternos y maternos. La muchacha, además, no va a poder incumplir las normas de la familia o expresar sus quejas ante las actitudes de su suegra, cuñadas o concuñadas, incluso de su marido —incumplimiento de su rol de proveedor económico, alcoholismo—, ni tampoco con sus padres, pues le recriminarán que ella se fugó de la casa de sus padres —su red de apoyo se reduce al no contar plenamente con sus padres y sus familiares—.

⁷³ Diversos autores mencionan la frecuencia de esta pauta sociocultural en grupos indígenas y postindígenas de Mesoamérica, que, si bien existía en el pasado, aumentó notablemente a partir del último tercio del siglo XX debido, por una parte, a la emigración y la independencia económica de los hijos respecto a los padres y, por otra, a los elevados gastos de las fiestas de casamiento: D'Aubeterre Buznego (2003), de León Pasquel (2017b, 2020: 46 y 52), Franco Pelletier (1992: 180-183), González Montes (1996: 32, 1999: 103-104), Good Eshelman (2003: 161), Mindek, (2003b: 350-351), Mulhare de la Torre (2005: 339-341), Oehmichen (2002: 66), Robichaux (2003: 211-213, 221-225). Una excepción son los nahuas del centro norte del estado de Guerrero, para quienes, desde la época colonial, la fuga concertada entre los novios es el patrón sociocultural predominante a la hora de establecer un arreglo matrimonial entre las familias (Goloubinoff, 2003). Por contra, en la década de 1970, Dehouve señaló que, entre los nahuas de Xalpatlahuac, Guerrero, el robo de la novia era muy poco común (1978: 186, 196-197).

Al desafiar la autoridad de los padres de la muchacha y transgredir la norma social que regula el arreglo matrimonial de los novios, el novio y la novia hacen saber a la comunidad su voluntad de casarse a pesar de la oposición de la familia de ella, obligando así a los padres a aceptar que su hija contraiga matrimonio con su pretendiente. En este caso ya no se celebrarán los rituales del pedido de la novia y el cierre de compromiso, pero sí el ritual del casamiento.

Los padres, familiares cercanos o algún mediador irán a ver a los padres de la muchacha para pedirles perdón por el robo de la novia. Cuando los padres son muy religiosos, inmediatamente van a disculparse o hacen llegar sus disculpas a través de un intermediario a los padres de la joven. En cambio, los padres que apenas se involucran en la vida de sus hijos o no cuentan con recursos económicos, dejan que el tiempo cure el enojo de los padres de la muchacha y, a veces, incluso, pueden justificarse esgrimiendo que la muchacha tomó la decisión por su cuenta y “ella sola vino a la casa”. En estos casos, los novios contraerán matrimonio cuando se vean obligados a asentar a su primer hijo o hija en el registro civil aprovechando las “bodas colectivas” o casamientos civiles gratuitos que la autoridad municipal celebra los 14 de febrero de cada año.

Cuando los padres del muchacho quieren pedir perdón a la familia de la muchacha, envían a un mediador, un hombre respetable y conocido por la familia de la joven. Unas veces son bien recibidos, pero otras veces “no les abren la puerta”. Cuando las disculpas son aceptadas, al día siguiente, los padres del muchacho, junto con el mediador, irán a visitar a los padres de la muchacha, llevándoles refrescos, panes dulces, pollo o carne de cerdo o res, despensa —arroz, azúcar, aceite, café, cebolla, tomate, chile ancho, chile guajillo— y, si tienen solvencia económica, una cantidad de dinero, de 5.000 a 10.000 pesos —siempre que la familia de la muchacha sea de estatus social bajo, pues, de lo contrario, se sentirán muy ofendidos—. En este diálogo para llegar a una conciliación, los padres de la novia piden que su hija se case por lo civil y por la iglesia, aunque no haya fiesta. Aun cuando los padres hayan aceptado el diálogo o solicitado que se casen, solamente asisten ellos a la boda acompañados por uno o dos familiares cercanos y, a veces, por los padrinos de bautizo de su hija.

En la ciudad es frecuente que las muchachas se junten con sus novios y sus padres se enteren tiempo después. La consecuencia es que se tienen que casar obligatoriamente, aunque, cuando la novia o el novio son menores de edad, se espera hasta que cumplan los 18 años. Se celebra una boda sencilla, por la vía civil y religiosa, con un convivio al que asisten los padres, los familiares de los novios y, en caso de sean católicos, los padrinos de los jóvenes, aunque, a veces, los padres y ciertos familiares de la muchacha pueden decidir no asistir a la boda.

Cuando los novios son mayores de edad e independientes económicamente, al tener el control de la relación, deciden casarse por su cuenta con o sin el consentimiento de los padres de la novia, si bien los padres y los familiares de la muchacha serán invitados a la boda civil y religiosa. En estos casos, al tener solvencia económica, los novios pueden decidir realizar un convivio nupcial ostentoso, aunque también pueden decidir hacer una

celebración sencilla. Otras parejas se casan varios años después, tras haber tenido uno o más hijos, pudiendo igualmente celebrar una boda sencilla o un casamiento con una gran parafernalia.

Cuando los padres de la novia gozan de una buena posición socioeconómica, los padres del novio envían un representante para hablar con los padres de la muchacha. Ciertos padres no reciben a los representantes o les expresan su enojo, mientras otros padres se abren a hablar y piden la seguridad de que su hija se case por la vía civil y religiosa. El enojo de los padres de la muchacha puede durar años por la falta de respeto sufrida, negándose a recibirlos, incluso aun teniendo nietos, incluso, pudiendo también desheredar a su hija.

3. El curso prematrimonial

3.1 El curso prematrimonial católico

En las familias católicas, el padre del novio es quien se encarga de hablar con el sacerdote para comunicarle la intención de los novios de casarse y concretar la fecha de la boda. El sacerdote cita a los novios el domingo siguiente para cerciorarse de que realmente van a contraer matrimonio por voluntad propia y no engañados o forzados por sus familiares. Tras expresar que se aman y desean casarse por su propia voluntad, el sacerdote solicita a los novios que firmen un acta prematrimonial en el que se comprometen a contraer matrimonio y asistir al curso prematrimonial. En el tablón de anuncios que hay a la entrada de la iglesia se coloca un anuncio de casamiento para que la intención de los novios de contraer matrimonio sea de dominio público.

Si el novio y la novia no han cumplido con los sacramentos de la comunión o la confirmación, tendrán que asistir previamente a unos cursos preparatorios para recibir dichos sacramentos. Los cursos son impartidos los domingos en la mañana por los catequistas de la iglesia; el curso de cada sacramento dura cuatro domingos.

En el curso prematrimonial, que se imparte también durante cuatro domingos consecutivos, pueden coincidir varias parejas debido a su intención de casarse en fechas próximas. Los catequistas imparten enseñanzas sobre la concepción sagrada del matrimonio y la necesidad de buscar a Dios en la vida conyugal haciendo referencia a diversos pasajes de la Biblia. Siguiendo el libro del Génesis, se explica cómo Dios, después de haber creado la Tierra y todos los seres vivos que habitan en ella, creó al hombre y a la mujer a su imagen y semejanza para que se acompañaran en la vida y procrearan hijos, y así extender la raza humana por el mundo.

Se hace hincapié en que los esposos deben buscar a Dios y seguir sus mandamientos para ser bendecidos en la vida matrimonial y familiar y lograr la salvación. Aquéllos que no siguen los mandamientos divinos y caen en el pecado son castigados por Dios, y ello se ilustra con varios pasajes del Génesis: la expulsión del Paraíso de Adán y Eva, el Diluvio Universal, la destrucción de Sodoma. El pecado original cometido por Adán y Eva, al comer el fruto prohibido del Árbol de la Vida, supuso que Dios los expulsara del Paraíso y los condenara a tener que experimentar la fatiga del trabajo para poder alimentarse y el dolor en el alumbramiento de los hijos. El Diluvio Universal fue un castigo divino a una humanidad que carecía de fe, salvándose solamente aquéllos que creían en Dios. Noé y su familia, fieles a Dios, construyeron un arca en el que subieron parejas de animales, machos y hembras, que logran sobrevivir a los 40 días que duró el diluvio y repoblar nuevamente la Tierra. También se explica la destrucción de Sodoma como castigo a sus habitantes por desviarse del camino de Dios, una destrucción de la que solamente se salvó la familia de Lot gracias a la intervención de dos ángeles que les avisaron y ayudaron a escapar a tiempo.

Mencionando igualmente diversos versículos bíblicos, los catequistas orientan a los novios sobre la vida matrimonial, explicándoles cuáles son los deberes que deben cumplir el hombre y la mujer, qué valores deben guiar su relación matrimonial, cómo deben educar a sus hijos en la fe religiosa. Los esposos deben amarse, respetarse, guardarse fidelidad el uno al otro, mantener una buena comunicación a la hora de afrontar las situaciones y resolver los problemas, y trabajar unidos buscando siempre el bienestar de la familia. La mujer debe encargarse de realizar las labores domésticas, atender a su esposo y cuidar de los niños, mientras el hombre debe trabajar para garantizar el sustento económico de su esposa y sus hijos. El hombre debe comportarse con responsabilidad, mirar siempre por el bien de su familia y no caer en la borrachera, pues el alcoholismo es dañino para su organismo y un foco constante de problemas en las relaciones familiares. Los esposos, al igual que deben buscar a Dios en su vida matrimonial, deben educar a sus hijos en la misma fe para encauzar sus vidas hacia la búsqueda de Dios y el cumplimiento de sus mandamientos.

3.2 El curso prematrimonial evangélico

Cuando los novios son evangélicos, sus respectivos padres son quienes hablan con el pastor de la iglesia, normalmente con el pastor de la iglesia a la que asiste el hombre, para anunciarle que los novios van a casarse y acordar la fecha de la boda. La estructura del curso prematrimonial varía en función de las iglesias, aunque suele constar de entre cinco y ocho lecciones de una hora de duración. Varias semanas antes de la boda, el pastor de la iglesia imparte las diferentes lecciones a los novios ajustándose a su disponibilidad. Además de realizar el curso prematrimonial, para poder casarse por el ritual evangélico, los novios deben cumplir con los requisitos de estar bautizados y presentar previamente el

acta de matrimonio civil. Cuando alguno de los novios no está bautizado, debe bautizarse antes de comenzar el curso prematrimonial.

A lo largo de los días que dura el curso, el pastor explica a los novios qué es el matrimonio, las responsabilidades que el hombre y la mujer deben asumir, cómo deben cuidar la relación matrimonial, cómo deben resolver los problemas conyugales, cómo deben comportarse dentro y fuera del hogar, haciendo referencia a diversos versículos bíblicos que varían de un pastor a otro. Y, al igual que en el curso católico, el pastor también explica los significados de los objetos simbólicos que los padrinos entregan a los novios durante la ceremonia de casamiento⁷⁴.

El matrimonio es una institución creada por Dios para que el hombre y la mujer se acompañen en la vida y formen una familia, tal y como dice la Biblia en el Libro del Génesis. Ello supone que los esposos asuman y cumplan con sus responsabilidades. La mujer tiene la responsabilidad de atender y cuidar a su esposo y a sus hijos, mientras que el hombre asume la responsabilidad de mantener económicamente a su familia, así como de su cuidado espiritual. Al ser el hombre quien se encarga de que su esposa y sus hijos busquen a Dios, debe dar ejemplo a su familia cumpliendo regularmente con los requisitos rituales y sociales de su iglesia. El cumplimiento de las responsabilidades no debe suponer que los esposos descuiden su familia, sino que todo tiene su tiempo: hay un tiempo para trabajar, un tiempo para la familia, un tiempo para Dios.

El matrimonio es un vínculo sagrado que dura toda la vida y que los esposos deben cuidar. El hombre y la mujer deben guardarse fidelidad para crear así una relación basada en la confianza y no caer en el pecado del adulterio y ofender a Dios. Asimismo, deben cultivar la comunicación para conocer las necesidades de la familia, tomar decisiones y solucionar los problemas que puedan surgir en su relación conyugal. Aunque el hombre es la cabeza de la familia y la mujer debe someterse a su autoridad, el marido debe consultar siempre a su esposa las decisiones que deben tomarse.

El hombre y la mujer deben ganarse el respeto de las familias, especialmente el respeto de los suegros, para favorecer la armonía en las relaciones familiares y en su relación matrimonial. El comportamiento de los esposos debe seguir los valores morales cristianos tanto en el seno familiar como en la sociedad. Deben ser buenos esposos, buenos padres, buenos hijos, mostrando sensibilidad y comprensión hacia sus familiares, sabiendo cómo ayudarlos en determinadas circunstancias —orientación, apoyo económico— y cuidándolos cuando su estado de salud lo requiere. Los esposos deben mostrar amor y armonía ante la comunidad yendo juntos a los mandados, a la iglesia o a los diversos eventos sociales.

⁷⁴ El significado de los objetos simbólicos es expuesto más adelante en los apartados correspondiente a las ceremonias de casamiento católico y evangélico.

4. Los preparativos de la boda

Los usileños utilizan dos palabras en chinanteco para referirse a la boda: *sanh⁴i³* —casamiento— o *jm² i⁴sanh⁴i³* —fiesta de casamiento—. En Usila, las bodas se celebran a lo largo de todo el año, pero la época en que hay un mayor de número de casamientos es la segunda mitad del mes de diciembre, cuando muchos usileños emigrantes regresan a visitar a sus familias aprovechando las vacaciones de navidad.

La celebración de una boda, al igual que el cierre de compromiso, supone que la familia del novio deba afrontar grandes gastos y movilizar una red de hombres y mujeres que ayudarán a preparar y servir la comida durante esos días⁷⁵. El grupo de personas que colaboran en los preparativos y la celebración del banquete nupcial está integrado por familiares masculinos y femeninos, compadres y comadres, amigos y amigas, vecinos y vecinas, y su número varía en función del estatus socioeconómico de las familias y el número de invitaciones realizadas por ambas partes, pudiendo oscilar desde unas decenas hasta más de un centenar de personas. Los preparativos comienzan unas cuatro semanas antes de la celebración del casamiento.

Una de las primeras tareas de los preparativos de la boda es conseguir y rajar la leña que se empleará en la elaboración de la comida que será servida durante el convivio nupcial. Un mes y medio antes el padre del novio manda llamar a los leñadores que contratará para que corten los árboles en el cerro y los acarreen en camionetas o a través del río hasta la casa familiar. Otros hombres, familiares, amigos y vecinos que se dedican a trabajar en el campo, les ayudan a cortar los árboles y acarrear los troncos. Estos últimos son quienes se encargan de rajar la leña y entibarla formando torres circulares o cuadradas para que se oree y se seque al sol en el patio de la casa familiar. En ese día, la madre del novio llama a algunas mujeres —familiares, vecinas— para que le ayuden a preparar la comida que se ofrecerá a los hombres que rajan la leña: caldo de pollo, pollo asado, refresco, cerveza.

El padre y la madre del novio se encargan de contratar al hombre o la mujer que va a dirigir la preparación de la comida que se va a servir en el convivio nupcial: el mole para acompañar el pollo o, en el caso de las familias con mayor estatus socioeconómico, la barbacoa de res, la pasta de frijol refrito y la salsa verde. Este hombre o esta mujer llevan a sus propios ayudantes, entre 5 y 8 personas, generalmente familiares y personas de confianza. Esta persona les entrega una lista donde vienen indicadas las cantidades de carne de res o los pollos⁷⁶ que deben ser sacrificados y aliñados, así como los ingredientes

⁷⁵ El aumento de los ingresos monetarios de las familias y la adopción de muchos elementos provenientes de las fiestas de casamiento urbanas han complicado la parafernalia y elevado considerablemente los gastos vinculados a los rituales de casamiento. Otras autoras mencionan el mismo fenómeno en otros contextos indígenas y postindígenas mesoamericanos (González Montes, 1996: 31-33, 1999: 103-104; Mindek, 2003b: 342-343).

⁷⁶ La carne de pollo es servida a los invitados que no desean comer carne de res y es igualmente guisada en barbacoa.

y sus cantidades necesarias para preparar el mole⁷⁷ o la salsa barbacoa⁷⁸, la salsa verde⁷⁹ y la pasta de frijol que acompañan a la carne en barbacoa.

Unas tres semanas antes de la boda, la madre del novio manda llamar a sus familiares femeninas cercanas —hermanas, sobrinas, cuñadas—, amigas y comadres. Una vez reunidas en la casa, elaboran una lista de las mujeres a las que van a solicitar que ayuden en la cocina, esto es, que ayuden en la preparación de la comida y la bebida y en el lavado de trastes durante los tres días que dura la boda. Calculan la cantidad de maíz necesario para preparar el nixtamal y elaborar las tortillas a mano y/o la cantidad de tortillas que se comprará a las tortillerías de la localidad. Si el número de invitados es muy elevado, varias mujeres serán designadas para echar tortillas en sus casas, o se puede solicitar a familias vecinas que presten sus cocinas para echar tortillas en sus fogones llevando la leña requerida. También se designan las mujeres que van a dirigir la preparación del caldo de res y el caldo o la asadura de pollo que se van a servir a los invitados en el día previo a la boda. Si no consiguen reunir todos los trastes necesarios, irán a rentar o a pedir prestado a otras personas que cuentan con pailas y palanganas grandes para preparar la comida.

Las mujeres que colaboran en la organización del convivio nupcial son retribuidas con una despensa —arroz, aceite, frijol, azúcar, jabón, detergente—, comida servida en la boda y, cuando las familias tienen buena posición social, también con una pequeña cantidad de dinero, unos 200 pesos. En el futuro, el padre y la madre del novio tendrán que devolver la ayuda a las familias de las mujeres participantes cuando sus hijos se casen o cuando fallezca un familiar y organicen el velorio.

El padre del novio igualmente manda llamar a sus familiares masculinos cercanos —hermanos, sobrinos, cuñados—, compadres y amigos de confianza. Se reúnen todos en la casa de la familia del novio y se reparten las tareas que van a realizar cada uno de ellos: realizar las invitaciones verbalmente a determinadas familias, repartir las tarjetas de invitación a las familias en Usila y en las localidades vecinas, limpiar y acondicionar el patio de la casa familiar para crear un espacio adecuado a las necesidades de las tareas relacionadas con la preparación de la comida, conseguir o ir a buscar la lona rentada, instalarla, ir a llevarla una vez que ha terminado la fiesta nupcial, ir a traer y colocar las mesas y las sillas, ir a dejarlas una vez que ha terminado el convivio nupcial, realizar la instalación necesaria para la iluminación del área de cocina en el patio y las mesas en el espacio que se va a celebrar el banquete nupcial, preparar la instalación eléctrica necesaria para el grupo de música que va tocar durante la boda, encargarse de que todos los invitados sean bien atendidos en el convivio nupcial, buscar los jóvenes que sirven la bebida y las

⁷⁷ Los ingredientes del mole son chile ancho, chile guajillo, tomate, ajo, galletas, cacahuetes, almendras, pasas, ajonjolí, plátano macho, chocolate.

⁷⁸ Los ingredientes de la salsa barbacoa son chile guajillo, pimienta surtida, laurel, hoja de aguacatillo, ajo, cebolla, vinagre, sal. La hoja de aguacatillo también se utiliza para guisar el puré de frijol.

⁷⁹ La salsa verde se prepara utilizando cebolla, tomate verde, aguacate, cilantro en hojas, sal, agua y ajo. Cuando es servida, se acompaña con cebolla cortada en cuadritos vertidos en la salsa.

tortillas en las mesas. Cuando la cantidad de invitados es muy grande, se elabora, además, una lista de hombres a los que se les va a pedir que ayuden en las diferentes tareas de los preparativos de la boda.

Los hombres que estuvieron trabajando durante los tres días que dura la boda son retribuidos con una cantidad de dinero, entre 200 y 500 pesos, dependiendo de la solvencia económica de la familia. Igualmente, en el futuro, el padre y la madre del novio tendrán que devolver la ayuda a las familias de estos hombres en las bodas de sus hijos o en el velorio de un familiar fallecido.

Unos quince días antes de la boda, el padre del novio también se encarga de mandar llamar a su casa a los hombres que aliñarán la res o los pollos que se servirán en la boda para acordar la hora y el día en que aliñarán los animales y la cantidad de dinero que recibirán como pago por su servicio. Generalmente, se trata de dos hombres que son ayudados en su trabajo por familiares o amigos del padre del novio.

Otro de los primeros preparativos que se realiza son las invitaciones a la boda. Cuñados y amigos cercanos del padre del novio y del padre de la novia, todos ellos personas adultas responsables y de confianza, van personalmente a las casas de los parientes, los amigos cercanos, los compadres de los padres del novio y la novia y las personas con elevado estatus social para invitarlos verbalmente a la boda y dejarles la tarjeta de invitación. Otros sobrinos y amigos de los padres del novio y la novia llevan las tarjetas de invitación al resto de las familias invitadas a sus respectivos domicilios en la localidad y en las localidades vecinas. Si bien la cantidad varía en función de su estatus socioeconómico, las familias del novio y la novia hacen llegar invitaciones a centenares de familias, y el número de invitados puede superar el millar o dos millares de personas.

El padre de la novia entrega la lista de sus invitados al padre del novio para que imprima las tarjetas de invitación correspondientes. La familia del novio, cuando cuenta con una buena posición socioeconómica, costea los gastos de las tarjetas de invitación a no ser que un amigo del novio o de la novia se ofrezca como padrino de invitaciones. Las familias de bajos recursos económicos buscan siempre un padrino que asuma los gastos de la impresión de las invitaciones a la boda.

En la invitación, una tarjeta o un papel impreso doblado en el interior de un sobre, además de invitar a las familias a asistir a la boda, se indica los nombres de los novios y sus respectivos padres y madres, el domicilio de la familia anfitriona y la fecha, la hora y el lugar de la celebración de la ceremonia. Cuando se va a celebrar el rito religioso, la invitación siempre contiene un pasaje de la Biblia que hace referencia al matrimonio.

Aunque las invitaciones evangélicas emplean diversos pasajes bíblicos alusivos al matrimonio, hay dos pasajes muy utilizados que coinciden con los presentes en las tarjetas de invitación a las bodas católicas: los pertenecientes a los versículos de Mateo 19:5 y Rut 1:16. Según la versión católica de la Biblia Latinoamericana:

El hombre dejará a su padre y a su madre y se unirá a su mujer, y los dos serán una sola carne. (Mateo 19,5)

Donde tú vayas, iré yo; y donde tú vivas, viviré yo; tu pueblo será mi pueblo y tu Dios será mi Dios. (Rut 1,16)

Según la versión evangélica de la Biblia Reina Valera 1960:

El hombre dejará padre y madre, y se unirá a su mujer, y los dos serán una sola carne. (Mateo 19:5)

Dondequiera que tú fueres, iré yo, y dondequiera que vivieres, viviré. Tu pueblo será mi pueblo, y tu Dios mi Dios. (Rut 1:16)

La organización del casamiento conlleva que el padre del novio busque padrinos para que cooperen en los gastos de la celebración de la boda: familiares y amigos que se encargan de conseguir y sufragar los costes de las botellas de sidra para el brindis, los refrescos, la cerveza, el pastel, la banda de música y el grupo musical⁸⁰, siendo respectivamente los padrinos de brindis, los padrinos de refresco, los padrinos de cerveza, los padrinos de pastel, los padrinos de música. Las familias con bajos recursos económicos, en lugar de contratar un grupo de música, amenizan el convivio nupcial con la música reproducida en grandes bocinas o altavoces. En el caso de las familias con buena posición socioeconómica, el padre del novio no busca padrinos y asume estos costes, aunque es frecuente que familiares y amigos cercanos del padre del novio y amigos cercanos del novio se ofrezcan a apadrinar estos gastos.

Salvo en los casos de las familias de bajos recursos económicos, el padre del novio deberá devolver el favor de ser padrino en la celebración de la boda de los hijos de los padrinos. Hay que tener presente que ser padrino y madrina de boda representa un gran honor para el hombre y su mujer, puesto que es tanto una muestra de su estatus socioeconómico como de su cercanía a las familias del novio y la novia.

Por otro lado, el novio y la novia se ponen de acuerdo para elegir a los padrinos que van a participar en la ceremonia religiosa. Es un acto muy significativo, y ambos novios visitan a familiares y amigos cercanos con buena solvencia económica para proponerles ser padrinos en la ceremonia de su boda, proposición que éstos reciben como un honor. El novio busca a un hombre con buena posición socioeconómica para que él y su esposa sean padrinos de anillo, un hombre o una mujer con solvencia económica y buena oratoria para dirigirse al público como padrino o madrina de brindis. En las familias evangélicas, el novio elige familiares o amigos con una vida matrimonial estable para ser padrinos de lazo y

⁸⁰ En las familias católicas, el padre del novio contrata la banda de música de viento y percusión que acompaña a la comitiva nupcial en su camino a la iglesia católica y, una vez terminada la ceremonia de matrimonio, a la casa de la familia del novio para celebrar el convivio nupcial. Para amenizar el banquete nupcial, el padrino de música o, en caso de que no haya padrino de música, el padre del novio puede contratar un grupo de música local o foráneo. En las bodas evangélicas, el grupo de música siempre toca música cristiana, mientras que, en las bodas católicas, suelen ser grupos de música tropical, mariachis o tríos que cantan canciones románticas, mayormente boleros.

Biblia. En las bodas católicas, los padrinos de lazo son los padrinos de primera comunión del novio, y los padrinos de Biblia son los padrinos de confirmación, y aparece un apadrinamiento que no está presente en las bodas evangélicas: los padrinos de velación, que son los padrinos de bautismo y que, además, asumen el coste del acta matrimonial religiosa. La novia, por su parte, busca familiares o amigas solteras para ser madrinas de los cojines, el ramo de flores y las arras, aunque pueden elegir a un matrimonio como padrinos de arras.

El novio es quien se encarga de contratar a un fotógrafo para que haga las fotos y filme la ceremonia de boda. Y los novios son quienes se responsabilizan de conseguir la ropa y el calzado que van a usar en el día de su casamiento. En la mayoría de las bodas, el novio se encarga de comprar la ropa de la novia, el vestido, la ropa interior, las medias, el tocado y las zapatillas⁸¹, y su propio traje —chaqueta y pantalón—, la camisa, la ropa interior, los calcetines, la corbata, el pañuelo y los zapatos. Hay familias cuyo deseo es seguir la costumbre del pasado que establece que el novio compra la ropa de la novia y la familia de la novia se encarga de comprar la ropa del novio. En los casos que el hombre y la mujer sean independientes económicamente, cada quien se compra su ropa, aunque se siga guardando la costumbre de entregar la ropa al novio el día previo a la boda y a la novia el día de la boda.

Durante tres días, la cocina y el patio de la casa de la familia del novio se convierten en un espacio en el que mujeres y hombres se dedican a la preparación de la comida. Dos días antes de la boda, las mujeres cuecen el nixtamal y juntan las “pailas”, o grandes baldes de aluminio de unos 60 litros de capacidad, que se van a usar para preparar las salsas de mole o barbacoa, la carne de pollo o res y para cocer el maíz, el frijol y los chayotes. Los hombres afilan los cuchillos, realizan la instalación eléctrica necesaria para iluminar la cocina y, si es necesario, modifican la instalación del suministro de agua para que los lavaderos queden en un lugar que no obstruya el tránsito de las personas y haya un espacio suficiente para las mujeres que van a lavar los trastes, y cavan una fosa que garantice una buena evacuación del agua.

En la madrugada del día previo a la boda, el carnicero y sus ayudantes, contratados por la familia, sacrifican y aliñan los pollos, la res o reses ayudados por varios de los hombres que apoyan a la familia. Otros hombres se encargan de condimentar y freír las vísceras y los cortes de carne que, servidas en tortillas calientes, se dan a las personas allegadas a la familia y a los hombres y las mujeres que colaboran en las tareas durante esos días. Al mismo tiempo, un grupo de mujeres, una de las cuales se encarga de dirigir la preparación, cocina el caldo de res que se sirve a los invitados que llegan a la casa de la familia del novio el día previo a la boda. El caldo de res es cocinado en las pailas empleando huesos y piezas de carne adheridas a los huesos, chayotes, orégano mexicano y hojas de chayote. Otras mujeres se ocupan de preparar el caldo de pollo con arroz para los invitados que prefieren tomar caldo de pollo antes que caldo de res.

⁸¹ En México se denomina zapatillas a los zapatos femeninos con tacón.

Cuando la familia del novio ofrece mole de pollo el día de la boda, en el día previo se ofrece a los invitados asadura de pollo, un guiso en el que, una vez freídas las vísceras, los huesos, las patas y las alas de los pollos, se le añade la salsa echa a base de chile guajillo, chile seco, ajo, cebolla, cebollines, hierbabuena y cilantro. Las personas contratadas preparan la pasta de mole con una semana de antelación, y el día anterior a la boda, la persona encargada de la preparación del mole acude a la casa de la familia del novio para supervisar que las piezas de pollo hayan sido cocidas, que se haya limpiado el arroz que se va a emplear y que se tenga la cantidad de aceite, ajo y cebolla que se va a emplear en la preparación del arroz.

Al mediodía, el grupo de personas contratadas preparan la salsa barbacoa que se servirá en el banquete nupcial apoyados por un grupo de mujeres. Los ingredientes se echan en una bandeja grande y, a continuación, son llevados a un molino de nixtamal para que sean molidos. La salsa resultante es añadida a la carne de res, que se ha puesto previamente a marinar en vinagre en grandes bandejas de plástico. Las mujeres, ayudadas por algunos hombres, remueven con palos los trozos de carne para que toda la carne se impregne homogéneamente de esa salsa de color marrón rojizo. La carne de pollo es adobada de forma similar en otras bandejas.

Una vez adobada la carne, un grupo de mujeres, sobre mesas de madera, introducen dos trozos de carne en una pequeña bolsa de plástico junto a unas hojas de laurel que luego otro grupo de mujeres envuelve en papel de aluminio. Otro grupo de mujeres toman entre seis y ocho bolsitas que envuelven en una hoja de pozol para formar un paquete rectangular que es amarrado con una pita o cuerda. Y otras mujeres se encargan de embolsar las piezas de pollo igualmente con hojas de laurel y de envolver las bolsas en hojas de pozol.

En la tarde noche, un grupo de hombres se encarga de cocer al vapor la carne barbacoa en grandes tambos o bidones metálicos. Los paquetes son colocados sobre una rejilla para que se cuezan al vapor y evitar que estén en contacto con el agua que se ha vertido en el fondo del tambo. Esta rejilla y las paredes del tambo son recubiertas con hojas de pozol. Cuando los tambos están llenos, se tapa su parte superior con hojas de platanero, otras veces, usando grandes bolsas de plástico que son amarradas alrededor de la boca. Los tambos se colocan en el suelo sobre blocks de cemento con el fin de que haya un espacio que permita introducir la leña que, debajo de la base, alimenta el fuego que calienta el agua. La cocción dura aproximadamente entre cuatro y cinco horas. La barbacoa de pollo es cocida aparte en un tambo más pequeño.

En el día previo a la boda, a una hora temprana, unas mujeres llevan el nixtamal al molino y, en esa mañana y en el día de la boda, las mujeres aplanan las bolas de masa en las prensas manuales y echan tortillas en los comales. En la madrugada del día de la boda, las mujeres se encargan de cocer en las pailas los frijoles para preparar la "pasta de frijol" y de elaborar la salsa verde que acompañarán a la barbacoa de res o de pollo. Otra tarea realizada por las mujeres durante estos días es lavar los trastes utilizados en la preparación de las diversas comidas en el lavadero que hay en el patio.



Paquetes de hojas de pozol que contienen las bolsas de carne de res a la barbacoa



Tambos en los que se está cociendo al vapor los paquetes de res a la barbacoa



Parte techada del área de cocina la noche previa a la boda. Se puede apreciar unos comales sobre un fogón, algunas ollas, una paila y los tambos donde se está cociendo la carne de res a la barbacoa.



Una paila en la que se está cociendo el frijol con el que se va a preparar la pasta de frijol

Las familias con solvencia económica mandan decorar las iglesias con arreglos florales. Los arreglos florales son colocados en pies sustentadores a ambos lados del pasillo central que conduce al altar de la iglesia católica o a la tarima de la iglesia evangélica. Otros arreglos florales son situados directamente, sin pie sustentador, junto al altar de la iglesia católica y en la tarima de la iglesia evangélica. Tras la ceremonia de casamiento, los arreglos florales son aprovechados para decorar el espacio donde se celebra el banquete nupcial.



Decoración de la tarima y el pasillo central de una iglesia evangélica con motivo de la celebración de una ceremonia de casamiento

Los arreglos florales se preparan en la madrugada del día en que se va a celebrar la boda, tarea que en unos casos la realizan un grupo de mujeres y hombres jóvenes, en otros casos, unos floristas locales o foráneos contratados por el padre del novio o por los padrinos de adorno. En ambos casos se compran las flores y se alquilan los jarrones y los pies metálicos o de madera que sustentan los centros florales.

En la mañana del día de la boda, un grupo de hombres se encarga de amarrar las grandes lonas que protegen de la lluvia o el sol a los invitados que asisten al banquete nupcial. Bajo estas lonas disponen las mesas cuadrangulares y las sillas de plástico, que, en las bodas de las familias con buena posición socioeconómica, son embellecidas cubriendo las mesas con manteles y los respaldos de las sillas con fundas. Todos estos materiales son alquilados: las lonas, las mesas, las sillas, los manteles, las fundas, y previamente los hombres han ido a buscarlos.

5. El día previo a la celebración de la boda

En el día previo a la boda se celebra el convivio prenupcial. Los invitados de la familia del novio van llegando a la casa a lo largo del día, aunque no llegan todas las personas invitadas a la boda, sino aquéllas que están colaborando con la familia, que llevan a sus respectivos cónyuges, y las personas más allegadas a la familia: familiares, compadres, comadres, amigos cercanos y vecinos. Los hombres saludan y dan la enhorabuena al padre del novio al mismo tiempo que discretamente le entregan un dinero para colaborar en los gastos de la boda⁸². Las mujeres, por su parte, saludan y dan la enhorabuena a la madre del novio, entregándole la despensa que portan: arroz, frijol, azúcar, sal, aceite, jabón para lavar los trastes. Posteriormente, los invitados se sientan en las mesas dispuestas en el patio y en la calle, enfrente de la casa. En este día, la familia del novio ofrece a los comensales asadura de pollo o caldo de res acompañado de tortillas, refresco y agua de Jamaica u horchata de arroz.

Después de terminar de comer, las mujeres que no están ayudando a la familia y así lo desean, van a la cocina y colaboran con las otras mujeres en tareas como lavar los trastes o embolsar la carne barbacoa. Mientras sus esposas están trabajando en la cocina, los maridos se sientan en las sillas dispuestas cerca de las mesas escuchando la música que suena por las bocinas o platicando con otros hombres. Al cabo de aproximadamente una hora, la mujer sale de la cocina, o el hombre manda a llamar a su esposa para seguidamente despedirse de los padres del novio y de las personas que ahí se encuentran en ese momento.

A partir de las dos de la tarde, los invitados van llegando a la casa de la familia de la novia. Aquellas familias que cuentan con un buen nivel socioeconómico, ofrecen popo⁸³ a los invitados servido en jícaras mientras esperan a que llegue la hora de salir hacia la casa de la familia del novio. Los hombres saludan al padre de la novia y discretamente le entregan un dinero en su mano, y solamente las mujeres que colaboran en la preparación del popo, y que llegan temprano a la casa, llevan una despensa que donan a la madre de la novia.

Cuando la familia de la novia tiene un elevado estatus social, puede acordarse con la familia del novio que ellos van a ofrecer un convivio a sus invitados el día previo a la boda, de modo que ni ellos ni sus invitados asisten al convivio ofrecido por la familia del novio. O la familia de la novia puede ofrecer un convivio a sus invitados unos días antes y después asistir junto a sus invitados al convivio organizado por la familia del novio el día previo a la

⁸² Al igual que sucede en el cierre de compromiso, el hombre invitado entrega un billete doblado en la mano del padre del novio en el momento que le tiende la mano para saludarlo. La cantidad entregada depende del estatus socioeconómico del invitado y de la relación de mayor o menor cercanía que hay entre los dos hombres: generalmente oscila entre 50 y 200 pesos, y, en ocasiones, llega o supera los 500 pesos.

⁸³ El popo es una bebida espesa, que se sirve caliente en una jícara, hecha a base de maíz, cacao y arroz molidos, azúcar y un bejuco llamado cocolmeca, a la que se le añade una capa de espuma que se obtiene batiendo el popo con unos utensilios de madera denominados molinillos.

boda. Generalmente, la comida ofrecida por la familia de la novia a sus invitados es mole de pollo acompañado de tortillas, refresco y agua de sabor, Jamaica u horchata de arroz.

Entre las dos y media y las tres de la tarde, todas las personas congregadas se dirigen hacia la casa de la familia del novio para entregar la chaqueta, el pantalón, la camisa, la corbata, la ropa interior, los calcetines y los zapatos que el novio llevará en la ceremonia de la boda. Esta comitiva está integrada por el padre y la madre de la novia, su representante, familiares y amigos cercanos, los invitados que decidieron asistir a este compromiso, los padrinos y las madrinas de boda por parte de la novia y, en caso de ser una familia católica, por los padrinos y las madrinas de bautismo, comunión y confirmación de la novia.

Una vez que han llegado a la casa de la familia del novio, son recibidos por el padre y la madre del novio y su representante, quienes los invitan a pasar a la vivienda. El padre y la madre de la novia, su representante, las mujeres que portan los regalos entran en el interior de la casa, mientras los demás aguardan en el exterior de la casa⁸⁴. En las familias católicas, las mujeres que portan la ropa y el calzado del novio son las madrinas de bautismo, comunión y confirmación de la novia. En las familias evangélicas también son tres mujeres quienes portan la ropa y el calzado del novio: una o dos tías de la novia, la esposa del representante o la esposa del pastor de su iglesia.

El representante de la novia anuncia que, con mucho respeto, han venido a entregar la ropa y el calzado al novio como parte del compromiso adquirido por los novios para su enlace matrimonial. Seguidamente, toma la palabra el representante del novio que, tras darles la bienvenida, señalando que la familia del novio los recibe con mucho gusto, da “las gracias a Dios por el día de hoy” y a las familias por haber cumplido cabalmente su palabra. Anuncia que ya falta un último paso para formalizar el matrimonio de los novios y recuerda a los presentes la hora a la que llegará al día siguiente la comitiva del novio a la casa de la familia de la novia, animando a los invitados a asistir a la ceremonia de casamiento. El representante de la novia confirma que no hay ningún cambio y todo sigue como lo tienen planeado.

A continuación, las mujeres que portan la ropa y los zapatos del novio, entregan las cajas de regalos a las mujeres que los reciben por parte del novio. De la misma manera, en las familias católicas, las mujeres que reciben las cajas de regalo son las madrinas de bautismo, comunión y confirmación del novio, y en las familias evangélicas, una o dos tías del novio, la esposa de su representante o la esposa del pastor de su iglesia. Después de recibirlos, las mujeres llevan las cajas de regalo a un cuarto de la vivienda.

Entregados la ropa y el calzado del novio, el representante del novio invita a los miembros de la comitiva a tomar asiento en las mesas dispuestas en el patio de la casa para degustar la comida que la familia de la novia ha preparado para la ocasión. Antes de

⁸⁴ Aparte del padre y la madre de la novia, su representante, las mujeres que portan los regalos, el número de miembros de la comitiva que entran en el interior de la casa de la familia del novio depende de las dimensiones de la sala y de los familiares del novio presentes; en definitiva, del espacio que pueda ser ocupado por las personas.

comenzar a comer, el representante del novio o un servidor de la iglesia pronuncia una oración para agradecer a Dios los alimentos que van a degustar; en las familias católicas, la oración es seguida de un Padrenuestro. Tras la oración, unas mujeres sirven caldo de res o asadura de pollo acompañado con tortillas, y unos hombres, el refresco y las jarras de agua de Jamaica u horchata de arroz.

Tras haber terminado de comer, el representante de la novia agradece la comida y se despide del padre y la madre del novio y del representante del novio, y seguidamente se despiden el padre, la madre y las madrinas de la novia y los demás invitados. Todos los miembros de la comitiva regresan juntos a la casa de la familia de la novia. Una vez allí, el representante de la novia agradece a todos los presentes su asistencia y los convoca a llegar al día siguiente a la hora indicada en la invitación, una hora antes de la ceremonia religiosa, para acompañar a la novia a la iglesia. Cuando la familia ha preparado popo, recuerda que también se ofrecerá popo a los invitados. Tras estas palabras, se despide de los familiares de la novia y los demás invitados hasta el día siguiente.

6. El día de la boda

6.1 La boda civil

Cuando los novios profesan diferentes religiones, como ya se ha señalado, las familias acuerdan que sus hijos solamente contraigan matrimonio por la vía civil, aunque siguiendo las pautas establecidas para la boda religiosa. La comitiva nupcial sale de la casa de la familia de la novia y se dirige a la oficina del Registro Civil que se halla en el Palacio Municipal para consumir el casamiento. Cuando la familia tiene un elevado nivel socioeconómico o el novio ha trabajado como emigrante en México o en Estados Unidos, la boda civil se celebra en la casa de los padres del novio, convirtiéndose en la ceremonia a la que asisten los invitados de ambas familias. Una vez terminado el casamiento civil, se celebra el banquete nupcial en la casa de la familia del novio.

En la mayoría de los casos, los novios contraen matrimonio siguiendo el rito católico o evangélico. Generalmente, antes de casarse por la vía religiosa, los novios formalizan su matrimonio en el registro civil entre siete y diez días antes de la celebración del casamiento religioso. Otras veces, los novios se casan por la vía civil el mismo día en que celebran la boda religiosa, aunque el casamiento civil siempre precede a la ceremonia religiosa. En ciertas bodas evangélicas, cuando las familias acuerdan celebrar la boda al aire libre en la casa de la familia del novio y no en la iglesia, justo antes de officiar la ceremonia religiosa de matrimonio, se celebra el casamiento por la vía civil. En otros casos, sea una boda evangélica o católica, después de la ceremonia religiosa, se celebra el casamiento civil en la casa de la familia del novio.



Ceremonia de casamiento civil de unos novios que profesan religiones diferentes

Cuando los novios se casan siguiendo el ritual religioso y la boda civil no se celebra el mismo día, al casamiento civil solamente suelen asistir los familiares y los amigos más allegados y los respectivos testigos de los novios, dos testigos por parte de la novia y dos por parte del novio. Al término de la boda civil, los asistentes se dirigen a la casa de la familia del novio y son invitados a un convivio en el que suele servirse mole de pollo acompañado con arroz o barbacoa de res acompañado con pasta de frijol y salsa verde picante, en ambos casos, junto a tortillas y refresco o agua de sabor.

En la boda civil, el oficial del Registro Civil pregunta primeramente al novio y después a la novia su voluntad de contraer matrimonio:

[Nombre del novio], ¿es de tu entera voluntad y consentimiento el contraer matrimonio por lo civil con la ciudadana [nombre de la novia]?

El novio contesta: Sí.

[Nombre de la novia], ¿es de tu entera voluntad y consentimiento el contraer matrimonio por lo civil con el ciudadano [nombre del novio]?”

La novia contesta: “Sí”.

Tras contestar afirmativamente a las preguntas, el oficial solicita a los contrayentes que firmen el acuerdo de matrimonio. Una vez firmado, el oficial procede a leer el contenido del acta de matrimonio en el que se menciona la fecha y el lugar donde se

celebra el matrimonio, el nombre, el lugar y el país de nacimiento, la edad, la ocupación, la nacionalidad y el domicilio de los contrayentes, así como los nombres, la nacionalidad y el domicilio de los padres y las madres del novio y la novia, y los nombres, la nacionalidad, la edad, el domicilio y el parentesco de los testigos de los novios. Cuando el oficial termina de leer el documento, los testigos de los novios firman el acta de matrimonio.

Una vez que todas las personas mencionadas han firmado el acta, el oficial lee la epístola matrimonial que rige en el estado de Oaxaca. En dicha epístola se señala que el matrimonio es un contrato civil voluntariamente aceptado por un hombre y una mujer cuya función es ayudarse mutuamente en la vida y procrear hijos. El matrimonio civil requiere que el hombre y la mujer compartan una misma residencia, se guarden mutua fidelidad, se respeten y se comprendan con el fin de superar las dificultades y procurar la perdurabilidad del vínculo matrimonial.

El Estado reconoce y protege a la familia, la célula básica de la sociedad mexicana. Por ello el hombre y la mujer tienen el derecho de decidir libremente sobre el número de hijos que desean concebir, así como el derecho de decidir sobre el espaciamiento de los nacimientos, aunque siempre asumiendo la responsabilidad de sus decisiones.

El matrimonio es un contrato civil celebrado de manera libre, voluntaria y responsable entre un solo hombre y una sola mujer que se unen para perpetuar la especie y proporcionarse ayuda mutua durante la vida. Por lo que deberán vivir juntos en el domicilio conyugal, están obligados a guardarse fidelidad, a contribuir cada uno con su parte en los fines del matrimonio y ayudarse mutuamente. El matrimonio genera derechos y obligaciones tanto para el hombre como para la mujer. Hace que ambos, como pareja, adquieran un compromiso frente al Estado, frente a la sociedad y frente a ustedes mismos, pues con el acto solemne que hoy nos reúne se comprometen a formar un hogar en todo el sentido de la palabra basado en la confianza, el respeto, la comprensión y la tolerancia, procurando en todo tiempo mantener la ilusión que hoy los une sabiendo de antemano que la seguridad tenida que hoy dicen no estará exenta de dificultades, pero con el firme propósito de superarlas y de no acudir ante la primera diferencia de opinión a la disolución del vínculo que hoy están formalizando.

No debe pasar por alto que uno de los fines del matrimonio es la perpetuación de la especie. Como pareja tienen el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Ellos y ustedes, o ustedes solamente, formarán una familia, célula básica de la sociedad mexicana cuya organización y desarrollo son protegidos por el Estado. Y hoy más que nunca México necesita que en el seno familiar se inculquen valores universales como la honestidad, la honradez, la dignidad, el respeto por nosotros mismos y por los demás, valores que formen buenos ciudadanos y nos hagan una mejor sociedad.

Ése es el compromiso que hoy ustedes están contrayendo. En tal virtud, conforme a la voluntad que han manifestado, habiéndose cumplido los requisitos exigidos por

la ley y con las facultades que me otorgan los artículos 36, 104 y 145 del Código Civil en vigor en el estado de Oaxaca, en nombre de la ley y de la sociedad, los declaro unidos en legítimo matrimonio.

Al finalizar la lectura, el oficial felicita a los recién casados y los asistentes aplauden a los nuevos esposos.

6.2 La boda religiosa

El día de la boda religiosa, en las familias católicas, el padre del novio encarga a los rezanderos que vayan a la casa a una hora temprana en la mañana para montar un pequeño altar cuyo fin es invocar la presencia y la bendición de Dios a la familia y asegurar que todo vaya bien en ese día. El altar consiste en una mesa sobre la que se coloca un mantel y, encima del mantel, dos veladoras, dos ramos de flores a cada lado de las veladoras y, en el centro, una imagen enmarcada de Jesús o la Virgen María o ambas. Una vez que han terminado de colocar el altar en la casa de la familia del novio, los rezanderos van a la casa de la familia de la novia a montar su altar a la entrada de la vivienda. Este altar, además de invocar la presencia y la bendición de Dios, constituye el punto en que los novios se encuentran para ir a la iglesia, el lugar donde el novio, sus padres y su representante esperan a que la novia salga cuando van a buscarla.

A la hora convenida, los invitados de la familia del novio van llegando a su domicilio y tomando asiento, esperando el momento de salir hacia la casa de la familia de la novia⁸⁵. Aquéllos que no acudieron al convivio el día anterior, aprovechan para saludar y felicitar al padre del novio a la vez que le entregan un dinero para apoyar a la familia en los gastos de la boda. Llegada la hora, el novio flanqueado por su padre y su madre y seguido por su representante, sus padrinos y sus familiares cercanos encabezan la comitiva que se dirige hacia la casa de la familia de la novia caminando por las calles del pueblo. Durante el trayecto, otros invitados van uniéndose al cortejo.

En la casa de la familia de la novia también se van reuniendo sus invitados para estar presentes en el momento que llega el cortejo del novio. Cuando llega la comitiva del novio, es recibida por el padre y la madre de la novia y su representante, que están en la puerta de la casa acompañados por familiares cercanos: abuelos, hermanos, tíos y primos de la novia. El representante del novio, en una breve intervención, anuncia que han traído los presentes para la novia y que ha llegado el día fijado para cumplir con el compromiso que acordaron la primera vez que entró en esta casa. Tras señalar que van a esperar a que la novia se vista, las madrinas del novio que portan el vestido, el calzado y el ramo de flores

⁸⁵ Es frecuente que las bodas religiosas se celebren los lunes, al igual que la boda civil cuando es la única ceremonia que se va a celebrar, pues antiguamente todas las bodas usileñas se celebraban en este día.

de la novia entregan las cajas de regalo a las madrinas de la novia encargadas de recibirlos, que enseguida las llevan al interior de la casa.

Cuando la novia ha terminado de vestirse⁸⁶, sale a la entrada de la casa⁸⁷ para escuchar las palabras de su representante, igualmente un discurso breve. El representante de la novia dice que ha llegado el momento en que la muchacha tiene que dejar a sus padres para unirse en matrimonio con el que va a ser su esposo toda la vida, cumpliendo así el mandato de Dios, y que los presentes van a ser los testigos de esta unión. En algunas familias católicas y evangélicas, el representante de la novia termina pronunciando una oración en la que pide a Dios que bendiga ese día, el día en que se celebra el casamiento, y la vida de los novios.

A continuación, todos los presentes se dirigen a la iglesia católica o evangélica, en ciertas bodas evangélicas, a la casa de la familia del novio, donde se va a celebrar la ceremonia religiosa. La comitiva está encabezada por la novia, que se sitúa a la derecha del novio flanqueada por su padre a su izquierda y su madre a su derecha, y el novio, igualmente flanqueado por su padre a su izquierda y su madre a su derecha, acompañados a los costados por sus respectivos representantes, padrinos, hermanos y hermanas. El novio suele ir vestido con un traje negro y una camisa blanca, mientras la novia, que porta el ramo de flores en sus manos, lleva un vestido blanco con un velo que cubre su rostro y una larga cola que es portada por los "coleros" para que no vaya arrastrándose por el suelo. Los "coleros" son niñas y niños, que llevan vestidos y trajes respectivamente, frecuentemente confeccionados con las mismas telas, los mismos colores, que, al igual que el diseño, son elegidas por la novia. El número de "coleros" suele ser dos, pero, dependiendo del estatus socioeconómico de las familias y de la longitud de la cola del vestido de la novia, también puede ser cuatro o seis, siendo siempre el número de niñas igual al número de niños.

Los familiares y demás invitados se sitúan detrás de la novia y el novio, sus padres, sus representantes y sus padrinos⁸⁸. Algunos invitados van sumándose a la comitiva mientras va caminando por las calles de la localidad hacia la iglesia o posteriormente hacia la casa de la familia del novio⁸⁹. La música de trompetas y tambores tocados por una banda de músicos suele acompañar, y también anunciar, a las comitivas de las familias católicas

⁸⁶ En la mañana, la novia es peinada y maquillada en la casa familiar por una estilista local.

⁸⁷ En las familias católicas, la novia se sitúa a un costado del altar que ha sido previamente preparado en la mañana temprano.

⁸⁸ La comitiva que acompaña a los novios a la iglesia y posteriormente a la casa de la familia del novio está formada por las personas más allegadas a las familias, entre uno y dos centenares de personas, de modo que la mayor parte de los invitados no asiste a la ceremonia de casamiento y hacen acto de presencia en el banquete nupcial.

⁸⁹ La razón por la que una parte de los invitados se une a la comitiva una vez terminada la ceremonia religiosa es que profesan una religión diferente a la de los novios y no desean asistir a un culto que no corresponde a su fe religiosa. No es así en todos los casos y muchas veces la transigencia o intransigencia depende de la mayor o menor cercanía que se mantenga con las familias de los novios.

durante sus trayectos hacia la iglesia y después hacia la casa de la familia del novio donde se celebra el banquete nupcial.



Una novia y un novio, flanqueados por sus respectivos padres y madres y acompañados por su comitiva, se dirigen a la casa de la familia del hombre donde van a contraer matrimonio siguiendo el ritual evangélico.

a) La ceremonia católica del matrimonio

La misa del matrimonio está compuesta por una serie de ritos agrupados en cinco partes⁹⁰:

1. Ritos Iniciales
2. Liturgia de la Palabra
3. Liturgia del Matrimonio

⁹⁰ La misa católica de la celebración del matrimonio no es única, sino que presenta diferentes variantes en función de los textos bíblicos elegidos en la Liturgia de la Palabra y las fórmulas escogidas en la Oración Colecta, la Liturgia del Matrimonio, la Oración de los Fieles, la Plegaria Eucarística, la Bendición Nupcial. Estas variantes dependen de las elecciones del sacerdote y de las directrices eclesiológicas fijadas para los días de la semana —domingo u otro día— o la época del año en que se celebra la misa —Tiempo Ordinario, Adviento, Navidad, Cuaresma, Pascua—. Los diferentes formularios litúrgicos están establecidos en el Misal, mientras que los textos bíblicos están recopilados en el Leccionario Litúrgico de la Conferencia Episcopal Mexicana. Aquí presento un modelo, que incluye algunas variantes, inferido a partir de las ceremonias que observé y grabé en audio en la Iglesia Católica de San Felipe Usila.

4. Liturgia Eucarística
5. Rito de Conclusión

10.2.a.1 Los Ritos Iniciales

Cuando los novios y la comitiva llegan a la iglesia católica, se detienen ante las escalinatas que conducen a la entrada. El sacerdote, junto con sus ayudantes, recorre el pasillo que desde el presbiterio lleva a la puerta de la iglesia y sale a recibir a los novios. Les da la bienvenida, les hace saber que la Iglesia comparte la alegría de su unión matrimonial, y pide a Dios la bendición de los novios y las personas presentes rociándoles agua bendita.

El sacerdote, detrás de sus ayudantes, entra nuevamente en la iglesia y se dirige hacia el presbiterio. Cuando está cerca del altar, se inclina ostensiblemente y lo venera con un beso. Los miembros del cortejo se van sentando en los bancos de madera: los invitados de la familia del novio se sitúan en los bancos de la izquierda y los de la familia de la novia, en los bancos de la derecha. Una vez que todos están instalados, el sacerdote llama al novio, que entra agarrado del brazo izquierdo de su madre, y, a continuación, a la novia, que entra agarrada del brazo derecho de su padre⁹¹. Los novios se sientan delante del altar en dos sillas bajas de madera; la novia, a la derecha del novio. Detrás de ellos, en los primeros bancos de la iglesia, se sientan los padrinos y las madrinas que durante la ceremonia van a entregándoles la Biblia, las velas, los cojines, los anillos, las arras y el lazo.

La entrada a la iglesia se realiza mientras suena el canto de entrada entonado por el coro, formado por cuatro o cinco mujeres y hombres, al son de dos músicos que tocan la guitarra. Terminado el canto, el sacerdote hace la señal de la cruz al tiempo que pronuncia: “En el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo”, a lo que los fieles dicen: “Amén”. El sacerdote dice: “El Señor esté con ustedes”, y los fieles proclaman: “Y con tu Espíritu”.

El sacerdote saluda a los novios y a los presentes en la iglesia, anunciando que, con gran alegría, el novio y la novia van a unir sus vidas para siempre delante de Dios en compañía de sus familiares y amigos, y que en la ceremonia todos juntos van a invocar a Dios para que bendiga a los esposos y los proteja en su vida matrimonial.

Hermanos y hermanas: llenos de alegría, nos hemos reunido en el nombre del Señor para esta celebración, acompañando a [nombre del novio y la novia] en el día en que se disponen a celebrar el sacramento del Matrimonio. Para ellos este momento es de singular importancia. Por eso, acompañémoslos con nuestro cariño, amistad y oración fraterna. Escucharemos atentamente con ellos la palabra que Dios nos va a dirigir hoy. Después, como Iglesia, invocaremos a Dios Padre, unidos a su Hijo

⁹¹ En algunos casos, por decisión de los contrayentes, los novios entran a la iglesia al son de la marcha nupcial que suena por unas bocinas que el novio encargó instalar en la iglesia. Seguidamente, el coro entona el canto de entrada.

Jesucristo, Señor nuestro, para que acoja complacido a estos hijos suyos, los bendiga y les conceda vivir siempre unidos.

El coro entona un canto de gloria. A su término, dependiendo del sacerdote, puede realizarse u omitirse el acto penitencial en el que el sacerdote y los fieles piden perdón a Dios por los pecados cometidos:

Yo confieso, ante Dios todopoderoso y ante ustedes, hermanos, que he pecado mucho de pensamiento, palabra, obra y omisión.

Por mi culpa, por mi culpa, por mi gran culpa.

Por eso ruego a Santa María, siempre Virgen, a los ángeles, a los santos y a ustedes, hermanos, que intercedan por mí ante Dios, nuestro Señor. Amén.

El sacerdote dice: "Que Dios todopoderoso tenga misericordia de nosotros, perdone nuestros pecados y nos lleve a la vida eterna". Los fieles: "Amén". El coro, entonces, entona un cántico de perdón, normalmente "Señor, ten piedad de nosotros".

Al finalizar el canto, el sacerdote pronuncia la Oración Colecta en la que se pide a Dios que, siguiendo su voluntad de que el hombre y la mujer unan sus vidas, una fielmente las vidas del novio y la novia para siempre.

Oremos. Dios nuestro, que al crear el género humano quisiste establecer la unión entre el hombre y la mujer, une en la fidelidad del amor a estos hijos tuyos, [nombre del novio y la novia], que van a contraer matrimonio, para que siempre den testimonio con su vida del amor divino que hoy los trae a tu altar.

Te lo pedimos con ruego, Señor Jesucristo, tu Hijo, que contigo intervenga en la unidad del Espíritu Santo y de Dios por los siglos de los siglos.

Los fieles dicen: "Amén".

O bien el sacerdote utiliza la siguiente fórmula:

Oremos. Señor, Tú que un designio maravilloso, consagraste la unión matrimonial para prefigurar en ella la unión de Cristo con su Iglesia, concede a estos hijos tuyos, [nombre del novio y de la novia], que realizan en su vida de esposos este designio que conocen por la Fe.

Por nuestro Señor Jesucristo que vive y reina contigo por la unidad del Espíritu Santo y es Dios por los siglos de los siglos.

Los fieles dicen: "Amén".

10.2.a.2 La Liturgia de la Palabra

En la Liturgia de la Palabra se leen varios pasajes de la Biblia que hacen referencia al matrimonio: dos pasajes del Antiguo Testamento —Primera Lectura y Salmo Responsorial— y dos del Nuevo Testamento —Segunda Lectura y Evangelio—⁹². La Primera Lectura suele ser un pasaje del libro del Génesis, la Segunda Lectura es un pasaje de los libros de los Apóstoles, y la lectura del Evangelio es unos versículos pertenecientes a uno de los Evangelios, normalmente el de San Mateo o San Juan. Los pasajes del Antiguo Testamento son leídos por una mujer que sube al presbiterio, la lectura apostólica corre a cargo de otra mujer, mientras que el pasaje del Evangelio es leído por el sacerdote oficiante.

La Primera Lectura suele ser unos versículos del capítulo 1 del libro del Génesis, aunque hay una versión reducida y una versión larga. En la versión reducida (Génesis 1,26-28.31a) se menciona que Dios creó al hombre y la mujer a su imagen y semejanza, ordenándoles procrear para extender la especie humana por la Tierra, así como someter a todos los animales existentes en ella:

Lectura del libro del Génesis.

Dijo Dios: “Hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza; que domine a los peces del mar, a las aves del cielo, a los animales domésticos y a todo animal que se arrastra sobre la tierra”.

Y creó Dios al hombre a su imagen; a imagen suya lo creó; hombre y mujer los creó.

Y los bendijo Dios y les dijo: “Sean fecundos y multiplíquense, llenen la tierra y sométanla; dominen a los peces del mar, a las aves del cielo y a todo ser viviente que se mueve sobre la tierra”.

Vio Dios todo lo que había hecho y lo encontró muy bueno.

Palabra de Dios.

En la versión larga (Génesis 1,26-2,4) se enmarca la creación del hombre y la mujer en la obra global de la Creación del Cielo y la Tierra que duró seis días:

Lectura del libro del Génesis.

Dijo Dios: “Hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza; que domine a los peces del mar, a las aves del cielo, a los animales domésticos y a todo animal que se arrastra sobre la tierra”.

Y creó Dios al hombre a su imagen; a imagen suya lo creó; hombre y mujer los creó.

⁹² Los pasajes bíblicos leídos en la misa vienen establecidos en el Leccionario Litúrgico de la Conferencia Episcopal Mexicana. Los textos bíblicos citados pertenecen a dicho Leccionario Litúrgico.

Y los bendijo Dios y les dijo: “Sean fecundos y multiplíquense, llenen la tierra y sométanla; dominen a los peces del mar, a las aves del cielo y a todo ser viviente que se mueve sobre la tierra”.

Y dijo Dios: “He aquí que les entrego todas las plantas de semilla que hay sobre la faz de la tierra, y todos los árboles que producen fruto y semilla, para que les sirvan de alimento.

Y a todas las fieras de la tierra, a todas las aves del cielo, a todos los reptiles de la tierra, a todos los seres que respiran, también les doy por alimento las verdes plantas”. Y así fue.

Vio Dios todo lo que había hecho y lo encontró muy bueno. Fue la tarde y la mañana del sexto día.

Así quedaron concluidos el cielo y la tierra con todos sus ornamentos, y terminada su obra, descansó Dios el séptimo día de todo cuanto había hecho. Dios bendijo el séptimo día y lo consagró, porque ese día cesó de trabajar en la creación del universo.

Ésta es la historia de la creación del cielo y de la tierra.

Palabra de Dios.

Al término de la Primera Lectura, los fieles dicen: “Te alabamos, Señor”.

Seguidamente el coro entona un canto de alabanza, a cuyo término la misma persona procede a leer el Salmo Responsorial. Un salmo recurrente es el Salmo 127 (Salmo 127,1.2-3.4-5 y 6a), que habla de la bendición que recibe todo aquel que teme y pone su confianza en Dios. El coro entona el mismo canto de alabanza al terminar el salmo o al final de cada uno de los fragmentos.

Dichoso el que teme al Señor
y sigue sus caminos:
comerás del fruto de tu trabajo,
serás dichoso, te irá bien.

Tu mujer, como vid fecunda,
en medio de tu casa;
tus hijos, como renuevos de olivo,
alrededor de tu mesa.

Ésta es la bendición del hombre que teme al Señor:
“Que el Señor te bendiga desde Sión,
que veas la prosperidad de Jerusalén
todos los días de tu vida;
que veas a los hijos de tus hijos.”

Otro Salmo Responsorial leído durante la celebración del ritual del matrimonio es el Salmo 8 en el que se admira la grandeza de la Creación de Dios, señalando que el ser humano fue colmado de gloria al dotarle de la capacidad de someter a todos los animales de la Tierra:

¡Qué admirable, Señor, es tu poder!

Cuando contemplo el cielo, obra de tus manos, la luna y las estrellas, que has creado, me pregunto: ¿Qué es el hombre, para que de él te acuerdes; ese pobre ser humano, para que de él te preocupes?

Sin embargo, lo hiciste un poquito inferior a los ángeles, lo coronaste de gloria y dignidad; le diste el mando sobre las obras de tus manos y todo lo sometiste bajo sus pies.

Pusiste a su servicio los rebaños y las manadas, todos los animales salvajes, las aves del cielo y los peces del mar, que recorren los caminos de las aguas.

¡Qué admirable, Señor, es tu poder!

Otra mujer sube al presbiterio para leer la Segunda Lectura, por ejemplo, la carta del apóstol San Pablo a los Efesios (Efesios 5,2a.25-32). Este pasaje bíblico exhorta a los hombres a amar a sus esposas como Jesús amó a los seres humanos cuando entregó su vida para purificar a la humanidad del pecado. Del mismo modo que los seres humanos son parte del cuerpo de Cristo, la unión matrimonial lleva al hombre y a la mujer a convertirse en un solo cuerpo, por lo que, cuando el marido ama a su esposa, se ama a sí mismo:

De la carta del apóstol San Pablo a los Efesios.

Hermanos: Vivan amando, como Cristo, que nos amó y se entregó por nosotros.

Maridos, amen a sus esposas como Cristo amó a su Iglesia y se entregó por ella para santificarla, purificándola con el agua y la palabra, pues él quería presentársela a sí mismo toda resplandeciente, sin mancha ni arruga ni cosa semejante, sino santa e inmaculada.

Así los maridos deben amar a sus esposas, como cuerpos suyos que son. El que ama a su esposa se ama a sí mismo, pues nadie jamás ha odiado a su propio cuerpo, sino que le da alimento y calor, como Cristo hace con la Iglesia, porque somos miembros de su cuerpo.

Por eso abandonará el hombre a su padre y a su madre, se unirá a su mujer y serán los dos una sola carne. Este es un gran misterio, y yo lo refiero a Cristo y a la Iglesia.

Palabra de Dios.

Al final de la lectura, los fieles dicen: “Te alabamos, Señor”.

La aclamación antes del evangelio la realiza el coro que entona nuevamente un canto de aleluya. Al finalizar el cántico, el sacerdote pronuncia: “El Señor esté con ustedes” y los fieles prosiguen: “Y con tu Espíritu”. El sacerdote, entonces, anuncia la lectura del Evangelio. Una lectura frecuente es Mateo 19,3-6, en la que Jesús explica que la unión matrimonial ante Dios convierte al hombre y la mujer en un solo ser y, por tanto, su matrimonio es indisoluble.

El sacerdote dice: “Lectura del santo Evangelio según San Mateo”, y los fieles prosiguen: “Gloria a ti, Señor”.

En aquel tiempo, se acercaron a Jesús unos fariseos y, para ponerle una trampa, le preguntaron: “¿Le está permitido al hombre divorciarse de su esposa por cualquier motivo?”

Jesús les respondió: “¿No han leído que el Creador, desde un principio *los hizo hombre y mujer*, y dijo: ‘*Por eso el hombre dejará a su padre y a su madre, para unirse a su mujer, y serán los dos una sola carne*’? De modo que ya no son dos, sino una sola carne. Así pues, lo que Dios ha unido, que no lo separe el hombre”.

Palabra del Señor.

Al término de la lectura, los fieles dicen: “Gloria a ti, Señor Jesús”.

Otro texto evangélico es la Boda de Caná perteneciente al Evangelio de San Juan (Juan 2,1-11) en el que se manifiesta la gloria de Jesús. Igualmente, el sacerdote dice: “Lectura del santo Evangelio según San Juan”, y los fieles prosiguen: “Gloria a ti, Señor.”

En aquel tiempo, hubo una boda en Caná de Galilea, a la cual asistió la madre de Jesús. Este y sus discípulos también fueron invitados. Como llegara a faltar el vino, María le dijo a Jesús: "Ya no tienen vino". Jesús le contestó: "Mujer, ¿qué podemos hacer tú y yo? Todavía no ha llegado mi hora". Pero ella dijo a los que servían: "Hagan lo que él les diga".

Había allí seis tinajas de piedra, de unos cien litros cada una, que servían para las purificaciones de los judíos. Jesús dijo a los que servían: "Llenen de agua esas tinajas" y las llenaron hasta el borde. Entonces les dijo: "Saquen ahora un poco y llévenselo al mayordomo". Así lo hicieron, y en cuanto el mayordomo probó el agua convertida en vino, sin saber su procedencia, porque sólo los sirvientes la sabían, llamó al novio y le dijo: "Todo mundo sirve primero el vino mejor, y cuando los invitados ya han bebido bastante, se sirve el corriente. Tú, en cambio, has guardado el vino mejor hasta ahora".

Esto que hizo Jesús en Caná de Galilea fue la primera de sus señales milagrosas. Así manifestó su gloria, y sus discípulos creyeron en él.

Palabra del Señor.

Al finalizar la lectura, los fieles dicen: “Gloria a ti, Señor Jesús”.

Después de la lectura del Evangelio, el sacerdote manda sentarse a los asistentes e inicia la homilía. En la homilía, el sacerdote explica el misterio del matrimonio cristiano, la dignidad del amor conyugal, la gracia del sacramento y las obligaciones de los cónyuges.

En la Creación de la Tierra y el Cielo, Dios creó a su imagen y semejanza un ser excelente: el hombre y la mujer. Eva fue creada a partir de la costilla de Adán y, por tanto, la mujer tiene la misma naturaleza, ni inferior ni superior, y la misma dignidad que el hombre. Dios creó al hombre y la mujer con una misión diferente a la de las demás criaturas, la misión de dominar la Tierra y someter a todos los animales. Pero la principal misión que tenía el hombre era vivir en comunión con Dios, manteniendo una comunicación que fue armoniosa hasta que el pecado apareció en la vida humana. El pecado no sólo rompió la comunión armoniosa con Dios sino también la comunión armoniosa entre los seres humanos. Aun así, el hombre y la mujer son la obra cumbre de la Creación, son los hijos de Dios, las únicas criaturas que pueden recibir los dones del Espíritu Santo. Y los dones del Espíritu Santo permiten al hombre y la mujer santificarse.

En los Evangelios, Jesús aparece en diferentes eventos sociales, lo cual significa que Jesús está presente en todos los acontecimientos de la vida humana, incluido el matrimonio. Los esposos han de invitar a Jesús a su boda para que Él transforme la alegría de la celebración del casamiento en un gozo que no se acaba, para que los esposos sean imbuidos por el Espíritu Santo, para que Dios los ayude a cuidar y engrandecer su amor en el día a día, y así, como cristianos, puedan dar testimonio de que su unión matrimonial sigue la voluntad de Dios.

El hombre y la mujer, cuando contraen matrimonio delante de Dios, se prometen amor y fidelidad para siempre y en todas las circunstancias de la vida, en la bonanza y la adversidad, en la salud y la enfermedad, en la riqueza y la pobreza. En la vida matrimonial, el hombre y la mujer deben cuidarse mutuamente y guardarse amor, respeto y fidelidad todos los días de su vida, y ello requiere un esfuerzo continuado en el día a día tanto del hombre como de la mujer, que se va expresando en las palabras, en las acciones, en los detalles.

El matrimonio se fundamenta en el mutuo consentimiento y la mutua promesa de fidelidad que el hombre y la mujer realizan ante Dios. Jesús instituyó el matrimonio como sacramento de la nueva alianza y, por tanto, el vínculo matrimonial entre el hombre y la mujer no puede romperse. Lo que Dios une, no puede ser separado por el hombre y la mujer.

El hombre y la mujer, al contraer matrimonio ante Dios, dan testimonio de que desean unir sus vidas cumpliendo el plan de Dios. Por ello, en la celebración de la misa matrimonial, el sacerdote, junto con los presentes, participan del amor y la alegría de los novios e invocan al Espíritu Santo para pedir la bendición de los nuevos esposos en su nueva vida en común.

Una vez que el sacerdote termina la homilía, procede a celebrar la Liturgia del Matrimonio. En el caso de que el novio o la novia no hayan recibido el sacramento de la

Confirmación, el sacerdote confirma al contrayente antes de otorgar el sacramento del matrimonio. A través de la Confirmación, el contrayente recibe el don del Espíritu Santo y queda consagrado como hijo de Dios para toda la vida.

10.2.a.3 La Liturgia o Celebración del Matrimonio

El sacerdote comienza la Liturgia del Matrimonio exponiendo que el novio y la novia, después de haberse conocido durante su noviazgo, haber platicado con sus respectivas familias y haber asistido a las charlas matrimoniales impartidas en la parroquia, han decidido unir sus vidas delante de Dios y ante la comunidad formada por sus familiares y amigos. Dios bendice el amor que los novios se tienen el uno al otro, los enriquece y les da fuerza para guardarse mutua fidelidad y cumplir con las obligaciones del matrimonio.

El sacerdote, entonces, procede a interrogar a la pareja sobre su libertad de elección, su voluntad de contraer matrimonio, su deseo de mantenerse fieles el uno al otro, y la aceptación de procrear hijos y educarlos según los mandamientos de la Iglesia Católica.

El sacerdote pregunta: “[nombre del novio y la novia], ¿han venido aquí a contraer Matrimonio por su libre y plena voluntad y sin que nada ni nadie los presione?”

El novio y la novia contestan: “Sí”.

El sacerdote: “¿Están dispuestos a amarse y honrarse mutuamente, a guardarse fidelidad el uno al otro en el Matrimonio durante toda la vida?”

El novio y la novia: “Sí”.

El sacerdote: “¿Están dispuestos a recibir con fe y con amor los hijos que Dios les conceda y a educarlos según la ley de Cristo y de su Iglesia?”

El novio y la novia: “Sí”.

Terminado el escrutinio, los novios dan su consentimiento declarando sus votos matrimoniales.

El sacerdote: “Así, pues, ya que quieren establecer entre ustedes la alianza santa del Matrimonio, unan sus manos y expresen su consentimiento delante de Dios y de su Iglesia.

[Nombre del novio], ¿aceptas a [nombre de la novia], aquí presente, como tu esposa y prometes serle fiel en lo próspero y lo adverso, en la salud y en la enfermedad, y amarla y respetarla todos los días de tu vida?”

El novio: “Sí, acepto”.

El sacerdote: “[Nombre de la novia], ¿aceptas a [nombre del novio], aquí presente, como tu esposo y prometes serle fiel en lo próspero y lo adverso, en la salud y en la enfermedad, y amarlo y respetarlo todos los días de tu vida?”

La novia: “Sí, acepto”.

El sacerdote: “El Señor confirme con su bondad este consentimiento que han manifestado ante la Iglesia y cumpla en ustedes su bendición. Lo que Dios acaba de unir, que no lo separe el hombre”.

Los fieles: “Amén”.



Unos novios declaran sus votos matrimoniales durante una ceremonia católica

Tras el consentimiento, el sacerdote bendice los anillos, las arras, la Biblia, la vela, los cojines y el lazo que los diferentes padrinos y madrinan van a entregar a los novios. Los anillos simbolizan el compromiso de la unión y la mutua fidelidad de los esposos para toda la vida. Las arras simbolizan el compromiso que el hombre adquiere para proveer el sustento económico de la familia, depositando el valor de su trabajo en las manos de su mujer, que lo recibe para administrarlo adecuadamente en el hogar. El número de arras suele ser doce, a veces, trece: las doce arras representan el número de meses del año y la número trece simboliza el diezmo que se entrega a la iglesia.

Envía, Señor, tu bendición sobre estos hijos tuyos, [nombre del novio y la novia], y santificalos en tu amor, y que estos anillos y estas arras, símbolos de fidelidad y de ayuda mutua, les recuerden siempre el cariño que se tienen. Por Jesucristo, nuestro Señor.

Los fieles: “Amén”.

El novio coloca el anillo en el dedo anular de la mano derecha de la novia y dice:

[Nombre de la novia], recibe este anillo como signo de mi amor y de que siempre te seré fiel. En el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo. Amén.

La novia coloca el anillo en el dedo anular de la mano derecha del novio y dice:

[Nombre del novio], recibe este anillo como signo de mi amor y de que siempre te seré fiel. En el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo. Amén.

El novio deposita las arras en las manos de la novia y dice:

[Nombre de la novia], recibe también estas arras como prenda del cuidado que tendré de que no falte lo necesario en nuestro hogar.

La novia dice:

[Nombre del novio], yo las recibo en señal del cuidado que tendré de que todo se aproveche en nuestro hogar.

El sacerdote anuncia que los padrinos van a entregar la Biblia a los novios. La Biblia debe estar presente en cada hogar católico para que sus miembros puedan leer y meditar sobre la Palabra de Dios, que ofrece sabios consejos y palabras de alegría y consuelo para afrontar las vicisitudes de la vida.

A continuación, los padrinos de velación entregan a los novios sendas velas. El sacerdote explica que la vela simboliza la luz de Cristo, la luz de la fe, la esperanza y la caridad que, aun en las dificultades, no debe apagarse nunca y siempre debe iluminar la vida de los esposos.

La madrina de cojines coloca dos cojines blancos en forma de corazón en el suelo para que el novio y la novia se hincen, permaneciendo de rodillas hasta la finalización de la misa. El sacerdote explica que los novios se hincan como un gesto de humildad ante Dios, expresando a través de su cuerpo lo que sienten en su corazón, para agradecer y pedir la protección de su matrimonio y su familia.

Seguidamente, los padrinos de lazo ponen el rosario de cuentas blancas sobre sus hombros, de forma que entre los novios cuelga la cruz del rosario, como símbolo de que la unión matrimonial del hombre y la mujer es para toda la vida. El sacerdote pide la bendición del lazo:

Bendice, Señor, este lazo, símbolo de la unión matrimonial de [nombre del novio] y [nombre de la novia]. En el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo”.

Los fieles: “Amén”.

El sacerdote rocía agua bendita a los recién casados, y los asistentes aplauden. El sacerdote continúa la ceremonia iniciando la Oración de los Fieles en la que los congregados oran a Dios para que bendiga la vida matrimonial de los nuevos esposos en forma de felicidad, paternidad y fidelidad, para que la Iglesia y las instituciones defiendan el matrimonio y la familia, y para que los fieles presentes sigan fielmente el mensaje de Jesucristo.

El sacerdote: “Oremos a Dios para que estos hermanos nuestros, [nombre del esposo y la esposa], que hoy se unen en matrimonio alcancen la felicidad en esta vida y en la otra”.

Los fieles dicen: “Escúchanos, Padre”.

Un hombre o una mujer sube al presbiterio y prosigue la oración enunciando todas las peticiones que se realizan a Dios. En ocasiones, es el propio sacerdote quien lee las peticiones. Tras cada petición, los fieles repiten: “Escúchanos, Padre”.

Oremos para que Dios bendiga esta santa unión, así como su Hijo bendijo con su presencia las bodas de Caná, oremos.

Para que Dios les otorgue la gracia de los hijos y la felicidad de la familia humana, oremos.

Para que se conserven felices en la concordia y en la fidelidad y den buen testimonio del nombre cristiano, oremos.

Para que el Espíritu Santo renueve la gracia del sacramento del Matrimonio en todos los esposos aquí presentes, oremos.

Para que los gobernantes y las instituciones humanas cuiden y defiendan la dignidad del Matrimonio entre el hombre y la mujer como célula básica y elemental de la sociedad, oremos.

Para que la Iglesia siga teniendo esa voz profética en defensa del Matrimonio cristiano y en defensa de la vida, oremos.

Por [nombre del esposo y la esposa], para que esta felicidad se prolongue a lo largo de toda su vida, oremos.

Por nosotros, Iglesia de Cristo, para que, como esposa de Cristo, nos esforcemos por seguir de cerca a Cristo, nuestro esposo, y ser fiel a su palabra, oremos.

El sacerdote termina la Oración de los Fieles pronunciando:

Padre, mira propicio a estos hijos tuyos, [nombre del esposo y la esposa], consérvalos unidos en tu amor, y atiende a nuestras plegarias que te dirigimos con humildad. A ti que vives y reinas por los siglos de los siglos.

Los fieles: “Amén”.

El sacerdote puede elegir otro formulario y otras peticiones a la hora de pronunciar la Oración de los Fieles. Las peticiones pueden estar más enfocadas en los esposos y sus familiares, de modo que en la oración los congregados invocan a Dios para que bendiga la vida matrimonial de los nuevos esposos en forma de felicidad, salud, prosperidad y armonía, para que eduquen a sus hijos en la fe católica, para que los padres de los esposos sientan la satisfacción de ver que la crianza de sus hijos ha culminado exitosamente en el matrimonio, y para que los familiares y amigos difuntos gocen de la salvación y la vida eternas.

El sacerdote comienza la oración diciendo:

Hermanos, invoquemos ahora confiadamente a Dios Padre y pidámosle que escuche nuestra oración por los nuevos esposos, [nombre del novio y la novia], por la Iglesia universal y por toda la familia humana.

Los fieles dicen: “Te rogamos, óyenos”.

Un hombre o una mujer prosigue la oración leyendo las peticiones que se realizan a Dios. Después de cada petición, los fieles dicen: “Te rogamos, óyenos”.

Para que Dios les conceda a [nombre del novio y la novia] salud y paz, trabajo y alegría, roguemos al Señor.

Para que, apoyados en la fuerza divina, hagan de su casa un hogar acogedor, verdadera Iglesia doméstica, roguemos al Señor.

Para que, viviendo la intimidad de su hogar, no sean insensibles a las necesidades y sufrimientos de la gran familia humana, roguemos al Señor.

Para que sean padres responsables y sepan educar a sus hijos en la rectitud de carácter y en la integridad de la fe, roguemos al Señor.

Para que los papás de [nombre del novio y la novia] se alegren al contemplar el matrimonio de sus hijos y vean en él el coronamiento de sus esfuerzos por educarlos, roguemos al Señor.

Para que todos los familiares y amigos de los nuevos esposos, que los han precedido ya en la morada eterna, gocen de la felicidad sin fin en compañía de los santos, roguemos al Señor.

Para que toda la familia humana sea cada día con mayor intensidad lugar de convivencia pacífica y cordial, y para que la Iglesia de Jesucristo sea cada vez más comunidad de fe, de oración y de caridad fraterna, roguemos al Señor.

El sacerdote termina la Oración de los Fieles diciendo:

Señor Dios todopoderoso, que desde el principio del mundo santificaste la unión matrimonial, escucha nuestra oración y haz que los nuevos esposos, [nombre del

novio y la novia], consigan con abundancia los bienes que para ellos te hemos pedido. Por Jesucristo, nuestro Señor.

Los fieles: “Amén”.

Una vez terminada la Oración de los Fieles, comienza la Liturgia de la Eucaristía con un canto de ofertorio entonado por el coro, a menudo el canto “Esto que te doy”.

10.2.a.4 La Liturgia Eucarística

Cuando termina el cántico de ofertorio, el sacerdote pronuncia estas palabras:

Oren, hermanos y hermanas, para que este sacrificio, mío y de ustedes, sea agradable a Dios, Padre todopoderoso.

Los fieles prosiguen: “El Señor reciba de tus manos este sacrificio, para alabanza y gloria de su nombre, para nuestro bien y el de toda su santa Iglesia”.

El sacerdote realiza la Oración de las Ofrendas:

Escucha, Señor, nuestras súplicas y recibe con agrado estas ofrendas que te presentamos por estos hijos tuyos, [nombre del novio y la novia], unidos en santo matrimonio, para que la celebración de estos misterios los confirme en su amor y en el tuyo. Por Jesucristo Nuestro Señor.

Los fieles: “Amén”.

La ceremonia continúa con la Plegaria Eucarística. En el Prefacio, el sacerdote entabla un diálogo con los fieles en el que todos dan las gracias a Dios por haber dotado al matrimonio cristiano de un vínculo indisoluble y orientado a la procreación de nuevos hijos de la Iglesia.

El sacerdote dice: “El Señor esté con ustedes”.

Los fieles prosiguen: “Y con tu Espíritu”.

El sacerdote: “Levantemos el Corazón”.

Los fieles: “Lo tenemos levantado hacia el Señor”.

El sacerdote: “Demos gracias al Señor, nuestro Dios”.

Los fieles: “Es justo y necesario”.

El sacerdote: “En verdad es justo y necesario, es nuestro deber y salvación darte gracias, siempre y en todo lugar, Señor, Padre Santo, Dios todopoderoso y eterno.

Que, con el yugo suave del amor y el vínculo indisoluble de la paz, hiciste más fuerte la alianza nupcial, para que aumenten los hijos de tu adopción por la honesta fecundidad de los matrimonios cristianos.

Tu providencia, Señor, y tu amor, lo dispusieron de manera tan admirable que por medio del nacimiento de los niños adornas la tierra y, al hacerlos renacer por el Bautismo, haces crecer tu Iglesia. Por Cristo, Señor nuestro. Por él, con los ángeles y los santos, cantamos sin cesar el himno de tu gloria.”

El final del Prefacio, en tiempo de Navidad, periodo en el que se celebran muchas bodas usileñas, puede ser también el siguiente:

En verdad es justo y necesario, es nuestro deber y salvación darte gracias, siempre y en todo lugar, Señor, Padre Santo, Dios todopoderoso y eterno, por Cristo, Señor Nuestro. El cual, en el misterio santo que hoy celebramos, se hizo presente entre nosotros sin dejar la gloria del Padre; siendo invisible en su naturaleza divina, se hizo visible al asumir la nuestra y, engendrado antes de todo tiempo, comenzó a existir en el tiempo para reintegrar en la unidad a la creación entera, reconstruyendo en su persona cuanto en el mundo yacía derrumbado y para llamar de nuevo al hombre caído al Reino de los cielos. Por eso, unidos a los coros angélicos, te aclamamos, llenos de alegría.

Al finalizar el Prefacio, el coro entona el canto santo “Santo es el Señor mi Dios”. Después del canto sigue la invocación a Dios. El sacerdote invoca a Dios para que las ofrendas del pan y el vino sean consagradas, se transformen en la sustancia divina del Cuerpo y la Sangre de Cristo, y Jesucristo Sacramentado se haga presente entre los congregados. Las versiones de la Plegaria Eucarística más usadas son la I y la II, procediendo a describir la versión I.

Padre misericordioso, te pedimos humildemente por Jesucristo, tu Hijo, nuestro Señor, que aceptes y bendigas estos dones, este sacrificio santo y puro que te ofrecemos, ante todo por tu Iglesia santa y católica, para que le concedas la paz, la protejas, la congregues en la unidad y la gobiernes en el mundo entero, con tu servidor el Papa [nombre del Papa], con nuestro Obispo [nombre del obispo], y todos los demás Obispos que, fieles a la verdad, promueven la fe católica y apostólica.

Acuérdate, Señor, de tus hijos, [nombre del novio y la novia], y de todos los aquí reunidos, cuya fe y entrega bien conoces; por ellos y todos los suyos, por el perdón de sus pecados y la salvación que esperan de ti, te ofrecemos, y ellos mismos te ofrecen, este sacrificio de alabanza, eterno Dios, vivo y verdadero.

Reunidos en comunión con toda la Iglesia, veneramos la memoria, ante todo de la gloriosa siempre Virgen María, Madre de Jesucristo, nuestro Dios y Señor; la de su esposo, San José, la de los santos apóstoles y mártires Pedro y Pablo, y la de todos los santos; por sus méritos y oraciones concédenos en todo su protección.

Acepta, Señor, en tu bondad, esta ofrenda de tus siervos, de los nuevos esposos, [nombre del esposo y la esposa], y de toda tu familia santa que hoy intercede por

ellos; ya que les has conseguido llegar al día de los esposorios, póngales también una larga vida.

El sacerdote extiende las manos sobre las ofrendas y pide su bendición:

Bendice y santifica, oh Padre, esta ofrenda, haciéndola perfecta, espiritual y digna de ti, de manera que sea para nosotros Cuerpo y Sangre de tu Hijo amado, Jesucristo, nuestro Señor. El cual, la víspera de su Pasión, tomó pan en sus santas y venerables manos y, elevando los ojos hacia ti, Dios, Padre suyo todopoderoso, dando gracias te bendijo, lo partió, y lo dio a sus discípulos diciendo: «Tomen y coman todos de él, porque esto es mi cuerpo, que será entregado por ustedes».

El sacerdote presenta la hostia consagrada alzándola con ambas manos, la deposita sobre la paterna y la adora haciendo una genuflexión, al mismo tiempo que el monaguillo hace sonar la campanilla. Después, el sacerdote prosigue con la consagración del cáliz:

Del mismo modo, acabada la cena, tomó este cáliz glorioso en sus santas y venerables manos, dando gracias te bendijo, y lo dio a sus discípulos diciendo: «Tomen y beban todos de él, porque éste es el cáliz de mi sangre, sangre de la alianza nueva y eterna, que será derramada por ustedes y por todos los hombres para el perdón de los pecados. Hagan esto en conmemoración mía».

El sacerdote presenta el cáliz levantándolo con ambas manos, lo deja sobre la paterna y lo adora haciendo una genuflexión, a la vez que el monaguillo hace sonar la campanilla. El sacerdote dice:

Éste es el Sacramento de nuestra fe.

Los fieles prosiguen: “Anunciamos tu muerte, Señor, proclamamos tu resurrección. ¡Ven, Señor! ¡Ven, Señor Jesús!”

El sacerdote continúa la Plegaria Eucarística pidiendo a Dios que acepte las ofrendas consagradas para que los fieles puedan recibir el Cuerpo y la Sangre de su Hijo y ser bendecidos con la salvación y la vida eternas, así como la intercesión de Dios por todos los creyentes, los vivos y los difuntos, para que los vivos sean bendecidos y perdonados por sus pecados y los difuntos puedan descansar en paz:

Por eso, Padre, nosotros, tus hijos, y todo tu pueblo santo, al celebrar este memorial de la muerte gloriosa de Jesucristo, tu Hijo, nuestro Señor; de su santa resurrección del lugar de los muertos y de su admirable ascensión a los cielos, te ofrecemos, Dios de gloria y majestad, de los mismos bienes que nos has dado, el sacrificio puro, inmaculado y santo: pan de vida eterna y cáliz de eterna salvación.

Mira con ojos de bondad esta ofrenda y acéptala, como aceptaste los dones del justo Abel, el sacrificio de Abrahán, nuestro padre en la fe, y la oblación pura de tu sumo sacerdote Melquisedec.

Te pedimos humildemente, Dios todopoderoso, que esta ofrenda sea llevada a tu presencia, hasta el altar del cielo, por manos de tu ángel, para que cuantos recibimos el Cuerpo y la Sangre de tu Hijo, al participar aquí de este altar, seamos colmados de gracia y bendición.

Acuérdate también, Señor, de tus hijos e hijas [nombres de familiares difuntos], que nos han precedido con el signo de la fe y duermen ya en el sueño de la paz. A ellos, Señor, y a cuantos descansan en Cristo, concédeles el lugar del consuelo, de la luz y de la paz.

Y a nosotros, pecadores, siervos tuyos, que confiamos en tu infinita misericordia, admítenos en la asamblea de los santos apóstoles y mártires Juan el Bautista, Esteban, Matías y Bernabé, y de todos los santos; y acéptanos en su compañía, no por nuestros méritos, sino conforme a tu bondad.

Por Cristo, Señor nuestro, por quien sigues creando todos los bienes, los santificas, los llenas de vida, los bendices y los repartes entre nosotros.

El sacerdote toma la paterna con la hostia consagrada y el cáliz y, sosteniéndolos elevados, dice:

Por Cristo, con él y en él, a ti, Dios Padre omnipotente, en la unidad del Espíritu Santo, todo honor y toda gloria por los siglos de los siglos.

Los fieles: "Amén".

Terminada la Plegaria Eucarística, se procede a la oración del Padre Nuestro. El Sacerdote dice: "Llenos de alegría por ser hijos de Dios, digamos confiadamente la oración que Cristo nos enseñó". El sacerdote y los fieles pronuncian la oración del Padre Nuestro:

Padre nuestro que estás en el cielo,
santificado sea tu Nombre;
venga a nosotros tu Reino;
hágase tu voluntad en la tierra como en el cielo.
Danos hoy nuestro pan de cada día;
perdona nuestras ofensas,
como también nosotros perdonamos a los que nos ofenden;
no nos dejes caer en la tentación,
y líbranos del mal. Amén.

Tras la oración del Padre Nuestro, el sacerdote invoca la Bendición Nupcial, pidiendo a Dios que bendiga a los recién casados para que, conforme a su mandamiento, se amen y se respeten mutuamente y su unión matrimonial dure toda la vida, para que reciban la bendición de los hijos, sean buenos padres, puedan ver a los hijos de sus hijos, y ya en la

ancianidad, cuando llegue la hora de su muerte, sus almas se salven y vayan al Reino de los Cielos:

Hermanos y hermanas, imploremos la bendición de Dios Padre sobre estos esposos, [nombre del esposo y la esposa], para que, unidos a Cristo por el vínculo santo del Matrimonio, formen un solo corazón y una sola alma.

Señor, Tú que con tu poder lo hiciste todo de la nada y, desde los principios de la creación, modelaste al hombre y a la mujer a tu imagen y semejanza, y constituiste a cada uno como ayuda y compañía inseparable del otro, de modo que no fueran dos seres sino uno solo, enseñándonos que nunca es lícito separar lo que tú quisiste unir;

Señor, Tú que con un designio maravilloso consagraste la unión conyugal para prefigurar en ella la unión de Cristo y de la Iglesia;

Señor, tú que has querido la unión del hombre y la mujer y has bendecido esta comunidad, establecida desde el principio, con la única bendición que no fue abolida ni por la pena del pecado original, ni por el castigo del diluvio; mira con bondad a estos hijos tuyos que, unidos en Matrimonio, quieren que tu bendición los acompañe.

Envía sobre ellos la gracia del Espíritu Santo para que tu amor, derramado en sus corazones, los haga permanecer fieles a su alianza conyugal.

Concede a tu hija, [nombre de la esposa], el don del amor y de la paz y que siga siempre el ejemplo de las santas mujeres, cuya alabanza proclama la Escritura.

Que confíe en ella el corazón de su esposo y que, reconociéndola éste como compañera de igual dignidad y coheredera de la vida de la gracia, la respete debidamente y la ame siempre con el amor con que Cristo amó a su Iglesia.

Y ahora, Señor, te suplicamos que estos hijos tuyos permanezcan ligados a la fe y a tus mandamientos y que, fieles a un solo amor, sean ejemplares por la integridad de sus costumbres; que, fortalecidos con el Evangelio, sean testigos de Cristo delante de todos; sean fecundos en hijos, padres intachables, vean ambos a los hijos de sus hijos y, transcurrida una ancianidad feliz, alcancen la felicidad de los justos en el Reino de los Cielos.

Por Jesucristo, nuestro Señor.

Al término de la bendición nupcial, los fieles dicen: “Amén”. Seguidamente, comienza el Rito de la Paz:

El sacerdote: “Líbranos de todos los males, Señor, y concédenos la paz en nuestros días, para que, ayudados por tu misericordia, vivamos siempre libres de pecado y protegidos de toda perturbación, mientras esperamos la gloriosa venida de nuestro Salvador Jesucristo”.

Los fieles: “Tuyo es el reino, tuyo el poder y la gloria por siempre, Señor”.

El sacerdote: “Señor Jesucristo, que dijiste a tus apóstoles: «Mi paz les dejo, mi paz les doy»; no tengas en cuenta nuestros pecados sino la fe de tu Iglesia y, conforme a tu Palabra, concédele la paz y la unidad. Tú que vives y reinas por los siglos de los siglos”.

Los fieles: “Amén”.

El sacerdote: “Que la paz del Señor esté siempre con todos ustedes”.

Los fieles: “Y con tu Espíritu”.

El sacerdote: “Dense fraternalmente un saludo de paz”.

Los recién casados y los asistentes se dan la mano unos a otros permaneciendo en su lugar. El coro entona el canto de cordero “Cordero de Dios”. A su término, el sacerdote proclama:

Éste es el Cordero de Dios que quita el pecado del mundo. Dichosos los invitados a la cena del Señor.

Los fieles: “Señor, yo no soy digno de que entres en mi casa, pero una palabra tuya bastará para sanarme”.

Los fieles que desean comulgar, se acercan al sacerdote, que se sitúa en el pasillo central junto al presbiterio, para recibir la hostia consagrada. Mientras los fieles comulgan, el coro entona un canto de comunión, generalmente el canto de comunión para boda “Bodas de Caná”:

Este día de felicidad han sonado las campanas del amor, transformando en dicha nuestra ilusión al recibir tu bendición.

Señor, bendice nuestra unión que consagramos ante tu altar, llenándonos de dicha, paz y amor, ternura y felicidad.

Las campanas suenan al amor, ángeles en coro celestial, tu presencia inunda el santo ritual como en las bodas de Caná.

Habiendo realizado nuestra unión, te entregamos hoy a ti la ilusión, nuestras almas enlazadas con la firme decisión de mantener siempre el amor.

Una vez terminada la comunión, el sacerdote pronuncia una nueva oración pidiendo a Dios la protección de la nueva familia creada y la perduración de su unión matrimonial:

Por este sacrificio de salvación, protege, Señor, con tu providencia a la nueva familia que has instituido y unifica en un mismo corazón a los que uniste en una santa alianza y has alimentado con un mismo pan y un mismo cáliz. Por Jesucristo, nuestro Señor.

Los fieles: “Amén”.

10.2.a.5 El Rito de Conclusión

En el rito de conclusión, el sacerdote bendice a los nuevos esposos y a los fieles presentes en la ceremonia.

El sacerdote: “[Nombre del esposo y la esposa], que el eterno Padre los conserve unidos en el amor, para que la paz de Cristo habite en ustedes y permanezca en su hogar”.

Los fieles: “Amén”.

El sacerdote: “Que tengan en los hijos una bendición, en los amigos un consuelo y en el trato con todos, una paz verdadera”.

Los fieles: “Amén”.

El sacerdote: “Que sean testigos del amor de Dios en el mundo para que los pobres y afligidos, habiendo encontrado en ustedes ayuda y consuelo, los reciban con gratitud algún día en la casa eterna del Padre”.

Los fieles: “Amén”.

El sacerdote: “Y que a todos ustedes, los aquí presentes, los bendiga Dios todopoderoso, Padre, Hijo y Espíritu Santo, y su bendición les acompañe siempre”.

Los fieles: “Amén”.

El sacerdote: “Hermanas y hermanos, glorifiquemos a Dios en nuestras vidas. Podemos ir en paz”.

Los fieles: “Demos gracias a Dios”.

En el momento en que finaliza la misa, los recién casados se ponen de pie y los asistentes aplauden a los nuevos esposos. El coro entona el canto de salida mientras el sacerdote, los recién casados y los testigos firman el acta matrimonial.

Después el esposo y la esposa posan para que el fotógrafo, en caso de que haya sido contratado, parientes y amigos tomen fotos a los pies del altar, solos y en compañía de familiares. Seguidamente, otras fotos son tomadas a los esposos junto a familiares y amigos en la entrada de la iglesia. Tras la sesión de fotos, los recién casados, seguidos por la comitiva de invitados, se dirigen a la casa de la familia del esposo a celebrar el banquete de boda.



Una pareja católica recién casada, acompañada por su comitiva de familiares, padrinos, amigos y músicos se dirige a la casa del novio donde se va a celebrar el convivio nupcial.

b) La ceremonia evangélica del matrimonio

Las ceremonias evangélicas del matrimonio presentan un grado de formulismo menor que la ceremonia católica, y se ciñe a las lecturas bíblicas, la declaración de propósitos y los votos matrimoniales. El ritual evangélico es más abierto a la intervención personal del pastor o los pastores que offician la ceremonia en el sermón, que puede incluir pasajes bíblicos, en las oraciones de bendición y agradecimiento a Dios y en la explicación del significado de los objetos simbólicos que los padrinos entregan a los novios.

Cuando los novios pertenecen a iglesias evangélicas diferentes, la ceremonia de matrimonio se celebra en la iglesia a la que asiste la familia del novio⁹³. Ambos pastores, el pastor de la iglesia de la novia y el pastor de la iglesia del novio, offician la ceremonia de casamiento, aunque el pastor del novio es quien pronuncia el sermón y casa a los contrayentes. Cuando la familia del novio goza de buena posición económica, el pastor del novio invita a otro pastor, generalmente un pastor foráneo, a veces otro pastor de Usila, de modo que la ceremonia de matrimonio es oficiada entre los tres pastores, siendo el pastor invitado quien se encarga de pronunciar el sermón y dirigir el casamiento de los novios.

⁹³ Siempre se sigue esta norma salvo que la familia de la novia goce de un estatus socioeconómico mayor que la familia del novio, posición social que otorga al padre de la novia el poder de imponer su voluntad sobre el padre del novio.

Aun cuando los rituales presentan variantes dependiendo de la iglesia evangélica en la que se celebra el casamiento, las ceremonias evangélicas del matrimonio presentan una estructura común:

1. Bienvenida a los novios en la entrada de la iglesia
2. Introducción
3. Lectura bíblica
4. Oración de agradecimiento y bendición
5. Canto de alabanza
6. Sermón
7. Oración de bendición
8. Celebración del matrimonio
 - a. Entrega de los objetos simbólicos a los novios
 - b. Declaración de propósitos
 - c. Oración pidiendo la perduración de la unión matrimonial
 - d. Votos matrimoniales
 - e. Anuncio de la indisolubilidad de la unión matrimonial
 - f. Oración de bendición matrimonial
 - g. Presentación de la esposa ante la iglesia

Bienvenida a los novios

Al igual que en la ceremonia católica, cuando la comitiva llega al templo evangélico, el pastor sale a recibir a los novios y les da la bienvenida en la entrada de la iglesia. Seguidamente, el pastor vuelve a entrar al interior de la iglesia y, recorriendo el pasillo central, se dirige hacia la tarima. Los invitados entran por la puerta lateral o puertas laterales del templo y van tomando asiento en las sillas blancas de plástico que hay en el interior. Las sillas están dispuestas formando dos grupos de hileras a los lados de un pasillo central, adornado para la ocasión con centros florales sobre pies blancos de madera o pies metálicos de un metro veinte de altura aproximadamente. Si nos situamos en la entrada mirando hacia el fondo de la iglesia, en las hileras delanteras del lado izquierdo se sientan el padre, la madre y el representante del novio, mientras en las hileras delanteras del lado derecho se sientan el padre, la madre y el representante de la novia⁹⁴. A uno y otro lado se sientan los diferentes padrinos que intervienen en la ceremonia.

⁹⁴ Los padrinos en la boda evangélica, al igual que en la boda católica, son las personas que entregan a los novios los objetos queridos durante la ceremonia y que poseen un valor simbólico.

Desde la tarima situada en el fondo de la iglesia, el pastor llama al novio, quien, caminando por el pasillo central, se acerca al estrado agarrado del brazo izquierdo de su madre y, a continuación, llama a la novia, quien entra agarrada del brazo derecho de su padre, seguida de los niños y las niñas que portan la cola de su vestido. El novio y la novia se sientan en las dos sillas blancas situadas en el pasillo central a los pies de la tarima; la novia se sitúa a la derecha del novio, ambos dando la espalda a los asistentes.

Introducción

Una vez que los invitados y los novios han tomado asiento, el pastor de la iglesia anuncia que los novios, tras haber contraído matrimonio ante la sociedad, van a contraer matrimonio delante de Dios. Las personas presentes han sido congregadas para acompañar y compartir con el novio y la novia este día de felicidad y ser testigos de su unión matrimonial ante la presencia de Dios. El matrimonio fue creado por Dios con el fin de que el hombre y la mujer no vivieran solos, sino que se acompañaran y se ayudaran mutuamente en sus vidas, y para que formaran una familia, procrearan y criaran hijos e hijas siguiendo la fe y los mandamientos de Dios.

Lectura bíblica

Terminada la introducción, el pastor continúa leyendo un pasaje bíblico del Antiguo o del Nuevo Testamento que habla sobre el matrimonio⁹⁵. Uno de los textos del Antiguo Testamento más utilizados pertenece al capítulo 2 del libro del Génesis. En este pasaje se narra cómo Dios creó a los animales para que Adán no se sintiera solo y le hicieran compañía, pero, viendo que ningún animal era una ayuda idónea para él, Dios creó un ser con la misma naturaleza que el hombre, la mujer, para que ambos se unieran y compartieran la vida en común.

¹⁸Y dijo Jehová Dios: No es bueno que el hombre esté solo; le haré ayuda idónea para él.

¹⁹Jehová Dios formó, pues, de la tierra toda bestia del campo, y toda ave de los cielos, y las trajo a Adán para que viese cómo las había de llamar; y todo lo que Adán llamó a los animales vivientes, ése es su nombre.

²⁰Y puso Adán nombre a toda bestia y ave de los cielos y a todo ganado del campo; mas para Adán no se halló ayuda idónea para él.

²¹Entonces Jehová Dios hizo caer sueño profundo sobre Adán, y mientras éste dormía, tomó una de sus costillas, y cerró la carne en su lugar.

⁹⁵ Los pasajes bíblicos leídos en las ceremonias evangélicas del matrimonio pertenecen a la Biblia *Reina Valera 1960* (RVR 1960), ya que es la versión más utilizada por los pastores de Usila. Todos los textos bíblicos citados corresponden a esta versión de la Biblia evangélica.

²²Y de la costilla que Jehová Dios tomó del hombre, hizo una mujer, y la trajo al hombre.

²³Dijo entonces Adán: Esto es ahora hueso de mis huesos y carne de mi carne; ésta será llamada Varona, porque del varón fue tomada.

²⁴Por tanto, dejará el hombre a su padre y a su madre, y se unirá a su mujer, y serán una sola carne. (Génesis 2:18-24)

Un texto del Nuevo Testamento leído frecuentemente en las ceremonias evangélicas pertenece a la epístola que el apóstol Pablo escribió a los Efesios. En este pasaje se exhorta a los hombres a amar a sus esposas como Cristo amó a su iglesia, entregando su vida para purificar a los seres humanos de sus pecados. Los seres humanos forman parte de Cristo y, cuando el hombre se une a su mujer, se convierten en un solo ser, de manera que, al amar a su esposa, el hombre se ama a sí mismo. La mujer, por su parte, debe respetar a su marido.

²⁵Maridos, amad a vuestras mujeres, así como Cristo amó a la iglesia, y se entregó a sí mismo por ella,

²⁶para santificarla, habiéndola purificado en el lavamiento del agua por la palabra,

²⁷a fin de presentársela a sí mismo, una iglesia gloriosa, que no tuviese mancha ni arruga ni cosa semejante, sino que fuese santa y sin mancha.

²⁸Así también los maridos deben amar a sus mujeres como a sus mismos cuerpos. El que ama a su mujer, a sí mismo se ama.

²⁹Porque nadie aborreció jamás a su propia carne, sino que la sustenta y la cuida, como también Cristo a la iglesia,

³⁰porque somos miembros de su cuerpo, de su carne y de sus huesos.

³¹Por esto dejará el hombre a su padre y a su madre, y se unirá a su mujer, y los dos serán una sola carne.

³²Grande es este misterio; mas yo digo esto respecto de Cristo y de la iglesia.

³³Por lo demás, cada uno de vosotros ame también a su mujer como a sí mismo; y la mujer respete a su marido. (Efesios 5:25-33)

En ciertas ceremonias, cuando el texto bíblico que habla sobre el matrimonio es leído y comentado durante el sermón, la primera lectura bíblica puede ser un salmo que habla de cómo el ser humano se asombra y reconoce su humilde naturaleza ante la omnipresencia y la omnisciencia de Dios, lo que le lleva a alabar y seguir fielmente a Dios para ser guiado en la búsqueda de la eternidad.

¹Oh Jehová, tú me has examinado y conocido.

²Tú has conocido mi sentarme y mi levantarme;
Has entendido desde lejos mis pensamientos.

³ Has escudriñado mi andar y mi reposo,
Y todos mis caminos te son conocidos.

⁴ Pues aún no está la palabra en mi lengua,
Y he aquí, oh Jehová, tú la sabes toda.

⁵ Detrás y delante me rodeaste,
Y sobre mí pusiste tu mano.

⁶ Tal conocimiento es demasiado maravilloso para mí;
Alto es, no lo puedo comprender.

⁷ ¿A dónde me iré de tu Espíritu?
¿Y a dónde huiré de tu presencia?

⁸ Si subiere a los cielos, allí estás tú;
Y si en el Seol hiciere mi estrado, he aquí, allí tú estás.

⁹ Si tomare las alas del alba
Y habitare en el extremo del mar,

¹⁰ Aun allí me guiará tu mano,
Y me asirá tu diestra.

¹¹ Si dijere: Ciertamente las tinieblas me encubrirán;
Aun la noche resplandecerá alrededor de mí.

¹² Aun las tinieblas no encubren de ti,
Y la noche resplandece como el día;
Lo mismo te son las tinieblas que la luz.

¹³ Porque tú formaste mis entrañas;
Tú me hiciste en el vientre de mi madre.

¹⁴ Te alabaré; porque formidables, maravillosas son tus obras;
Estoy maravillado,
Y mi alma lo sabe muy bien.

¹⁵ No fue encubierto de ti mi cuerpo,
Bien que en oculto fui formado,
Y entretejido en lo más profundo de la tierra.

¹⁶ Mi embrión vieron tus ojos,
Y en tu libro estaban escritas todas aquellas cosas
Que fueron luego formadas,
Sin faltar una de ellas.

¹⁷ ¡Cuán preciosos me son, oh Dios, tus pensamientos!
¡Cuán grande es la suma de ellos!

¹⁸ Si los enumero, se multiplican más que la arena;
Despierto, y aún estoy contigo.

¹⁹ De cierto, oh Dios, harás morir al impío;
Apartaos, pues, de mí, hombres sanguinarios.

²⁰ Porque blasfemias dicen ellos contra ti;
Tus enemigos toman en vano tu nombre.

²¹ ¿No odio, oh Jehová, a los que te aborrecen,
Y me enardezco contra tus enemigos?

²² Los aborrezco por completo;
Los tengo por enemigos.

²³ Examíname, oh Dios, y conoce mi corazón;
Pruébame y conoce mis pensamientos;

²⁴ Y ve si hay en mí camino de perversidad,
Y guíame en el camino eterno. (Salmo 139)

Oración de agradecimiento y bendición

Después de la lectura bíblica, el pastor solicita a los asistentes que se pongan de pie y pronuncia una oración en la que agradece a Dios su presencia entre los congregados y pide a Dios que bendiga a los novios que van a contraer matrimonio y a las personas presentes en el templo. En los cultos evangélicos, a diferencia de los cultos católicos, las oraciones pronunciadas por el oficiante no siguen un formulario totalmente establecido por su iglesia, sino que, aun guardando una cierta formalidad, responden más al modo de orar del pastor oficiante⁹⁶.

En una ceremonia de matrimonio oficiada en diciembre de 2012, el pastor de la iglesia realizó la siguiente oración para agradecer a Dios su presencia entre los congregados:

Amado Dios en esta oración. Tú eres bueno, Padre Celestial, maravilloso eres, Señor. Gracias en esta hora, oh Dios, que sabemos que tu presencia, oh Dios de los Cielos, está en medio de los prados del Señor. Maravilloso eres, Dios, mi amado, maravilloso eres, Señor Jesucristo. Todo este tiempo, oh Dios, hemos estado festejando, Señor, oh amado Dios de los Cielos. Muchas gracias en el nombre de Jesús. Amén. Gloria a Dios.

En una ceremonia de matrimonio celebrada en diciembre de 2011, el pastor de la iglesia oró para agradecer a Dios su presencia y pedir la bendición de los novios y las personas presentes en la iglesia:

⁹⁶ Las oraciones pueden ser pronunciadas en español o en chinanteco dependiendo del origen étnico del pastor de la iglesia. Los pastores usileños, salvo a la hora de leer los textos bíblicos, suelen hablar en chinanteco, mientras que los pastores foráneos que offician en algunas iglesias evangélicas de Usila se expresan en español, aunque sus sermones van siendo traducidos al chinanteco por un fiel usileño a medida que el pastor va hablando. En las ceremonias de matrimonio, debido a que muchas veces participa un pastor foráneo, que se encarga de pronunciar el sermón y celebrar el casamiento, la lengua utilizada es el español. En ocasiones, en estas ceremonias, el sermón es traducido al chinanteco.

Padre nuestro, en esta mañana, Dios, manda gloria. Usted es el que la merece, Señor, Dios. Gracias, Padre Celestial, Señor Jesucristo, gracias Espíritu Santo. Te rogamos, Señor, tu presencia, Señor. Jesucristo, así como estuvo en la gloria, así también esté en este día, Señor, en esta reunión, Dios, de tu siervo, Señor, [nombre del novio], Señor, Dios mío, Señor, de tu sierva [nombre de la novia], Dios, aleluya. Bendice, Señor, sus vidas. Dios, sabemos que Tú eres el primer hogar, Dios, aleluya, el que merece toda la honra y la gloria. Bendice, Dios, esta pareja de jóvenes, bendícela, Señor Dios, en el nombre de Jesús. Que tu Santo Espíritu, Dios, esté con ellos, Dios. Bendice, Dios, a toda la iglesia, a todos los que en este día nos acompañan, Señor, para celebrar, Dios, esta unión, Señor, que en su nombre se hará, Dios, no orando unos cuantos coros, Señor. Lo que se vaya a hacer, Dios, se escapa a la gloria de nuestro hermano [el padre del novio que organiza el banquete nupcial en su casa], para usted, Señor Jesucristo, para usted, Espíritu Santo, porque a ustedes les pertenece todo, Dios. Gracias, oh Dios. Declaramos, Señor, la presencia aquí en este lugar, la presencia de tu Espíritu. Gracias, Padre, gracias a tu único Hijo y gracias, Espíritu Santo. Gracias, mi Dios. Amén.

Canto de alabanza

Una vez que el pastor finaliza la oración de agradecimiento y bendición, los fieles alaban a Dios entonando un canto de alabanza dirigido por el propio pastor o por un vocalista al son de la música de un teclado y, dependiendo de la iglesia, también pueden intervenir otros músicos que tocan instrumentos como una guitarra, un bajo, una batería o una flauta.

Sermón

Cuando el canto de alabanza ha concluido, el pastor de la iglesia cede la dirección del ritual al pastor foráneo que ha sido invitado a la ceremonia. En las ceremonias evangélicas de matrimonio es costumbre que el pastor de la iglesia invite a un pastor foráneo y, a veces, también a uno o más pastores de otras iglesias evangélicas de la localidad. El pastor foráneo invitado es quien se encarga de pronunciar el sermón y oficiar el casamiento de los novios.

El sermón, al igual que la oración, no guarda un formalismo. Cada pastor tiene su propia forma de expresar sus ideas y sus argumentos, pero, aun así, aparecen una serie de ideas y valores comunes. En el sermón, que suele incluir la lectura y la referencia a pasajes de la Biblia, el pastor expone los mandamientos de Dios para la vida matrimonial, reflexiona sobre la relación entre los esposos en el matrimonio, y ofrece consejos a los novios para que su vida en común sea armoniosa y duradera.

El hombre y la mujer deciden voluntariamente contraer matrimonio ante la autoridad civil y ante Dios. La unión delante de Dios crea un vínculo sagrado que compromete al hombre y la mujer para toda la vida, debiendo permanecer juntos "hasta que la muerte los

separe". Ningún hombre o mujer puede romper esta unión sagrada. No es voluntad de Dios que haya deslealtad, separación o divorcio entre los esposos. El hombre y la mujer, entonces, deben guardarse siempre una mutua fidelidad en todas las circunstancias de la vida, sean de bonanza o adversidad, de salud o enfermedad, de riqueza o pobreza, y nunca romper su unión y buscar otra mujer u otro hombre.

En el principio de la Creación, como dice el libro del Génesis, Dios creó a la mujer para que fuera una "ayuda idónea" para el hombre. La mujer es una ayuda idónea para el hombre porque posee la intuición, la capacidad de buscar siempre el bienestar del matrimonio y la familia. La mujer es capaz de ver cosas que pasan desapercibidas para el hombre o de intuir acontecimientos que el hombre no puede prever, capacidades que, en determinados momentos de la vida matrimonial, van a suponer que tenga que enfrentarse a su marido para tratar de detener determinadas decisiones que suponen un riesgo para el bien de la familia, como, por ejemplo, invertir un dinero ahorrado en negocios de dudosa rentabilidad futura.

Los hombres deben amar a sus esposas y las mujeres respetar a sus maridos, como señala la Palabra de Dios en la carta a los Efesios, un pasaje bíblico leído o al que se hace referencia frecuentemente en los sermones. El hombre debe amar a su esposa como Jesús amó a su iglesia, entregando su vida en la cruz para purificarla y santificarla. Cuando el hombre y la mujer contraen matrimonio ante Dios, se convierten en un solo ser, en "una sola carne", de modo que, cuando el hombre ama a su mujer, se ama a sí mismo.

El hombre debe amar a su esposa, procurando cuidarla, ayudarla, brindarle aquello que necesita, valorándola como persona, valorando su trabajo, valorando las hijas y los hijos que trae al mundo, para que la mujer se muestre bien cuidada y saludable y sea una mujer feliz. Recíprocamente, la mujer debe amar a su esposo, respetándolo, cuidándolo y ayudándolo para que se muestre un hombre cuidado, saludable y feliz.

Dios quiere que el hombre y la mujer vivan en armonía y sean felices. Para ello, además de cuidarse y ayudarse mutuamente, los esposos deben platicar y ponerse de acuerdo a la hora de tomar decisiones y resolver los problemas. Y no deben permitir que su relación pueda verse afectada por los comentarios negativos de otras personas, pues la vida matrimonial solamente compete a los esposos y a Dios. Aun así, las dificultades y los conflictos siempre aparecen en la vida conyugal, y es en estos momentos cuando el hombre y la mujer deben buscar la ayuda de Dios con mayor fervor, pues el auxilio del ser humano siempre proviene de Dios.

Una vida matrimonial feliz y duradera requiere que el esposo y la esposa se amen, se respeten, se valoraren, se cuiden en los momentos de enfermedad, se ayuden en su vida cotidiana, platiquen y se pongan de acuerdo para tomar decisiones y superar los conflictos que surgen en la convivencia matrimonial. Para ello los esposos necesitan la guía y la ayuda de Dios, necesitan su bendición. La bendición de Dios en la vida llega a través de Jesús. El hombre y la mujer deben tener siempre presente a Jesús en su vida matrimonial para poder ser bendecidos por el Espíritu de Dios.

Oración de bendición de los novios

Cuando el pastor finaliza su sermón, solicita a los asistentes que se pongan de pie y seguidamente pronuncia una oración en la que pide a Dios la bendición de los novios que van a contraer matrimonio. En una ceremonia de matrimonio celebrada en diciembre de 2009, el pastor pronunció una oración pidiendo a Dios la bendición de los novios, que su guía y su ayuda siempre estuviera presente en su vida matrimonial:

Padre, en esta hora del día, ellos valen mucho, Señor. [Nombre del novio] significa mucho para ti [dirigiéndose a la novia]. [Nombre de la novia] significa mucho para ti [dirigiéndose al novio]. Y Tú has traído a [nombre de la novia] a esta tierra exactamente para que sea ayuda para [nombre del novio]. Tú has traído a [nombre del novio] a esta tierra, Dios, exactamente para que sea la roca donde [nombre de la novia] pueda afianzar su vida, su amor, su cariño, su confianza humanamente, Señor. Dios, que Tu Palabra y tu Espíritu Santo los guíe siempre a ellos para toda la verdad de Jesucristo. Padre, yo no los conozco, pero Tú sí los conoces. Yo no conozco el pasado, Tú sí lo conoces. Yo no conozco el futuro, Tú sí lo conoces. Señor, yo te pongo delante de ellos para que Tú los ayudes. Ellos están aquí en tu casa, ellos están aquí delante en tu presencia, Señor, porque ellos quieren unir su vida delante de ti y que Tú les des tu bendición, Señor. Porque ellos quieren entrar, Señor Dios, en este santo estado del matrimonio. Dios, tus consejos, tu Palabra esté presente siempre al corazón, al oído de ellos, para guiarlos, Señor, para iluminarlos, porque tu Palabra dice que "lámpara es a mis pies tu Palabra y lumbrera a mi camino". Gracias, Dios. Creo en tu Espíritu Santo que está con ellos y estará con ellos. Gracias, Jesús.

En una ceremonia de matrimonio que se ofició en diciembre de 2012, el pastor invitado oró para pedir a Dios que su consejo, su sabiduría y su Espíritu estuviesen siempre presentes en la vida matrimonial de los novios para que vivieran en armonía y fueran felices.

Padre, en esta preciosa tarde que estamos reunidos en este lugar, hoy, Señor, están los padres de estos jóvenes, [nombres del padre y la madre del novio y la novia], padres de estos jóvenes, [nombre del novio y la novia], ellos vienen, Señor, con toda la confianza, con toda la seguridad de que Tú eres el Dios que podrás guiar a estos jóvenes, Señor, en esta nueva etapa de su vida dentro del matrimonio, Señor. Dios, que tu Palabra siempre esté presente en la vida de ellos para que los guíes, Señor, con tu sabiduría, con tu conocimiento, Dios, que la protección divina, Señor, siempre esté ahí, Señor Jesucristo, presente para que ellos puedan emprender este camino, Señor Dios, siempre en armonía, en paz, en felicidad. Señor, ése es tu deseo para ellos, ése es tu deseo y tu voluntad para estos jóvenes, [nombre del novio y la novia]. Gracias, Señor, porque sé que tu Palabra nunca faltará a través de tus siervos, a través de tus padres, Señor, para aconsejarlos en todo tiempo y en todo momento.

Gracias, Padre Celestial, te adoramos a ti y te bendecimos, Dios. Gracias, Cristo Jesús.

Celebración del matrimonio

Una vez que termina la oración de bendición, el pastor inicia la celebración del casamiento en el que va nombrando a los diferentes padrinos y madrinas para que se acerquen a la tarima a entregar a los novios los objetos simbólicos. Generalmente, estos objetos simbólicos son los siguientes: Biblia, anillos, arras, ramo de flores, cojines y lazo, aunque el orden en que son entregados difiere de una iglesia a otra. A medida que van siendo entregados a los novios, el pastor explica el significado de cada uno de ellos.

Los padrinos entregan la Biblia al novio. La Biblia es el libro más vendido y leído del mundo, y ha sido traducido a casi todas las lenguas que se hablan en la Tierra. La Biblia es un libro sagrado que recoge la Palabra de Dios, su voluntad, sus consejos, y constituye una fuente de sabiduría y una guía en la vida de las personas. Dios creó al ser humano y la Biblia, la Palabra de Dios, es el manual de instrucciones que ayuda a los seres humanos a superar los momentos difíciles, permitiéndoles comprender qué está sucediendo en su vida, ofreciendo las respuestas a los interrogantes que se plantean, los consejos sobre cómo resolver sus problemas.

Como dice el libro de Proverbios, el principio de la sabiduría es el temor de Dios y sólo los insensatos desprecian la sabiduría y la enseñanza de Dios. En ciertas ceremonias, el pastor lee un pasaje del libro de Josué dirigiéndose a los contrayentes: si los esposos no se apartan del camino marcado por la Palabra de Dios, si cumplen sus mandamientos, su vida matrimonial irá bien y prosperarán.

Nunca se apartará de tu boca este libro de la ley, sino que de día y de noche meditarás en él, para que guardes y hagas conforme a todo lo que en él está escrito; porque entonces harás prosperar tu camino, y todo te saldrá bien. (Josué 1:8)

Cuando los padrinos entregan a los novios los anillos, el novio coloca el anillo en el dedo anular de la mano derecha de la novia, y la novia coloca el anillo en el dedo anular de la mano derecha del novio. El pastor entonces explica su significado. En la antigüedad, los reyes utilizaban el anillo para sellar los edictos que promulgaban, edictos que tenían validez en todo el reino y no podían ser derogados. A través del anillo el hombre y la mujer sellan el compromiso que adquieren para toda la vida al unirse voluntariamente en matrimonio delante de Dios. El matrimonio no se basa solamente en el sentimiento, sino también en el compromiso de unir sus vidas “hasta que la muerte los separe”.

El anillo es circular y el círculo es una figura que representa la perfección: el amor entre los esposos es un amor perfecto. La decisión que han tomado los novios es una decisión perfecta. Los esposos no deben permitir que, en el futuro, otras personas siembren la duda en su relación para así ser felices en su vida matrimonial. El esposo es el hombre perfecto para la mujer y la esposa es la mujer perfecta para el hombre.



El novio coloca el anillo en la mano de la novia en una ceremonia de matrimonio evangélica

Cuando los anillos son entregados al principio de la celebración, el pastor pide al novio y seguidamente a la novia que repita un voto matrimonial siguiendo una fórmula que varía en función de la iglesia evangélica. Por ejemplo, la fórmula seguida en una de las mayores iglesias evangélicas de la localidad es la siguiente:

El novio dice: “[Nombre de la novia], es mi voluntad unir mi vida en el santo estado del matrimonio para consagrarme sólo a ti y nada más a ti”.

La novia dice: “[Nombre del novio], es mi voluntad unir mi vida en el santo estado del matrimonio para consagrarme sólo a ti y nada más a ti”.

La madrina entrega a la novia el ramo de flores blancas como símbolo de la hermosura y la fragilidad de la vida matrimonial. La vida matrimonial es muy valiosa, muy hermosa, pero es tan frágil como las flores, por lo que el hombre y la mujer deben cuidarla con esmero y delicadeza. El hombre y la mujer deben amarse, respetarse, no lastimarse con golpes o con palabras, deben cuidarse como algo frágil y delicado, de lo contrario, la vida matrimonial se marchita rápidamente. Y eso no es lo que Dios quiere para el hombre y la mujer. Dios quiere que el hombre y la mujer se cuiden, se amen, se respeten, se protejan el uno al otro, para que ambos sean felices y gocen de salud física y espiritual.

Las arras son entregadas al novio por la madrina. Las trece arras representan la bendición económica que todo matrimonio y toda familia necesita en su vida. El novio deposita las arras en las manos de la novia y, seguidamente, la novia las deposita en las

manos del novio como símbolo de que siempre compartirán el dinero y los bienes con los que van a ser bendecidos por Dios.

A partir de ahora la mujer no va a dirigirse a su padre para cubrir sus necesidades y las necesidades del hogar, sino que el hombre se va a responsabilizar de cubrir las necesidades económicas de su mujer y su familia, de entregarle el dinero necesario a su esposa. El hombre no debe malgastar ni guardar el dinero que gana según su voluntad, sino que debe compartirlo con su esposa, pues en la vida matrimonial el hombre y la mujer deben compartirlo todo.

Dios va a bendecir a los esposos proveyendo los recursos económicos que van a necesitar a lo largo de su vida matrimonial. Doce arras es el número de arras destinadas a cubrir las necesidades económicas de la familia durante los doce meses del año, mientras la número trece representa el diezmo que todo fiel debe donar a la obra de Dios, esto es, a la iglesia a la que el esposo asistirá junto a su esposa.

La madrina entrega sendos cojines blancos al novio y la novia para que se arrodillen y reciban el lazo blanco. No siempre éste es el orden seguido. Dependiendo de la iglesia evangélica en la que se celebre la ceremonia, los cojines pueden ser entregados en tal orden que los novios se hincan para colocarse los anillos el uno al otro y después recibir el lazo. Los cojines representan el descanso que Dios proporciona al hombre y la mujer cuando, cansados por el trabajo, la enfermedad o la carga de las dificultades y los problemas, hincan sus rodillas y piden ayuda a Dios. Jesús dijo:

Venid a mí todos los que estáis trabajados y cargados, y yo os haré descansar.
(Mateo 11:28)

A través de Jesús, el Espíritu de Dios se hace presente en las vidas de la mujer y el hombre, ofreciendo su guía, su fuerza, su apoyo en la resolución de los problemas y la superación de las dificultades. Los esposos deben ser conscientes de que solamente pueden encontrar ayuda y descanso en Dios. Cuando aparecen los problemas conyugales, los esposos no deben exponer sus críticas o sus quejas a otras personas, sino que deben buscar a Dios y pedirle que les envíe paz y descanso. La presencia de Dios en la vida matrimonial permite que la mujer y el hombre puedan descansar, superar las adversidades y continuar su camino.

A continuación, el pastor solicita a los asistentes que se pongan de pie, y el padrino y la madrina de lazo colocan un gran lazo blanco sobre los hombros de la novia y el novio. El lazo blanco simboliza la unión en santo matrimonio del hombre y la mujer, una unión que se consagra delante de Dios para toda la vida y que el hombre o la mujer no pueden separar. En determinadas ceremonias, el pastor lee un versículo del evangelio de Mateo:

Así que ya no son más dos, sino una sola carne; por tanto, lo que Dios juntó, no lo separe el hombre. (Mateo 19:6)

Terminada la entrega de los objetos simbólicos, así como la explicación del significado de cada uno de ellos, el pastor oficia los votos matrimoniales. Los votos matrimoniales siguen un formulario que varía en función de la iglesia en la que se celebra la ceremonia, aunque en todos ellos las preguntas se centran en la voluntad de casarse del novio y en el juramento de amarse, respetarse y guardarse fidelidad para el resto de sus vidas.

Expongo a continuación dos formularios correspondientes a sendas iglesias evangélicas de la localidad. En el primero, las preguntas van dirigidas primeramente a la novia y, a continuación, al novio:

El pastor pregunta: “¿[Nombre de la novia], es tu voluntad unir tu vida a la de [nombre del novio] en el santo estado del matrimonio para consagrarte sólo a él y más que a él?”

La novia responde: “Sí, juro consagrarme a él”.

El pastor: “¿[Nombre del novio], es tu voluntad unir tu vida a la de [nombre de la novia] en el santo estado del matrimonio para consagrarte sólo a ella y más que a ella?”

El novio responde: “Sí, juro consagrarme a ella”.

El pastor: “¿[Nombre de la novia], aceptas como tu legítimo esposo a [nombre del novio] y prometes amarlo, cuidarlo, respetarlo y honrarlo en los tiempos de alegría, de salud y prosperidad, así como en los tiempos de dolor, enfermedad y escasez hasta que la muerte los separe?”

La novia responde: “Sí, lo prometo”.

El pastor: “¿[Nombre del novio], aceptas como tu legítima esposa a [nombre de la novia] y prometes amarla, cuidarla, respetarla y honrarla en los tiempos de alegría, de salud y prosperidad, así como en los tiempos de dolor, enfermedad y escasez hasta que la muerte los separe?”

El novio responde: “Sí, lo prometo”.

El pastor: “Si así no lo hicieris, que el Señor vuestro Dios, la iglesia presente y la sociedad se lo demande”.

Otro formulario de votos matrimoniales es el que sigue. El pastor pregunta primeramente al novio y después a la novia:

El pastor pregunta: “[Nombre del novio], ¿es de tu voluntad el unir tu vida a [nombre de la novia] y la aceptas como tu legítima esposa en el santo estado del matrimonio renunciando así a todas las mujeres para consagrarte a ella y más que a ella?”

El novio contesta: “Amén”.

El pastor: “¿Prometes amar, honrar, cuidar y respetar a [nombre de la novia] en los tiempos de felicidad, de salud y prosperidad como en los tiempos de dolor, enfermedad y escasez hasta que la muerte que los separe?”

El novio contesta: “Amén”.

El pastor: “Si así no lo hicieras, que Dios, la iglesia y la sociedad te lo demande”.

El pastor pregunta: [Nombre de la novia], “¿es de tu voluntad el unir tu vida a [nombre del novio] y lo aceptas como tu legítimo esposo en el santo estado del matrimonio renunciando así a todos los hombres para consagrarte a él y más que a él?”

La novia contesta: “Amén”.

El pastor: “¿Prometes amar, honrar, cuidar y respetar a [nombre del novio] en los tiempos de felicidad, de salud y prosperidad como en los tiempos de dolor, enfermedad y escasez hasta que la muerte que los separe?”

La novia contesta: “Amén”.

El pastor: “Si así no lo hicieras, que Dios, la iglesia y la sociedad te lo demande”.

Una vez realizados los votos matrimoniales, el pastor solicita a los asistentes que se pongan de pie e inclinen la cabeza antes de pronunciar la oración de bendición para los nuevos esposos. La oración de bendición del matrimonio, al igual que las demás oraciones, no sigue una fórmula establecida, sino que depende más de la propia forma de orar del pastor que oficia la ceremonia.

A continuación, expongo tres ejemplos de oraciones de bendición del matrimonio pronunciadas en las ceremonias de tres iglesias evangélicas diferentes. En una ceremonia celebrada en diciembre de 2009, el pastor ora pidiendo a Dios que bendiga a los nuevos esposos procurando que sean felices, se amen, se cuiden y se respeten el uno al otro. Seguidamente, el pastor los declara unidos en el santo estado del matrimonio como esposo y esposa en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo.

Padre, en esta hora de la tarde, Señor, Dios, estamos reunidos en este recinto santo donde tu nombre es invocado. Señor, los padres de estos jóvenes han cuidado de ellos, [nombres del padre y la madre del novio y la novia], cuidaron de ellos cuando eran niños, los educaron, les enseñaron. Señor Dios, hoy que ellos están aquí en esta iglesia para entregar a sus hijos a esta nueva etapa, Señor, a esta nueva vida para ellos que es el matrimonio. Señor, después de que ellos se presentaron ante las autoridades y unieron su vida ahí, Señor Dios, legalmente, hoy [fecha en que se está celebrando la boda y hora a la que se está pronunciando la oración], Señor Dios, ellos están aquí postrados delante de tu presencia, Dios, para recibir tu bendición, Señor. Y, como ministro tuyo y de tu Palabra, Dios, en esta hora, Señor, yo los bendigo. Padre, que él sea bendito en su matrimonio, Dios, que él siempre ame a su esposa, que él siempre cuide de ella, que él siempre la respete, que él

siempre vele por ella. Señor, bendícelos, Dios, que ella, Señor Dios, siempre ame a su esposo, que ella cuide de él siempre, que ella lo respete siempre, Señor. Que ellos sean felices siempre, Dios, bajo tu bendición, bajo tu cobertura, Dios.

Dios eterno, en esta hora, como ministro tuyo de tu Palabra, Señor, yo los declaro a ellos unidos, bendecidos en el santo estado del matrimonio como esposo y mujer en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo. Señor Dios, gracias por esta unidad, gracias por esta consagración, gracias por esta consolidación, Señor. Tu bendición es con ellos y serán siempre felices. Gracias, Dios. Amén.

En una ceremonia celebrada en diciembre de 2012, el pastor pronuncia una oración para pedir la bendición del matrimonio que se ha consagrado ante Dios en forma de hijos, felicidad, salud y prosperidad.

Padre, en esta hermosa tarde, Dios mío, hoy es una fecha [día, mes y año de la boda] que meses atrás esta familia, Señor Dios, lo planificaron, se pusieron de acuerdo para que, en este día, los hijos de ellos, Señor, se unieran en el santo estado del matrimonio delante de ti. Y hoy, Señor, se cumple esta fecha, Dios. Hoy, Señor, tu hijo [nombre del novio] y tu hija [nombre de la novia], Dios mío, han decidido unir su vida en el santo estado del matrimonio, Dios, institución que Tú instituiste allá en el Huerto del Edén uniendo la vida de Adán y Eva. Hoy, Señor, unes la vida de [nombre del novio] y [nombre de la novia], Dios mío, para que ellos vivan en matrimonio, para que ellos vivan en armonía, para que ellos vivan, Señor, y se cumpla tu Palabra de bendición, Señor, y ellos puedan procrear hijos, Dios, como herencia, como bendición para sus vidas, Señor. Hoy, Padre Santo, como ministro tuyo, Señor, y de tu Palabra, hoy declaro, Señor, a estos jóvenes, Dios mío, unidos en el santo estado del matrimonio en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo, mi Dios. Te doy gracias por este día, Señor, que Tú les has permitido a ellos venir delante de tu presencia. Los bendigo en tu nombre, Señor, que ellos gocen de vida y de salud, de alegría y felicidad todos los días de su vida, Señor. Gracias, Espíritu Santo de Dios, gracias, Padre, en el nombre de Jesucristo. Amén, Jesús, amén, Mi Dios. Gloria al Señor.

En la ceremonia de matrimonio de una de las iglesias evangélicas, los votos matrimoniales son pronunciados por los novios antes de que se les imponga el lazo. Después de que los padrinos colocan el lazo blanco sobre los novios, el pastor solicita a los congregados que se pongan de pie y proclama que la unión matrimonial consagrada ante Dios no puede ser separada por el hombre o la mujer. Seguidamente, el pastor pronuncia la oración de bendición del matrimonio.

En la celebración de una ceremonia en diciembre de 2011, el pastor ora pidiendo a Dios que los nuevos esposos permanezcan unidos toda la vida, “hasta que la muerte los separe”, que se comprendan mutuamente y superen los problemas que puedan surgir en

la convivencia debido a las diferentes mentalidades y costumbres que cada uno trae de su propia familia.

Padre amoroso, tu Palabra dice que lo que Tú unes, no lo separe el hombre. En este día a esta hora, yo bendigo este matrimonio con la unción de tu Santo Espíritu. Te pido, Señor, mi Dios, que la felicidad que hoy comienza dure toda su vida hasta que la muerte los separe. Ayúdalos, Señor, mi Dios, a continuar en este camino que hoy emprenden los dos, a poderse entender, Señor, mi Dios, a pesar de sus diferencias con las que llegan a este matrimonio, a pesar, Señor, mi Dios, de todas las costumbres que hay en ambas familias, puedan ser superadas en ellos dos para poderse comprender mutuamente. En el nombre del Padre y del Hijo y del Espíritu Santo. Gracias.

Tras la oración de bendición del matrimonio, el pastor pide a los asistentes que aplaudan a los recién casados. Siguiendo su indicación, los recién casados se dan la vuelta y el hombre presenta a su esposa a las personas congregadas, le levanta su velo y la besa por primera vez.

La ceremonia entonces finaliza, y los esposos se hacen fotos dentro de la iglesia junto a familiares, padrinos y amigos. Después caminan hacia la entrada principal de la iglesia mientras, delante de ellos, una o varias muchachas van tirando pétalos de flores que van cayendo al suelo, al igual que hicieran cuando la novia entró en el templo y caminó hacia su asiento. En la entrada de la iglesia, los novios vuelven a hacerse fotos junto a familiares, padrinos y amigos. Las fotos son tomadas por el fotógrafo, si ha sido contratado para la ocasión, y por familiares y amigos. Una vez terminada la sesión de fotos, los recién casados y todos los asistentes se dirigen hacia la casa de la familia del esposo para celebrar el convivio nupcial.

6.3 El convivio nupcial

El convivio nupcial se celebra en la calle, enfrente de la casa de la familia del esposo, donde, bajo grandes lonas, se han dispuesto hileras de mesas rectangulares o mesas cuadrangulares individuales, a veces, ambos tipos de mesas. Cuando la familia anfitriona tiene un buen estatus socioeconómico, las mesas cuadrangulares están cubiertas con un mantel de un determinado color sobre un mantel blanco de mayor tamaño, y las cuatro sillas asociadas a cada mesa presentan fundas de un color a juego con los colores de los manteles y un gran lazo en sus respaldos.

En el momento que la comitiva nupcial llega a la casa, el representante del novio da la bienvenida a los nuevos esposos. En las bodas organizadas por las familias que gozan de buen estatus socioeconómico, es el vocalista del grupo de música contratado o el maestro de ceremonia quien da la bienvenida a los recién casados. Tras la bienvenida, en uno u otro

caso, el representante del novio invita a los presentes a tomar asiento para participar en el convivio y pide disculpas para los que no han alcanzado asiento y les pide que esperen su turno.

Los nuevos esposos y sus padres se sientan en la mesa de honor: los cónyuges se sientan juntos y sus respectivos padres a uno de sus lados, de modo que los esposos quedan en el centro. Cuando la familia del novio así lo decide, en la mesa de honor también se sientan los padrinos de la boda. Entre las mesas de los invitados y junto a la mesa de honor se colocan los arreglos florales que decoraban el altar católico o la tarima evangélica y el pasillo central de la iglesia durante la ceremonia.

Cuando la boda civil se ha celebrado días antes de la boda religiosa, un familiar o amigo allegado a la familia del novio, que sabe hablar en público, o el maestro de ceremonia lee el acta de matrimonio civil, expedido por el oficial del Registro Civil, para hacer constar a todas las personas ahí congregadas que los esposos, antes de contraer matrimonio religioso, se han casado por la vía civil.

A continuación, todas las personas presentes realizan un brindis en honor a los nuevos esposos con vino espumoso servido por hombres y mujeres en pequeños vasitos de plástico. Todos alzan sus vasitos para escuchar los buenos deseos que el padrino de brindis dedica a los recién casados en su vida matrimonial e invita a todos a unirse a la felicidad del nuevo matrimonio. Terminado el pequeño discurso, las mujeres y los hombres congregados toman el vino espumoso.

Antes de que comience el convivio, el representante del novio ora pidiendo a Dios la bendición de la comida y, en los convivios católicos, reza un Padrenuestro y un Ave María. Finalmente, solicita a los invitados que tengan la paciencia de esperar su turno, pues la comida va a alcanzar para todos.

Mujeres y hombres sirven la comida y la bebida a los comensales. Las mujeres suelen servir la comida y las tortillas envueltas en servilletas, mientras los hombres van repartiendo refrescos y agua de sabor por las mesas, aunque también participan en el servicio de la comida y las tortillas. Como ya se ha señalado, la comida suele consistir en barbacoa de res o pollo acompañada de salsa verde y pasta de frijol, y, en otras ocasiones, mole de pollo.

Normalmente, la gran cantidad de personas invitadas al banquete nupcial por ambas familias lleva a que los invitados se sienten a comer a medida que las mesas se van desocupando. Mientras unos están comiendo, los demás invitados esperan su turno de pie o sentados en las sillas que se han dispuestos alrededor del espacio destinado a las mesas del banquete nupcial.

Los invitados que han tomado asiento, comienzan a comer. El resto de los invitados presentes en ese momento se forman para felicitar a los nuevos esposos y entregar su regalo a la esposa o al esposo, dependiendo de si son invitados por parte de la familia de la mujer o de la familia del hombre. Los esposos agradecen las felicitaciones y ellos mismos, o mujeres familiares cercanas situadas junto a ellos, entregan a los invitados un recuerdo

de boda, que puede ser una servilleta bordada con sus nombres y la fecha de la boda, una bolsa serigrafiada con sus nombres y la fecha de la boda, una taza serigrafiada con su foto, sus nombres y la fecha de la boda, o un pequeño balde o una jícara de plástico en los que están rotulados sus nombres y la fecha de la boda.



Mesa de honor en la que se sientan los recién casados junto a sus padres en una boda evangélica y donde van recibiendo las felicitaciones y los regalos de los invitados.

Los invitados que estaban comiendo, a medida que van terminando, se levantan de sus mesas y se acercan a la mesa de honor para igualmente felicitar a los recién casados y dar su regalo a la esposa o al esposo. Los invitados que posteriormente vayan llegando, también felicitarán y entregarán sus regalos a los esposos, unos antes de sentarse a comer, otros tras terminar de comer.

Una vez que han terminado de comer y entregado su regalo a los esposos, muchos invitados se van, mientras otros, los más cercanos a las familias por amistad, parentesco o compadrazgo, se quedan y se sientan en las sillas dispuestas alrededor del espacio de las mesas. Las mesas desocupadas, después de ser despejadas por los hombres y las mujeres que están sirviendo, son ocupadas por otras personas que estaban esperando su turno.

Cuando los esposos y una parte de los invitados han terminado de comer, los representantes toman la palabra. El representante del novio anuncia que su cometido ha finalizado cumpliendo con lo que el padre y el muchacho le encomendaron y orienta a los recién casados sobre cómo deben proceder en su relación matrimonial. A partir de ese

momento “ya no son dos sino uno” y deben afrontar siempre juntos y unidos todas las situaciones que se les presente en la vida. Tanto en la bonanza como en la adversidad, van a trabajar juntos, van a cuidarse mutuamente en la enfermedad, van a criar conjuntamente a sus niños, preocupándose de cubrir todas sus necesidades, pues el hombre y la mujer contraen matrimonio para tener hijos.

La mujer debe asumir que ha salido de la casa de sus padres para instalarse a vivir en la casa de su marido, dejando atrás su vida de soltera y las compañías que frecuentaba antes de contraer matrimonio. Ahora se ha convertido en una mujer adulta que debe centrarse en atender a su marido y su familia y en “vivir y trabajar unidos” con su esposo. Debe, además, respetar a sus suegros y al prójimo y siempre buscar a Dios.

El representante de la novia se dirige al novio diciéndole que ha dejado de ser un joven para convertirse en un hombre adulto que debe ser responsable y asumir la manutención de su esposa y sus hijos, cuidarlos y darles atención médica cuando caigan enfermos, no debe tomar ni agarrar vicio, debe respetar a las autoridades y los ancianos, asistir a las reuniones comunales. Asimismo, cuando salga de la casa, debe avisar a su mujer, comentándole a dónde va a ir, qué va a hacer y cuándo va a regresar. Le pide al esposo que tenga paciencia con su mujer si todavía no sabe o no sabe realizar correctamente algunos quehaceres del hogar y pide a los familiares que le enseñen las labores domésticas, la consideren un miembro más de la familia y la quieran como una hija. Y aconseja a los nuevos esposos que no permitan que los chismes se introduzcan en su vida matrimonial, pues es causa de muchos problemas en la relación, y procuren solucionar entre ambos las diferencias y los conflictos que puedan surgir en el futuro.

Una vez que los representantes de los novios han terminado sus discursos, los esposos proceden a partir el pastel de boda. Los pasteles se sitúan al lado de la mesa de honor, sobre unas fuentes de pie colocadas sobre una mesa o sobre los aros en que terminan los brazos de una estructura metálica que se asemeja a las ramas de un arbusto. Los recién casados agarran juntos un cuchillo y lo hunden en el pastel que presenta la figura de los novios. Este momento es fotografiado por familiares y amigos, además de por el fotógrafo en el caso de que haya sido contratado. Después unas mujeres parten el pastel, y otras mujeres van repartiendo las rebanadas entre todos los invitados presentes y los que van llegando a partir de entonces.

El banquete puede durar hasta la noche, hasta que dejan de llegar invitados y, en todo momento, está amenizado por la música reproducida por altavoces o por la música tocada por un grupo musical o mariachis que, a veces, actúan sobre un escenario. En las bodas evangélicas, la música reproducida por los altavoces o tocada por un grupo musical es siempre música cristiana⁹⁷, de modo que los invitados no bailan. En las bodas católicas, algunos se animan a bailar, pero, generalmente, la inmensa mayoría de los usileños no bailan en las fiestas.

⁹⁷ La música cristiana abarca diferentes géneros musicales cuya letra alaba a Dios y Jesucristo. Aunque la música pueda serailable, los invitados no bailan debido a la prohibición establecida por la religión evangélica.

7. El día después de la boda

Al día siguiente de la celebración de la boda, un grupo de mujeres lava las pailas, las grandes ollas, los grandes escurridores y otros enseres utilizados para preparar y servir la comida el día anterior. Los enseres prestados se devuelven a las familias propietarias. También se reparte la comida sobrante entre los hombres y las mujeres que han colaborado en los preparativos de la boda y el banquete nupcial y los familiares y amigos cercanos que se acercan a la casa de la familia del novio a comer “el recalentado”.

En la tarde noche, la costumbre establece que la esposa acompañada por su esposo, amigos cercanos y familiares del hombre, mayoritariamente mujeres —hermanas/os, tías/os, primas/os, sobrinas/os, cuñadas/os—, van a la casa de los padres de la mujer a buscar su ropa y sus bienes muebles para llevarlos a su nuevo hogar. Generalmente, esta pequeña comitiva va caminando por las calles del pueblo llevando los tamales y los refrescos que van a ofrecer a la familia de la mujer. A la vuelta, las bolsas y las maletas de ropa, así como la mesa y las sillas, son cargadas por los hombres sobre sus hombros. Cuando la familia de la mujer goza de una buena posición socioeconómica, entonces la comitiva va en camioneta para transportar a la vuelta las maletas y las bolsas de ropa y los muebles: tocador, ropero, mesa, sillas.

Una vez en la casa de la familia del novio, se dejan las bolsas y las maletas de ropa y los muebles, y los hombres y las mujeres de la comitiva son invitados a comer tamales acompañados con refresco o, en caso de que haga frío, café.

Capítulo 10

La concepción del matrimonio

La concepción del matrimonio presenta tres grandes fundamentos socioculturales que se articulan y complementan, al mismo tiempo que son compartidos por los hombres y las mujeres usileños sean católicos, evangélicos o testigos de Jehová: el matrimonio cristiano, el matrimonio civil y la visión indígena del matrimonio.

La influencia cristiana en la concepción de la unión matrimonial se observa en las razones que llevan al hombre y la mujer a casarse, la función social que cumple el matrimonio, los roles que desempeñan el hombre y la mujer en la vida familiar y los valores que definen una buena relación matrimonial. La concepción religiosa de la unión matrimonial es transmitida por el padre y la madre en el proceso de crianza de sus hijos e hijas, por los sacerdotes, los pastores y los educadores religiosos de las iglesias católica, evangélicas y testigos de Jehová en las charlas preparatorias para el matrimonio y la celebración de las ceremonias de casamiento, así como por los representantes de los novios a través de los argumentos y los discursos que pronuncian en los rituales de paso del pedido de la novia, el cierre de compromiso y la boda.

Las creencias, los valores y la función del matrimonio cristiano ligado a la autoridad religiosa de las iglesias católica y evangélicas son complementados y reforzados por el matrimonio civil vinculado a la autoridad jurídica del Estado. El matrimonio civil no sólo otorga formalidad legal a la unión matrimonial y a los hijos de la pareja, sino que refuerza su legitimidad social ante la comunidad usileña, a la vez que brinda seguridad económica a la mujer al otorgarle derechos legales sobre los bienes conyugales y el derecho a una pensión en caso de separación o divorcio.

Aunado a los fundamentos cristiano y jurídico, la concepción del matrimonio debe asimismo comprenderse en el marco de un patrón sociocultural de organización familiar que no sólo está presente en la sociedad usileña sino en todas las sociedades indígenas, así como en muchas sociedades rurales postindígenas, existentes en el área geográfica-cultural de Mesoamérica. Robichaux ha denominado a este patrón cultural de organización familiar *sistema familiar mesoamericano* (1997: 187; 2002a: 306-307; 2002b: 107-108) y lo define como un modo de reproducción social, es decir, como el modo específico en que

los grupos domésticos mesoamericanos se perpetúan en el tiempo siguiendo unos determinados principios culturales que regulan la sucesión y la herencia y moldean su composición y estructura (1997: 198; 2002b: 127; 2005: 188).

El modo de reproducción mesoamericano presenta un principio patrilineal que rige la residencia postmarital, la fisión de los grupos domésticos y la herencia de la casa y la tierra, y sus rasgos característicos son los siguientes (Robichaux, 1997: 199-200; 2002a: 307-308; 2002b: 108-109, 131-134; 2004: 89-90; 2005: 189-190):

1. Residencia virilocal inicial de las parejas que tiene como resultado la formación de familias extensas.
2. Herencia igualitaria de la tierra entre los hijos varones, aunque en muchos contextos culturales las mujeres también acceden al reparto del patrimonio familiar, generalmente, en proporciones menores.
3. Herencia de la casa por ultimogenitura patrilineal a cambio de cuidar a los padres ancianos hasta su fallecimiento.
4. La formación de “patrilineas limitadas localizadas” o agrupaciones de unidades domésticas que habitan en casas contiguas, a menudo compartiendo el mismo patio, encabezadas predominantemente por el padre y los hijos varones.

El fundamento sociocultural indígena, además de regir la residencia postmarital, la herencia y el ciclo de desarrollo de los grupos domésticos, también aparece en la resolución de los conflictos y las separaciones matrimoniales, desplegando una mediación que promueve la reconciliación conyugal y la protección social a la mujer casada, mecanismo de conciliación que actúa conjunta y sinérgicamente con la creencia cristiana en la indisolubilidad de la unión matrimonial consagrada ante Dios y de la unidad familiar.

1. Los requisitos para el matrimonio

El primer requisito para poder casarse es que los novios no guarden un grado de consanguinidad que impida su matrimonio. La prohibición de las uniones matrimoniales, como se mencionó anteriormente, abarca hasta el cuarto grado de consanguinidad, habiendo ciertas familias, aquéllas que se caracterizan por un elevado grado de religiosidad, que consideran que esta prohibición debe ampliarse hasta el quinto grado, tal y como estaba establecido en el pasado⁹⁸. La prohibición matrimonial afecta, entonces, a

⁹⁸ Weitlaner y Castro, en la década de 1940, recabaron que, en Usila, la prohibición de matrimonio abarcaba hasta el quinto grado de consanguinidad (1973: 133, 151).

los parientes vinculados por descendencia durante 4 generaciones y, para determinadas familias, esta prohibición se extiende a 5 generaciones.

Además de no presentar un grado de consanguinidad prohibido, los usileños consideran que el hombre y la mujer deben cumplir dos requisitos básicos para unir sus vidas en matrimonio exitosamente, uno de naturaleza económica y otro de naturaleza psicosocial.

El matrimonio requiere que el hombre desempeñe un trabajo productivo que garantice la manutención económica de la familia y, además, debe poder ofrecer a su esposa un hogar, una vivienda, sea la casa paterna o la suya propia, donde la nueva familia pueda instalarse a vivir. En la actualidad la solvencia económica necesaria en la vida matrimonial lleva a que los padres exijan a sus hijos e hijas terminar sus estudios antes de casarse, aunque el grado escolar finalizado dependerá del estatus socioeconómico de la familia y la ambición personal de los jóvenes: secundaria, bachillerato o estudios universitarios.

Hoy en día la edad mínima a la que los novios pueden contraer matrimonio por la vía religiosa y civil es 18 años, esto es, la edad a la que según la ley las personas alcanzan la mayoría de edad, pero el requisito fundamental que debe cumplir la pareja para unirse en matrimonio es haber alcanzado la madurez social. El hombre y la mujer deben contraer matrimonio cuando están preparados para trabajar y garantizar la satisfacción de las necesidades biológicas, sociales y económicas de todos los miembros de la familia. Al mismo tiempo, el matrimonio supone que el hombre y la mujer dejen atrás su etapa soltera de juventud y accedan al estatus social de individuos adultos, es decir, a través del matrimonio, el hombre y la mujer se convierten en personas socialmente maduras capaces de asumir las responsabilidades inherentes a la relación matrimonial y la crianza de los niños⁹⁹.

Si bien asegurar la manutención económica de la familia y haber alcanzado la madurez social constituyen los dos requisitos básicos del matrimonio, existe otro requisito que consiste en buscar la mayor afinidad posible a la hora de elegir a la pareja para tratar de reducir las diferencias personales que pueden convertirse en focos de conflictividad conyugal. Ello supone que haya una marcada preferencia por contraer matrimonio con una persona que profesa la misma religión, buscando precisamente una mayor comunión matrimonial y una menor conflictividad tanto en la relación de los esposos como en la educación religiosa de los hijos, una cuestión especialmente relevante entre los fieles evangélicos, más rigurosos en el cumplimiento de los preceptos morales y rituales de su religión.

⁹⁹ La vinculación entre estatus social de persona adulta y matrimonio es característico en las culturas indígenas y postindígenas mesoamericanas, como señalan González Montes (1999: 93), Good Eshelman (2003: 159) y Mindek (2018: 258).

2. Las razones que llevan a contraer matrimonio

Los usileños, sean católicos, evangélicos o testigos de Jehová, comparten las mismas ideas sobre las razones religiosas y sociales que llevan al hombre y la mujer a contraer matrimonio.

La decisión del hombre y la mujer de unirse en matrimonio se debe a una razón fundamental que trasciende la vida humana: el matrimonio es una institución sagrada creada por Dios. La religiosidad usileña, sea católica o evangélica, establece una relación con Dios, el Creador de todo cuanto existe en el Universo, que los individuos deben cuidar para que sus almas alcancen la salvación y la vida eterna. La salvación del alma requiere, entre otros requisitos, seguir los mandamientos divinos. La celebración del matrimonio religioso otorga legitimidad a la unión de la pareja ante la comunidad, pero el cumplimiento de este ritual de paso va más allá de un propósito de legitimación social, busca también el cumplimiento de un mandato divino según el cual la unión del hombre y la mujer es un vínculo sagrado orientado a formar una familia. En palabras de don Augusto, hombre evangélico, casado y padre de tres hijos:

Entonces, el matrimonio es una cuestión relacionada con Dios.

Ah, sí, efectivamente, sí, porque, éste, nosotros pensamos que debe ser de acuerdo a la voluntad de Dios. De acuerdo a la voluntad de Dios porque casarse con una persona, pues, es mantener la buena relación por el tiempo que dure la vida de uno de los dos. Así es. Pero sí está sustentado en Dios el matrimonio, como una institución que proviene de Dios.

La idea de que el matrimonio entre el hombre y la mujer es un designio de Dios es reiteradamente expresada por los representantes de los novios durante las negociaciones y los discursos pronunciados en el pedido de la novia, los educadores religiosos en los cursos preparatorios para el matrimonio y los sacerdotes católicos y los pastores evangélicos en las ceremonias de matrimonio. Todos ellos explícita o implícitamente mencionan los versículos bíblicos del Génesis que hablan sobre cómo Dios, tras crear al hombre y observar que se sentía solo, creó a la mujer como una “ayuda idónea” con el fin de que ambos se acompañaran en la vida, procrearan hijos y los seres humanos poblaran la Tierra. Una creencia que está presente entre los católicos:

Dios presentó a la mujer delante del hombre, y el hombre exclamó: ésta sí es hueso de mi hueso, carne de mi carne. Ésta será llamada varona porque del varón ha sido sacado. Por eso la mujer es idónea, es adecuada para el hombre, pero siempre tiene que ver a la manera de como Dios quiere. (Don Anselmo, casado y padre de nueve hijos)

E igualmente se manifiesta en la mentalidad evangélica:

Sí, porque el hombre no vale, pues, no vale porque ... y así también la mujer, no vale. El hombre y la mujer valen cuando se hace una unión. Pues es normal también, ¿no? Es normal casar porque así está establecido, pues, desde un principio, Jehová Dios cuando había formado la Tierra, ¿no? Él estableció primero la vida de Adán, pero vio que Adán tiene una necesidad muy grande: necesita una ayuda idónea, y esa ayuda idónea fue una mujer que Jehová Dios lo hizo para Adán, lo sacó de la costilla de Adán. Es la misma situación que está sucediendo hoy en el día también. Así es. (Don Marcos, casado y padre de seis hijos)

La celebración de la ceremonia religiosa, además de cumplir el mandamiento divino y formalizar la unión de los esposos ante Dios y la sociedad, busca que la divinidad bendiga la vida matrimonial y familiar, brindando a la nueva pareja prosperidad económica y espiritual, y orientación y ayuda para afrontar las situaciones y resolver los problemas personales y familiares que van surgiendo en la vida.

Estas creencias son compartidas por los testigos de Jehová, pues, aun cuando no siempre celebran el ritual religioso de casamiento, reciben instrucción sobre el matrimonio y cómo debe ser la relación entre los esposos siguiendo las Santas Escrituras. Según esta religión, cuando el hombre y la mujer se casan por la vía civil con el reconocimiento de la comunidad, su unión matrimonial se vuelve sagrada ante Dios, de modo que la ceremonia religiosa es opcional y se celebra en el Salón del Reino de Jehová en caso de que los novios así lo deseen.

Siguiendo la voluntad de Dios, el hombre y la mujer se casan para convivir y formar una familia. El matrimonio, por tanto, confiere sentido a sus vidas. El hombre y la mujer se necesitan mutuamente para realizarse en la vida, acompañándose y afrontando juntos todas las situaciones vitales, buscando a Dios, procreando y criando hijos en la fe cristiana, trabajando conjuntamente desempeñando roles complementarios de proveedor económico y trabajadora doméstica. El matrimonio, además, proporciona seguridad en la vejez, garantiza que los padres van a ser mantenidos y cuidados por sus hijos cuando ya no puedan valerse por sí mismos en su ancianidad.

Don Felipe, que profesa la religión de los testigos de Jehová, casado y padre de seis hijos, explica la importancia del matrimonio en la vida del hombre y la mujer:

Cuando el ser humano tiene su pareja, realiza todos sus proyectos, su trabajo, lo hace con más ganas, contento, porque ya tiene su pareja. Cuando no tiene pareja, está inquieto, está pensativo, está distraído, pues.

[...] Es bonito, ¿no? Porque un hombre no puede estar solo, tampoco la mujer, sí, porque así Dios lo dispuso, pues, al principio. Por eso estamos aquí en la Tierra. Dice que la Tierra es para los hombres de paz, hombres tranquilos, no hombres violentos, hombres tranquilos con paz. Es el dueño de la Tierra. Especial para hombre la Tierra, para trabajar, para producir hijos, educarlos. Ésa es la tarea de un ser humano, ¿no? Sí, que Dios los hizo así.

La formalización social del matrimonio mediante la celebración de la ceremonia religiosa se refuerza con la formalización jurídica que otorga el casamiento civil. El hombre y la mujer usileños buscan la formalización social de su unión en pareja ante la comunidad y la formalización legal ante el Estado del doble compromiso que adquieren como esposos entre sí y como padres hacia sus hijos. Pero no sólo se trata de otorgar legitimidad social y legal a la pareja y los hijos, sino también de asegurar en el tiempo tanto la manutención de los hijos como la manutención de la madre que los alumbró y los cría. El matrimonio, al garantizar la perdurabilidad de la unión entre el hombre y la mujer, asegura que el hombre va a asumir la responsabilidad de trabajar exclusivamente para su esposa y sus hijos.

Doña Cristina, una mujer evangélica, casada y madre de seis hijos, nos explica cómo la estabilidad del matrimonio garantiza en el tiempo la seguridad económica de la mujer y sus hijos:

¿Por qué el hombre y la mujer se casan?

Pues es que por eso se casa el hombre con una mujer, o ya sea una mujer con un hombre, porque digo ellos quieren formar una familia. Y es también para que el hombre no ande nada más brincando p'acá y p'allá, y la mujer también para que no ande p'acá y p'allá.

Yo anteriormente, yo no sabía. Yo decía: ¿y por qué la mujer se casa? ¿y por qué el hombre se casa? Y no comprendía yo eso. Después vine a comprender que, así le hablo a mis hijas, por eso se casa uno, le digo, para formar una familia, un matrimonio, y, este, vivir ahí según los años que Dios nos dé. Y, este, le digo, se casa uno para vivir ahí, le digo, estar en un solo lugar, le digo, y, este, ahí tiene uno bien sus hijos, ¿no? Viene la familia. Y ya, este, ahí está uno para no andar de un lado para otro, porque, si la mujer no se casa, quizás porque no se quiere casar, ¿no? Pero ahora si la mujer nada más anda p'acá y p'allá, ya trae un hijo, y creció ese niño, va a volver a andar p'acá y p'allá, ya trae otro. Y después no está en un solo lugar, no está en un solo lugar, y quién cuida esos chicos, pues. El padre no se va a hacer responsable de uno mismo, que ya tiene uno, porque así veo a las personas, ya tiene uno, y después tiene otro, no se ve dónde está su papá. Y, pobrecita, ahí lo tiene que cuidar, ahí lo tiene que criar ella solita, porque, pues, así quiso, pues. Nunca dijo que sí a alguien que le habló, que decía que en verdad se iba a casar. No quiere, pues, nomás quiere andar de un lado para otro. Y por eso, este, yo digo que un matrimonio es para que estén, convivan, pues, los años que Dios les dé y, este, no ande uno p'acá y p'allá, esté en un solo lugar.

El matrimonio civil proporciona, además, seguridad económica a la mujer al otorgarle derechos sobre los bienes conyugales en caso de divorcio o, si es un trabajador asalariado, al permitirle reclamar una pensión a su exmarido, una cuestión importante en un contexto social en el que la mujer casada sale de la casa de sus padres y muchas veces no cuenta con más patrimonio que el aportado por su esposo. En el caso de los testigos de Jehová, cuando el hombre y la mujer deciden vivir juntos, contraer matrimonio civil es un requisito

para ser considerados miembros con plenos derechos en el seno de la congregación y puedan realizar actividades como leer pasajes de la Biblia y dar discursos en las reuniones de los fieles o predicar la Palabra de Dios entre los fieles y fuera de la congregación.

3. La residencia postmarital y el ciclo de desarrollo de los grupos domésticos

La norma que rige la residencia postmarital está asociada a la norma que regula la transmisión hereditaria de la vivienda, las tierras de solar y las tierras de cultivo de padres a hijos varones. Este principio patrilineal regula igualmente las fases del ciclo de desarrollo de los grupos domésticos usileños, conformando un modo de reproducción social de los grupos domésticos cuyas características coinciden con las del *sistema familiar mesoamericano* definido por Robichaux (1997, 2002a, 2002b, 2004, 2005, 2007)¹⁰⁰.

Cuando el hombre ha conseguido ganar el dinero suficiente para adquirir un terreno y construir una casa, casi siempre tras un periodo como trabajador emigrante, los nuevos esposos se instalan a vivir en su vivienda fundando su propio grupo doméstico desde el inicio de la vida conyugal. Sin embargo, lo normal es que, después de contraer matrimonio, el hijo varón lleve a su esposa a residir a la casa paterna, mientras que sus hermanas, cuando se casan, van a vivir a las casas de los padres de sus maridos. Durante este periodo de residencia en la casa paterna, el hijo puede o no formar parte del grupo de producción y/o consumo del padre, de modo que puede haber familias que compartan la cocina y la comida, familias con cocinas separadas para suegra y nuera, y familias que compartan la cocina, pero no la comida.

Esta norma de residencia postmarital propicia la formación de familias extensas y hace que el ciclo de desarrollo de los grupos domésticos presente una fase de fisión prolongada. El tiempo de residencia en la casa paterna varía en función de factores como las oportunidades laborales remuneradas, el número de personas que viven en la casa, la distribución de las edades y el orden de nacimiento de los hijos y las hijas o el tipo de relación existente entre los miembros del hogar. Generalmente, el hombre y la mujer residen en la vivienda paterna del esposo el tiempo necesario para construir sus propias casas y, a veces, también para comprar un terreno, lo cual suele suponer que haya una convivencia conjunta durante varios años antes de emanciparse.

¹⁰⁰ Weitlaner y Castro (1973) recogieron parcialmente estos rasgos socioculturales durante sus estancias en Usila entre los años 1943 y 1953, y, posteriormente, Boege (1988) lo haría en la etnia vecina de los mazatecos. Asimismo, diversos autores recogen la presencia de los rasgos socioculturales del sistema familiar mesoamericano en diferentes sociedades indígenas y postindígenas de Mesoamérica, por ejemplo, en comunidades nahuas (Dehouve, 1978, Chamoux, 2005; Good Eshelman, 2005, 2013; Vázquez García, 1997), comunidades postnahuas (D'Aubeterre Buznego, 1995, 2002; González Montes, 1989, 1991; Mulhare de la Torre, 2005), comunidades mazahuas (González Ortiz, 2001; Oehmichen, 2002), comunidades teenek (Ariel de Vidas, 2007), comunidades totonacas (Del Ángel Pérez y Mendoza Briseño, 2007), comunidades otomíes (Franco Pellotier, 1992).

Los padres normalmente ayudan a sus hijos a fundar su propio hogar en la medida de sus posibilidades. Cuando los padres del esposo son propietarios de uno o más terrenos, suelen donar un terreno a su hijo para que construya la casa de su familia. Cuando no tienen propiedades, los padres, si cuentan con el dinero suficiente, pueden ayudar económicamente a su hijo para que compre un terreno y construya su casa, pueden ceder una parte de su patio para que construya una vivienda aparte, o bien permitir a su hijo construir una segunda planta en la casa paterna para que se instale a vivir con su familia.

La residencia patrilocal es temporal y, tras un periodo de tiempo viviendo en la casa paterna, los hijos varones se emancipan, de modo que la residencia virilocal inicial pasa a ser neolocal, rasgo sociocultural característico del sistema familiar mesoamericano. Los hijos varones se van independizando progresivamente tendiendo a construir su casa en el solar paterno o cerca de la casa de sus padres, formando un patrigrupos, una agrupación de viviendas en torno a la casa paterna cuyos jefes de familia son el padre y sus hijos varones, que Robichaux denomina *patrilínea limitada localizada*. En estos patrigrupos también puede haber viviendas encabezadas por hijas, separadas o madres solteras, o por hijas que han traído a vivir a sus esposos. Este patrón residencial, si bien es la norma, actualmente no siempre es posible debido a la falta de espacio en los patios familiares y a que los solares vacíos en el núcleo poblacional son escasos y muy costosos, lo que lleva a ciertas parejas a construir sus casas en terrenos situados en la periferia de la localidad.

La fase de reemplazo del grupo doméstico usileño cumple igualmente la pauta del ciclo de desarrollo doméstico mesoamericano. Todos los hijos se emancipan salvo el varón ultimogénito, que permanece en la vivienda paterna y, a cambio de cuidar de sus padres ancianos hasta su muerte y asumir sus gastos funerarios, hereda la casa. Hoy en día esta norma social no siempre se cumple debido a la emigración y a la capacidad económica de los hijos que les permite poder comprar un terreno y construir su propia casa, de modo que el hijo que cuida de sus padres en su ancianidad no es siempre el ultimogénito. En caso de que la familia no cuente con hijos varones, es la hija ultimogénita o la hija o hijas solteras quienes permanecen en la casa paterna y cuidan de sus padres durante su vejez.

La mujer, una vez que contrae matrimonio, sale de la casa de sus padres para instalarse a vivir con su esposo en la casa de sus suegros o, en ciertos casos, en la casa de la nueva pareja. Pero si el marido emigra a Estados Unidos o a otra ciudad del país en busca de mayores ingresos económicos, la mujer, junto a sus hijos, puede volver a la casa de sus padres hasta que su esposo regrese a Usila o hasta que la familia se reúna donde el hombre está trabajando.

La residencia postmarital virilocal presenta excepciones que son culturalmente pautadas en forma de normas bien conocidas por los usileños, normas de residencia uxorilocal, aun con sus variantes, también presentes en otras sociedades

mesoamericanas¹⁰¹. En Usila, la residencia matrilocal es contemplada en los siguientes casos:

1. Cuando la familia no cuenta con un hijo varón, durante las negociaciones del pedido de la novia, los padres conceden al pretendiente el permiso de casarse con su hija a cambio de que, tras contraer matrimonio, se instalen a vivir en su casa para así asegurar que su hija y su familia los cuidarán durante su ancianidad. En contrapartida, su hija y su esposo heredarán la casa familiar y las demás propiedades que posean.
2. Cuando la madre de la esposa es una mujer viuda que tiene que criar a sus niños o cuando el padre de la esposa está enfermo, una de las hijas, generalmente la ultimogénita, trae a su marido a vivir a la casa materna para ayudar a su madre en las tareas domésticas y agrícolas.
3. La pareja residirá en la casa del padre de la mujer cuando éste sea un hombre viudo o cuando su esposa esté enferma y requiera que una hija realice las tareas domésticas y cuide de sus hermanos menores.
4. Cuando el hombre proviene de otra comunidad, residirá en la casa del padre de su esposa, y posteriormente la pareja podrá construir su vivienda en el terreno del padre de la mujer.
5. La uxori-localidad también se da cuando el hombre es huérfano y no tiene bienes, cuando no tiene tierra y pueda obtenerla a través de la familia de su esposa, o cuando la familia de la esposa tiene un estatus socioeconómico mayor que su familia.
6. Cuando existe una mala relación entre el hijo y su padre o entre la nuera y la suegra, la pareja puede decidir residir en la casa de los padres de la mujer.
7. Cuando la mujer enferma de gravedad o enferma mentalmente poco tiempo después de casarse, regresa a la casa paterna sola o con su esposo para que sus familiares la cuiden. Sus padres se ven obligados a recibirla y cuidarla para que no los acusen de haber ocultado al esposo y su familia que su hija padecía una enfermedad grave.

¹⁰¹ Chamoux (2005: 380), Franco Pellotier (1992: 191), González Montes (1989: 733; 1991: 237), Mulhare de la Torre (2005: 333), Robichaux (1997: 202; 2002a: 309-310; 2002b: 136-137, 2005: 223-228).

4. Los roles del hombre y la mujer en el matrimonio

El matrimonio ante Dios supone que el hombre y la mujer “ya no son dos sino una sola carne”. El hombre y la mujer deben vivir y trabajar unida y conjuntamente desempeñando roles culturalmente diferenciados y complementarios para procurar el bienestar de todos los miembros de la familia, una división sexual del trabajo común en el mundo indígena y postindígena mesoamericano¹⁰².

El hombre tiene como rol principal ser el proveedor económico de la familia. En el momento de contraer matrimonio, el hombre debe ofrecer un hogar a su esposa en el que vivir y formar una familia, sea la casa de sus padres, sea una casa propia. Una vez que comienza la vida marital, el hombre se encarga de trabajar en el campo para producir ciertos alimentos —maíz, frijol, quelites— y/o en otras actividades económicas remuneradas para obtener el dinero necesario para adquirir los alimentos, los bienes y los servicios que los miembros de la familia necesitan en su vida cotidiana: alimentación, ropa, calzado, material y gastos escolares, electrodomésticos, enseres de cocina, muebles, reformas de la vivienda, etc.

Uno de los servicios esenciales que el hombre debe procurar a su familia es la atención médica tradicional o alópata cuando su esposa y sus hijos enferman. La búsqueda de atención médica alópata puede conllevar desplazarse a la ciudad, de modo que, a los gastos de la consulta médica y las medicinas, se le puede sumar el transporte, las comidas y, dependiendo de la gravedad, hasta la hospitalización y el alojamiento¹⁰³. Las deficiencias que presentan los servicios médicos de la Secretaría de Salud de Oaxaca (SSO) tanto en el municipio como en la capital del distrito, Tuxtepec, llevan a los usileños a tener que recurrir frecuentemente a la atención médica privada, lo que, unido al bajo nivel socioeconómico de las familias, convierte la atención médica de los familiares enfermos en una responsabilidad muy importante en la mentalidad usileña. Aparte de conseguir el dinero necesario, como esposo y padre debe acompañar a su esposa en la atención médica de sus hijos enfermos o cuando ella es quien enferma.

Además de garantizar la manutención económica y la atención médica de su esposa e hijos, el hombre asume la responsabilidad de procurar reunir un patrimonio para transmitirlo como herencia a sus hijos el día de mañana: una o más casas, solares en la localidad para que los hijos puedan construir su vivienda y vivir con su familia, tierras para el cultivo, cabezas de ganado, dinero ahorrado en el banco.

Su rol de proveedor económico, como campesino, trabajador asalariado o dueño de negocios, y el patrón dominante de herencia patrilínea que lo convierte en propietario o

¹⁰² D'Aubeterre Buznego (2002), González Montes (1988, 1991), Mindek (2003a), Mulhare de la Torre (2003), Raby (2012), Vázquez García (1997).

¹⁰³ Generalmente, los usileños se desplazan a la ciudad más próxima, Tuxtepec, pero, dependiendo de la atención médica requerida y del nivel socioeconómico de la familia, pueden desplazarse a ciudades más grandes y alejadas como Oaxaca o Veracruz.

heredero de los terrenos de solar y cultivo, las herramientas y los animales domésticos, así como de los negocios familiares, otorgan al hombre la posición social de ser “la cabeza de la familia”. Su estatus de jefe de familia le confiere un grado de autoridad que tanto su esposa como sus hijos deben respetar y que se manifiesta en una serie de normas que guían las relaciones familiares en la vida cotidiana. En las comidas, el hombre se sienta en el mismo sitio en la mesa familiar y su esposa debe servirle en primer lugar. La mujer debe tener la autorización de su esposo para poder viajar fuera de la comunidad y siempre debe hacerlo acompañada por alguno de sus hijos o, en caso de viajar sola, algún hijo o familiar debe recibirla a su llegada. Asimismo, debe acompañar a su marido a votar en los días de elecciones municipales, estatales o federales y votar la opción que haya elegido su esposo¹⁰⁴. La mujer debe asistir a la misma iglesia que asiste su marido, aunque esta norma se cumple cuando ambos esposos profesan la religión evangélica, pues todos los católicos y los testigos de Jehová asisten a la misma iglesia¹⁰⁵. Cuando los cónyuges profesan religiones diferentes, la mujer cede dejando de asistir a su iglesia, pero mantiene sus creencias religiosas y rara vez asiste a los eventos rituales o sociales de la iglesia de su esposo.

El respeto y la obediencia que la mujer debe a su marido son valores más remarcados entre los hombres evangélicos y testigos de Jehová que entre los católicos. Es la voluntad de Dios que la mujer esté sujeta a la autoridad de su marido, y así es expresado en varios pasajes bíblicos. Uno de ellos, mencionado frecuentemente por los evangélicos y los testigos de Jehová, son unos versículos de la carta de Pablo a los Efesios donde se exhorta a la mujer a someterse a la autoridad de su marido del mismo modo que la iglesia está sometida a la autoridad de Jesucristo.

²²Las casadas estén sujetas a sus propios maridos, como al Señor;

²³porque el marido es cabeza de la mujer, así como Cristo es cabeza de la iglesia, la cual es su cuerpo, y él es su Salvador.

²⁴Así que, como la iglesia está sujeta a Cristo, así también las casadas lo estén a sus maridos en todo. (Efesios 5:22-24, RVR 1960)

El estatus de autoridad que el hombre tiene en la familia también se manifiesta en la crianza de los niños, concretamente en la supervisión de la conducta social de sus hijos e hijas fuera del ámbito doméstico, una supervisión que es compartida con la madre. El padre, junto con la madre, supervisa la conducta social y sexual de sus hijas fuera del hogar, controlando estrechamente sus salidas y sus relaciones con amigos o compañeros de la

¹⁰⁴ En Usila, la lógica del voto sigue la lógica del clientelismo político, que lleva a todos los miembros de una familia a votar el mismo partido. La inmensa mayoría de personas se posicionan a favor de un candidato a cambio de recibir una cantidad de dinero los días previos a la votación y favores una vez elegidos como, por ejemplo, ser inscritos en determinados programas sociales gubernamentales.

¹⁰⁵ En la localidad hay dos iglesias católicas, la iglesia principal, la Iglesia de los Santos Apóstoles Felipe y Santiago, y una iglesia más pequeña, la Capilla de San Miguel, pero ambas son llevadas por el o los mismos sacerdotes. En la capilla de San Miguel sólo se ofician misas los domingos en la tarde y en los días dedicados a celebrar los festejos en honor a San Miguel.

escuela con el fin de preservar su honor y evitar que puedan quedar embarazadas antes del matrimonio. El padre igualmente supervisa la conducta social y sexual de sus hijos varones para que no embaracen a muchachas con quien no van a casarse y no incurran en comportamientos socialmente incorrectos como decir groserías, pelearse, emborracharse, consumir drogas o robar. En caso de que se den dichos comportamientos, el padre, con el apoyo de la madre, habla con sus hijos, los regaña y los castiga si es necesario, para que corrijan sus conductas, y controla sus salidas fuera del hogar y las relaciones con aquellos amigos que les inducen a seguir conductas indebidas.

La autoridad del hombre en el seno familiar también se hace presente cuando sus hijos e hijas desean formalizar sus relaciones de pareja y contraer matrimonio. Aunque hoy en día los jóvenes deciden con quien van a casarse, como se ha expuesto anteriormente, los padres continúan desempeñando un importante papel buscando a los representantes que llevarán las negociaciones entre las familias durante el pedido de la novia y, en el caso del padre del novio, reuniendo los bienes que deben ser entregados a la familia de la novia en el cierre de compromiso —una res o uno o dos cerdos, rejas de refrescos, canastas de pan dulce, tercios de leña—. Asimismo, el padre del novio asumirá buena parte de la organización y los gastos relativos al ritual religioso de casamiento y al convivio nupcial.

Aun siendo el hombre “la cabeza de la familia”, en la vida cotidiana, su autoridad es limitada por una dinámica familiar en la que las decisiones respecto a la crianza de los niños son mayormente tomadas por la madre, a veces consensuadas entre los esposos, y las decisiones referentes a muchas tareas domésticas, entre ellas, la administración del dinero entregado por el marido a su mujer, son también tomadas por la esposa. La crianza de los niños fortalece la posición de la mujer en el hogar a medida que van creciendo, pues su mayor implicación en la atención de sus necesidades cotidianas proporciona a la madre una mayor influencia sobre sus hijos. Aprovechando su mayor ascendencia, la mujer busca aliarse con sus hijos para contrarrestar la autoridad del hombre en determinadas decisiones que afectan a la familia o para forzar su rectificación en comportamientos que no se adecúan a sus expectativas matrimoniales o socioeconómicas.

A este empoderamiento que la mujer experimenta en su hogar como trabajadora doméstica y cuidadora primaria de los niños, hay que sumar su colaboración en los ingresos económicos familiares como beneficiaria titular del programa federal PROSPERA y al desempeñar actividades económicas remuneradas esporádicas o regulares como la venta de productos agrícolas, comida o productos de catálogo o trabajando en los negocios familiares. En algunas familias, la mujer, con la colaboración de sus hijas, obtiene ingresos monetarios bordando servilletas, blusas y huipiles para intermediarias que venden estas manufacturas a compradores de productos artesanales que operan fuera de la localidad.

La mujer colabora en los ingresos económicos de la familia y se encarga de cumplir con los requisitos del programa social PROSPERA, pero su rol principal es realizar las labores domésticas, atender a su esposo y cuidar y educar a sus hijos. Las principales tareas domésticas que la mujer debe realizar cotidianamente son echar tortilla, preparar la comida, lavar los trastes, lavar la ropa, limpiar la casa y el patio y alimentar a los animales

domésticos. También administra el dinero que su marido le entrega para cubrir las necesidades económicas de la familia y, al igual que al hombre se le exige responsabilidad a la hora de trabajar y entregar el dinero ganado a su familia, a la mujer se le exige que administre responsablemente el dinero familiar.

La mujer, además, asume el trabajo de cuidar a los miembros de su familia. Debe atender diariamente a su marido, lo que supone estar pendiente de preparar y servirle el desayuno antes de que vaya a trabajar, en caso de que vaya a trabajar al campo, preparar su almuerzo para que lo lleve a la milpa, y tener lista la comida de la tarde cuando regresa a la casa una vez que ha terminado su jornada de trabajo. Aunque el trabajo del hombre establece unos tiempos para la atención del esposo, estas mismas comidas son también preparadas para los demás miembros de la familia. La mujer, como madre, es la cuidadora primaria en la crianza de los niños y se encarga de velar por sus necesidades biológicas, psicoemocionales, sociales y económicas, incluyendo su cuidado cuando caen enfermos. Igualmente, cuando su esposo enferma, se encarga de buscar la atención médica y brindarle los cuidados que requiere.

Los diferentes roles que el hombre y la mujer desempeñan en la vida familiar indican una división sexual del trabajo. Esta división sexual del trabajo, sin embargo, como se verá más adelante, no delimita ámbitos de la vida cotidiana exclusivos para el hombre y la mujer, no supone que la actividad económica sea un ámbito exclusivamente masculino ni que la actividad doméstica sea exclusivamente femenina, pues la mujer participa en ciertas tareas agrícolas y, en mayor o menor medida según los casos, en la obtención de ingresos económicos para la familia, mientras que el hombre participa en determinadas facetas de la crianza de los niños y realiza ciertas tareas domésticas como cortar leña, desramar los árboles y realizar construcciones en el patio —letrina, techados, lavadero, área de baño— o hacer reparaciones y reformas en la vivienda.

El incumplimiento de los roles matrimoniales supone un pecado ante los ojos de Dios y una fuente de conflictos en la relación marital. Cuando el hombre o la mujer no se comporta con la debida responsabilidad e incumple con sus obligaciones familiares, se muestran como un hombre o una mujer sin fe que está desobedeciendo a Dios y cometiendo pecado. Esta noción de desobediencia a Dios y estar incurriendo en pecado está más presente en la mentalidad de los evangélicos y los testigos de Jehová debido a que profesan unas religiones que exigen un mayor rigor moral a sus fieles. Pero más allá del pecado, en la vida cotidiana, el incumplimiento de los roles matrimoniales genera, sobre todo, una conflictividad que, dependiendo del grado de incumplimiento, puede llegar a afectar gravemente la relación conyugal.

5. Los valores que deben guiar la relación matrimonial

Los valores que definen una buena relación matrimonial están estrechamente vinculados a la concepción cristiana del matrimonio y son compartidos por hombres y mujeres católicos, evangélicos o testigos de Jehová. Todos los usileños coinciden en afirmar que “el matrimonio es un compromiso para toda la vida”. Cuando el hombre y la mujer deciden contraer matrimonio, lo hacen ante la sociedad y ante Dios, de modo que su unión matrimonial se convierte en un vínculo sagrado e indisoluble. Aun las parejas que se casan por la vía civil y no celebran un casamiento religioso debido a que profesan religiones diferentes, conciben igualmente el matrimonio como un mandamiento divino que debe guardarse durante toda la vida. Como señala el evangelio de San Mateo, el hombre y la mujer no pueden separar lo que Dios ha unido:

Así que ya no son más dos, sino una sola carne; por tanto, lo que Dios juntó, no lo separe el hombre. (Mateo 19:6, RVR 1960)

Este compromiso vitalicio es asumido explícitamente por los contrayentes cuando, tras aceptarse voluntariamente como esposos, declaran sus votos matrimoniales jurando amarse, respetarse y mantenerse fieles para siempre en todas las circunstancias de la vida, sean de bonanza o adversidad, riqueza o pobreza, salud o enfermedad. Es también asumido simbólicamente cuando los novios se colocan el anillo el uno al otro como símbolo de fidelidad justo antes de pronunciar sus votos matrimoniales y cuando los padrinos les colocan el lazo como símbolo de unidad para toda la vida.

Los católicos y los evangélicos asumen que la muerte del cónyuge libera al hombre o a la mujer del compromiso del matrimonio y, tras guardar el debido periodo de luto, el hombre viudo o la mujer viuda pueden volver a casarse y formar una nueva familia con otra mujer u otro hombre. No así los testigos de Jehová, para quienes el hombre y la mujer sólo pueden casarse una sola vez en su vida terrenal, pues, aunque uno de los cónyuges fallezca antes, ambos esposos volverán a reencontrarse en el Paraíso.

El matrimonio fue creado por Dios para que el hombre y la mujer se acompañaran en la vida y se amaran y se respetaran el uno al otro. El hombre debe amar y respetar a su esposa, y la mujer debe amar y respetar a su esposo, para que la felicidad y el bienestar reinen en su relación matrimonial y en la relación con sus hijos.

Antes de que su hija se casara, don Anselmo habló con su futuro yerno cuando le pidió consejo sobre la vida matrimonial: “el matrimonio es como un campo”, y el campo necesita que lo limpien regularmente, le quiten las malas hierbas que continuamente están saliendo y obstaculizan el crecimiento de las plantas sembradas.

El matrimonio necesita llevarse así juntos, gente que dice de la mano el uno con el otro, pues, todos los problemas, todos los trabajos que tiene que hacer, sí, todo, todo. El tratarlo ¿no? Bien de cómo ir adelante, de cómo sacar adelante todos esos problemas, sí, porque ya no es igual también cuando uno ya son dos. Ya no es igual

cuando andaba sola, pues, cuando el hombre también andaba solo también soltero. Cuando ya están dos, ya se requiere mucho, mucho trabajo, tiene que trabajar, tiene que, con amor. Sin amor no se puede, no se puede lograr, sí. Un campesino va con ganas, con amor también. Tener amor a esa, a esa cosa que sembró, ah su, despacito lo limpia, el pie de las plantas con las manos lo arranca, lo quita las hierbitas ahí para que quede bien. Y así es el matrimonio, le dije. [...]

Y el contrario del matrimonio, todo lo contrario del matrimonio, todo lo contrario del amor es el odio, el rencor, el miedo, celos. Es el problema, sí. Y eso tiene que te ha asegurado, y éstas son las hierbas malas que matan el matrimonio, la unión, y éstas son las hierbas, las hierbas malas que matan la milpa, toda la siembra también, sí, sí.



Bordado entre adornos florales junto a la tarima de una iglesia evangélica donde se va a celebrar una ceremonia de casamiento. En él se puede leer la segunda parte del versículo 19:6 del evangelio de Mateo: “por tanto, lo que Dios juntó, no lo separe el hombre”.

El amor entre los esposos se manifiesta en forma de expresiones afectivas, gestos, actitudes y actos cotidianos. El hombre y la mujer utilizan expresiones como *a³m⁴ quian³⁴⁻⁴* —mi mujer— o *a³ñih³ quian³⁴⁻⁴* —mi hombre— para dirigirse cariñosamente a su cónyuge. Los usileños nunca muestran públicamente su afecto besándose o abrazándose, sino a través de gestos como solicitar que su mujer se siente a su lado cuando el hombre llega del trabajo para platicar sobre lo acontecido en el día, acostarse juntos en la misma hamaca colgada en el patio entre los árboles o bajo un techado aprovechando un tiempo de descanso. La mujer muestra cariño hacia su esposo masajeando sus pies o su espalda cuando así lo solicita, o revisando su cuerpo cuando regresa de la milpa para ver si no tiene alguna garrapata o algún arador.

El amor se muestra dispensando un trato respetuoso y amable al cónyuge, mostrando interés por lo que acontece en la vida de la pareja, brindando apoyo psicoemocional cuando el cónyuge tiene problemas y se encuentra anímicamente decaído o enojado, escuchando y comprendiendo lo que piensa, lo que siente, dándole consejos e infundiéndole ánimo y tranquilidad para superar las dificultades.

El amor también se expresa a través de actos cotidianos que demuestran complacencia y atención hacia las necesidades y los gustos de la pareja. El hombre complace a su esposa haciendo los trabajos que le solicita en la casa o el patio —construir o reparar el fogón, el lavadero donde la mujer lava los trastes y la ropa o el techado del lavadero para protegerse del Sol y la lluvia, cambiar una llave del agua—, preparando el caldo de piedra en ocasiones especiales, cargando al bebé en su manta y a sus hijos pequeños en brazos cuando salen del hogar, dándole dinero para que se compre ropa, especialmente en las festividades, pues es costumbre que la mujer y los hijos estrenen ropa nueva, asistiendo juntos a los cultos religiosos, a los eventos organizados en las fiestas del pueblo —castillos o fuegos artificiales, baile— y a los eventos sociales como los cierres de compromiso, las bodas, los bautizos o las graduaciones escolares, o celebrando el cumpleaños de su mujer con una comida en complicidad con los hijos.

La mujer complace a su esposo levantándose temprano para prepararle el desayuno antes de que vaya a trabajar, teniendo limpia la casa antes de que regrese del trabajo, sirviéndole el pozol cuando llega de trabajar para recuperarse del cansancio antes de la comida de la tarde, preparándole las comidas que le gustan y las salsas de molcajete para acompañar las comidas y, en algunos casos, reservando un poco de masa de nixtamal para que, cuando regresa del trabajo, su marido pueda comer tortillas de maíz calientes recién hechas.

Otra forma de manifestar amor es ayudarse mutuamente en la realización de ciertos trabajos. En los días que no tiene mucho trabajo o está descansando, el hombre debe ayudar a su esposa en el cuidado de los niños, supervisando que realicen sus tareas escolares o que vayan a los mandados, cuidando de los niños pequeños meciéndose juntos en la hamaca o llevando a los niños al río para bañarse. También puede realizar labores domésticas como barrer la casa o el patio, desgranar el maíz, apilar la leña, contratar a una muchacha para que ayude a su esposa cuando hay mucho trabajo en el hogar, o

acompañando a su mujer por las tardes para cargar la bandeja o la cubeta con la ropa que ha estado lavando en el río. La mujer debe ayudar a su esposo en trabajos domésticos como desramar los árboles del patio o realizar alguna obra en la vivienda y en ciertas tareas agrícolas como la siembra y la cosecha del maíz y el frijol.

El amor debe cultivarse en el día a día para evitar que los esposos se vayan distanciando y puedan terminar separándose, y para ello es indispensable que se guarden fidelidad, cumplan con sus respectivas obligaciones matrimoniales, se apoyen mutuamente y mantengan una buena comunicación para tomar decisiones comunes y solucionar los problemas que vayan surgiendo.

La buena relación matrimonial requiere que el hombre y la mujer se guarden una mutua fidelidad para mantener el amor y la confianza el uno hacia el otro: “el hombre ya no puede mirar a otra mujer y la mujer ya no puede mirar a otro hombre”. El hombre casado no puede desear ni coquetear con otras mujeres, ni la mujer casada desear ni coquetear con otros hombres, ni, aún peor, ir más allá del deseo y el coqueteo, caer en la tentación y cometer adulterio.

El hombre y la mujer casados tienen que respetarse dentro y fuera del hogar. El hombre y la mujer ya no pueden relacionarse con las personas del otro sexo como lo hacían en su etapa de soltería, sino que deben hacerlo cuando sea necesario y siempre guardando el debido respeto, sin intención de seducir ni dejarse llevar por la seducción. Con el fin de garantizar su fidelidad y el cumplimiento de las normas sociales que rigen las relaciones del hombre y la mujer casados con las personas del otro sexo, los esposos ejercen un mutuo control sobre su conducta social. Cuando el hombre o la mujer va a salir de la casa, debe avisar a su cónyuge y decirle dónde va a ir, qué va a hacer y cuánto tiempo va a tardar en regresar. La esposa acepta o, lo que es lo mismo, es socialmente correcto que el hombre salga solo del hogar para ir a trabajar, hacer un mandado, buscar atención médica, visitar a familiares, amigos o compadres, asistir a una reunión política o participar en los preparativos de los eventos sociales como los cierres de compromisos, las bodas o los velorios de los muertos. El hombre acepta que su esposa salga de la casa, normalmente acompañada por sus hijos pequeños, para hacer sus mandados, visitar a sus familiares, asistir a las reuniones del programa social PROSPERA, buscar atención médica, ir a buscar leña, ir a lavar ropa al río, o colaborar con otras mujeres en los preparativos de comidas y otras tareas requeridas en los eventos sociales como cierres de compromiso, bodas, velorios o novenarios.

En el momento en que el hombre y la mujer se unen en matrimonio “ya no son dos sino uno solo”, es decir, la relación matrimonial debe basarse en la unión, la responsabilidad y el apoyo mutuo. Los esposos deben afrontar unidos todas las situaciones que se vayan dando en la vida, sean favorables o adversas, trabajar conjuntamente y asumir sus respectivas responsabilidades para criar a sus hijos y sacar adelante a su familia, y, como se ha expuesto, apoyarse mutuamente a nivel psicoemocional, en determinadas labores domésticas y económicas y cuidándose el uno al otro en los momentos de enfermedad.

Don Leandro, hombre evangélico, casado y padre de tres hijos, explica la vital importancia del apoyo mutuo en la relación matrimonial:

Jesús dijo que es mejor dos que uno, porque, si uno cae, el otro levanta a su compañero. Pero si uno solo cae, ¿quién lo va a levantar?

Además del amor, el respeto, la fidelidad, el apoyo mutuo y el cumplimiento de las obligaciones, es necesario que los esposos cultiven una “buena comunicación” no sólo para brindarse apoyo psicoemocional, sino también para lograr un buen entendimiento, tomar decisiones consensuadas y resolver las problemáticas conyugales y familiares que vayan surgiendo. La buena comunicación entre los esposos debe basarse en el respeto, la voluntad de alcanzar acuerdos, el poder expresar lo que se piensa y se siente, escucharse y mostrar interés por las vivencias de la pareja, comprenderse, aconsejarse, infundir tranquilidad y ánimo en los momentos difíciles.

El hombre y la mujer deben hablar para conocer las necesidades de los miembros de la familia, saber lo que es necesario para el hogar y tomar decisiones conjuntamente en diversos ámbitos de la vida familiar: las necesidades biológicas, psicológicas, sociales y económicas de los niños y los adultos de la familia, las diferentes cuestiones y problemáticas relacionadas con las labores domésticas, el trabajo agrícola y el trabajo remunerado, la consecución y la administración del dinero, la adquisición de los alimentos, los bienes y los servicios necesarios, entre ellos, la atención médica de los enfermos, las reformas y las reparaciones que requiere la vivienda familiar, etc. Acordar las decisiones conjuntamente en los distintos ámbitos de la vida familiar propicia que haya un buen entendimiento entre los esposos y minimiza el surgimiento de conflictos matrimoniales y familiares.

Al mismo tiempo que se supervisan mutuamente su conducta social, una buena comunicación también supone que el esposo y la esposa estén enterados de sus respectivas actividades dentro y fuera del hogar, de manera que, cuando el hombre o la mujer sale de la casa, siempre debe avisar a su cónyuge e informarle dónde va a ir, qué va a hacer y cuándo va a regresar.

Las mujeres y los hombres usileños son muy conscientes de que en la convivencia matrimonial siempre surgen dificultades y problemas y que los esposos deben cuidar su relación en el día a día. La buena comunicación, entonces, se vuelve fundamental a la hora de solucionar los problemas matrimoniales, minimizar los conflictos y evitar que los cónyuges se vayan distanciando a tal grado que puedan acabar separándose. Ello requiere que los esposos se escuchen respetuosamente, no se dejen dominar por la soberbia y reconozcan los errores cometidos con humildad, pidan perdón a su cónyuge y enmienden su conducta, a la vez que deben mostrar paciencia, comprensión, saber perdonar y buscar siempre la reconciliación con su pareja. Don Anselmo lo explica así:

El problema cuando hay separación es, éste, el hombre o uno de los dos no quiere bajarse, no quiere hacerse pequeño, o sea, porque uno, éste, siempre tapa los

males que hace, o sea, los tapa así, pues, cuando que dice que es inocente y no dice. Sí, pero en la pareja cuando está consagrado delante de Dios, en nombre de Dios, la cosa es reconocerse sus errores. Eso es problema, porque hay hombres y mujeres que no reconocen sus errores. Ah, dice que no, yo no hice, yo no hice, yo no hice, y él lo hizo, sí. ¿Y qué necesita ése? Hacerse pequeño, humildad, ése es lo que vale, ser humildad. Ése es lo que necesita y ése es lo que vale. Y ése es lo que muchos no quieren hacerse también, la humildad, sí. La soberbia es la que se hace más grande, sí, la pareja, ya sea el hombre o la mujer. Por eso dice que yo no hice, yo no hice, yo no tengo la culpa, yo no tengo el error, yo no fui. ¿Por qué? Porque está haciendo la soberbia, y la soberbia es el error, pues, sí, de su pareja, sí. Entonces, el matrimonio necesita la humildad, reconocerse, pues, de sus errores. Si el hombre falló, pues lo dice claro, sí, y, si la mujer, que hable claro también. Sí, así es.

6. Conflictos, resolución de conflictos y separación matrimonial

Las creencias, los valores, las normas y los roles presentes en la concepción usileña del matrimonio buscan orientar a los esposos hacia una buena relación conyugal evitando o resolviendo los problemas que surgen en la convivencia cotidiana, pero también se hacen presentes cuando los conflictos matrimoniales superan la capacidad de diálogo y entendimiento de los esposos y se hace necesaria la intervención de mediadores para propiciar la reconciliación.

En el comienzo de la vida matrimonial la convivencia entre los esposos suele ser más problemática debido a las “diferentes costumbres” que cada cónyuge trae de su propia familia. A medida que va pasando el tiempo, la mujer se va adaptando al ritmo y la forma de trabajar de su nueva familia, los esposos se van conociendo y amoldándose el uno al otro, y paulatinamente la convivencia se vuelve más armoniosa.

La convivencia de dos o más familias en una misma vivienda o en el mismo terreno puede provocar problemas matrimoniales, pues, dado que la residencia postmarital suele ser virilocal, la esposa no sólo debe convivir con su esposo sino también con su suegra y sus cuñadas y, en menor grado, con su suegro y sus cuñados. Los problemas con los familiares del esposo sitúan al hombre en una tesitura difícil que le obliga a mediar y buscar una solución al conflicto entre su esposa y sus parientes. Si el diálogo y el establecimiento de acuerdos de convivencia no solucionan la problemática, las soluciones pueden pasar por dejar de compartir la misma comida, preparar los alimentos en cocinas diferentes, vivir en viviendas separadas dentro del mismo patio o que la pareja construya su propia casa fuera del terreno paterno y se emancipe.

Una fuente importante de conflictividad conyugal es el incumplimiento o el cumplimiento deficiente de las obligaciones matrimoniales. Cuando la mujer no cumple

adecuadamente con las labores domésticas o no atiende bien las necesidades de su marido o sus niños, surgen pleitos en la relación conyugal, pues el hombre recrimina a su esposa su desatención y su desinterés por el bienestar de la familia.

El rol del hombre es trabajar para garantizar la manutención económica de su esposa y sus hijos, de modo que, como esposo y padre, debe comportarse con responsabilidad y priorizar siempre el bienestar de su familia. Ello conlleva que debe entregar el dinero ganado a su esposa para que pueda comprar todo lo necesario para los miembros de la familia y el hogar. En el caso de que quiera ahorrar una parte del dinero ganado, debe hacerlo saber a su mujer, de lo contrario, su esposa le pedirá explicaciones sobre lo que está haciendo con el dinero faltante.

La conflictividad matrimonial surge igualmente cuando el hombre no gana el dinero suficiente para proporcionar a su esposa el nivel de vida al que estaba acostumbrada en su hogar paterno o para cumplir con sus expectativas socioeconómicas. También aparece cuando el esposo no invierte el total del dinero ganado con su trabajo en las necesidades de su esposa y sus hijos, sino que una parte es destinada a mantener a sus padres y hermanos o a ayudarles a solucionar problemas económicos como saldar una deuda¹⁰⁶. O cuando el hombre recurrentemente gasta el dinero ganado en las cantinas, una conducta reprobada socialmente que, además, supone malgastar el dinero familiar en el vicio de la borrachera y las cantineras.

Cuando aparecen estas problemáticas, el hombre y la mujer deben hablar para tratar de solucionar los conflictos y evitar que acaben afectando negativamente a la relación matrimonial y familiar, reconociendo sus faltas en sus obligaciones, corrigiendo sus conductas y orientándolas hacia una mayor responsabilidad. Cuando el incumplimiento del rol matrimonial es grave y reiterativo, con el fin de reconducir el comportamiento irresponsable del cónyuge, el hombre o la mujer o los padres de los esposos buscan la mediación de ciertos familiares cercanos y respetables —un hermano, un tío, un primo— o de personas con autoridad moral como un padrino, un catequista, el sacerdote o el pastor de su iglesia.

Cuando el diálogo y la mediación en la relación matrimonial no consiguen que el esposo cumpla adecuadamente con la manutención económica de su familia, la esposa suele tomar la decisión de abandonar el hogar conyugal y regresar junto a sus hijos al hogar paterno para forzar un cambio en su conducta. El hombre, acompañado por sus padres, padrinos u otra persona con autoridad moral respetada por su suegro, debe ir a ver a su mujer, pedir perdón por su comportamiento y ofrecer la seguridad de que las necesidades económicas de la familia van a ser debidamente cubiertas para que su esposa acepte regresar al hogar conyugal. En ocasiones, la mujer puede supeditar la reconciliación matrimonial a que el esposo construya una vivienda para su familia en el patio paterno o

¹⁰⁶ Cuando un usileño recurre a un prestamista local para solicitar un préstamo, el prestamista entrega el dinero estableciendo dos condiciones: una tasa de interés del 10% mensual sobre el total del dinero prestado y, como aval, el documento de propiedad del terreno, de modo que, si la persona no devuelve el total del dinero prestado junto con todos los intereses, el prestamista se queda con el documento y el terreno pasa a ser de su propiedad.

en otro terreno, condición que puede suponer que el hombre deba emigrar a la ciudad para trabajar y ahorrar el dinero necesario para construir la casa y, a veces también, comprar el terreno.

La conflictividad se agrava cuando la despreocupación del hombre por el bienestar económico de su familia está motivada por el alcoholismo o por mantener una relación sentimental con otra mujer. El alcoholismo no permite al hombre ganar el dinero suficiente para su familia y le lleva a gastar el dinero familiar en su adicción al alcohol. Además, en los momentos de embriaguez, suele manifestar una conducta agresiva hacia su esposa, lo que sume a la mujer en una relación matrimonial marcada por la violencia psicológica y física. Aunque en unos casos los familiares pueden justificar la conducta violenta del esposo, en otros casos los padres y los hermanos del hombre intervienen para tratar de reconducir su comportamiento e impedir las agresiones físicas. Hayan intervenido o no los familiares del marido, si la violencia física se prolonga en el tiempo, la mujer generalmente decide abandonar el hogar conyugal y buscar la protección de su familia de origen para mostrar que no está dispuesta a seguir soportando la violencia de su marido.

Unas veces los familiares acompañan a la mujer al palacio municipal para denunciar su maltrato físico ante el síndico con el fin de detener la conducta violenta del esposo, cambiar la dinámica matrimonial y propiciar la reconciliación de los cónyuges. La mujer, junto a sus hijos, se aloja en la casa de sus padres durante el tiempo que dura la negociación de los nuevos fundamentos de la relación conyugal¹⁰⁷. Otras veces los padres apoyan la separación temporal de los esposos, acogiendo a su hija y sus nietos hasta que el hombre busque la reconciliación enviando un mediador o presentándose en la casa de sus suegros acompañado por sus padres o padrinos. En este caso, el marido pide perdón por su conducta y solicita el regreso de su esposa y sus hijos, prometiendo corregir su alcoholismo y su comportamiento violento y cumplir responsablemente con sus obligaciones familiares.

Si después de la reconciliación, el alcoholismo y la violencia física persisten, la continuidad de la relación matrimonial puede pasar por el cambio de la residencia a la casa de los padres de la esposa para controlar la conducta del marido y obligarle a dejar o reducir el consumo de alcohol e impedir el maltrato físico de su mujer. Este cambio en la residencia matrimonial generalmente es temporal y dura hasta que el hombre supera su alcoholismo y corrige su conducta irresponsable y violenta. Cuando el hombre no da muestras de querer o poder superar su alcoholismo ni corregir su agresividad, al contar con el apoyo de su familia natal, la mujer puede decidir separarse definitivamente de su marido, pues, además de sufrir violencia, no recibe el dinero necesario para cubrir su manutención ni la de sus hijos.

En otros casos, más en las familias evangélicas, la mujer hace intervenir, además, al pastor de la iglesia donde asisten los esposos y sus hijos para que hable con su marido, le haga tomar conciencia de que su comportamiento es perjudicial para su salud y el

¹⁰⁷ El abandono del hogar y la denuncia de los malos tratos ante la autoridad municipal también es reportado en otras sociedades mesoamericanas. Véase González Montes (1994, 2010), Mindek (2003a), Raby (2012).

bienestar de su familia y constituye un gran pecado ante los ojos de Dios al incumplir sus obligaciones matrimoniales, descuidar a sus hijos y maltratar a su esposa. Las pláticas y los consejos del pastor de la iglesia pueden resultar fructíferas y ayudar a reconducir paulatinamente el comportamiento del hombre hasta propiciar un cambio radical en su persona cuando “abrazo la fe en Jesucristo y vuelve a nacer”, renovándose espiritualmente, liberándose de su adicción, de su rencor, de su agresividad.

La infidelidad, sea del hombre o la mujer, provoca siempre una gran conflictividad en la relación matrimonial y, frecuentemente, el cónyuge infiel tiene que abandonar el hogar conyugal, al menos temporalmente. El adulterio es considerado un pecado grave, ya que el cónyuge infiel incumple su voto matrimonial realizado ante Dios y, sobre todo, marca profundamente el corazón de la persona que ha sufrido la infidelidad hasta el punto en que puede considerar poner fin a la unión matrimonial.

La infidelidad rápidamente es conocida por los familiares de los esposos, pues el cónyuge engañado, especialmente cuando es la mujer quien sufre la infidelidad, enseguida recurre a sus familiares para contarle y desahogarse¹⁰⁸. Otras veces son algunos parientes de la mujer o el hombre que está siendo engañado quienes le avisan sobre la infidelidad de su cónyuge. Todos los familiares reprobarán la conducta del esposo o la esposa infiel, sin embargo, todos los familiares, tanto por parte de la mujer como del hombre, recomendarán y propiciarán la reconciliación de los esposos antes que la ruptura matrimonial. Los usileños, sean católicos, evangélicos o testigos de Jehová, siempre priorizan la indisolubilidad del matrimonio consagrado delante de Dios y el bienestar psicológico de los hijos consciente de que son quienes más sufren la separación de sus padres.

Normalmente, para conseguir que la mujer o el hombre engañado perdone a su esposo o esposa infiel y se dé la reconciliación, deben intervenir uno o más mediadores: familiares de los esposos —padres, hermanos, tíos—, el pastor, el sacerdote, catequistas, fieles carismáticos de la iglesia a la que pertenecen los esposos, todos ellos casados con una relación matrimonial estable y buena reputación moral en la comunidad. Los mediadores hablarán con la mujer o el hombre que ha sufrido la infidelidad para orientarlo y ayudarlo a superar su dolor, su rechazo, a perdonar a su esposo o esposa infiel, a reconciliarse y continuar con su vida matrimonial, a la vez que promoverán que el cónyuge infiel vaya a ver a su mujer o su marido para mostrar su arrepentimiento, pedir perdón por su grave falta moral y prometer enmendar su comportamiento. La mediación propiciará la reconciliación, pero los usileños reconocen que, a menudo, la infidelidad suele marcar la vida matrimonial sumiendo a los esposos en una relación de desconfianza, resentimiento y conflictividad¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Y la infidelidad también es rápidamente conocida en la comunidad que igualmente señalará al cónyuge infiel como un hombre o una mujer inmoral.

¹⁰⁹ Esta relación de desconfianza, resentimiento y conflictividad es más acentuada en los pocos casos en que los esposos continúan con su vida matrimonial a la vez que el cónyuge infiel mantiene la relación con su amante.

Este mecanismo sociocultural de mediación actúa en sinergia con la creencia cristiana en la indisolubilidad de la unión matrimonial consagrada ante Dios y, por ende, de la unidad de la familia. Aparece un derecho consuetudinario que, además de regular la conflictividad y la separación matrimonial en favor de la reconciliación, otorga protección social a la mujer casada. Este derecho consuetudinario no sólo está presente en la comunidad usileña, sino que también se constata en diversos pueblos indígenas y postindígenas de Mesoamérica y otras regiones de México (Mindek, 2003b; Raby, 2012).

Cuando los conflictos en la relación matrimonial no pueden ser resueltos a través del diálogo, el cónyuge afectado o sus padres buscan la mediación de personas de confianza y con una reconocida autoridad moral para hablar con los cónyuges y propiciar la responsabilidad y la buena relación en la pareja y, en aquellos casos que se ha llegado a la separación, la reconciliación matrimonial. Y cuando los problemas matrimoniales se tornan serios, puede recurrir a su familia de origen y utilizar la separación temporal como una estrategia para forzar el cambio en la conducta de su esposo y obligarlo a comportarse de acuerdo a sus expectativas matrimoniales y socioeconómicas. Dado que la norma social que rige la residencia postmarital lleva a la mujer a salir de su hogar para vivir en la misma vivienda o cerca de los familiares de su esposo, al tener el derecho de ser apoyada y protegida por su familia natal y, en problemas graves, al ser necesaria, además, la intervención de mediadores para propiciar la reconciliación matrimonial, la mujer usileña mantiene sus derechos y se hace respetar ante su esposo y sus parientes afines.

Aunque lo normal es que se acabe produciendo la reconciliación matrimonial, al igual que en el caso de alcoholismo y violencia, entre los católicos y los evangélicos, el adulterio puede ser aceptado como una razón que lleve a la separación definitiva de los esposos. Los testigos de Jehová, en cambio, consideran que el adulterio es razón justificada para la ruptura matrimonial al incumplirse la promesa de fidelidad realizada ante Dios. El adulterio permite la separación de los esposos, pero no permite al cónyuge que ha sufrido la infidelidad volver a casarse ni volver a tener una relación sentimental, ya que el matrimonio es para toda la vida e incurriría igualmente en el pecado del adulterio.

Capítulo 11

El trabajo doméstico o el trabajo de cuidados en el ámbito doméstico

1. El trabajo doméstico como trabajo de cuidados en el ámbito doméstico

El trabajo doméstico, entendido como el trabajo de cuidados en el ámbito doméstico, puede definirse como el conjunto de tareas físicas, cognitivas y psicoemocionales orientadas a realizar los cuidados y producir y conseguir los bienes y los servicios necesarios para satisfacer las necesidades biológicas, sociales y subjetivas de los miembros del grupo doméstico en la vida cotidiana, lo que incluye también las tareas relacionadas con el mantenimiento del espacio habitacional y los bienes muebles. Los cuidados son mayoritariamente brindados a los integrantes del grupo doméstico en el hogar, pero ciertos cuidados son obtenidos recurriendo a los servicios ofrecidos por el Estado¹¹⁰, el mercado —empleados domésticos, cuidadores, empresas— o la comunidad —familiares, amigos, vecinos, asociaciones, grupos de apoyo—. Análogamente, hay bienes y servicios que son producidos y consumidos por los adultos y los niños en el espacio de la vivienda y su entorno inmediato, mientras otros bienes y servicios son conseguidos o realizados fuera del ámbito doméstico, como el transporte de los miembros del hogar al trabajo, la recolección de agua y la recolección de leña en muchas comunidades rurales o la compra de diferentes tipos de mercancías en el mercado (Campillo, 2000: 100-101; Carrasco, Borderías y Torns, 2011: 31-32; Carrasquer, 2013: 99-100; Carrasquer y cols., 1998: 96; Durán, 2011: 15-16; Letablier, 2001: 24-27; Pérez Orozco, 2006: 172, 183-185; 2014: 62; Ruiz, Sánchez y Valero, 2009).

El trabajo de cuidados es un trabajo imprescindible en el sostenimiento de la vida humana. Todas las personas necesitan cuidados en el día a día a lo largo de su vida, cuidados cuyas características e intensidades van variando en función de la etapa del ciclo vital en que se hallan, siendo la cantidad y el tiempo de cuidados mayores durante la niñez

¹¹⁰ Además de ofrecer servicios educativos, sanitarios o asistenciales a personas dependientes, el Estado puede contribuir a la cobertura de las necesidades de cuidado a través de políticas sociales como el sistema de pensiones de jubilación y viudedad o los programas de ayudas y subsidios a la población pobre, desempleada, discapacitada o anciana.

y la ancianidad, o en función del padecimiento de accidentes, enfermedades agudas, enfermedades crónicas o discapacidades, de las circunstancias familiares, laborales, etc. (Carrasco, Borderías y Torns, 2011: 53-54, 73; Pérez Orozco, 2014: 63).

El trabajo doméstico se caracteriza por ser un trabajo realizado fuera de la esfera del mercado, por tanto, no remunerado monetariamente, y por ser un trabajo artesanal en el sentido de que las secuencias, los ritmos y los tiempos de realización de las tareas no están estandarizados, sino que quienes realizan las labores domésticas y los cuidados mantienen el control sobre el cuándo y el cómo llevarlos a cabo, si bien las decisiones están condicionadas por las necesidades de los miembros del grupo doméstico y por factores externos como los horarios de los trabajos productivos y de los servicios ofrecidos por el Estado y el mercado, así como por su disponibilidad y accesibilidad (Campillo, 2000: 101-102; Carrasquer, 2013: 100; Pérez Orozco, 2006: 94-95). A su naturaleza no mercantil y artesanal se suma una característica psicológica: la disposición permanente a cuidar. En el ámbito doméstico, el trabajo de cuidados supone la actitud de asumir la responsabilidad y la disponibilidad continua de atender las necesidades de los adultos y los niños en el momento que se requiera (Carrasco, Borderías y Torns, 2011: 65, 72; Martín Palomo, 2008: 23-24, 32; Pérez Orozco, 2006: 172).

Otra diferencia esencial respecto al trabajo mercantil es que los cuidados, los bienes y los servicios proporcionados a través del trabajo doméstico no son un fin en sí mismos, sino un medio para lograr el bienestar físico, psicológico y emocional de los adultos y los niños que integran el grupo doméstico. Todas estas acciones realizadas en la vida cotidiana crean, y al mismo tiempo contribuyen a mantener, vínculos afectivos y emocionales entre quienes brindan los cuidados, los bienes y los servicios y quienes los reciben —lo que no supone que las relaciones entre las personas cuidadoras y las personas cuidadas sean armoniosas y regidas solamente por la preocupación, el afecto o el amor por el otro, pudiendo darse también los sentimientos de obligatoriedad, los conflictos, las relaciones de poder, la coacción, el maltrato, etc.—. Además de esta dimensión afectiva y emocional, dada su naturaleza relacional, dado que los cuidados son dones proporcionados mayormente en el marco de las relaciones del parentesco y el género, el trabajo de cuidados presenta una dimensión moral constituida por los valores y las normas sociales que regulan las relaciones entre las personas cuidadoras y las personas cuidadas, una moralidad que regula las obligaciones, los derechos, las atribuciones, los límites y la reciprocidad de los cuidados tanto entre generaciones como en la relación conyugal (Comas D'Argemir, 2000: 189, 2017; Letablier, 2001: 21-22; Martín Palomo, 2008: 22, 27-28, 31; Pérez Orozco, 2014: 58-62).

El cuidado de los niños y los adultos está condicionado por los roles de género y la división sexual del trabajo en el ámbito doméstico. El trabajo de cuidados ha sido y es realizado principalmente por las mujeres a lo largo de su vida como resultado de una socialización de género que asigna a la mujer el trabajo en la esfera doméstica y al hombre, el trabajo en la esfera productiva, estableciéndose así, desde temprana edad, una división sexual del trabajo en el hogar que sitúa a la mujer en una relación de subordinación

respecto al hombre. El cuidar a los demás es, por tanto, un elemento básico en la construcción social del género, no sólo determinando el rol que deben desempeñar las mujeres sino también moldeando su identidad. No obstante, aun habiendo una socialización diferencial de género, la dedicación femenina al trabajo doméstico varía en su contenido e intensidad en función de la etapa del ciclo vital y el rol de la mujer en el grupo doméstico —según sea hija, madre, esposa, abuela—, su dedicación exclusiva al hogar o su grado de integración en el mercado laboral, la presencia de personas dependientes por enfermedad o discapacidad, su estatus socioeconómico —posibilidad de contratar servicios domésticos o de cuidados— o su propia disposición personal (Carrasco, 2001: 63-64; Carrasco, Borderías y Torns, 2011: 41; Carrasquer, 2013: 103; Carrasquer y cols. 1998: 96-98; Comas d'Argemir, 2000: 187-190; Pérez Orozco, 2006: 101-102; Torns, 2008: 58).

El trabajo doméstico ha sido social y culturalmente invisibilizado e infravalorado al desempeñarse mayoritariamente en el ámbito privado del hogar en contraste con el trabajo productivo vinculado a un ámbito público socialmente más valorado y tradicionalmente reservado a los hombres, división y valoración que se acentúan cuando, en el proceso de industrialización y urbanización, la producción de bienes y servicios es completamente separada de la esfera doméstica para ser mercantilizada y el trabajo productivo se vuelve un trabajo remunerado en una economía de mercado que se erige en el fundamento estructural de las sociedades contemporáneas (Carrasco, 2001: 46-47; Carrasco, Borderías y Torns, 2011: 17-24; Carrasquer y cols., 1998: 98-99; Martín Palomo, 2008: 18-19; Pérez Orozco, 2006: 195-196; Torns, 2008: 57). Sin embargo, la satisfacción de las necesidades de adultos y niños en la vida cotidiana convierte el trabajo de cuidados en un trabajo fundamental en la reproducción biológica y sociocultural de los seres humanos, esto es, en la subsistencia y la perpetuación de la especie humana, la reproducción de la estructura social, incluyendo los grupos domésticos, el mercado y el Estado, y la reproducción de las relaciones sociales, propiciando la socialización de los individuos y garantizando su disponibilidad como fuerza de trabajo para la economía mercantil a través de procesos de educación y aprendizaje (Carrasco, 2001: 47; 2014: 43; Carrasco, Borderías y Torns, 2011: 31; Pérez Orozco, 2006: 98-99).

El sistema social es un todo interrelacionado en el que existe una interdependencia entre la esfera doméstica y la esfera mercantil, entre el trabajo doméstico y el trabajo productivo monetizado, en la que el Estado media actuando como agente regulador. El trabajo doméstico es imprescindible para la existencia y la reproducción de la economía mercantil, pues su función es procrear, criar y mantener personas con las capacidades sociales y la salud física y psicológica necesarias para poder desarrollar los trabajos productivos demandados por el mercado laboral. Los costes de la reproducción de la fuerza de trabajo son así asumidos por los grupos domésticos, no por las empresas, lo que les permite ahorrarse dichos costes y aumentar sus tasas de ganancia. La ausencia de transacciones monetarias en las diferentes tareas que integran el trabajo doméstico realizado en el hogar determina que su contribución a la riqueza social sea invisibilizada, pero también que una parte de los costes de la producción de mercancías sea

estructuralmente oculta. Los grupos domésticos, por su parte, deben conseguir en el mercado bienes y servicios para cubrir las necesidades de sus miembros y realizar un trabajo adicional para transformar en consumibles los bienes y servicios adquiridos que no son directamente consumibles. El trabajo doméstico y el trabajo productivo remunerado, por tanto, no son dos ámbitos separados e independientes en la estructura social, sino que se hayan intrínsecamente interrelacionados de tal forma que constituyen dos dimensiones de un mismo proceso, la producción mercantil de bienes y servicios, si bien la posición de la actividad doméstica es de subordinación respecto a la actividad productiva mercantil (Carrasco, 1995: 76-77; 2001: 48-50; 2014: 32-33; Carrasco, Borderías y Torns, 2011: 58-59; Pérez Orozco, 2006: 123-124; Picchio, 2012).

2. Las dimensiones del trabajo de cuidados en los hogares usileños

El trabajo doméstico engloba múltiples tareas que pueden organizarse en dimensiones o conjuntos de tareas orientadas a cubrir determinadas necesidades de los adultos y los niños que integran el grupo doméstico, así como a mantener el espacio habitacional y sus bienes. Además de acciones materiales en forma de cuidados, bienes y servicios, el trabajo doméstico engloba acciones afectivas y psicoemocionales y acciones cognitivas como la mediación ante instituciones estatales y privadas o la organización y la gestión de responsabilidades, cuidados y tiempos que a menudo se realizan mientras se llevan a cabo otras tareas. En la presente investigación, las dimensiones del trabajo de cuidados realizado en los hogares usileños que han sido estudiadas son las siguientes¹¹¹:

1. Las tareas orientadas a la alimentación de los miembros del grupo doméstico
2. Las tareas orientadas a la limpieza y la higiene de la vivienda y los miembros del grupo doméstico
3. Las tareas relacionadas con la construcción y el mantenimiento de la vivienda y las estructuras del patio
4. Las tareas relacionadas con la administración del dinero y la adquisición de bienes y servicios en el mercado
5. Las tareas de mediación ante las instancias estatales del ayuntamiento, el registro civil, las escuelas y el centro de salud
6. La crianza de los niños

¹¹¹ En el presente capítulo, se exponen las tareas correspondientes a las cinco primeras dimensiones, presentando en capítulos posteriores la crianza de los niños, el cuidado entre los esposos en el matrimonio y el cuidado de enfermos, discapacitados y ancianos.

7. El cuidado mutuo entre los esposos en la relación matrimonial
8. El cuidado de los enfermos, los discapacitados y los ancianos

Atendiendo a una socialización de género que propicia una división sexual del trabajo en el hogar, el trabajo doméstico es mayormente asumido por las mujeres, con diferentes obligaciones, atribuciones y ritmos de ejecución según sea adulta soltera o casada, anciana o niña, pero no hay una estricta separación entre esfera doméstica y esfera productiva en los roles de género, sino que los hombres y los niños también colaboran realizando determinadas labores domésticas, del mismo modo que las mujeres adultas y las niñas participan en el trabajo productivo y la obtención de ingresos monetarios para la familia.

2.1 Tareas orientadas a la alimentación de los miembros del grupo doméstico

Las tareas relacionadas con la consecución, la preparación y el cocinado de los alimentos son generalmente realizadas por las mujeres. En las familias nucleares, la esposa es la encargada de planificar y realizar dichas labores con la ayuda de sus hijas, quienes, a partir de los ocho años, van colaborando en mayor grado e implicándose en tareas más complejas a medida que van creciendo y desarrollando sus habilidades cognitivas y psicomotoras, si bien actualmente la asistencia a la escuela y la realización de las tareas escolares son actividades prioritarias en la vida cotidiana de las niñas. En las familias extensas, cuando cocinan en común, estas labores se distribuyen entre la esposa del jefe de familia y las esposas de los hijos y cuentan con la colaboración de las hijas de éstas. No obstante, los hombres, esposos e hijos, también participan en algunas de las tareas domésticas relacionadas con la alimentación.

Las familias que gozan de un buen estatus socioeconómico, como son las familias de los líderes políticos, las familias que regentan las empresas de autobuses o los negocios de venta de materiales de construcción, las familias de los médicos y las médicas alópatas del centro de salud y los consultorios privados, las familias de los maestros y las maestras — en este último caso con la circunstancia de que la mujer trabaja fuera del hogar— emplean a trabajadoras domésticas para efectuar estas labores. La trabajadora doméstica, una muchacha que ha decidido no continuar estudiando después de terminar la secundaria o la preparatoria, una mujer soltera o una mujer viuda que no tiene que cuidar niños pequeños, además de las tareas relacionadas con la alimentación, realiza los demás quehaceres del hogar y participa en el cuidado de los niños.

Uno de los alimentos básicos de la población usileña es el maíz. Las familias que cultivan el maíz en sus milpas, en las épocas de cosecha, acarrear las mazorcas hasta la vivienda familiar. Antes de ser almacenadas, se seleccionan las mazorcas, separando las buenas mazorcas de aquéllas que no han granado bien. A estas últimas se les quitan las hojas que las envuelven al ser las primeras que serán consumidas por la familia o las que servirán de alimento para los pollos.

Las mazorcas de maíz son apiladas por los hombres en el interior de la vivienda, en el patio o en el corredor —espacio techado junto a la casa—. Las mazorcas son almacenadas con las hojas secas que las envuelven, el totomoxtle, pues éstas garantizan su buena conservación y las protegen de la proliferación de insectos como el gorgojo. La estiba se realiza en el tabanco, una base elevada hecha con tablas de madera que, en el corredor y el patio, es protegida con una malla metálica para evitar que los pollos y los pájaros picoteen las mazorcas; en el patio, el tabanco es cubierto con un pedazo de lámina de aluminio para resguardarlas del Sol y la lluvia.

Otros campesinos optan por desgranar las mazorcas y almacenar los granos de maíz en garrafones y botellas de plástico o, en el caso de familias acomodadas, en contenedores cilíndricos de metal. Si las mazorcas fueron pizcadas antes de su plena maduración, los granos de maíz son expuestos al Sol sobre petates, catres o telas de costal para eliminar la humedad y garantizar su buena conservación. Otros alimentos cultivados que las familias usileñas secan al Sol para su buena conservación son el frijol, el café y el chile.



Una mujer quita las hojas de las mazorcas de maíz antes de ser desgranadas

Las familias que no cultivan la milpa, o las familias campesinas que no han obtenido una producción suficiente para autoabastecerse hasta la siguiente cosecha, deben comprar el maíz criollo a un campesino o comprar maíz comercial, normalmente algo más barato, en una tienda de la localidad. Otras veces los campesinos piden prestado a una persona de su confianza, familiar cercano o amigo, una cantidad de mazorcas de maíz que será

devuelta en la siguiente cosecha. La gestión de la consecución del maíz es una tarea masculina debido a que, cuando se compra maíz criollo, hay que hablar con otro hombre campesino para concertar el precio y la cantidad, y, sobre todo, al peso que se debe manejar y transportar, pues un costal de maíz pesa entorno a los 50 kilos —no siempre se compra un costal entero, a veces se compra medio costal o una cantidad menor—.



Granos de café secados al Sol extendidos sobre petates

Las mazorcas almacenadas van siendo desgranadas a medida que la familia va necesitando el maíz. El desgranado de las mazorcas es realizado generalmente por las mujeres de la familia, pero también colaboran las niñas, los niños y los hombres cuando se hallan desocupados o cuando ya en su ancianidad no desempeñan un trabajo agrícola o remunerado. Tras quitarles las hojas secas que la envuelven, las mazorcas son desgranadas con la ayuda de una pieza metálica rectangular, generalmente un trozo de machete viejo, y los granos de maíz son almacenados en contenedores diversos, como una canasta de carrizo, un balde de plástico, un garrafón de agua purificada de 19 o 20 litros o botellas de refresco de 2 y 3 litros. Esta tarea suele realizarse por la tarde, guardando los totomoxtiles y los olotes bajo el fogón o en la pila de leña, ya que son utilizados para encender la lumbre.

La manipulación del maíz para convertirlo en tortillas, alimento siempre presente en todas las comidas usileñas, es una actividad exclusivamente femenina. Cuando las tortillas se han acabado o están a punto de acabarse, en la tarde, después de la última comida del día, las mujeres ponen a cocer el maíz en el fogón, en el agua de una gran olla a la que

añaden cal para obtener así el nixtamal. Al día siguiente temprano, entre las cinco y las siete de la mañana, las mujeres llevan el nixtamal al molino, situado en una vivienda vecina, para obtener la masa que luego utilizarán para hacer las tortillas. Cuando llegan a sus casas, las mujeres se ponen a “echar tortilla” en el fogón, dependiendo de la composición familiar, solas o con la ayuda de otra mujer de la familia, que puede ser una o más hijas en los días que no tienen que acudir a la escuela, es decir, fines de semana y vacaciones. En este último caso, mientras una mujer hace bolas de masa de nixtamal, las aplana en la prensa manual y las pone sobre el comal, la otra mujer se encarga de ir dando la vuelta a las tortillas hasta que, ya hechas, las coloca sobre una servilleta para que se enfríen. Una vez enfriadas, las tortillas de maíz se envuelven en una gran servilleta y se guardan.

Cuando en la familia hay niños pequeños, con una edad comprendida entre los 8 meses y el año y medio, tras terminar de echar las tortillas, las mujeres les preparan unas tortillas ovaladas con sal que son calentadas a fuego lento sobre el comal. A partir de los dos años, a los niños se les da una tortilla recién hecha, todavía caliente, que se prensa con las manos tras echarle un poco de sal y agua.



Una mujer usileña calentando una tortilla de maíz en el comal

Las mujeres usileñas echan tortilla todos los días o cada tercer día. Cuando no se hace “tortilla de mano” con esta frecuencia, las mujeres compran tortillas a otras mujeres que sí las elaboran diariamente o compran las “tortillas de máquina” elaboradas en las

tortillerías directamente en el local de la tortillería o a los vendedores que, en moto, van ofreciendo estas tortillas por las calles de la localidad.

Antes de echar tortilla, las mujeres han preparado el café, la primera bebida que los usileños toman por la mañana, generalmente acompañado con pan dulce. El pan dulce es comprado en las panaderías que hay en el pueblo, siendo frecuente que las mujeres envíen a los niños a hacer este mandado, o a los vendedores y las vendedoras que recorren las calles en sus triciclos anunciando su pan por la tarde y por la mañana temprano. El café y el pan dulce es a menudo la última comida del día, en la tarde noche, especialmente en los meses fríos del invierno.

Tras echar tortilla, las mujeres preparan la comida del desayuno, que suele tomarse entre las 10:00 y las 10:30 de la mañana. Las mujeres son quienes preparan los alimentos —lavarlos, pelarlos, trocearlos— y los cocinan, calientan las tortillas de maíz en el comal y sirven la comida a los demás miembros de la familia. También se encargan de hervir el agua de la llave, cuando no compran los garrafones de agua a las purificadoras locales, y de preparar y servir las bebidas que los miembros de la familia consumen en las comidas y en otros momentos del día: además del café, las aguas de sabor o los atoles de maíz, avena o arroz.

Cuando los hombres van a trabajar a la milpa, las esposas y/o las madres preparan la comida del desayuno muy temprano para que esté lista en el momento en que los campesinos se encaminan hacia el cerro, entre las 6:00 y las 6:30 de la mañana. Esta comida consiste generalmente en tacos —comida enrollada en tortillas de maíz— y pozol —masa de maíz cocido con cal, descascarillado y molido, que se toma mezclada con agua fría en una jícara, obteniendo una bebida espesa y energizante. A menudo, a la masa de maíz cocido y molido se le añade unas semillas de cacao molidas que le otorgan un color marrón claro rojizo—.

La preparación de la otra gran comida del día también es una labor femenina. La comida suele realizarse entre las cinco y las seis de la tarde, y suele basarse en los alimentos cocinados para el desayuno, complementados a veces con un guiso rápido como puede ser huevos o una sopa de pasta.

Una comida que es preparada por el hombre o los hombres de la familia es el *caldo de piedra*, un caldo de pescado de río —mojarra—, verduras y, a veces, camarón de mar que son cocidos con piedras al rojo vivo¹¹². El caldo de piedra se prepara generalmente en la temporada de calor en el patio de la vivienda o, como se hacía antiguamente, en la orilla del río, y suele ser una comida a la que se invitan familiares y amigos. Las mujeres y los hijos participan en el lavado y el troceado de los alimentos, pero son los hombres quienes se encargan de ir al río y conseguir las piedras idóneas para hacer el caldo, piedras que

¹¹² El caldo de piedra es una comida tradicional que, antes de que se construyera la presa Cerro de Oro y alterara el ecosistema del río Usila, se preparaba con los pescados y los cangrejos capturados en el río. Actualmente se emplea como ingredientes los camarones de mar —langostinos— y las mojarras criadas en Usila o pescadas en la presa en otros municipios colindantes y en la zona baja del municipio, la parte del curso del río próxima a su desembocadura en la presa Cerro de Oro.

deben aguantar el choque térmico y no partirse cuando son introducidas en el agua de las jícaras. También son los hombres quienes preparan la hoguera donde se ponen a calentar las piedras y, una vez que han llegado al rojo vivo, las introducen en el agua de las jícaras con la ayuda de unas pinzas metálicas o de unas pinzas hechas partiendo longitudinalmente un palo grueso una largura que abarca un tercio o la mitad del palo. Las primeras piedras cuecen las verduras frescas troceadas que previamente se han echado en las jícaras: tomate, chile verde, ajo, cebolla y cilantro, y durante la ebullición se añade la sal. Cuando la ebullición ha terminado, cuando las primeras piedras han perdido su calor, se retiran y se añaden a las jícaras los trozos de mojarra, a veces también camarones de mar, y se vuelven a introducir piedras al rojo vivo para que todos los ingredientes se cuezan juntos. Normalmente son tres las piedras necesarias por cada jícara para que el caldo de piedra esté en su punto.



Preparación del caldo de piedra a la orilla del río

La consecución de los alimentos necesarios para la preparación de las comidas es una tarea compartida entre las mujeres y los hombres. Las familias usileñas presentan un cierto grado de autoabastecimiento alimentario, variable en función de cada familia, gracias a los alimentos producidos en las milpas y en los terrenos de sus viviendas. Las familias campesinas pueden producir uno o varios alimentos vegetales: maíz, frijol, ejotes, calabaza, yuca, tomate criollo, quelites —hierba mora, huele de noche, quintonil—, cilantro, cebollines, aguacates, café o frutas como plátanos o naranjas. Estos alimentos producidos en los campos son transportados por los hombres hasta la vivienda familiar.

Las familias tienen árboles frutales en los solares de sus viviendas, siendo muy comunes los plataneros y los naranjos; otros árboles frutales habituales son los mangos, los papayos, los guayabos, los árboles de cacao o los limoneros. La recolección de las frutas es llevada a cabo por los miembros de la familia: las mujeres, los hombres, los niños y las niñas. Los árboles frutales requieren cuidados: podarlos cada cierto tiempo, cortar las ramas secas, regarlos en la época seca, trasplantarlos a otro lugar del patio. Estas tareas son realizadas por el hombre con la ayuda de la mujer. Cuando el hombre corta las ramas, la mujer las recoge y barre las hojas y las ramitas. En el trasplante, el hombre hace el hoyo, la mujer coloca el árbol en el agujero y el hombre lo rellena con tierra. Pero es la mujer quien se encarga de hablar a los árboles: les pide permiso para ser trasplantados, les habla para que den fruto, los regaña cuando no dan fruto, incluso, llegando a amenazarlos con ser cortados.

Las mujeres son quienes se ocupan de cultivar en sus patios las plantas de chayote, de las que, además de los frutos, se utilizan las hojas para preparar el caldo de res de los domingos, las plantas de chile y las “hierbas de olor” utilizadas en la preparación de las comidas, como el cilantro, el epazote, el orégano mexicano, la hierbabuena o la hoja santa o acuyo. Otras plantas que son cultivadas en el patio son aquéllas cuyas hojas se utilizan para envolver guisos de comida: las hojas de la planta de los siete cueros son usadas para envolver los tamales de frijol, al igual que las hojas de la planta de molinillo, las hojas de la planta de pozol o huaxmole son empleadas para envolver la barbacoa de res, los tamales de puerco y la masa de pozol que los campesinos se llevan al campo —las hojas de los plataneros son usadas para envolver los tamales de pollo—. Las mujeres son quienes siembran las plantas, las reseman cuando se mueren, las deshieren y, cuando son atacadas por las hormigas, las cambian de lugar o echan insecticida¹¹³.

Muchas familias crían en sus patios gallos y gallinas para aprovechar los huevos y la carne. Las mujeres son quienes se encargan de alimentar los gallos, las gallinas y los pollitos y de recolectar los huevos, mientras los hombres son quienes matan los pollos para ser cocinados, y muchos también los despluman y los alían. Es frecuente que los niños y las niñas, instruidos por sus madres, también den de comer a las gallinas, los pollitos y los gallos. Los pollos son alimentados en la mañana temprano, antes de desayunar, y en la media tarde con granos de maíz, masa de nixtamal, peladuras y desechos de verduras, trozos sobrantes de tortillas y los restos de comidas que ya no van a ser consumidos por los miembros de la familia. Generalmente, los gallos, las gallinas y los pollitos deambulan por el patio familiar y los patios vecinos durante el día y, al atardecer, las mujeres los encierran en el gallinero, o bien duermen en las ramas bajas de los árboles o sobre palos colocados horizontalmente a una altura de un metro o metro y medio respecto al suelo.

¹¹³ Esta distribución genérica de las diferentes tareas realizadas cotidianamente en el solar familiar, en la que las mujeres se responsabilizan del cultivo de las plantas utilizadas en la preparación de las comidas, así como del cultivo de las plantas medicinales y ornamentales y la cría de las aves, corresponde a una división sexual del trabajo común en las sociedades indígenas y rurales de México (Chávez Mejía y Vizcarra Bordi, 2008).

Aun habiendo cierto grado de autoabastecimiento alimentario, muchos alimentos deben ser adquiridos en el mercado, mayormente en el mercado local, bien en las tiendas del pueblo, bien comprados a las mujeres que venden los diferentes productos cosechados o recolectados por sus esposos o por ellas mismas. Son mujeres que viven en la localidad o en comunidades vecinas y que, según las diferentes épocas del año, van ofreciendo por las casas ejotes, tomates criollos, cilantro, hierba mora, huele de noche, quintonil, tepejilote, aguacates, nopal, plátanos. También hay mujeres que venden pozol, tamales de pollo, tamales de frijol y, en épocas de elote, tamales de elote, hombres que, en sus triciclos, venden camarones traídos de Tuxtepec y mojarraas compradas a pescadores de municipios vecinos que faenan en las aguas del embalse Cerro de Oro, y vendedores foráneos que en el verano venden piñas y sandías en sus camionetas. Las mujeres de la familia son las encargadas de comprar los alimentos ofrecidos por las vendedoras y los vendedores que van recorriendo las casas y las calles del pueblo.

Las numerosas tiendas de abarrotes de la localidad, junto a algunas tiendas especializadas en la venta de frutas y verduras, ofrecen las mercancías adquiridas en la ciudad de Tuxtepec y, entre estas mercancías, se hallan frutas —plátanos, manzanas, limones, sandías, melones, piñas, mangos, guayabas—, verduras —tomates, chiles frescos, aguacates, lechugas, coles, cebollas, ajos, calabacitas, pimientos o chiles morrones—, alimentos secos —maíz, arroz, avena, diferentes tipos de pasta, lentejas, frijol, chiles secos, especias—, huevos, leches pasteurizadas, quesos frescos y alimentos procesados —azúcar blanco, aceite vegetal refinado, sal de mar refinada, chorizo, salchichas, jamón de pierna, pan tostado, galletas, cereales dulces, yogures, botanas, caramelos, paletas y otras golosinas—.

A estas tiendas van a comprar las mujeres, pero, dependiendo de las familias, las circunstancias y los momentos, también los hombres y los niños se encargan de “hacer los mandados”. Por ejemplo, en una familia nuclear donde la mujer se responsabiliza del cuidado de uno o más niños pequeños, sin hijos con una edad que les permita desenvolverse en la compra, será el esposo quien se encargará de hacer los mandados. Si la mujer está cocinando y le hace falta un ingrediente u otro producto, enviará a un hijo o una hija a comprar los productos necesarios. Otro factor que influye es la distancia que hay entre la vivienda y la tienda donde se va a comprar, ya que, si esta última se encuentra algo lejana, será el esposo, un hijo o una hija quienes vayan a comprar desplazándose en bicicleta.

En Usila, la carne se consigue, además de sacrificando esporádicamente las gallinas criadas en el patio de la vivienda, comprando los pollos que diariamente asan y rostizan en las pollerías, yendo a cenar o encargando tacos y otros guisos de cerdo y res elaborados en las taquerías que abren en la tarde noche, o comprando la carne de las reses y los cerdos que son sacrificadas en la misma localidad. Todos los sábados por la noche, y en ciertos días festivos, los carniceros sacrifican y alían una res delante de sus viviendas. Durante la noche y la madrugada, hombres y mujeres van llegando para llevarse los pedidos de carne y huesos que previamente han encargado.

Algunas familias crían cerdos en los patios de sus casas, generalmente dos o tres al mismo tiempo, y, cuando han alcanzado su máximo peso, son sacrificados. La matanza de cerdos es esporádica, por lo que, antes de su sacrificio, las mujeres recorren las casas de familiares, amigos, compadres, conocidos y vecinos para ofrecer la carne y asegurar previamente la venta de toda la carne del animal sacrificado. El hombre se encargará de sacrificar y aliñar los animales con la ayuda de familiares cercanos, hombres y mujeres, o contratará el servicio de un carnicero con quien acordará una remuneración. Una vez preparados los diferentes pedidos, las mujeres de la familia se ocupan de llevar y cobrar los encargos de carne a las familias que lo solicitaron.

Para poder cocinar los alimentos, las familias usileñas deben procurarse del combustible necesario. Poco a poco se va extendiendo el uso de los tanques de gas en aquellas familias que cuentan con una estufa en sus viviendas. Los tanques de gas son vendidos por comerciantes locales y por los vendedores que, procedentes de Tuxtepec, los anuncian recorriendo las calles de la localidad en sus camiones. Pero el combustible más utilizado por las familias usileñas sigue siendo la leña, que se utiliza para prender la lumbre del fogón. Las familias que cuentan con recursos económicos suficientes, solicitan la leña a un leñador que, dependiendo del pedido, la puede suministrar como “rajas de leña” o como grandes pedazos de troncos y ramas que posteriormente los hombres rajarán con la ayuda del hacha y el machete, o emplearán a otro hombre para que lo haga a cambio de una remuneración. En otros casos, son los hombres de la familia quienes van a los terrenos que poseen en los cerros, donde cultivan la milpa o tienen sus cafetales, cortan los árboles necesarios, los desraman y se encargan de transportar los troncos y las ramas hasta sus casas contratando el servicio de una camioneta.

Las demás familias van regularmente al cerro a buscar leña, una tarea que es realizada, según los casos, por hombres, mujeres, niños y niñas. Cuando las mujeres están criando bebés y niños pequeños, son los hombres quienes van al cerro a procurar la leña que la familia necesita. Si los hombres están trabajando en la milpa o en otro oficio, son las mujeres quienes van a buscar la leña en la tarde. A menudo, cuando los hombres han terminado de trabajar en la milpa, aprovechan para recolectar leña y llevarla a sus casas. En otros casos es la fortaleza física el factor que establece en la familia quién se encarga de buscar y traer la leña: si el hombre no goza de buena salud y no hay ningún hijo varón con el suficiente desarrollo físico para realizar esta tarea solo, será la mujer quien vaya a recoger la leña. Las mujeres siempre van al cerro acompañadas por sus niños y niñas, que van aprendiendo adónde ir y a cargar los palos en la espalda con la ayuda del mecapal, o pueden ponerse de acuerdo con alguna vecina e ir juntas a buscar leña, actividad que entonces se convierte también en un tiempo femenino de distracción. En cualquiera de los casos casi siempre es el hombre de la familia el encargado de rajar aquellas ramas o trozos de ramas que son demasiado grandes para usarlas en la lumbre del fogón. Esta leña menuda traída del cerro es estibada debajo del fogón o en la pila de leña que hay en el corredor o el patio, aunque, primeramente, al igual que la leña rajada en el patio, es secada exponiéndola al Sol.



Un hombre transporta la leña cortada en el cerro con la ayuda del mecapal



Pedazos de tronco de árbol y rajas de leña apiladas expuestas al Sol delante de una vivienda

La recolección de la leña en el río durante los días que caen abundantes lluvias, generalmente en los meses de septiembre y octubre, tiene características especiales. Las lluvias son tan abundantes que el curso del río, además de ampliarse considerablemente en anchura, puede crecer entre dos y tres metros de altura en uno o dos días, arrastrando en su corriente grandes ramas e, incluso, troncos de árboles caídos. En esos días de máximo caudal, decenas de jóvenes, en un ejercicio más de pericia que de recolección de leña, tratan de lanzar las grandes ramas y trozos de troncos de árboles desde las orillas del río con la ayuda de reatas¹¹⁴.

Pero es en los días que el caudal decrece cuando muchas familias, especialmente las más pobres, van a recoger las ramas y los troncos que aparecen entre los árboles de las orillas del río. Los hombres, las mujeres, los niños y las niñas participan en la recogida de la leña, amontonándola en uno o varios lugares para luego acarrearla a sus viviendas, a veces con la ayuda del mecapal, más frecuentemente con la ayuda del triciclo debido a la pesadez de la madera mojada. Cuando las ramas o los troncos de árboles son demasiado largos, los hombres los cargan sobre el hombro y, si son demasiado pesados, los cortan con una motosierra y transportan los pedazos en el triciclo.



Pila de leña en el patio de una vivienda

¹¹⁴ Ejercicio de pericia no exento de peligro, pues la fuerza del agua es tal que uno corre el riesgo de ser arrastrado por la corriente del río si no es presto a soltar la reata cuando nota que la rama o el pedazo de tronco de árbol es demasiado pesado y no puede jalarlo hacia la orilla.

Antes de rajar la leña húmeda recogida en el río, los hombres esperan a que la madera se seque dejándola airearse en el patio resguardándola de la lluvia bajo plásticos o láminas de aluminio. Posteriormente, y al igual que los troncos y árboles traídos desde los cerros, los hombres cortan la leña con el hacha y el machete y la exponen al calor del Sol para que termine de secarse, extendiéndola o apilándola en forma de castillos sobre la banquetta que hay delante de sus casas o en sus patios. Una vez seca, los hombres estibarán las rajadas de leña en el corredor o en el patio. En el patio, las rajadas de leña son apiladas entre estacas de madera, que garantizan la sujeción de la pila de leña, y cubiertas con plásticos o pedazos de lámina de aluminio para evitar que se moje cuando llueve.

2.2 Tareas orientadas a la limpieza y la higiene de la vivienda y los miembros del grupo doméstico

Las tareas orientadas a la limpieza y la higiene del espacio doméstico, al igual que las tareas relacionadas con la alimentación, son realizadas mayoritariamente por la mujer o las mujeres de la familia, aunque algunas de estas tareas también son llevadas a cabo por los hombres.

Antes de la preparación del café de la mañana o después de la última comida del día, las mujeres limpian diariamente el fogón, quitando las brasas y los restos de alimentos y guardando las rajadas de leña que no han terminado de consumirse bajo el fogón. Igualmente, si la familia cuenta con una, hay que limpiar regularmente la estufa de gas. Después de cada comida, las mujeres, muchas veces las hijas, “lavan los trastes” utilizados en la preparación y el consumo de los alimentos: ollas, sartenes, vasos, tazas, platos, tenedores, cucharas, cuchillos, cucharones, fiambreras, etc. Esta tarea la realizan en los lavaderos de cemento que hay en los patios de las viviendas, por lo que, para evitar que se rompan, las familias suelen utilizar vasos, tazas, platos y fiambreras de plástico.

En la mañana antes de preparar el café y en la tarde después de lavar los trastes de la comida, las mujeres barren el suelo de toda la casa. Esta tarea, a partir de los ocho o nueve años, también la realizan las hijas los días que no tienen escuela o ya en las tardes. La vivienda tiene que ser barrida con frecuencia debido a la acumulación de tierra procedente del patio y la calle y que los miembros del hogar van introduciendo en su interior al entrar y salir de la casa. Ello requiere que, si no diariamente, regularmente deban “trapear el piso” con la ayuda de una fregona o de una escoba envuelta en una jerga con la que se talla el suelo tras haber echado agua jabonosa. Cuando se termina de frotar el piso con la escoba, se echa más agua y se saca el agua sobrante con un jalador. La limpieza de las viviendas también abarca el baño cuando se halla en su interior, pero la mayoría de las casas usileñas no cuentan con un baño interior sino con un área de baño y una letrina situadas en el patio.

Tras barrer la vivienda, las mujeres lavan la ropa de los miembros de la familia. Las mujeres lavan casi todos los días debido a la cantidad de ropa sucia que se acumula

diariamente, y lo hacen a mano, pues son pocas las familias usileñas que cuentan con una lavadora. El calor y la humedad que imperan en Usila casi todo el año, especialmente entre los meses de febrero y septiembre, lleva a las personas a mudarse de ropa una o más veces al día debido a la sudoración. Cuando la familia tiene niños pequeños, al jugar en los patios solos o con otros niños, se ensucian mucho, más en la época de lluvias, y sus madres los cambian de ropa varias veces al día. A esta ropa de vestir se añade cada cierto tiempo las sábanas y los cobertores utilizados para dormir en las camas o los catres. Las camas son tendidas diariamente y los cobertores utilizados para dormir en los catres doblados.

Las mujeres lavan la ropa de sus maridos, sus hijos varones y sus hijas, pero, a partir de los ocho o nueve años, las niñas comienzan a lavar su propia ropa y ayudan a la madre a lavar la ropa de sus hermanos. El lavado de la ropa se hace en el lavadero del patio, aunque decenas de mujeres, salvo en los meses de lluvia debido a la fuerza de la corriente, van a lavar al río todos los días y, una vez que han terminado, aprovechan para bañarse. En la época de sequía, entre los meses de marzo y mayo, la mayoría de las mujeres van a lavar al río debido a los cortes en el suministro de agua que sufren la mayor parte de las viviendas durante el día. Si no viven cerca del río, se desplazan hasta allí en mototaxi o en triciclo para transportar los jabones y, sobre todo, la ropa cuyo peso aumenta considerablemente una vez lavada. Un caso particular en la localidad son las mujeres que viven cerca del arroyo Mondongo, ya que habitualmente van a lavar la ropa a la pequeña laguna que emerge de la cueva donde nace el caudal del arroyo en la temporada de lluvias y a las orillas del arroyo en dicha época de lluvia.

Una vez que han lavado la ropa, las mujeres tienden las prendas o la ropa de cama en los mecates amarrados entre los árboles de los patios o en el techo de la casa y están pendientes de que se sequen, recogiénolas por la noche o cuando va a llover y volviéndolas a tender por la mañana o en el momento que cesa la lluvia. Una vez que la ropa se ha secado, las mujeres y las hijas la doblan y la recogen en un armario ropero, en tambos de plástico o en grandes bolsas de plástico trenzado.

Las mujeres planchan la ropa a sus esposos, hijos e hijas y, al igual que en el lavado, las niñas empiezan a planchar su ropa a los ocho o nueve años. La ropa es planchada a medida que se va necesitando y se planchan las prendas utilizadas para asistir a los diferentes eventos sociales: los uniformes que los niños y las niñas utilizan para ir a la escuela desde la educación preescolar hasta la preparatoria, la ropa que los miembros de la familia usan para acudir a los cultos religiosos católicos o evangélicos, las bodas, las comuniones, los bautizos, la celebración de cumpleaños, las graduaciones escolares, etc.

Si bien las tareas anteriores son exclusivamente femeninas, en las tareas de barrer el patio y quemar la basura, normalmente realizadas por las mujeres antes de la hora de cenar, también participan los hombres, las niñas, los niños, los ancianos y las ancianas. El patio es barrido casi todos los días debido a las hojas y las ramitas que van cayendo de los árboles, hojas y ramitas que se van amontonando hasta que cada dos o tres días se queman

junto a la basura de papeles, cartones, tetrabriks y plásticos que la familia va generando diariamente¹¹⁵.

Los hombres son quienes se encargan de "desramar", cortar con el machete las ramas de los arbustos y los árboles del patio cuando ocupan un área excesiva o cuando invaden los terrenos vecinos o el espacio exterior de la calle. Asimismo, cuando hay que talar un árbol del patio, son los hombres quienes se encargan de hacerlo. Mientras los hombres cortan las ramas o talan los árboles, las mujeres, con la ayuda de un machete, trocean las ramas después de haberles quitado previamente las ramitas. Los trozos de ramas son aprovechados como leña para encender la lumbre en el fogón, y las ramitas y las hojas son quemadas junto con el resto de la basura.

Los hombres también se ocupan de "chapear" o segar con el machete las hierbas que van creciendo en el patio, el césped en caso de que se haya sembrado, o de fumigar con herbicida las hierbas que van creciendo en el patio e impedir así su crecimiento durante unas semanas.

Otras labores relacionadas con la higiene de la familia son la hechura del área de lavado y el área de baño, la construcción de la letrina en el patio, la excavación de la fosa de la letrina, el traslado de la letrina cuando la fosa se ha llenado, el recubrimiento de una fosa llena y la excavación de una nueva fosa. Todas ellas son responsabilidades del hombre de la familia y son expuestas en el siguiente apartado.

2.3 Tareas relacionadas con la construcción y el mantenimiento de la vivienda y las estructuras del patio

Las tareas relacionadas con la construcción de estructuras en el patio, el mantenimiento y la reparación de desperfectos o averías en la vivienda y las estructuras presentes en el patio es un ámbito masculino, son labores realizadas por el hombre o los hombres que viven en la vivienda, esto es, el padre y los hijos varones casados o solteros que viven en la casa, o también pueden contar con la ayuda de un hermano.

En el caso de que haya goteras en la vivienda, el viento haya desajustado o haya arrancado las láminas metálicas de los tejados de la casa, la letrina o un techado del patio, o haya que cambiar todas o parte de las láminas metálicas del tejado, será el hombre quien realice estas tareas, haciéndolas él mismo o con ayuda de sus hijos, hermanos o amigos, o, si dispone de los recursos económicos, se encargará de la gestión de contratar a unos albañiles para que hagan el trabajo.

El hombre también se ocupa del mantenimiento y la reparación de la instalación eléctrica de la casa: cambiar los focos o las bombillas que se han fundido, cambiar un

¹¹⁵ Hay que tener en cuenta que, en Usila, no existe un servicio municipal de recogida de basura, sino que cada familia debe gestionar los residuos que genera.

enchufe o un apagador que ya no funciona, un fusible fundido de la caja de carga que regula la corriente eléctrica desde la línea de tensión exterior a la vivienda, instalar un nuevo enchufe en un determinado sitio de la casa, etc. En caso de que sea necesaria una reparación o una nueva instalación que él mismo no pueda resolver, avisará y pagará a un electricista para que lo realice.

También el hombre es quien se responsabiliza de mantener y reparar las averías que puedan surgir en la instalación de tuberías, llaves y mangueras que distribuyen el agua en la vivienda y el patio familiar: la zona del lavadero o lavaderos y el área de baño presentes en el patio y, en aquellas casas que cuentan con estas instalaciones en su interior, el fregadero de la cocina y el baño interior —regadera, lavabo, taza—.



Área de cocina techada donde se halla el fogón en el patio de una vivienda

Como se ha expuesto anteriormente, la mayoría de las mujeres usileñas cocinan los alimentos en el fogón utilizando la leña como combustible. Salvo en las casas de familias con un buen nivel socioeconómico, que cuentan en sus cocinas interiores con un fogón de cemento y una chimenea, generalmente el fogón se encuentra en el patio, en el área de cocina que se halla adosada o próxima a la vivienda. La construcción del área de cocina es realizada por los hombres, frecuentemente una estructura techada con láminas de

aluminio y en forma de L hecha con postes de madera hincados en el suelo y láminas de aluminio¹¹⁶ fijados a dichos postes para proteger la lumbre del viento.

La elaboración de un lavadero de cemento y su colocación sobre una base de piedras o cemento en el patio es una responsabilidad del hombre, que puede hacerlo todo él mismo o emplear a un albañil, o puede mandar hacer el lavadero a un albañil y encargarse él de ponerlo sobre una base en el patio de la casa. Las familias con más recursos económicos emplean a albañiles para hacer uno o dos lavaderos sobre una base de cemento junto a un tanque de cemento en el que se almacena el agua. Las demás familias almacenan el agua en tambos de plástico con una capacidad que suele oscilar entre los 80 y los 100 litros.



Lavadero de cemento que cuenta con un tanque de almacenamiento de agua, igualmente de cemento. Al pie de la foto, raíces de yuca antes de ser lavadas.

¹¹⁶ En la construcción de las estructuras del patio se utilizan láminas de aluminio, láminas acanaladas de sección semicircular con unas dimensiones aproximadas de 1 metro de anchura y 7.30 metros de longitud. Estas láminas de aluminio se utilizan también para erigir los tejados de las casas junto a las láminas de acero de sección trapezoidal, que, teniendo las mismas dimensiones, son más resistentes y más caras.

El hombre también debe excavar la pequeña fosa donde va a parar el agua que el lavadero evacúa a través de una manguera, rellenándola con capas de piedras y tierra. Igualmente es tarea del hombre, cuando su esposa así lo solicita para resguardarse de la lluvia o del Sol mientras lava los trastes y la ropa, colocar encima del lavadero una lona o un "nylon", tela fuerte de plástico negro, amarrando sus extremos mediante cuerdas a los árboles del patio, o hacer una estructura techada con palos de madera y una lámina de aluminio o un pedazo de lámina como tejado.

Igualmente es una responsabilidad masculina construir el corredor o espacio techado que se erige junto a la casa. En las familias acomodadas, el hombre encargará a unos albañiles la construcción de este techado con postes de hormigón, travesaños de aluminio y láminas de aluminio e, incluso, puede solicitar un piso de cemento. Más frecuentemente, el hombre realizará él mismo el trabajo con la ayuda de otros familiares varones cercanos utilizando troncos delgados de árboles como postes y, para hacer el tejado, láminas de aluminio y travesaños de madera encargados a una carpintería.

Si bien la cría de los pollos es una tarea femenina, la construcción del gallinero y la colocación de los palos en los que duermen las gallinas y los gallos en el patio es un cometido de los hombres. Dependiendo de familias, el gallinero puede consistir en un espacio cerrado con una red metálica de malla estrecha fijada a unos palos clavados en el suelo, y en otros casos es una estructura cuadrangular o rectangular hecha con palos hincados en el suelo, cerrada con la red metálica de malla estrecha fijada a los palos y techada con un pedazo de lámina de aluminio.

Otras estructuras presentes en el patio, cuya construcción también corresponde a los hombres, son el área de baño y la letrina. La inmensa mayoría de las casas usileñas no cuentan con un baño interior, sino que el área de baño se halla en el patio, frecuentemente al lado o cerca del lavadero. El área de baño exterior consiste en cuatro palos hincados en la tierra a los que se fija el nylon que cierra perimetralmente tres o cuatro caras de la estructura. En su interior a veces se coloca una regadera, aunque es más frecuente que haya una manguera que sirve para llenar una cubeta o una bandeja de gran tamaño de las que se toma el agua con una "jícara" o pequeña bandeja de plástico en el momento de bañarse. Generalmente, las áreas de baño no suelen techarse y, en caso de hacerse, se utiliza un pedazo de lámina de aluminio.

Las letrinas se erigen sobre una fosa previamente excavada en el patio. Normalmente tienen unas dimensiones que oscilan entre 2 y 5 m³ y su excavación se realiza extrayendo la tierra con pico y pala. Este trabajo puede ser realizado por el hombre de la familia ayudado por sus hijos u otros familiares varones cercanos, o se encargará de buscar y retribuir a unos albañiles para que excaven la fosa, trabajo en el que él también puede participar.

Las letrinas son unas estructuras de postes de madera cerradas perimetralmente con tablas de madera, láminas de aluminio o nylon y techadas con un pedazo de lámina de aluminio. En unos casos, el piso de la letrina es la tierra del patio y la taza suele ser un

"cajón" hecho con tablas de madera, mientras que en otros casos la letrina cuenta con una base y una taza de cemento. La elaboración de la base y la taza de cemento suele encargarse a albañiles a cambio de una retribución.



Una letrina con paredes de nylon negro en el patio de una vivienda

Otras labores posteriores vinculadas a las letrinas son el traslado de la letrina cuando la fosa se ha llenado, el recubrimiento de la fosa llena y la excavación de una nueva fosa. Igualmente, estas labores son efectuadas por el hombre de la familia en colaboración con sus hijos o familiares varones cercanos o, si no lo hace él mismo, gestiona el empleo remunerado de albañiles especializados en este tipo de trabajos.

Las casas de familias acomodadas que cuentan con un baño interior, requieren excavar una fosa de grandes dimensiones en el patio. Para evitar posibles derrumbes, las cuatro caras de la fosa son reforzadas con sendas paredes de concreto u hormigón. Posteriormente, la fosa es cubierta con una losa superior también hecha con concreto. Este trabajo especializado es realizado por unos albañiles cuya contratación es gestionada por el hombre de la familia.

Ya se ha mencionado que es responsabilidad de los hombres hacer el lavadero, la fosa donde va a parar el agua del lavadero a través de una manguera, colocar el nylon o construir el techado que protege el lavadero del Sol y la lluvia, así como construir el área de cocina, el área de baño, el gallinero y la letrina. Todas estas estructuras necesitan mantenimiento y ser reparadas cuando los postes empiezan a podrirse o a perder fijación

en el suelo, cuando los amarres van aflojándose, cuando los nylon o los plásticos se van rompiendo y deteriorando por la acción del Sol, la lluvia y el viento, cuando las láminas se desajustan, se desclavan o van deteriorándose debido a la corrosión. Y todas estas tareas son también responsabilidad de los hombres.

2.4 Tareas relacionadas con la administración del dinero y la adquisición de bienes y servicios en el mercado

La norma social que regula la relación matrimonial dictamina que el hombre debe conseguir el dinero necesario para cubrir las necesidades de la familia y que el dinero obtenido debe entregárselo a su esposa o adquirir los bienes y servicios requeridos por su mujer y sus hijos. Hay mujeres que obtienen ingresos con sus trabajos y, aun no realizando un trabajo remunerado, las mujeres colaboran en los ingresos familiares como beneficiarias del programa social PROSPERA. La consecución y la administración del dinero en la vida cotidiana, por tanto, es compartida entre la mujer y el hombre.

Anteriormente se ha expuesto que la compra de los alimentos es una tarea realizada por las mujeres, los hombres, las hijas y los hijos dependiendo de las familias, las circunstancias y los momentos. Esto es igualmente válido para las tareas de comprar los productos necesarios para la limpieza del hogar —líquido fregasuelos, “cloro” o lejía— lavado de los trastes —jabón lavatrastes—, el lavado de la ropa —jabón para lavar a mano, detergente, suavizante, cloro— y la higiene personal —jabón, champú, pasta dentífrica—. Dichos productos son habitualmente adquiridos en las tiendas de abarrotes locales, pero también se aprovechan los viajes a Tuxtepec realizados por algún miembro de la familia para hacer algunas compras.

La mujer es quien se encarga de comprar la ropa y el calzado a los niños y las niñas hasta que las hijas y los hijos, ya en la adolescencia, van a comprar su propia ropa y calzado en las tiendas de la localidad o en los comercios de la ciudad de Tuxtepec. El hombre compra su ropa y su calzado solo, en compañía de su mujer, o es su esposa quien se lo compra, mientras la mujer va a comprar su ropa y su calzado acompañada por sus niños u otras familiares, generalmente una hermana o una cuñada.

En la fiesta mayor de Usila, que se celebra entre el 6 y el 8 de septiembre en honor a la Natividad de la Santísima Virgen María, los “tianguistas” o comerciantes ambulantes instalan sus tianguis o puestos en las calles de la localidad, y durante esos días las mujeres aprovechan para comprar comales y los utensilios de cocina que necesitan. Si la adquisición de los utensilios de cocina y los comales es una responsabilidad femenina, los hombres son quienes se encargan de comprar las herramientas y los productos que necesitan para limpiar y barrer el patio —machetes, rastrillos—, trabajar en el campo —machetes, bombas manuales de fumigación, herbicidas— o para desempeñar su oficio.

El pago de la factura bimensual de electricidad es habitualmente una responsabilidad masculina. Es el hombre quien se encarga de comprar los “celulares” o teléfonos móviles que requieren los miembros de la familia, aunque los hijos y las hijas adolescentes suelen elegir el móvil que quieren, pagándolo a plazos. En algunas familias sucede que los hijos jóvenes que están trabajando en la ciudad regalan un celular a su padre, su madre, un hermano o una hermana. La recarga de los teléfonos móviles o, mucho menos común, el pago mensual de los planes de telefonía móvil, es una tarea compartida entre los miembros de la familia, pues cada uno se responsabiliza de pagar los costes de su teléfono.

La compra y la reparación de las bicicletas que usan los hombres, algunas mujeres, los niños y las niñas para desplazarse por las calles del pueblo son tareas realizadas por el hombre de la familia, si bien, a partir de los 10-12 años, los muchachos se responsabilizan de reparar sus propias bicis o de llevarlas a un taller de bicicletas. El hombre se encarga también de comprar y reparar el triciclo que se usa para transportar la leña y otras cargas en la localidad. En aquellas familias que gozan de un nivel socioeconómico que les permite adquirir una moto, una mototaxi, un coche o una camioneta, también es una competencia masculina las gestiones relacionadas con la compra en Tuxtepec u otra ciudad y la reparación de dichos vehículos en la localidad o en la ciudad.

La atención médica en un consultorio privado de la localidad o en la ciudad de Tuxtepec de algún miembro de la familia es casi siempre una responsabilidad conjunta del padre y la madre cuando el enfermo es un niño, mientras que, cuando la persona enferma es un adulto, puede ser acompañada por su esposo o esposa o, en caso de que los padres no se expresen o entiendan bien el español, un hijo o una hija que tenga un buen dominio del español. Pero es el hombre quien se responsabiliza de conseguir el dinero necesario para pagar las consultas médicas y comprar las medicinas recetadas en las farmacias de la localidad o en la ciudad de Tuxtepec.

2.5 Tareas de mediación ante las instancias estatales del ayuntamiento, el registro civil, las escuelas y el centro de salud

La mediación de la familia ante el ayuntamiento y el registro civil es generalmente una tarea realizada por el hombre, esto es, es el hombre quien se encarga de solicitar y pagar los documentos oficiales requeridos en los programas sociales y otros trámites administrativos: el acta de nacimiento, la constancia de vecindad, la constancia económica de ingresos familiares, la cartilla militar, etc. En el caso de la cartilla militar son los mismos muchachos quienes se dirigen al personal administrativo del municipio para solicitarla.

En cambio, la mediación familiar ante las escuelas y el centro de salud recae fundamentalmente en las mujeres. Las mujeres son las que mayoritariamente llevan a las niñas y los niños a la escuela, los van a recoger a la salida, hablan con los maestros y las maestras, asisten a las reuniones de padres citados por el maestro o la maestra de sus hijos

e hijas, o a las reuniones generales convocadas por el director, la directora o el comité de padres de la escuela. Igualmente son mayoritariamente las mujeres quienes se ocupan de inscribir semestralmente a sus hijos en las escuelas y hacer los correspondientes pagos de las matrículas escolares, así como de solicitar y pagar los títulos de graduación de sus hijos e hijas. En el nivel de la preparatoria es frecuente que, además de las madres, sean los mismos alumnos y alumnas quienes realicen las inscripciones semestrales y los pagos de las matrículas.

La atención médica de los miembros de la familia en el centro de salud, siempre y cuando no se trate de una enfermedad grave, pues el hombre también estará presente, es generalmente asumida por la mujer al realizarse en horario matutino, entre las 7:00 y las 14:00, y tener la consulta un bajo coste. También son las mujeres quienes solicitan y pagan los certificados médicos requeridos en ciertos trámites administrativos relacionados con las matrículas escolares y algunos programas sociales.

La posición preeminente de la mujer ante el centro de salud es en buena medida otorgada por el gobierno federal a través del programa social PROSPERA que nombra las mujeres como tutoras o responsables de sus respectivas familias. Son las mujeres quienes asumen las obligaciones del programa, como son asistir a las reuniones informativas sobre salud e higiene, desfilar por las calles cuando las autoridades políticas y sanitarias lo dictaminan, acompañar y ocuparse de que los miembros de la familia acudan periódicamente a las citas médicas establecidas por el programa, pero, en contrapartida, son las mujeres quienes cobran el dinero que bimensualmente dicho programa federal entrega a las familias.

Capítulo 12

La crianza de los niños

Las familias usileñas asumen la crianza de los niños desde el embarazo hasta que los hijos contraen matrimonio o salen del hogar para ir a trabajar a otras ciudades del país o de Estados Unidos. Los hijos y las hijas solteros que trabajan en Usila y que, por tanto, permanecen en la casa paterna, seguirán siendo atendidos por sus madres, pero deberán aportar una parte de su salario a la familia.

1. Los cuidadores y sus responsabilidades en la crianza de los niños

En la crianza de los niños intervienen diferentes cuidadores con diferentes responsabilidades, siendo los cuidadores principales la madre y el padre y, cuando se da la convivencia en la misma vivienda o en el mismo patio, las abuelas y los abuelos paternos o maternos, además de tías solteras, hermanas y hermanos. La crianza de los niños comprende líneas de cuidados orientadas a cubrir sus necesidades biológicas, psicoemocionales, sociales y económicas, a la vez que líneas de educación orientadas a transmitir creencias, valores, normas y conocimientos. En la educación de los niños, además de los padres, los abuelos y otros parientes cercanos, intervienen también cuidadores externos: los maestros seculares que trabajan en el sistema educativo del Estado, presente en el municipio desde el grado de preescolar hasta el bachillerato, y los maestros religiosos vinculados a la iglesia católica, las iglesias evangélicas y la congregación de los testigos de Jehová.

1.1 La madre

La madre comienza a cuidar a sus hijos en el embarazo, velando por su salud y la de su bebé, contando con la comprensión y el apoyo de su esposo y sus familiares más allegados —madre, padre, hermanas, suegro, suegra—. Durante el embarazo, la madre procura llevar una alimentación sana, comiendo quelites como la hierbamora o el huele de noche, y tomando atole de maíz a fin de propiciar que tenga leche para amamantar al niño y el bebé nazca “gordito”. También procura no hacer esfuerzos físicos, recostarse cuando se siente mal o está cansada para no dañar la salud del bebé, sobre todo, en los primeros tres meses del embarazo para evitar un aborto y en el último mes para no provocar un nacimiento prematuro.

Paralelamente, la mujer embarazada acude a revisiones periódicas en el Centro de Salud o en la consulta privada de un ginecólogo en la ciudad, generalmente, en Tuxtepec. Asimismo, muchas mujeres embarazadas recurren a una partera local para ser talladas cuando sienten molestias y dolores en la cadera y la espalda y, cuando se acerca el parto, para colocar al bebé en la posición adecuada, cabeza abajo. Más allá del alivio físico de los dolores y las molestias del embarazo y de colocar el bebé cabeza abajo para facilitar un buen parto, hay una motivación de carácter psicoemocional: según la creencia usileña, cuando son tallados por la partera, la madre y el bebé se sienten apapachados y consentidos, y la madre siente la seguridad de que todo va a ir bien durante el embarazo. Asimismo, la partera se vuelve una persona de confianza para la mujer embarazada, confiándole sus sensaciones respecto al embarazo, sus preguntas, sus dudas, escuchando sus consejos.

Tras su nacimiento, la madre sigue siendo la cuidadora principal de los niños, la que les dedica más atención y más tiempo, la que está constantemente pendiente de lo que necesitan, la que se encarga de satisfacer la mayor parte de sus necesidades y la que les brinda mayor afecto. Una madre debe “querer a sus hijos”, ser cariñosa con los niños, dándoles abrazos y besos, acariciándolos, cargándolos en brazos, “consintiéndolos”, es decir, accediendo a satisfacer sus antojos. La madre es más atenta, comprensiva, paciente y afectiva y, generalmente, mantiene un mayor nivel de comunicación con sus hijos que el padre, es a quien más le confían sus vivencias, sus dudas, sus problemas y de quien reciben una mayor orientación psicosocial. Su mayor dedicación a la crianza de los niños confiere a la madre una gran ascendencia sobre sus hijos en el ámbito familiar.

La madre se encarga de la alimentación de los niños: los amamanta hasta su destete, prepara y les sirve la comida, les da de comer cuando son pequeños. Es quien se encarga de cambiarles de ropa cuando son niños pequeños y se han ensuciado, de que se cambien la ropa sucia cuando se visten y desvisten solos, lavarles la ropa sucia, plancharles la ropa limpia, comprarles las prendas de ropa y el calzado. También se ocupa del aseo de los niños: los baña o los limpia después de defecar mientras son pequeños, los acompaña al baño cuando se despiertan en la noche, supervisa que se bañen cuando ya lo pueden hacer por sí solos, está pendiente de que se corten el cabello.

La madre asume la tarea de supervisar la salud de sus hijos: cuida que no se caigan o se golpeen mientras son bebés y cuando aprenden a caminar hasta que consiguen mantener un buen equilibrio, está pendiente de que no agarren la lumbre del fogón o la plancha de la ropa para que no se quemen, de que salgan a la calle y puedan perderse o ser atropellados por un vehículo, vela por su descanso y cuida que duerman las horas necesarias, vigila que se laven las manos antes de comer para que no se parasiten, los abriga en las noches para que no se resfríen cuando hace frío y, en el día, vistiéndoles con ropa abrigadora y vigilando que usen sus huaraches para andar por la vivienda y el patio.

También evita que los bebés y los niños menores de un año salgan a la calle o sean expuestos a reuniones multitudinarias para evitar el mal de ojo. Cuando los niños están en edad de asistir a los eventos sociales, como bodas, bautizos, comuniones, cumpleaños, cultos y eventos religiosos, es la madre quien se encarga de cuidarlos y supervisar que estén cerca de los padres o no incurran en comportamientos inapropiados.



Niños pegando a una piñata en la celebración de una fiesta de cumpleaños

La madre comparte con el padre la responsabilidad de la atención médica de los niños, encargándose de llevar a los hijos al curandero/a o a la consulta médica en el Centro de Salud o una farmacia en el día o en la noche si hay una urgencia, prepararles comida especial cuando deben guardar una dieta, administrarles los medicamentos, estar pendiente de los niños enfermos por la noche, realizar curaciones de susto y mal de ojo, preparar remedios elaborados con plantas medicinales.

En lo referente a la escolaridad, la madre asume la mayor parte de los cuidados cotidianos: conseguir el uniforme escolar, lavarlo y plancharlo, preparar las mochilas, llevar los niños a la escuela e ir a recogerlos, llevar el desayuno a los niños a la hora del receso en los grados de preescolar y primaria, estar pendiente de que vayan a la escuela cuando ya van solos, supervisar que hagan las tareas escolares, ayudarles a hacer las tareas, revisar las tareas realizadas, asistir a las reuniones de padres y a las citaciones de los maestros. Asimismo, junto al padre, conciencia y anima a sus hijos a que estudien para que puedan optar a trabajos mejor remunerados y esperando también que, en el futuro, los hijos los apoyen económicamente.

La madre también comparte con el padre la responsabilidad de educar a sus hijos en la búsqueda de Dios de acuerdo a la religión que profesa la familia, llevando a los niños a los cultos y los eventos de la iglesia, supervisando su asistencia a los cultos y a la formación religiosa impartida en la catequesis católica o las escuelas dominicales evangélicas, vigilando que hagan las tareas encomendadas por los educadores religiosos, buscando padrinos para las ceremonias sacramentales católicas.

La madre supervisa la conducta social de sus hijos e hijas fuera del hogar: está pendiente de que los niños regresen a la casa una vez que han terminado sus clases en la escuela y los va a buscar si no vuelven a la hora acostumbrada, vigila que los niños no estén todo el tiempo jugando en la calle para evitar que se pierdan o sean atropellados, cuida que no se peleen con otros niños o hagan travesuras como aventar piedras. La madre debe educar a sus hijos basándose en la comprensión, el diálogo y el cariño, pero puede regañar, castigar o pegar a los niños cuando son muy desobedientes o cuando deben corregir ciertas conductas incorrectas.

La madre apoya a su esposo en la tarea de enseñar a los hijos el comportamiento correcto a seguir en la vida ante Dios y ante la comunidad, educándoles en la búsqueda de Dios, el respeto al prójimo, inculcándoles el sentido del esfuerzo y la responsabilidad en el cumplimiento de las obligaciones escolares y laborales, así como de las obligaciones matrimoniales en el futuro. En consonancia con estos valores, la madre enseña a sus hijas a realizar las labores domésticas desde los 8 o 9 años: echar tortillas, preparar las comidas, lavar trastes, lavar ropa, barrer y trapear la casa, bordar servilletas, tejer, hacer vestidos. Más adelante les da consejos sobre la sexualidad femenina, hablando con sus hijas para concienciarlas de que “deben cuidarse”, no tener relaciones sexuales prematrimoniales y, ante todo, no embarazarse antes de contraer matrimonio.

1.2 El padre

El padre usileño es el proveedor económico de su familia, rol que debe desempeñar con gran responsabilidad, esto es, debe trabajar para mantener económicamente a sus hijos y cubrir sus necesidades de alimentación, ropa, calzado, escolaridad, atención

médica, etc., y también para consentir sus deseos y antojos comprándoles juguetes, bicicletas, botanas, dulces, refrescos, yogures, nieves, raspados, elotes, tacos, etc. Un padre debe procurar consentir a sus hijos, aunque no en exceso para evitar que los niños se vuelvan caprichosos y berrinchudos.

Una necesidad básica, además de asegurar la alimentación y el vestido, que un padre debe cubrir es la atención médica de sus hijos cuando caen enfermos y acompañar a su esposa y sus niños a una curandera, un curandero o a la consulta alópata en el Centro de Salud, un consultorio privado o una farmacia, tanto en el día como en las urgencias que puedan presentarse en la noche.

Otra de sus obligaciones fundamentales es proporcionar el dinero necesario para comprar los materiales que sus hijos necesitan en la escuela: libretas, lápices, plumas, reglas, fotocopias, mochila, uniformes escolares, calzado, etc. En el ámbito de la escolaridad, además de suministrar el dinero, el padre aconseja y concientiza a sus hijos de que deben estudiar para acceder a puestos de trabajo mejor remunerados, supervisa que vayan a la escuela y realicen las tareas escolares. Algunos padres también asisten a las reuniones en la escuela cuando las madres no saben hablar bien el español y se les dificulta la comunicación con los maestros foráneos. En estas reuniones se supervisa la contabilidad del comité de padres, exigiendo comprobantes de gastos, se acuerdan las cooperaciones económicas para cubrir gastos de mantenimiento o de organización de actividades escolares, se habla con los maestros en caso de que no enseñen adecuadamente a sus hijos, etc.

El padre, junto con la madre, se encarga de la educación religiosa de sus hijos. Educar a los niños en la búsqueda de Dios y el cumplimiento de sus mandamientos supone llevar a los niños a los cultos y los eventos de la iglesia, supervisar su asistencia a la iglesia y a la catequesis, en caso de ser una familia católica, o a la escuela dominical, en caso de ser una familia evangélica, procurando que aprendan las oraciones católicas que aparecen en el catecismo o los himnos y las alabanzas evangélicas, buscar padrinos para las ceremonias sacramentales católicas, leer y comentar pasajes de la Biblia, práctica más extendida entre los evangélicos que entre los católicos.

El padre es la figura de autoridad que marca la disciplina y los límites en los comportamientos de los hijos en el seno de la familia. Los hijos no obedecen a su madre como obedecen a su padre, ya que la madre suele ser más afectiva y más consentidora con sus hijos, pero ello no supone que el padre tenga mayor potestad en la crianza de los hijos que la madre. El hombre siempre debe hablar con su esposa para tomar decisiones y acuerdos comunes sobre las necesidades y los comportamientos de los niños, pues la prioridad es procurar su bienestar y su buena conducta.

La mentalidad de los niños y los jóvenes es muy diferente a la de un padre cuya experiencia de vida le lleva a pensar y comportarse de una manera más consciente y responsable. Por ello, el padre no debe enojarse o alzar la voz cuando los hijos desobedecen o se comportan indebidamente, especialmente cuando son niños pequeños,

sino que debe mostrarse paciente y comprensivo y enseñar a sus hijos lo que es correcto y no es correcto hacer a través del diálogo.

El padre debe educar a sus hijos en el buen camino, esto es, en el buen comportamiento ante Dios y la comunidad. Les enseña la búsqueda de Dios para lograr la salvación y la vida eterna del alma, el respeto a las personas y a los bienes ajenos, el sentido de la responsabilidad y el esfuerzo en el cumplimiento de sus obligaciones escolares y laborales y la manutención de su familia, ahorrando el dinero que ganan e invirtiéndolo adecuadamente, no malgastándolo. Así, el padre instruye a sus hijos, especialmente a los varones, a evitar peleas, a no robar y a no sisar el dinero después de hacer un mandado, a no caer en el vicio de la cantina, el alcohol y las drogas ni en la “flojera” o no querer esforzarse a la hora de trabajar. También habla con sus hijos varones para que no embaracen a una muchacha con la que no van a casarse y para que no mantengan relaciones con mujeres casadas o emparejadas.

El padre, como jefe de familia, debe erigirse en un buen ejemplo para sus hijos dentro y fuera del hogar y mostrar con su actuación cotidiana el camino a seguir en la vida. El padre, entonces, debe evitar alzar la voz, decir groserías, pelearse con otros hombres o llegar borracho a la casa, debe demostrar responsabilidad y amor hacia su familia y respeto hacia las personas, buscar a Dios y asistir a la iglesia regularmente —aunque la asistencia regular a la iglesia está más presente en el lenguaje y la cotidianidad de las familias evangélicas—.

A partir de los 8-10 años, el padre debe supervisar la conducta social de los hijos y las hijas fuera del hogar para que no tomen caminos incorrectos: vigilar que los niños no pasen mucho tiempo en la calle para que no se acostumbren a la ociosidad y la flojera y aprendan a responsabilizarse en el cumplimiento de sus tareas escolares, evitar que se peleen con otros niños, no hagan travesuras, vigilar que no caigan en el vicio del alcohol y las drogas, controlar la relación de las hijas con sus amigos o sus compañeros de la escuela. A esas edades, cuando los hijos “no entienden”, son demasiado desobedientes, el padre les puede regañar, castigar o pegar para reconducir su conducta hacia la obediencia y el seguimiento de los consejos y los mandatos paternos. Cuando los castigos no hacen efecto y los niños se muestran muy rebeldes y problemáticos, el padre y la madre deben buscar a Dios para que les ayude a reconducir la conducta de sus hijos, orando a Dios, asistiendo a los cultos, pidiendo la mediación del pastor de la iglesia para que hable con los hijos —si bien la búsqueda de la ayuda de Dios para resolver problemáticas de la crianza de los niños es más común entre las familias evangélicas que entre las familias católicas—.

Generalmente, los padres usileños consideran que, cuando los hijos caen en el consumo de alcohol o drogas, el padre debe mostrar la firmeza necesaria para hacer respetar su autoridad en el hogar y obligarles a rectificar su conducta, a dejar el vicio y volver a la responsabilidad. Si el padre se muestra permisivo, los hijos no respetarán su autoridad, se tornarán retadores y tomarán un mal camino en la vida: el camino de las cantinas, las malas compañías, las borracheras, la adicción, la flojera, la irresponsabilidad, los robos, las peleas, ser herido o asesinado, incluso, llegar a cometer un homicidio.

Asimismo, cuando los hijos andan en el vicio, el padre y la madre deben orar a Dios para que sus vidas no se pierdan y vuelvan al buen camino.

Se comporte como se comporte, un padre siempre debe perdonar y reconciliarse con su hijo y recibirlo en su casa aun habiendo cometido graves errores. Así lo enseña la parábola del hijo pródigo recogida en el evangelio de San Lucas (Lucas, 15:11-31). El hijo menor de una familia terrateniente exigió a su padre que le entregara la parte de la hacienda que le correspondía en herencia. Cuando recibió su herencia, la vendió y se fue de la casa con el dinero que había obtenido. Malgastó todo su dinero en fiestas y mujeres y, cuando se le acabó, se quedó solo sin poder alimentarse ni vestirse, así que se vio obligado a trabajar como jornalero. Viendo las penurias que estaba viviendo para justamente poder comer, decidió regresar a la casa familiar reconociendo su grave error y pidiendo perdón por haber dilapidado su herencia. Su padre, que creía que había muerto, lo recibió con gran alegría y organizó una fiesta de bienvenida.

El padre debe ayudar a sus hijos a salir adelante económicamente. Una de las formas es enseñando paulatinamente a sus hijos varones los conocimientos teóricos y prácticos relativos a las labores del campo y/o al oficio paterno a partir de los 8-10 años. Otra de las formas es apoyarlos en su emancipación económica donándoles terrenos para cultivar, iniciando sus negocios, comprándoles un coche o una mototaxi para trabajar como taxistas, o, siempre que cuenten con los recursos suficientes, ayudándolos cuando salen del hogar para estudiar o trabajar hasta que consigan ser solventes.

1.3 Otros familiares que cuidan a los niños

Cuando los padres viven en su propia casa, la **abuela** y las **tías paternas**, si son mujeres solteras que viven en el hogar natal, colaboran en el cuidado de sus nietos y sobrinos, llevando a los niños a los cultos religiosos, muchas veces junto al **abuelo paterno**, cuidando de los niños cuando los padres tienen que asistir a algún evento y los dejan a su cargo, o acompañando a la madre a la consulta médica, cuando el padre no puede hacerlo, para que le ayuden a calmar o controlar los síntomas y las reacciones del niño enfermo. El abuelo paterno consiente a sus nietos dándoles “un dinerito” para que se compren chucherías, botanas y bebidas como zumos o refrescos. En estos casos, por contra, los abuelos y las tías maternas tienen una participación menor en la crianza de los niños, aunque generalmente se prestarán a ayudar a cuidar a sus nietos y sobrinos cuando se lo soliciten, siempre en su propia casa, no en la de los padres. Cada vez que van a visitarlos, el abuelo materno igualmente consiente a sus nietos dándoles “un dinerito” para que puedan comprarse sus dulces, botanas y bebidas preferidas.

La colaboración de los abuelos y las tías paternos en la crianza de los niños se incrementa en las familias extensas, cuando la pareja vive en la casa paterna del esposo. Además de los cuidados mencionados anteriormente, los abuelos paternos aconsejan a los

padres sobre cómo criar a los niños, y la abuela y las tías paternas ayudan a la madre en los cuidados de alimentación, vestido, higiene y supervisión de la salud: preparar la comida, servirles la comida, darles de comer cuando son pequeños, bañarlos, supervisar que se bañen cuando pueden hacerlo por sí mismos, vigilar que no salgan a la calle o no se lastimen.

En esta convivencia conjunta, la intervención de los abuelos paternos en la educación religiosa de sus nietos es mayor, llevando a los niños a los cultos y los eventos de la iglesia, supervisando su asistencia a la iglesia, a la catequesis o la escuela dominical y que cumplan con los sacramentos en las familias católicas y con el bautismo en las familias evangélicas. Su implicación en la crianza de los niños les proporciona cierta autoridad sobre sus nietos, teniendo el derecho de supervisar su conducta y castigar sus faltas. Aun así, muchas veces, los abuelos paternos toman el rol de consolar a los niños cuando los padres les pegan o los castigan, aconsejándoles que no incurran en los comportamientos que suscitan el enojo y las reprimendas de sus padres¹¹⁷.

La **abuela**, el **abuelo** y las **tías maternas solteras** cooperan en el cuidado de sus nietos y sobrinos cuando la madre vive con su familia de origen, sea casada, soltera o separada. La colaboración se produce en los mismos términos que en el caso de los familiares paternos cuando se da la residencia virilocal, si bien el grado de implicación de los familiares maternos en los cuidados de los niños es mayor, especialmente cuando la hija trabaja fuera del hogar.

Cuando la hija soltera emigra a la ciudad para trabajar, los abuelos maternos asumen la crianza de sus nietos. Mientras permanece soltera, es la principal proveedora económica de sus niños y envía regularmente dinero a sus padres. Los abuelos maternos también asumen la crianza de sus nietos cuando la hija se une a otro hombre y forma una nueva familia, ya que sus niños no suelen ser asumidos por su nueva pareja. En ambos casos, la abuela materna realiza todos los cuidados correspondientes a una madre y sus nietos la consideran su “mamá”, mientras el abuelo materno se convierte en su “papá”, aun siendo conscientes de que no son sus padres biológicos.

Los **hermanos** y, sobre todo, las **hermanas**, a partir de los 6-7 años, también colaboran en el cuidado de sus hermanos y hermanas menores, enseñándoles conocimientos domésticos y productivos mientras realizan las labores, ayudándoles a hacer las tareas cuando los padres ya no pueden seguir su nivel escolar y, cuando son niños pequeños, dándoles de comer, supervisando que no se caigan o no salgan a la calle, cambiándoles de ropa cuando se ensucian y, frecuentemente, ocupándose de ellos y velando por su bienestar integrándolos en actividades de juego junto a otros niños de diferentes edades¹¹⁸.

¹¹⁷ El grado de colaboración de los abuelos y las tías paternos en la crianza de sus nietos y sobrinos depende del tipo de relación que mantengan con su nuera o su cuñada y de la conformidad que suscita su intervención en los cuidados de los niños.

¹¹⁸ Como han demostrado diversas investigaciones realizadas desde la psicología cultural y la antropología lingüística en contextos indígenas americanos y en otros contextos culturales, el cuidado entre hermanos, que frecuentemente se da



Hermanos jugando en el patio familiar

1.4 Cuidadores no vinculados por parentesco a los niños

Además de los cuidados brindados al bebé y a la madre durante el embarazo, las **parteras** que han asistido a las mujeres en el alumbramiento de sus hijos se encargan de limpiar al recién nacido y, en los días siguientes, de bañarlo con agua tibia y jabón, secarlo y, después de calentarlo en el comal, aplicarle un trapo de algodón en diferentes partes de su cuerpo para que su piel seque bien y posteriormente no desarrolle problemas dermatológicos.

Cuando la familia tiene un buen estatus socioeconómico o cuando la madre trabaja y gana un buen salario, como es el caso de las maestras, los padres contratan a una

en el marco del juego, desempeña un importante papel en la socialización de los niños. La interacción de los hermanos sigue un principio de jerarquía que concede a los niños mayores una mayor autoridad sobre los niños más pequeños, a la vez que los adultos inculcan a los niños un sentido de responsabilidad e interés por las actividades y el bienestar de sus hermanos menores. Asimismo, el cuidado entre hermanos conlleva un proceso de enseñanza-aprendizaje en el que los niños menores, guiados por sus hermanos mayores, aprenden normas sociales de interacción, conocimientos informales, conocimientos formales relacionados con las actividades familiares y usos del lenguaje verbal y no verbal, mientras los niños mayores aprenden las habilidades necesarias para dirigir la conducta de sus hermanos pequeños y manejar sus manifestaciones de oposición y rechazo priorizando su bienestar psicoemocional y la armonía en las relaciones entre hermanos (de León Pasquel, 2015, 2017a; Gaskins, 1999; Maynard, 2002; Rabain-Jamin, Maynard y Greenfield, 2003).

muchacha para que ayude en las tareas domésticas y la crianza de los niños o se encargue del cuidado de los niños mientras la madre está trabajando fuera del hogar.

Unos cuidadores que tienen especial relevancia en la educación de los niños son los **maestros** y las **maestras**. En el grado de preescolar, los maestros y las maestras van a buscar a los niños a sus casas todos los días para llevarlos a la escuela y, una vez finalizadas las clases, los llevan nuevamente a sus hogares. A partir de la primaria se afianza el papel de los maestros y las maestras como transmisores de conocimientos seculares y figuras de autoridad que los niños han de respetar.

Otros cuidadores importantes en la educación de los niños son las maestras y los maestros religiosos. Las **maestras de las escuelas dominicales** imparten enseñanzas bíblicas a los niños evangélicos y les enseñan a orar y a cantar alabanzas. Los hombres y las mujeres **catequistas** vinculados a la iglesia católica imparten los cursos de formación a los niños para que reciban los sacramentos de la primera comunión y la confirmación.

En las familias católicas aparecen las figuras de los padrinos y las madrinas rituales. Los **padrinos** y las **madrinas de bautismo, comunión y confirmación** participan en la crianza de sus ahijados y ahijadas hasta que contraen matrimonio, velando que cumplan las normas de asistir a misa y recibir los sacramentos, apoyando a los padres cuando tienen dificultades para reconducir su comportamiento incorrecto dentro o fuera del hogar, acompañando a los novios y participando como padrinos en el día de sus bodas.

2. Los cuidados brindados a los niños

Los cuidados que los cuidadores brindan a los niños durante el periodo de crianza cumplen diversas funciones, de manera que se pueden establecer una serie de líneas de cuidado o conjuntos de acciones enfocadas a satisfacer determinadas necesidades de los niños. Las líneas de cuidado en la crianza de los niños usileños son fundamentalmente las siguientes:

1. Cuidados relacionados con la alimentación
2. Cuidados relacionados con la higiene y el aseo
3. Cuidados orientados a procurar la buena salud del cuerpo y el alma
4. Atención médica y cuidados orientados a curar los padecimientos físicos y mentales
5. Cuidados orientados a procurar el bienestar psicoemocional
6. Cuidados relacionados con la educación de los niños

7. Cuidados relativos a la escolaridad de los niños
8. Cuidados relacionados con la educación religiosa
9. La enseñanza de conocimientos productivos y domésticos a los niños
10. Cuidados orientados a ayudar a los hijos a emanciparse económicamente
11. Cuidados relacionados con la elección del cónyuge y el matrimonio

Los diferentes cuidados de los niños comprenden la tarea de conseguir o comprar todos los bienes y servicios requeridos para cubrir sus necesidades biológicas, psicoemocionales, sociales y económicas: alimentación, ropa, calzado, atención médica, medicamentos, materiales escolares, uniformes y calzado escolares, cuotas escolares, juguetes, dinero para antojos, etc.

2.1 Cuidados relacionados con la alimentación

Los recién nacidos son siempre amamantados por sus madres, y el amamantamiento suele prolongarse hasta los dos años y medio o tres años, dependiendo de los casos, o hasta que nace el siguiente niño cuando el intervalo entre nacimientos es inferior a ese tiempo. Cuando las familias gozan de la cobertura del IMSS o ISSSTE, disponen de los suficientes recursos económicos o cuando la madre trabaja, se complementa la lactancia con la “leche de fórmula” que les proporciona las seguridades sociales o que adquieren en el comercio. La leche infantil se da a los bebés usando una “mamila” o biberón. Hasta el año 2019, las familias que contaban con la cobertura del Seguro Popular recibían bimensualmente, entre otros alimentos secos, sobres de papilla para los niños menores de cinco años¹¹⁹.

A partir de los ocho meses de edad, las madres¹²⁰ empiezan a dar comida sólida a sus niños: alimentos caldosos, como caldo de frijol, sopa, arroz o tortilla remojada, y frutas como plátanos o manzanas, que son raspadas con una cucharita para obtener cada vez una pequeña cantidad de fruta triturada. La cantidad de alimentos sólidos caldosos va aumentando progresivamente y, cuando los niños cuentan con una dentadura lo suficientemente desarrollada, hacia el año de edad, se introducen los alimentos sólidos que requieren masticación como el frijol, la fruta o la carne.

¹¹⁹ Actualmente, el DIF estatal de Oaxaca entrega bimensualmente una despensa destinados a los niños de entre tres y cinco años cuando las familias los inscriben en el grado de preescolar: carne de res y de pollo seca, garbanzos, lentejas, frijol, arroz, avena, nopales hervidos en una bolsa, latas de verdura, atún y sardinas, leche en polvo, harina de maíz en polvo, aceite vegetal.

¹²⁰ Aunque menciono a la madre como cuidadora principal, como he señalado anteriormente, en los cuidados de la alimentación, la madre suele ser ayudada por la abuela o alguna tía soltera cuando las familias conviven en la misma vivienda o en el mismo patio.

Las madres se encargan de dar de comer a sus niños hasta que comienzan a comer solos hacia los dos años y medio o tres años. Posteriormente, siempre supervisarán que los niños coman a sus horas y se alimenten correctamente a fin de que tengan un buen peso, pues un niño “gordito” es un niño sano que se desarrollará bien y alcanzará una buena altura. Todos los días, las madres les preparan y sirven los alimentos en el desayuno, la comida de la tarde y, según las familias, también en la cena de la noche.

Cuando van a la escuela, las madres preparan a sus hijos café con pan dulce para que lo tomen antes de salir de la casa, les preparan la comida del desayuno y se la llevan a la escuela a la hora del receso mientras cursan la educación preescolar y, para aquéllos que viven alejados de la escuela, también en los primeros años de primaria. Algunas veces les dan dinero para que compren a los vendedores ambulantes que hay en el interior o a las salidas de las escuelas y que ofrecen comida, golosinas, botanas y bebidas. A partir de la primaria, los niños que viven cerca de su escuela van a sus casas caminando a tomar su desayuno a la hora del receso, a las diez y media de la mañana en primaria y a las diez de la mañana en secundaria y bachillerato. Aquellos niños que viven más alejados, una vez que aprenden a manejar sus bicicletas por las calles de la localidad con seguridad, hacia los nueve o diez años, también van a desayunar mayoritariamente a sus casas a la hora del receso.

2.2 Cuidados relacionados con la higiene y el aseo

Nada más nacer, el bebé es limpiado con un trapo humedecido en agua tibia, envuelto en una tela de algodón y amamantado. Al día siguiente es bañado con agua tibia y jabón por la partera, cuando ésta ha asistido el parto de la madre, y la partera sigue bañando al bebé cada tercer día hasta que se le cae el ombligo. Posteriormente, durante el tiempo que dura los 40 días del puerperio¹²¹, será la abuela paterna, y la abuela materna cuando llega a la casa a visitar a su hija, quienes bañen al bebé en días alternos siempre con agua tibia y jabón.

Mientras sea un bebé y hasta que no aprenda a controlar sus ganas de orinar y defecar, hacia el año y medio o los dos años de edad, la madre debe estar pendiente de cambiarle el pañal sucio, limpiar su nalga y sus partes íntimas y volver a ponerles un pañal limpio, cuidados que también puede realizar el padre cuando está presente. Las familias, además de comprar los pañales, también adquieren las toallitas para el aseo de los niños mientras usan pañal. En el pasado, las madres tenían que lavar los pañales sucios, puesto que eran de tela y no de usar y tirar como en la actualidad.

¹²¹ Durante los 40 días que dura el puerperio, la mujer guarda reposo en todos los sentidos para que su cuerpo se pueda recuperar, se vaya cerrando y acomodando tras el esfuerzo del parto: además de no poder mantener relaciones sexuales, no puede realizar tareas domésticas que exijan esfuerzo físico como echar tortillas, lavar la ropa, barrer la casa y el patio o cargar pesos, no debe salir de su casa y relacionarse con la gente para evitar un mal aire o un mal de ojo y porque su cuerpo todavía presenta cierta debilidad.

Cuando los niños adquieren el control sobre las necesidades de orinar y defecar y hasta que son capaces de hacerlo por sí mismos, hacia los cinco años, la madre debe estar pendiente de limpiarles después de hacer sus deposiciones o de bañarlos en caso de que se hayan ensuciado. Y, después de hacer sus necesidades, siempre les lava sus manos. Cuando defecan en el patio, la madre recoge los excrementos y los tira en la letrina o en la taza del baño. En la noche está pendiente de que sus niños pequeños no se orinen mientras duermen y los lleva al baño o los saca al patio cuando tienen ganas de orinar.

Otros cuidados que requieren los niños pequeños diariamente es que los bañen, los peinen, los vistan, les cambien de ropa cuando se han ensuciado. Cuando ya se bañan y se visten y desvisten solos, a partir de los cinco o seis años, las madres supervisan que se bañen, se peinen bien, se muden de ropa, se cambien la ropa ensuciada. Además, se encargan de planchar a sus hijos los uniformes escolares que van a llevar a la escuela o las prendas que van a portar en los eventos sociales, tarea en la que las hermanas colaboran a partir de los nueve años de edad.

2.3 Cuidados orientados a procurar la buena salud del cuerpo y el alma

Durante los primeros ocho días de vida, tras ser bañado con agua tibia y jabón y secado con una toalla, la partera, o la abuela paterna o materna cuando la partera no ha asistido el parto de la madre, talla el cuerpo del bebé con las hojas de una planta o un trapo de algodón previamente calentados con el comal o un recipiente de barro a medida que se van poniendo sobre la piel. Las hojas o el trapo calientes se aplican suavemente en el cuello, las axilas, las ingles y la nalga del bebé para que su piel madure y no sufra rozaduras al sudar en esas partes del cuerpo cuando crezca. También talla el trozo de cordón umbilical para que se seque y se desprenda.

En los primeros meses de vida, la madre debe estar muy pendiente de los lloros de su bebé y aprender a distinguir si llora porque tiene hambre, sueño o sufre un malestar físico. También debe velar por el descanso de su bebé y sus niños pequeños, procurando que duerman las horas necesarias. En el día, la madre introduce a su bebé en la “manta” o sábana anudada que se cuelga en la casa o en el patio y, cuando ya ha crecido y no cabe en la “manta”, el niño duerme sus siestas en la cama, la hamaca o el catre en el interior de la casa o en un área sombreada del patio, siempre bajo la atenta vigilancia de su madre u otra cuidadora. Mientras es amamantado, la madre siempre duerme a su niño dándole el pecho tanto en el día como en la noche.

La madre se encarga de supervisar que los niños no se lastimen físicamente, cuidado en el que colaboran también el padre, las hermanas a partir de los 6-7 años y, en las familias extensas, la abuela paterna o materna. Cuando al cabo de unos meses el bebé adquiere la capacidad de sentarse y voltearse, los cuidadores deben estar pendientes de que no se caiga del lugar donde ha sido acostado y se golpee, sobre todo la cabeza, tanto en el día

como en la noche. Este tipo de cuidado requiere una mayor atención cuando los niños comienzan a andar, en torno a los doce o catorce meses, y se prolonga hasta los dos años y medio o tres años, cuando logran caminar manteniendo un buen equilibrio.



Una mujer anciana, partera y curandera, talla a un bebé recién nacido con un trapo de algodón.

Además de evitar que se caigan y se lastimen, los cuidadores velan por el vínculo entre el cuerpo y el alma, aún vulnerable a estas edades, pues, cuando un niño se cae, su alma puede permanecer en el lugar de la caída, ser atrapada por la tierra, y enfermar de susto. Así, en las familias católicas, enseguida soplan a los niños en la cara, la frente, los ojos y las sienes, cuando se caen violentamente al suelo en la vivienda, el patio, la calle o el campo, pidiendo que su espíritu no se quede en el lugar de la caída y vaya con el niño¹²². Cuando una caída violenta, además de asustar al niño, provoca un fuerte golpe, una herida o la fractura de un hueso, la madre, el padre, la tía, la abuela o el abuelo atienden el golpe o la herida y, si es necesario, buscan atención médica. Después de atender su dolencia, o al día siguiente, realizarán la curación de susto en el lugar de la caída soplándole con aguardiente,

¹²² La fragilidad de la relación entre el cuerpo y el alma en la infancia temprana, la posibilidad de que el alma o *ch'ulel* quede atrapada en la tierra cuando el niño se cae y la necesidad de prácticas rituales para restablecer la unidad del cuerpo y el alma son creencias y prácticas muy presentes entre los mayas tzotziles de Zinacantán (de León Pasquel, 2005: 153-165).

para asegurar que el cuerpo y el alma mantengan su vínculo, que su espíritu regrese y el niño no se debilite y enferme. Las madres evangélicas y testigos de Jehová no tienen esta creencia y no soplan a sus niños en la cara cuando se caen, sino que piden a Dios por la protección de su cuerpo y su alma.



Un niño pequeño durmiendo en la manta colgada en el cuarto adyacente de un negocio familiar.

La fragilidad de la unidad del cuerpo y el alma en los primeros años de vida lleva a la madre y a los miembros de la familia a proteger celosamente a los niños de las miradas extrañas para evitar que enfermen de mal de ojo. Las madres evitan que los bebés y los niños menores de cinco años salgan a la calle o sean expuestos a reuniones multitudinarias para evitar el mal de ojo, pues, además de que hay malas personas, los bebés y los niños pequeños no aguantan las miradas de determinadas personas adultas, son demasiado “pesadas”, demasiado fuertes para ellos. En caso de tener que salir a la calle con los niños menores de tres años, las madres los llevan en el interior de una “manta”, una sábana blanca anudada que se cuelga en el hombro. Cuando los niños comienzan a socializar con otros niños y a salir a la calle, muchas madres les colocan una pulsera de hilo o cuentas rojas con una semilla llamada “ojo de venado” para protegerlos contra el mal de ojo. Las madres evangélicas no ponen la semilla de ojo de venado en la pulsera roja de sus niños y, aunque no mencionan el mal de ojo, encomiendan a Dios la protección de sus hijos.

Los cuidados orientados a procurar la buena salud física suponen, además, estar continuamente pendiente de que los niños pequeños no se suban a una altura, como a una mesa o a una silla, ya que pueden perder el equilibrio y caerse, que no agarren la lumbre del fogón, una olla o una sartén en la que se está cocinando o la plancha de la ropa para evitar que se quemen, que no jueguen con machetes o cuchillos y puedan herirse, cuidar que no sufran ningún percance cuando juegan en el exterior de la casa. Igualmente, hay que vigilar que los niños pequeños no salgan a la calle a fin de evitar que puedan perderse o ser atropellados por un coche, un camión, una mototaxi, un triciclo o una bicicleta. Más adelante hay que enseñarles y supervisar que los niños pongan cuidado cuando cruzan las calles.

Hasta los 8-9 años, para evitar accidentes, las madres procuran que los niños y las niñas jueguen en el patio de la casa y no salgan a la calle, que no vayan solos a las tiendas ni tampoco a bañarse al río. A partir de los 9 años, si saben nadar bien y son acompañados por un hermano mayor, los niños varones pueden ir al río sin el acompañamiento de los padres y, a los 10-11 años, ya pueden ir solos con sus amigos. Los padres permiten que los niños salgan solos de sus casas a jugar con sus amigos a la edad de 8 años; si están acompañados por un hermano mayor, pueden salir a menor edad. Las salidas de las niñas fuera de sus hogares, en cambio, están más restringidas, pues los padres no sólo velan por su integridad física sino también por su honor. Para que una niña pueda salir a jugar a la casa de otra niña, ésta debe ir a la casa de su amiga y pedir permiso a la madre para que vaya a jugar con ella. La madre sólo va a dar su permiso cuando haya una relación de confianza con la familia a donde va a ir su hija; unas veces va sola, otras veces, acompañada, preferentemente por una hermana mayor.

Otros cuidados son los destinados a prevenir las enfermedades del cuerpo, como la intoxicación, evitando que los niños ingieran sustancias químicas peligrosas o alimentos en mal estado, la parasitación, supervisando la higiene de manos y desparasitándolos cada cierto tiempo con medicamentos desparasitantes, y las enfermedades respiratorias, procurando su protección contra el frío. La madre se encarga de lavar las manos a sus niños pequeños cuando van a comer y, cuando pueden hacerlo solos, supervisa que siempre se laven las manos antes de las comidas para evitar que puedan parasitarse. También cuida que los niños no “se engripen” o resfríen, bañándolos o supervisando que se bañen en la tarde antes de que refresque. Cuando hace frío, les prepara las cobijas para que se abriguen en la noche y, en el día, los viste, o vigila que se vistan, con ropa suficientemente abrigadora y está pendiente de que no anden descalzos en la vivienda y el patio. En la época de lluvias, la madre vigila que los niños no salgan de la casa cuando está lloviendo, no se metan en los charcos o pasen mucho tiempo con ropa mojada.

2.4 Atención médica y cuidados orientados a curar los padecimientos físicos y mentales de los niños

La madre está continuamente supervisando el estado de salud de sus hijos y, cuando percibe síntomas de enfermedad o conductas anómalas, como no comer bien o presentar llanto frecuente o un ánimo decaído, habla con su esposo para decidir si la gravedad del padecimiento hace necesario recurrir a la atención médica alópata, la medicina tradicional o si puede ser bien atendido en el hogar. Cuando el recurso a una determinada forma de atención no muestra eficacia curativa o muestra una eficacia parcial, los padres recurrirán a otro terapeuta, a otra forma de atención o podrán combinar distintas formas de atención, normalmente, la biomédica y la tradicional. En la decisión de recurrir a un médico alópata o a un curador tradicional intervendrán los abuelos paternos o maternos cuando los padres vivan en la misma casa o compartan el mismo patio.

Cuando el niño o la niña necesita atención médica, el padre deberá conseguir el dinero necesario para cubrir los gastos de atención, las medicinas o los remedios herbales y acompañar a su esposa y a su hijo o hija enferma a una consulta biomédica o a un curandero o curandera. En las ocasiones en que el padre no puede acompañar a su esposa y requiera apoyo, la madre es acompañada por la madre o/y una hermana de su esposo, o por su madre o/y una hermana suya, para que no esté sola y le ayude a controlar los síntomas y calmar las reacciones del niño o la niña.

Las opciones para recibir atención médica alópata en la localidad son el Centro de Salud, que forma parte del sistema sanitario del estado de Oaxaca, los consultorios médicos privados, la atención privada de un paramédico y dos farmacias que, además de dispensar medicamentos, ofrecen servicio de atención médica. Cuando la atención médica requiere salir de la comunidad, generalmente, los padres usileños viajan a Tuxtepec donde se hallan los hospitales de las tres seguridades sociales —SSO, IMSS e ISSSTE— y varias clínicas, centros médicos y consultorios privados. En este último caso, el padre deberá conseguir el dinero necesario para cubrir, además de los gastos de la consulta y las medicinas, los costos de transporte, los análisis de laboratorio solicitados y el alojamiento en caso de que sea necesaria la hospitalización, así como los costos de hospitalización en caso de recurrir a una clínica privada.

Las madres y los padres usileños coinciden en señalar que los niños enferman frecuentemente hasta que cumplen los cinco o seis años, siendo predominantes los padecimientos gastrointestinales —vómitos, diarreas, malestar estomacal e intestinal, parasitosis—, los padecimientos respiratorios —resfriados, inflamaciones de la faringe y las amígdalas— y los padecimientos dérmicos —ronchas, granos, rozaduras—. La madre se encarga de administrar a los niños los medicamentos y los sueros orales prescritos por los sanitarios alópatas, supervisar la evolución del padecimiento en el día y la noche, evaluar la eficacia del tratamiento, prepararles comidas especiales para que guarden una dieta —arroz hervido, caldo de pollo, atole de maíz— y vigilar que no coman dulces, botanas u otros alimentos que pueda perjudicar su recuperación. En estos cuidados, la madre recibe

la ayuda de la abuela paterna o materna cuando los padres viven en la misma casa o el mismo patio.

Las familias católicas mencionan que los niños también enferman de susto y mal de ojo, unos padecimientos vinculados a un tipo de creencias que ni los evangélicos ni los testigos de Jehová comparten. Cuando los niños presentan estos padecimientos, los padres siempre recurren a la medicina tradicional, casi siempre a una curandera local que realiza este tipo de curaciones, o bien es el padre, la madre, la abuela o el abuelo quien realiza la curación del mal de ojo, tallándole un huevo por la cabeza y el cuerpo, o del susto, soplándole aguardiente con hierbas de susto en su rostro y su cuerpo.

El recurso a la atención de la medicina tradicional no sólo se ciñe a las curaciones de susto y mal de ojo, sino también al uso de plantas medicinales prescritas por los hierberos locales o a las hierbas que las familias cultivan en sus patios o recogen en los cerros. Las plantas medicinales son un recurso utilizado por las familias usileñas independientemente de su religión en la atención de padecimientos de niños y adultos, pero las familias evangélicas no recurren a los hierberos ni a los curanderos, ya que son considerados brujos, personas que no conocen a Dios y existe el riesgo de que hagan maldad. Las madres o las abuelas son quienes se encargan de dar las plantas medicinales a sus niños en forma de té o infusión, machucándolas o licuándolas en agua, bañándolos con el agua tibia donde previamente ha echado las hierbas, tallando las zonas afectadas del cuerpo con hojas o poniendo las hojas en esas zonas del cuerpo, haciendo limpias a los niños tallándolos con el huevo.

Aparte de recurrir a la atención médica alópata y tradicional, la oración pidiendo a Dios la sanación del enfermo es un recurso muy presente en las familias usileñas, sobre todo en las familias evangélicas, y generalmente es el padre quien se encarga de orar por la recuperación de su hijo mientras padece la enfermedad. Un ejemplo es la familia de don Norberto. Una noche su bebé de dos meses tenía mucho hipo, sufría cólicos, lloraba y no podía dormir. Como la madre no hallaba la forma de calmarlo, don Leandro tomó a su hijo en brazos y oró a Dios por su sanación:

Toma la vida de este niño, pues no sé qué es lo que tiene. Se está quejando mucho, tiene hipo y no se le calma. No sé, o tiene algún cólico también su estómago, su intestino, le digo. Toma su vida, toma su organismo, elimina todos los gases que tenga allá en su intestino, limpia su estómago, quita el hipo, todo eso, ¿no? Lo pongo en tus manos, le digo, porque es parte de la creación tuya, la vida de mi bebé. Y sánalo, le digo, en el nombre de Jesús, sánalo, y lo cures con tu sangre preciosa, le digo, la sangre derramada. En el nombre de Jesús, le digo, sánalo, y que el niño pueda tener un grato sueño y podamos dormir tranquilos, le digo. Nosotros como padres, le digo, también podamos tener un grato sueño. Y así, mientras estaba yo haciendo esa súplica, esa oración, se desapareció el hipo, y el bebé se quedó dormido toda la noche. Ya no se quejó. Ya estaba amaneciendo ahí como a las cinco

de la mañana, y ya estaba buscando el pecho de su mamá. Ya su mamá le dio el pecho y se volvió a dormir.

La oración a Dios es también un recurso muy importante para la familia cuando un hijo padece adicción al alcohol o las drogas, pues, además del efecto dañino a la salud, aparecen los problemas relacionados con la consecución del dinero y los frecuentes comportamientos violentos que el joven tiene dentro y fuera del hogar. Además de orar a Dios, el padre y la madre afrontan la adicción de su hijo y tratan de ayudarlo hablando con él para que tome conciencia del perjuicio de consumir alcohol o drogas y reconduzca su vida, procurando que se alimente adecuadamente y regrese a la casa todos los días, consiguiendo medicamentos que le ayuden a dormir cuando padece insomnio, buscando atención médica y psicológica o tramitando su internamiento en un centro de desintoxicación y rehabilitación para que logre superar su adicción.

2.5 Cuidados orientados a procurar el bienestar psicoemocional de los niños

La madre es la principal encargada de velar por el bienestar psicoemocional de sus hijos y debe estar siempre muy pendiente de ellos, como lo explica Azucena, madre evangélica de dos niños varones:

Hay que estar al pendiente muy bien con los hijos, le digo, porque luego pasa algún problema, uno no sabe, una cosa, otro, luego uno no sabe, pues, no sabe, le digo. Para los chamacos o las niñas hay que estar todo al pendiente, todo, todo al pendiente, y más cuando uno no está cerca de ellos, no estás cerca, no estás viendo lo que realmente le está pasando. Porque a veces ellos no van a contar, no van a decir, no, no van a decir porque tienen miedo. Hm, hm, todo lo esconden, lo esconden, o porque si algo le van a hacer más después o algo.

Una de los principales objetivos de la crianza, siendo una responsabilidad más de la madre que del padre, es forjar el carácter de los hijos y las hijas desde su infancia inculcándoles fortaleza mental y disciplina, para que vayan acostumbrándose a la vida que les corresponde como hombre y como mujer. Se les enseña a levantarse temprano, responsabilizarse de su higiene personal, respetar los horarios de llegada a la casa, cumplir con sus obligaciones escolares y religiosas, realizar las tareas domésticas y productivas propias de su género.

Mientras los niños son pequeños, la madre se preocupa de brindarles el afecto que necesitan abrazándolos, besándolos, acariciándolos, cargándolos en brazos, consolándolos cuando se han caído, se han lastimado, se han peleado con sus hermanos u otros niños o se han frustrado al no poder conseguir o hacer algo. Al mismo tiempo que son consolados, a los niños les dicen que no deben llorar, deben ser fuertes, y dependiendo de las madres, los regañan señalándoles que han de fijarse en lo que hacen, portarse bien, no ser tan

traviesos, o, en su relación con otros niños, los exhortan a aguantarse y aprender a manejar los desencuentros y los conflictos con sus pares. Las niñas, en cambio, reciben mayor comprensión, permitiéndoles exteriorizar su dolor o su frustración a través del llanto.

La madre también se ocupa de calmar a los niños pequeños cuando se emberrinchan, a la vez que trata de evitar que los niños hagan berrinches. En unos casos, la madre opta por regañar a su niño o su niña emberrinchada, cuando se empeñan en que les compre algo en la tienda —los regaña en la casa, no delante de la gente—, en no querer comer, no querer bañarse, no querer compartir sus juguetes con sus hermanos u otros niños, cuando en el berrinche quieren aventar piedras o agarrar un palo. En otros casos, deja que el niño o la niña se vaya calmando, sobre todo cuando su enojo es muy fuerte o cuando la madre está muy atareada, y, una vez calmados, los consuela.

En estos cuidados psicoemocionales también intervienen las hermanas y las abuelas paternas y maternas, sobre todo cuando se da la convivencia en la misma vivienda o el mismo patio. Es frecuente que, cuando se da la cohabitación, las abuelas asuman el papel de consolar a sus nietos cuando se pelean con sus hermanos mayores o cuando el padre o la madre los regañan, los castigan o les pegan, a la vez que les aconsejan no incurrir en los comportamientos que hacen enojar a sus padres. Del mismo modo, las abuelas y los abuelos suelen intervenir y tratar de calmar a sus nietos emberrinchados antes de que la madre o el padre se enojen y los regañen.

Los padres y los abuelos paternos y maternos “consienten” a los niños, es decir, acceden a satisfacer sus antojos, comprándoles o dándoles dinero para que se compren golosinas, botanas, galletas, panes dulces, elotes, nieves, raspados, yogures, refrescos, jugos, cohetes, estrellitas, etc. Los padres y las madres coinciden en que deben consentir a los niños, pero siempre con medida para evitar que se vuelvan caprichosos y berrinchudos. No obstante, una queja habitual es que los niños piden dinero diariamente para sus antojos, incluso, varias veces en el día.

Así hace cuando ... Pide dinero a cada rato. Ay mamá, yo quiero paleta, yo quiero barquillos, yo quiero pan, yo quiero comprar chicle, y plátanos. Todo pide ahorita. No sé por qué me hace así, le dije yo. Ah, mamá, yo quiero yogurt, yo quiero un jugo para tomar. Así, así habla. (Doña Natalia)

A partir de los 8-10 años, los cuidados psicoemocionales se centran en escuchar, comprender, aconsejar y animar a los hijos cuando aparecen las frustraciones, los problemas, las dificultades en la vida escolar y en las relaciones con sus pares. La madre es quien, generalmente, mantiene un mayor grado de comunicación y confianza con sus niños, quien conoce más sus vivencias, sus dudas, sus problemas y quien les brinda una mayor atención, comprensión, consuelo y orientación psicosocial. Este vínculo suele ser especialmente estrecho con sus hijas, quienes le confían las diversas cuestiones y los problemas que surgen en las relaciones con sus amigas y sus novios, incluyendo alguna que otra conducta incorrecta, que no son compartidas con el padre. No obstante, hay padres que también se involucran en la vida de sus hijos, escuchándolos y apoyándolos.

El padre es el ejemplo de todo, es el líder del hogar, pues, sí, es el que tiene que enseñar a sus hijos, pues, darle buena orientación, darle sugerencias. Necesita, ¿no?, apoyarlo en todo momento, siempre y cuando que sea, cuando se trata de cosas buenas, pues, cosas edificativas. Sí, apoyarlo para que el hijo sienta que tiene un padre que lo apoya, ¿no? Sí, porque es triste cuando un padre no apoya a sus hijos, ¿no? Es muy triste. Se siente solo, siente que no tiene a nadie, ¿no? Pero cuando el hijo sabe que tiene un padre, aunque el hijo ya tenga un trabajo por allá o esté ganando, ¿no?, pero cuando sabe que tiene una buena relación con su padre, pah su, pues yo creo que eso le va a ayudar mucho porque, a través de esa buena relación que tiene con su padre, le va a animar para hacer mejor las cosas, sí, para cuidar lo que está haciendo. (Don Leandro)

2.6 Cuidados relacionados con la educación de los niños

La educación que el padre y la madre otorgan a sus hijos y el tipo de relaciones que hay entre los miembros de la familia tienen una influencia muy importante en la conformación de la personalidad y la conducta de los niños. El padre y la madre funcionan como maestros de sus hijos, les enseñan creencias, valores, normas y conocimientos con el objetivo de formar personas maduras, responsables y respetables, es decir, personas que sean respetadas en la comunidad, busquen a Dios y sigan sus mandamientos, y sepan desenvolverse con autonomía y responsabilidad cuando afronten las obligaciones laborales, matrimoniales y familiares.

Don Álvaro, jefe de familia católica, explica la importancia que los padres juegan en la educación de sus hijos para orientarlos desde que son niños pequeños hacia la responsabilidad y el trabajo:

Porque ese hijo se va a manifestar como el padre también, cuando el padre le dé todo el criterio, todas las ideas, pues, de cómo seguir el futuro, sí. Y por eso el padre, ¿no?, debe de, ése es el asesor del hijo, ¿no?, ése es el que da todas las ideas de cómo pensar el niño cuando viene. Y si un padre no tiene esa mente, pues, de que mira, no, ni caso voy a hacer mi niño, pues el niño, ¿no?, cuando ya estén grandes, ¿no?, pues el niño no va a tener buenas ideas, porque el padre no le hace caso, no le habla, no le platica, no, nada. Por eso varios de los chamacos, eh, andan mal, fuman marihuana, su aguardiente, cerveza, sí. Ahí es donde salen malos, malos chamacos, ¿no? Y así, pues, debes de tenerlos cerca a los niños para que los niños tengan toda la idea buena, la idea de cómo seguir adelante, tener una preparación, tener una, cómo le diré, un documento, ¿no?, donde lo ampara de que él es un joven, un chamaco que estudió, que tiene preparación. Eso es lo que hace el padre. Pero cuando el padre no pensó eso a su hijo, pues su hijo no va a tener ningún documento, ¿no?, donde él estudió, donde tiene preparación, sí.

Don Leandro, evangélico, comparte la importancia de educar a los niños por el camino correcto desde que son pequeños:

Entonces voy a tratar de educarlos por el camino correcto para que, desde un principio, el niño, para que el niño vaya adquiriendo buenos hábitos y el día de mañana sean buenos ciudadanos, ¿no?, ciudadanos útiles, pues, para la sociedad y hagan cosas maravillosas, cosas buenas, constructivas, cosas que benefician a los demás.

El padre y la madre enseñan, platican con sus hijos, les dan buenos consejos, pero, además, deben constituir un modelo de comportamiento dentro y fuera del hogar para sus niños. La exigencia de ser un ejemplo para sus hijos atañe en mayor grado al padre, ya que, como jefe de familia, debe mostrar preocupación y responsabilidad por el bienestar de su esposa y sus hijos, trabajando y ganando el dinero necesario para cubrir sus necesidades, no derrochando el dinero en las cantinas y el alcohol, no llegando borracho a la casa, no siendo grosero ni metiéndose en peleas con los vecinos. Además de enseñar, hablar y aconsejar, el padre y la madre deben controlar los comportamientos de los niños, supervisando y corrigiendo las conductas de sus hijos dentro y fuera del espacio doméstico desde una edad temprana y hasta que contraigan matrimonio para encauzarlos por el buen camino. La educación de los niños comprende, por tanto, tres grandes dimensiones:

1. La enseñanza de conocimientos, creencias, valores y normas
2. La supervisión de las conductas de los niños
3. La corrección de las conductas de los niños

Los tipos de atención y educación que el padre y la madre dispensan a los niños durante su infancia y su juventud marca la relación entre padres e hijos no sólo mientras dura la convivencia, sino también una vez que éstos salen del hogar paterno. Cuando la crianza de los niños se basa en la atención de sus necesidades, el cariño, el diálogo, la comprensión y los castigos justos para que sus vidas se rijan por los buenos valores, entonces se genera una buena relación entre padres e hijos. Cuando se emancipan, los hijos se preocupan por sus padres y, cuando emigran a la ciudad a trabajar, se comunican regularmente con ellos y les hacen llegar dinero, ropa, trastes, etc.

En cambio, cuando el padre, la madre o ambos muestran despreocupación por las necesidades de los hijos y/o una actitud tendente al enojo, el regaño y el castigo físico, se forja una mala relación, los hijos se distancian, se vuelven “rebeldes” y se despreocupan de los padres cuando se emancipan, sobre todo, cuando emigran a la ciudad. En el caso de sea el padre quien tiene una actitud severa e irascible o, por el contrario, tenga una actitud negligente en el hogar, los hijos se distancian, no tienen confianza para contarle sus problemas o sus dudas y se vuelven reacios a aceptar sus enseñanzas y sus consejos. La madre, entonces, puede tomar el rol de mediar en las relaciones entre el padre y los hijos.

a) Los valores y las normas sociales que deben guiar la conducta de los niños

Los valores que deben guiar la conducta de los niños dentro y fuera del hogar concuerdan con los que los padres deben transmitirles en su educación, siendo los valores principales:

- La obediencia a los padres y a las figuras de autoridad.
- El respeto a los padres, los familiares, las mujeres, los ancianos y a las demás personas.
- El respeto a la propiedad ajena.
- La importancia de estudiar y conseguir certificados escolares que permitan acceder a trabajos asalariados que proporcionan ingresos monetarios regulares.
- La importancia de trabajar dentro y fuera del hogar para garantizar el mantenimiento económico y cubrir las necesidades de los miembros de la familia.
- La responsabilidad en el cumplimiento de las obligaciones en el ámbito familiar, escolar, laboral y religioso.
- La búsqueda de Dios y el cumplimiento de sus mandamientos para obtener su bendición en la vida terrenal y la salvación y la vida eterna del alma.
- No caer en el vicio del alcohol y las drogas.
- La buena conducta sexual antes del matrimonio.
- Contraer matrimonio y formar una familia.
- Ayudar económicamente a los padres una vez que los hijos se han emancipado y, posteriormente, cuidarlos en su ancianidad.

Estos valores se traducen en una serie de normas sociales, reglas de comportamiento que los niños deben seguir en su vida cotidiana dentro y fuera del hogar mientras vivan en la casa paterna con el fin de que se conviertan en personas maduras y socialmente respetadas, capaces de asumir las responsabilidades que conllevan el desempeño laboral, el matrimonio y la formación de una familia, y estén bien avenidos con Dios y la comunidad.

Por eso nacimos, nacimos para algo, pues. Dios nos creó para algo, para algo bueno. Eso siempre en mi mente les he dicho a ellos: mirad, hijos, actúale como debe ser, pero siempre algo bueno, pues, y no hagas cosas malas que a Dios no le agrada y que al pueblo no le agrada. Siempre hay que buscar cosas buenas, pues, porque ni con Dios ni con el pueblo va a quedar bien cuando uno hace cosas malas. (Don Marcos)

El valor de la obediencia supone que los hijos deben obedecer los mandatos de su padre y su madre, seguir sus consejos y pedirles permiso cuando quieren salir de la casa, diciéndoles adónde van, con quiénes van a estar, qué van a hacer y cuándo van a regresar. La obediencia se extiende también fuera del hogar a los ámbitos de la escuela y la iglesia donde los niños tratan habitualmente con figuras de autoridad: los maestros de los centros escolares, los catequistas de la iglesia católica o las maestras evangélicas de las escuelas dominicales.

Los padres inculcan a sus hijos el amor al prójimo, que, en realidad, se traduce en un sentido del respeto hacia los mismos padres, los familiares y el resto de las personas. Así, les enseñan a dirigirse a sus progenitores con miramiento y sin decir groserías, no pelearse con los hermanos, saludar y tratar con corrección a los familiares, los ancianos y los maestros, respetar a las muchachas en el caso de los jóvenes, evitar enzarzarse en discusiones y peleas con compañeros de la escuela, amigos o vecinos, y, por supuesto, nunca llegar a matar a alguien.

En concordancia con el respeto a las personas, los padres enseñan a sus hijos a respetar la propiedad ajena, a no robar dinero ni bienes, a no apropiarse de bienes que no sean propios ni a sisar dinero cuando van a hacer los mandados. En definitiva, los padres inculcan a sus niños el respeto a las personas y a la propiedad privada, les enseñan a no transgredir las leyes de los hombres, a evitar cometer los delitos del robo y el asesinato, y a no quebrantar los mandamientos de Dios, a evitar caer en los graves pecados de robar y matar.

Los padres inculcan a sus hijos el sentido del trabajo y la responsabilidad demandando el cumplimiento de las obligaciones escolares y su colaboración en las tareas productivas y domésticas. El padre lleva a los hijos varones a la milpa para que le ayuden en las labores del campo o pide su colaboración en tareas relacionadas con su oficio o el negocio familiar. Las hijas deben ayudar a su madre en las labores domésticas, como barrer y trapear, lavar los trastes o lavar la ropa, y, al igual que a sus hermanos, hacer los mandados que se les pide: comprar alimentos y bienes, llevar un aviso a un familiar o vecino.

Actualmente, el nivel de cooperación de los niños en las labores productivas y domésticas es bastante menor que en la generación de sus progenitores, pues los padres priorizan que sus hijos estudien y puedan realizar las tareas escolares, una actividad que absorbe buena parte de su tiempo durante la semana, sobre todo, a partir de la secundaria. Los niños deben estudiar y alcanzar el mayor grado escolar posible para aprender a hablar y escribir bien el español y obtener la titulación que les permita una buena integración en el mercado laboral y acceder a trabajos asalariados que proporcionen ingresos regulares. Además de realizar las tareas encomendadas por los maestros, los niños deben asistir diariamente a la escuela y participar en los diferentes actos y eventos escolares.

Los niños también deben cumplir con sus obligaciones religiosas asistiendo a la iglesia y yendo a la formación religiosa que se imparte en la catequesis católica, en la escuela dominical evangélica o en las reuniones en el Salón de los testigos de Jehová. La

observancia de las obligaciones religiosas no sólo trata de inculcar un sentido de la responsabilidad en los niños, sino, sobre todo, el aprendizaje de que buscar a Dios y seguir sus mandamientos es el camino a seguir en la vida para obtener la bendición divina en la vida terrenal y alcanzar la salvación y la vida eterna del alma después de la muerte.

La educación de los niños en la responsabilidad y la búsqueda de Dios lleva a los padres a transmitir a sus hijos que no deben caer en el vicio del consumo de alcohol y drogas, pues quienes toman ese camino se vuelven ociosos, irresponsables, irrespetuosos, violentos y promiscuos, ya que sólo piensan en la diversión con las amistades, derrochan el dinero en alcohol, drogas y cantineras, tienden a ser groseros, retadores y proclives a las discusiones y las peleas fuera y dentro del hogar, son mujeriegos en el caso de los hombres y, en el caso de las mujeres, terminan embarazándose o cayendo en la prostitución.

A partir de los 12-13 años en adelante, los padres enseñan a sus hijos e hijas a mantener una conducta correcta cuando se relacionan con jóvenes del otro sexo, esto es, deben evitar comportarse promiscuamente y tener relaciones sexuales prematrimoniales. El padre habla con sus hijos varones para que no sean promiscuos, no tengan relaciones con mujeres casadas o emparejadas ni embaracen a una muchacha con la que no desean casarse, pues deberán afrontar los reclamos de su familia y correrán el riesgo de ser acusados de haber violado a su hija. La madre habla con sus hijas para concienciarlas de que una mujer debe poner los límites en las relaciones con los muchachos y siempre debe “cuidarse”, evitar embarazarse antes del matrimonio y correr el riesgo de que el padre no quiera casarse ni asumir la manutención del niño. En definitiva, el padre y la madre buscan que los hijos y, sobre todo, las hijas adolescentes comuniquen sus relaciones sentimentales a fin de que sean orientadas hacia el compromiso del matrimonio y la formación de una familia.

Cuando los hijos y las hijas trabajan y viven en la casa paterna sin tener una familia, deben colaborar económicamente en el hogar entregando una parte del dinero ganado a sus padres. Cuando se emancipan, los hijos y las hijas deben preocuparse por el bienestar de los padres y apoyarlos económicamente con regularidad, especialmente cuando han emigrado a la ciudad y son trabajadores asalariados. Una vez que forman una familia, se espera que los hijos cooperen económicamente en los gastos de atención médica y compra de medicamentos cuando los padres sufren problemas serios de salud. Las hijas que han formado una familia también cooperan cuando desempeñan un trabajo remunerado, mientras que su colaboración está sujeta a la voluntad del esposo cuando trabajan en el hogar.

Ésta es una norma que rige las relaciones paternofiliales aun cuando el hijo varón, que reside en el hogar paterno y heredará la casa y el solar, asuma el cuidado de sus padres durante su ancianidad. “Es la ley de la vida”, una ley regida por la reciprocidad: los padres crían a sus hijos y les ayudan a salir adelante en la vida para que, una vez que se emancipan, los hijos cuiden y ayuden económicamente a sus padres.

b) La supervisión de las conductas de los niños

El padre y la madre deben supervisar las conductas de los niños para que no se desvíen, o no se desvíen demasiado, de las normas sociales. En el hogar, el padre y sobre todo la madre están pendientes de que los niños no conflictúen ni se peleen entre sí, no dediquen mucho tiempo a ver la televisión o películas, cumplan con sus obligaciones escolares y religiosas y vayan a la escuela, hagan sus tareas, asistan a la iglesia, a la catequesis o a la escuela dominical. En la supervisión de los niños interviene la abuela paterna o materna cuando se da la convivencia en familia extensa y, dependiendo de la relación entre padres e hijos, puede hacerlo tomando un rol protector hacia el nieto o los nietos más rebeldes, por ejemplo, aconsejándoles que obedezcan a sus padres o hagan las tareas escolares para evitar que los regañen, los castiguen o les peguen.

A partir de los 4-5 años, los niños observan conductas en otros niños y muchachos en la escuela y en la calle que suelen influenciarlos negativamente, volviéndose groseros, irrespetuosos y desobedientes con sus padres y sus hermanos, especialmente en el caso de los hijos varones. A la edad de 7-8 años, los niños se vuelven más razonables y receptivos a los argumentos y los consejos paternos, pero, a partir de los 10-12 años, corren el riesgo de ser influidos por amistades que inducen a tomar alcohol, fumar marihuana o consumir otras drogas.

Estas malas influencias, aun no estando presentes, son siempre acechantes y llevan al padre y la madre a controlar las compañías y las amistades de sus hijos y a supervisar sus salidas del hogar, exigiendo que pidan permiso cuando quieren salir de la casa, informen adónde van, qué van a hacer y con quién van a estar y respeten la hora de regreso que se les establece. En consonancia con esta supervisión, el padre y la madre controlan el dinero que manejan los niños y cómo lo invierten con el fin de que no vayan a jugar a las “maquinitas” —videojuegos—, a escuchar música a las rockolas o compren alcohol o drogas. Por la misma razón, supervisan que no sisen dinero cuando van a hacer los mandados ni agarren el dinero que los padres o los abuelos guardan en la casa, aunque este tipo de control guarda también relación con el valor del respeto a la propiedad ajena, el valor de no robar ni apropiarse de bienes que no sean propios. Los padres han de estar muy pendientes de que sus hijos no se junten con malas compañías y “agarren el vicio”, se vuelvan mujeriegos, caigan en el robo o puedan acabar matando a alguien. Los padres han de ser firmes y hablar con los niños desde que son pequeños.

[...] a los chamacos no hay que darles el camino porque ya no, ya no van a entender, ¿no?, cuando ya están grandes. De chicos a los chamacos tiene uno que hablarlos. Ése es lo que hay con los chamacos. (Don Álvaro)

La tendencia a divertirse tomando alcohol y drogas es más frecuente entre los muchachos que entre las muchachas. Normalmente, las hijas maduran antes y son más conscientes y responsables que los varones, pero es igualmente necesario que el padre y la madre supervisen las salidas de sus hijas fuera del hogar para que no caigan en el vicio y

se vuelvan promiscuas, puedan quedar embarazadas o acaben en la prostitución, todos ellos comportamientos muy vergonzantes para la familia.

Por eso, digo yo, pues, de que, cuando las mujeres agarran el vicio, ya no les importa su padre, su madre, sí. Y debe de tenerlo más cerca las mujeres que los hombres, porque, si no, las mujeres se van, se van a hacer vergüenza a su padre. ¿Por qué? Porque de ahí va a embarazarla y llega embarazada delante de su padre. Es una vergüenza para su padre también de que su hija anda haciendo cosas malas. Sí, ése es lo que tiene con las mujeres. Debe tenerlo trato muy, muy recio, sí. Y, si no, si se deja el paso a las mujeres, pues de ahí donde agarra el vicio, sí. Por eso digo yo, pues, de que, bueno, de los dos, tanto el hombre como las mujeres, debes de tenerlos cerca, sí, para que ellos no agarran el vicio. (Don Álvaro)

Aparte de controlar la influencia de las malas compañías, la madre y el padre supervisan que los niños no pasen mucho tiempo en la calle a fin de que no se vuelvan ociosos y “flojos” y descuiden sus obligaciones escolares, no pasen demasiado tiempo viendo la televisión en la casa de un amigo o vecino, no dediquen mucho tiempo a las redes sociales o a jugar en línea cuando se conectan a internet a través de su móvil, no hagan travesuras que puedan molestar a los vecinos o se peleen con otros niños. La vigilancia de los hijos fuera del hogar se extiende también a las relaciones con las personas del otro sexo, poniendo una especial atención a las relaciones que las hijas mantienen con sus amigos y compañeros de la escuela a partir de los 8-9 años. A petición de los padres, en el control de las conductas de los niños fuera del espacio doméstico también intervienen los hermanos y las hermanas.

c) La corrección de las conductas de los niños

Los niños se desvían del buen comportamiento cuando:

- No siguen los consejos ni obedecen los mandatos de los padres —no querer comer, no querer bañarse, no querer dormirse, querer salir del solar familiar, no llegar a la hora establecida, etc.— o se dirigen irrespetuosamente a ellos.
- No colaboran en el hogar ayudando a la madre o al padre o no haciendo los mandados que se les pide.
- No realizan las tareas escolares que piden los maestros.
- No asisten a la iglesia, la catequesis o la escuela dominical.
- Pasan mucho tiempo fuera del hogar, divirtiéndose con sus amigos en la calle jugando al fútbol o al baloncesto, nadando en el río, jugando con sus amigos en línea a través de sus celulares, viendo la televisión en la casa de una familia vecina.
- Salen del hogar sin avisar dónde van a ir, con quién y qué van a hacer.

- Se comportan de forma irrespetuosa o agresiva en la escuela con los compañeros o los maestros.
- Se pelean con otros niños en la calle.
- Exigen constantemente dinero a los padres para comprarse dulces, botanas o jugar a las maquinitas.
- Se emberrinchan o se dirigen groseramente a los padres cuando no acceden a sus demandas o cuando les señalan una conducta incorrecta.
- Engañan a los padres diciéndoles que quieren dinero para comprar un dulce u otra cosa y lo emplean en el juego de las maquinitas.
- Roban en el salón de su escuela o en una casa ajena.
- Caen en los vicios de tomar alcohol o drogas.
- Se muestran promiscuos en las relaciones sentimentales y mantienen relaciones sexuales prematrimoniales.

El padre y la madre son los principales responsables de supervisar y corregir el comportamiento de sus hijos para asegurar su buena educación y, al mismo tiempo, mantener su respeto y su obediencia dentro y fuera del hogar. Cuando los niños son desobedientes y no cumplen sus solicitudes, incurren en comportamientos incorrectos o realizan acciones riesgosas para su salud, el padre y la madre deben corregir estas conductas primando el diálogo y los consejos, teniendo paciencia y comprensión, recompensando los buenos comportamientos, aunque también recurren al regaño, las amenazas, los castigos que privan concesiones o el disfrute de actividades lúdicas — propinas, ver la televisión o películas, ir a jugar con otros niños, navegar en internet— o el castigo físico, dependiendo del carácter de los niños, la gravedad de la incorrección, la reiteración en la incorrección, la edad y el sexo de los hijos¹²³.

Así, por ejemplo, cuando los niños se muestran inquietos y traviosos a la hora de comer, el padre y la madre les hacen entender cómo deben comportarse correctamente, explicándoles que deben esperar a que se les sirva la comida, no golpear la mesa, no tirar agua, no gritar o no subirse a la silla. Cuando los niños pequeños se emberrinchan porque no se les da dinero para comprar lo que quieren, la madre, el padre o ambos hablan con ellos para hacerles entender que, en ese momento, no tienen suficiente dinero o que no pueden consentir sus peticiones continuamente, es decir, tratan de explicarles que deben ser menos caprichosos y más considerados hacia los recursos económicos que dispone la familia. En cambio, si los niños insisten en su demanda emberrinchados y reaccionando de manera agresiva, la madre o el padre puede pegarles con la mano o una vara —una rama de un arbusto—. Cuando un niño no quiere bañarse porque siente frío o no quiere hacer

¹²³ Las amenazas y los castigos físicos como estrategias educativas orientadas a controlar el comportamiento de los niños, buscando el cumplimiento de solicitudes de diferentes tipos y la evitación de comportamientos no deseados o riesgosos han sido estudiados desde la antropología lingüística en algunos grupos mayas del estado de Chiapas, los tzotziles de Zinacantán (de León Pasquel, 2005: 140-153, 2017a) y los choles de Tumbalá (Vázquez Sánchez y de León Pasquel, 2012).

las tareas escolares, la madre puede negociar que acceda a bañarse o hacer las tareas escolares a cambio de ver un rato la televisión o ir a jugar con algún amigo o familiar. Cuando los niños no han avisado de su salida, no han llegado a la hora establecida o a la que suelen llegar a casa después de terminar las clases, la madre va a buscarlos, les pide explicaciones por su retraso y los regaña para que no vuelvan a hacerlo. Si reinciden en este comportamiento, al igual que si se muestran habitualmente renuentes a hacer las tareas escolares o a ayudar en las labores domésticas, la madre puede castigarlos no permitiéndoles ver la televisión o jugar con sus amigos, o no dándoles dinero para comprar golosinas, botanas u otros antojos.

Los hijos varones están sujetos a una mayor cantidad de estrategias de control que las hijas, pues su conducta tiende a ser más rebelde, desobediente y riesgosa. Los padres, normalmente, ejercen una mayor supervisión y una mayor cantidad de amenazas y castigos sobre sus hijos varones, porque, si no son bien educados desde su infancia, crecerán teniendo un mal comportamiento y acabarán tomando un mal camino en la vida.

Los tipos de amenazas empleados para corregir las conductas incorrectas varían en función de la edad. A los niños menores de 10 años se les amenaza con no permitirles salir de la casa por un largo tiempo, con ser apartados de la familia diciéndoles que los van a regalar a otra familia, los van a enviar lejos con una persona foránea, asustándolos con la llegada de un chaneque que los va a llevar a una cueva lejana situada en los cerros, mandándolos encerrar en la cárcel del pueblo, o con el castigo divino, la condena al Infierno, incluso, con la aparición del Diablo. Los niños mayores de 10 años son controlados con amenazas como la prohibición de salir de la casa y jugar con sus amigos, la no concesión de propinas, el envío a un internado o ser sacados de la escuela. Una estrategia utilizada por la madre cuando los niños pequeños y mayores incurren en un comportamiento incorrecto de cierta gravedad es amenazarlos con ser reportados al padre, pues el miedo al castigo físico suele propiciar un cambio en su conducta.

El padre y la madre son quienes tienen la autoridad de pegar a sus hijos, y los abuelos paternos o maternos respetan dicha autoridad y evitan castigar físicamente a sus nietos aun cuando las familias convivan en la misma vivienda, aunque sí pueden amenazar con el castigo o con ser reportados a los padres para controlar los comportamientos indebidos¹²⁴. Generalmente, sólo se pega a los niños varones, y se les pega con la mano, una vara o un cinturón en las pompas, las manos, las piernas o los pies, nunca en la cara, la cabeza, la espalda o el vientre. A las niñas, en cambio, casi nunca se les pega para evitar que les pueda afectar a su fertilidad y, en el raro caso de que se haga, solamente se les da en las manos y los pies, nunca en la cara, la cabeza, el vientre, la espalda o la nalga —la espalda y el vientre están muy relacionados con la fertilidad de la mujer y el hombre, con los órganos sexuales, razón por la que los padres evitan pegar a sus hijos e hijas en esas partes del cuerpo—.

¹²⁴ La autoridad de los padres sobre los niños a la hora de aplicar castigos físicos es también respetada por los abuelos entre los choles de Tumbalá. Para poder controlar las conductas de sus nietos, los abuelos igualmente amenazan con castigarlos o reportarlos con sus padres y, ocasionalmente, emplean los golpes simulados acompañados de una explicación del motivo (Vázquez Sánchez y de León Pasquel, 2012: 194-201).

El castigo físico se aplica a los niños cuando “no entienden”, esto es, cuando son muy reiterativos en su desobediencia, cuando han cometido una falta grave —robar dinero, juguetes o útiles escolares, haberle pegado o aventado piedras hasta hacerle daño a otro niño, haber consumido alcohol o marihuana—, o cuando manifiestan conductas agresivas hacia los padres y los hermanos, a partir de los 3-4 años y hasta que alcanzan los 13 o 14 años. Los padres consideran que, a partir de esa edad, se puede regañar a los hijos, pero no pegarles ni tampoco gritarles, pues, además de que a esas edades los muchachos se defienden y no lo permiten, resienten mucho a nivel psicoemocional el castigo físico o el regaño fuerte y agresivo de un adulto.

En la mayoría de las familias evangélicas, el padre prioriza dialogar y enseñar la Palabra de Dios a la hora de reconducir la conducta de sus hijos a partir de los 13 o 14 años en adelante. El regaño fuerte y el castigo físico provocan resentimiento en el corazón de los hijos, por lo que es preferible hablar con ellos, aconsejarles, leerles y comentarles pasajes de la Biblia a fin de mostrarles que su comportamiento es contrario a los designios divinos y, por tanto, condenatorio, a la vez que se les muestra cuál es el camino correcto que lleva a la bendición de Dios en sus vidas y a la salvación de sus almas. El padre, por su parte, no debe enojarse para no romper su relación con el Espíritu Santo llenándose de amargura, tristeza y remordimiento.

Es malo regañar a un hijo así, regañar bien feo, pues, no, no, su alma, su corazón de un niño, de una niña, empieza a su papá, empieza a salir así sin bendición de un padre cuando uno ..., porque hay un odio en su corazón. Y eso no está bien. Mi deber es decir conforme a la Palabra, aclarar la Palabra, que enderece su camino, si anda camino ancho, que enderece, que entre en camino angosto.

Ése es mi deber también como padre que soy. Porque yo he aceptado a Cristo, yo he recibido la Palabra de Dios y he recibido al Espíritu Santo, y el Espíritu Santo se da cuenta cómo anda un hijo, y todo, todo, todo eso se da uno cuenta cuando uno anda con Dios. Pero si no anda el camino de Dios, dice, siempre no sabe cómo anda su hijo. Siempre lo va a regañar, siempre lo va a pegar cuando llegue, pero no está bien, no está bien, porque debemos de dar consejo conforme a la Palabra de Dios.

[...] Con la Palabra de Dios no tengo que romper el Espíritu Santo, voy a dañar, no, no, porque Espíritu Santo es una cosa hermosa, preciosa. Se siente uno bien cuando está en el culto. Porque una persona que se enoja, no está alegre, siempre anda amargura, siempre está así, en la iglesia no siente contento, pues, está amargura, está triste. Piensa de un hijo, que cómo regañé a mi esposa, que cómo regañé a mi hijo, que cómo, piensa. Pero no está correcto, está incorrecto. (Don Ricardo)

Cuando un hijo es especialmente rebelde y contumaz o cuando atraviesa periodos de gran rebeldía, el padre y la madre, además del diálogo, los regaños y los castigos, buscan la ayuda de Dios para reconducir su conducta. A través de la oración, el padre y la madre piden a Dios que su hijo comprenda que debe cambiar su comportamiento o que aleje a

los espíritus malignos que lo están llevando por el mal camino. Don Álvaro, padre de familia católica, lo explica así:

Cuando nosotros tenemos hijos, a veces, nuestros hijos, ¿no?, algunos, uno o dos hijos que tenemos nosotros son malos, que no entienden. Pero nosotros siempre, siempre tenemos nuestra mente de Dios y hacemos nuestra oración para que ese niño, a través de esa oración, [...] cuando nosotros hablamos con Dios, pedimos, pues, de que este niño piense de Dios, que no hace cosas malas, que no se necesita hacerlo, sí. Por eso siempre nosotros, pues, cuando estamos vivos en este mundo, pues siempre nosotros vamos a pensar de Dios. Pensemos de Dios, si no pensamos de Dios, no tenemos sentido, hacemos cosas que no podemos hacer, sí. Ése es lo que yo pienso, mi idea, pues, mi forma de pensar, pues, sí.

Don Tomás, un padre evangélico, explica la necesidad de recurrir a la ayuda divina para poder corregir la desobediencia y la rebeldía de su hijo de 8 años. Su hijo se ha vuelto muy desobediente e irresponsable, no quiere hacer las tareas escolares y solamente quiere estar en la calle. Llega a la casa a pedir unos pesos y se va donde hay una rockola a escuchar música, como hacen los muchachos adolescentes. Se ha vuelto irrespetuoso y grosero, dirigiéndose muchas veces a su padre y su madre como si fueran sus amigos, sin guardarles el debido respeto y repitiendo las groserías que escucha. Josué quiere pedirle al pastor de su iglesia que ore por la familia para que Dios les ayude a reconducir el comportamiento de su hijo. La abuela paterna está orando todos los días por su nieto en la mañana y en la noche, pero la mayor responsabilidad recae sobre él y su esposa. Como padre tiene que pedir ayuda a Dios y orar diariamente por su niño, porque hay “un espíritu que está engañando su cuerpo, un espíritu del maligno que está engañando su alma”.

Tengo que hablar con mi pastor, ¿no?, que ore por mí, que ore por el niño, para que se le quite ese deseo de andar por la calle, pues, espíritu de flojo, pues. Pues él tiene, es flojo, pues, no quiere trabajar. No quiere hacer su tarea, no quiere nada, y no quiere que uno le hable también. Aunque le habla la gente, no quiere también. No, no, es espíritu de maligno que está engañando a su cuerpo, pues, su alma. Y así, como padre que soy, ¿no?, tengo que hablar con el pastor de la iglesia donde yo pertenezco, y tengo que hablar con él junto con mi mujer, y juntos vamos con el niño que el pastor ore por mí o la iglesia ore por nosotros. Si viernes, sábado, si domingo voy a la iglesia, ¿sabes qué?, le voy a decir al pastor que ore por mí, por el niño, porque el niño no entiende, no obedece, no hace su tarea, y el niño cómo grita con su mamá. El niño cómo lo trata mal a su mamá, se enoja con su mamá, pues. En vez de su mamá enojar, él se enoja. Se enoja más que su mamá y se enoja más que yo también. Se enoja. Entonces, ¿qué tengo que hacer? Lo que tengo, orar, ¿no?, tengo que pedir a Dios, que el pastor me ayude también, que ore por mi niño.

Cuando un hijo toma el camino de la borrachera o el consumo de drogas, una conducta muy dañina para sí mismo y vergonzante para la familia, el padre, secundado por la madre,

toma varias opciones que se van sucediendo o combinando dependiendo del tiempo que perdura este comportamiento, el grado de adicción y la mayor o menor tendencia a la conflictividad y la violencia verbal y física dentro y fuera del hogar.

El padre puede ir a buscar a su hijo o mandar a buscarlo a las cantinas o donde se reúna con sus amigos para tomar alcohol o drogas para traerlo a la casa. Si se halla bajo los efectos del alcohol y las drogas, esperará a que recupere la normalidad para regañarlo y concienciarlo del camino irresponsable y pernicioso que está tomando para su salud y su vida. El padre y la madre controlarán sus salidas del hogar tratando de evitar que se relacione con malas compañías o llegue a la casa a deshoras en la noche, y una y otra vez hablarán con él para convencerlo de que debe dejar de consumir alcohol o drogas.

En los casos en que el consumo de alcohol o drogas es habitual, frecuentemente asociado a una actitud conflictiva y violenta, el padre debe hacer respetar su autoridad, mostrar firmeza y dirigirse a su hijo enérgicamente para obligarle a modificar su conducta. La problemática se vuelve tan grave que, sean familias católicas o evangélicas, el padre pide ayuda a Dios y ora para que le otorgue la sabiduría necesaria para hablar y orientar a su hijo y tome conciencia de su error, se aparte del derroche y la irresponsabilidad y se ponga a trabajar. Si cuenta con los recursos, puede apoyarlo económicamente para inducirlo a trabajar y apartarlo del vicio, por ejemplo, con el emprendimiento de un negocio o la compra de un vehículo para que trabaje como taxista. Y, cuando el grado de adicción es tal que requiere una intervención terapéutica, el padre busca atención médica y psicológica o acuerda con su hijo el internamiento en un centro de desintoxicación y rehabilitación psicosocial.

Para evitar que un hijo caiga en el vicio o llegue a un grado severo de adicción, el padre debe ser firme a partir del momento que detecta que está consumiendo alcohol o drogas. Si el padre se muestra permisivo y no actúa con la suficiente firmeza y contundencia, el hijo acaba tomando un mal camino con el tiempo, pues su alcoholismo o su adicción a las drogas se agrava, pierde el sentido de la responsabilidad y el respeto a las personas, cae en la delincuencia, se vuelve conflictivo y violento, se enzarza en peleas en las que corre el riesgo de ser herido o en las que puede matar a alguien. Las peleas son un peligro para la salud física del hijo, pero también suponen que la familia pueda verse señalada en la comunidad y obligada a responder económicamente por las agresiones de su hijo. Cuando las peleas terminan con algún fallecido o algún herido que requiere atención médica — contusiones graves, heridas causadas por machete o pistola—, la familia del agredido demanda a la familia del agresor para recibir una indemnización que compense el mal causado y los gastos generados por la atención médica.

Don Álvaro, tras mucho insistir y diversos conflictos familiares, consiguió que tres hijos varones dejaran el vicio de la borrachera y se pusieran a trabajar en los negocios familiares.

Es una tristeza eso cuando los chamacos empiezan a tomar, cuando los chamacos ya se agarran el vicio, ¿no?, pues cuándo, cuándo se le quita eso. Aunque uno hable, aunque uno, pero, gracias a Dios, que mis hijos estuve mucho hablando, estuvimos

platicando con él, con mi señora también, mi esposa, ¿no? Estuvimos platicando con el mayor, sí, el caso de mi hijo, pues. Pero, gracias a Dios, de que me dio toda la posibilidad, pues, de hablar a mi hijo, hablar a esos tres chamacos, ya son grandes. Pero todo fue como lo que hubiera yo dicho. Hablé, o sea, primero, en primer lugar, yo oré, hablando a Dios, ¿no?, pidiendo a Dios, ¿no?, toda la experiencia, las ideas de cómo expresar con los chamacos, sí, de que es malo tomar, es malo robar, es malo, o sea, fumar cigarro, marihuana. Todo eso estuvimos platicando con ellos. Pero, gracias a Dios, pues, de que ellos, pues ya no toman ellos. Ya los tres chamacos, los cuatro chamacos ya son grandes y no, no, hablé yo de que no está bien tomar. La sociedad, pues, se ve mal cuando uno anda borracho en la calle. Se ve mal, pues, de plano, se ve mal. Entonces, lo que yo quiero, pues, o sea, no tomar, pues, vamos a trabajar, sí, vamos a trabajar, hijos, les dije, vamos a trabajar. Gracias a Dios, pues, que ellos comprendieron. Y el mayor tomaba mucho, y el otro más chiquito tomaba también, y tomaba también, y [otro hijo] también estaba tomando, pero ellos ya no, ya no toman.

[...] Por lo mismo, yo saqué el carro para que ellos trabajen, para que no anden tomando, para que ellos no anden tomando, pues, sí, por eso yo saqué ese carro. Gracias a Dios de que, bueno, como le dije yo, pues, el trabajo que nosotros estamos realizando, vino la investigación y salió el carro para que ellos trabajen, para que ellos no anden de vago, pues, más que nada, ¿no? Que trabajen ellos, son de ellos, sí, y, cuando ya se le paga ese carro, pues, se saca otro. Ésa es la intención que yo metí en su mente, ¿no?, para que ellos no tomen, para que ellos trabajen. Ésa es la intención que ellos ya no toman. Hablé mucho, hablé mucho.

[...] De hecho, tiene uno que enojar, pues, bueno, hablar tronante para que ellos entiendan, ¿no? Porque si uno habla cosas que no tiene sentido, pues, algunas personas hablan así, no, no, los niños no respetan. Los niños tienen que tener, cómo se llama, tener fuerza, tener... hablar cosas duras, ¿no?, para que ellos entiendan. Eso es lo que le hace un padre. Si un padre se deja, o sea, con los chamacos se hace enflacado, pues no, no, no, no, los chamacos no van a obedecer, sí. Ésa es la idea de cómo ser padre.

[...] Si el padre, o sea, empieza a agarrarse duro, ¿no?, entonces, los chamacos también sienten. Y cuando los padres no hacen así, pues los chamacos ya, se emborrachó hoy, mañana otra vez, pasado, pues otra vez. Y sin trabajar, y sin trabajo, qué va a comer. Si no quiere ayudar a su padre, y cómo va a comer. Así es lo que hay, sí. El hijo tiene que trabajar para poder porque, cuando ya está grande, ya se requiere su esposa también. Y la mujer cómo, a dónde se va a encontrar. Sí, ése es lo que tiene de ser un padre.

¿Y por qué es malo que anden tomando y fumando?

Bueno porque ahí se agarran cosas malas, ¿no? Ahí pues no, no, ya no tiene sentido uno lo que hace, sí. Ahí empieza a robar, empieza a pegar a la gente sin lástima,

pues, sí. Ése es lo que tiene los marihuanos, ¿no?, ya ni le hace, ni le importa la gente. Por eso tiene que apretar muy duro a los chamacos que están, que hacen esa forma, sí, porque, si uno le da camino a ese chamaco, pues no se le va a quitar, va a seguir fumando, va a seguir robando, va a seguir matando a la gente si dado caso. Sí, así es, así está.

Cuando el hijo soltero se halla trabajando en la ciudad y cae en el vicio, el padre le exigirá que regrese a la comunidad y, si no lo hace, irá a buscarlo para traerlo de vuelta a la casa paterna. El padre y la madre hablarán con él para hacerle comprender que debe dejar de tomar alcohol o drogas para cuidar su salud y no seguir derrochando el dinero ganado en la diversión, y que debe enfocar su vida en trabajar e ir ahorrando un dinero para cuando decida casarse y formar una familia. En el caso de que esté estudiando en la ciudad, el padre y la madre le hablarán en los mismos términos, pidiéndole responsabilidad en el cumplimiento de sus obligaciones académicas, de lo contrario, no le seguirán manteniendo económicamente. En ambos casos, el hijo permanecerá en la casa familiar hasta que dé muestras de haber dejado el consumo de alcohol o drogas y estar concienciado de que debe actuar con responsabilidad.

2.7 Cuidados relacionados con la escolaridad de los niños

En el pasado, las familias priorizaban que fueran los varones quienes asistieran a la escuela y estudiaran, mientras las mujeres permanecían en el hogar y eran preparadas para su rol de esposa y madre. Una mujer que fue criada con esa mentalidad y vivió cómo se frustraban sus aspiraciones es Azucena. Azucena quería estudiar para ser maestra de primaria, pero su madre no quiso apoyarla una vez terminada la secundaria arguyendo que ella era mujer y quien iba a estudiar era su hermano. Su hermano enfermó mentalmente y ya no pudo estudiar ni trabajar.

Entonces yo le dije a mi mamá: si hubieras pensado en aquel entonces, ahorita no ibas a sufrir porque, sea mujer o sea varón, quien quiera estudiar, hay que darle el estudio y, si se puede, hay que dárselo, porque son los hijos que te van a ayudar el día de mañana también, le digo yo a ella.

Hoy en día, la mentalidad usileña es diferente y tanto los hijos como las hijas estudian por igual, en parte gracias al incentivo económico para la escolarización de las niñas que otorgaba el programa federal PROSPERA y, desde 2019, el programa federal Becas para el Bienestar Benito Juárez. Los padres usileños inculcan a sus hijos e hijas la importancia de estudiar para aprender a hablar, leer y escribir bien el español y obtener los certificados escolares que favorecen una buena integración en el mercado laboral. El acceso a trabajos asalariados, que proporcionan ingresos monetarios regulares, les permitirá ofrecer un buen nivel de vida a su familia y ayudar económicamente a sus padres, especialmente en

los gastos relativos a la atención médica de sus enfermedades. Los hijos deben estudiar y alcanzar el mayor grado de escolarización posible, ya que el trabajo en el campo es duro y apenas genera ingresos monetarios.

El valor del estudio va unido a los valores de la responsabilidad en el cumplimiento de los deberes escolares, la obediencia a los maestros y el respeto a los maestros y los compañeros, lo cual supone que, en el ámbito de la escolaridad, los niños deban seguir unas normas institucionales que los padres hacen cumplir.

Los niños deben asistir diariamente a la escuela de lunes a viernes y hacer todas las tareas escolares encomendadas, entregarlas a los maestros y obtener buenas calificaciones. En la escuela, deben comportarse respetuosamente con los maestros, a los que, además, deben guardar la debida obediencia como figuras de autoridad, y deben ser respetuosos con los compañeros, evitando las discusiones y las peleas. Asimismo, los niños deben asistir y participar en los actos y los eventos escolares, como son el homenaje a la bandera cada lunes en la mañana en el que todos los alumnos saludan a la bandera mexicana y cantan el himno nacional; los desfiles marciales por las calles de la localidad los días en que se conmemora la independencia de México, el 16 de septiembre, y la revolución mexicana, el 20 de noviembre; los eventos deportivos internos y entre centros escolares donde se celebran competiciones de fútbol, baloncesto, voleibol y atletismo —carreras de velocidad, media distancia y relevos—; las festividades de navidad y las ceremonias de graduación en las que, tras el saludo a la bandera mexicana y el canto del himno nacional, se representan bailes colectivos coreografiados o escenas que rememoran costumbres del pasado usileño. Los desfiles marciales, las festividades de navidad y las ceremonias de graduación requieren sesiones de ensayo, así como las competiciones deportivas, sesiones de entrenamiento, sesiones que se llevan a cabo unas cuatro semanas antes de su celebración, en parte, fuera del horario lectivo.

Los padres también adquieren una serie de obligaciones respecto a la escolaridad de sus hijos. Los padres deben asistir a las citas individuales que un maestro o una maestra establece para hablar sobre el comportamiento y el rendimiento de un hijo o una hija, a las reuniones de padres convocadas por los maestros o las maestras tutores para hablar sobre el comportamiento y el desempeño de un grupo de alumnos, y a las reuniones convocadas por la dirección de la escuela donde se hablan y se toman acuerdos sobre temas como las cuotas de pago necesarias para afrontar los gastos que conllevan ciertos eventos escolares, entre ellos, las competiciones deportivas fuera de la comunidad, el mantenimiento de las instalaciones y los bienes, la realización de pequeñas obras, las quejas sobre la labor o el comportamiento de uno o más maestros o maestras, se supervisa la contabilidad del comité de padres exigiendo comprobantes de gastos, etc.

Asimismo, los padres deben pagar las cuotas establecidas por el comité de padres y la dirección de la escuela, llevar a cabo las gestiones y los pagos correspondientes a las matrículas escolares cada semestre y los certificados expedidos por las escuelas cuando los alumnos se gradúan, las gestiones para conseguir los documentos requeridos por el

programa social federal que apoya económicamente la escolarización de los niños, y acompañar a sus hijos en los eventos escolares locales y en las ceremonias de graduación.



Niños y niñas de preescolar y primaria desfilando en el Día de la Independencia



Alumnas y alumnos de secundaria desfilando en el Día de la Independencia



Baile de niños y niñas representado durante una ceremonia de graduación celebrada en una escuela de primaria.



Representación del Jarabe de Piña, baile tradicional de la Región del Papaloapan, durante una ceremonia de graduación de secundaria celebrada en el recinto cubierto de la unidad deportiva municipal.

La asistencia a las reuniones y las gestiones administrativas son responsabilidades mayormente asumidas por la madre, porque el padre suele estar trabajando en el horario escolar, pero, en aproximadamente la cuarta parte de las familias, es el padre quien asiste a las reuniones por su mejor dominio del español, la lengua en la que se expresan la mayoría de los maestros a partir de la secundaria. Una tarea que corresponde hacer al padre es cooperar en las fatigas o trabajos colectivos que los padres de los alumnos deben realizar para mantener las instalaciones, como segar la hierba, podar los árboles, quemar la basura, reparar la barda perimetral, etc. En caso de que no colabore con su trabajo, tiene que cooperar aportando una cantidad de dinero, normalmente 100 pesos.

Los padres de familias testigos de Jehová deben, además, afrontar y resolver las problemáticas que suscitan sus creencias religiosas respecto a los actos patrióticos. La negativa de los niños testigos de Jehová, siguiendo las prescripciones de su iglesia, a saludar a la bandera durante el homenaje de los lunes, a cantar el himno nacional y a participar en los desfiles patrios suele suscitar problemas con los maestros y los directores de las escuelas. Los directores y los maestros no suelen comprender esta actitud al considerarla una falta de respeto hacia el sentimiento nacional mexicano, y los padres, entonces, se ven obligados a hablar con ellos y exponerles sus argumentos: los testigos de Jehová consideran que saludar a la bandera es una adoración a la bandera nacional y ellos sólo rinden adoración a Jehová, y el himno nacional es un himno de guerra y ellos se niegan a combatir en las guerras. En casi todas las escuelas, los directores y los maestros acaban aceptando las explicaciones de los padres y la negativa de los alumnos a tomar parte en los actos patrióticos, pero se da algún caso en que los niños acaban participando en dichos eventos para evitar conflictos con sus maestros.

La madre, apoyada por el padre, se encarga de supervisar que los niños tengan un buen desempeño en la escuela. La madre vigila que los niños vayan a la escuela diariamente y se levanten a buena hora para que lleguen puntuales al comienzo de las clases. Una vez que han terminado las clases, está pendiente de que regresen al hogar y no anden en la calle sin saber con quiénes están y qué están haciendo. La madre supervisa que los niños hagan las tareas escolares, no sólo exigiendo que las hagan, sino también revisando las libretas y los libros para ver las tareas mandadas por el maestro o la maestra y controlando el tiempo que pasan fuera del hogar o ven la televisión para que dediquen el tiempo necesario a realizar los deberes escolares. En el caso de que algún hijo abandone los estudios sin haber terminado la secundaria y posteriormente no quiera regresar debido a su edad, los padres suelen animarlo a que obtenga su certificado en la sede local del Instituto Nacional de Educación de Adultos (INEA).

La madre y el padre deben paralelamente corregir las conductas de los niños tendentes a incumplir adecuadamente los deberes escolares. La madre sale de la casa a buscar a sus niños cuando no han regresado a la hora habitual después de terminar las clases con el fin de que no anden vagando en la calle, se vuelvan ociosos o tomen malos caminos y adquieran el hábito de priorizar sus tareas escolares sobre la diversión. El padre y la madre regañarán a sus hijos cuando los maestros les reporten falta de atención, bajo

cumplimiento en los deberes escolares, comportamientos indisciplinados, acciones irrespetuosas hacia los maestros o los compañeros o peleas con algún compañero en la escuela. Cuando un niño muestra una reiterada renuencia a hacer las tareas escolares, la madre o el padre lo castigarán prohibiéndole ver la televisión o ir a jugar con sus amigos e, incluso, ciertos padres llegarán a pegarle. Cuando es un hijo adolescente quien no se esfuerza suficientemente y reprueba materias en el bachillerato, el padre y la madre lo regañan y pueden amenazar con retirarle su apoyo económico y dejar de pagar las matrículas semestrales si no pone más empeño en el estudio¹²⁵.

Además de supervisar el desempeño escolar y reconducir las conductas contrarias a un buen desempeño, la madre y el padre ayudan a sus hijos a cumplir con los deberes escolares de diversas maneras. Ambos acuerdan la escuela a la que van a asistir sus hijos en función de la cercanía a la casa familiar o a la presencia de algún familiar maestro. En la educación preescolar, los maestros y las maestras van a buscar a los niños de su grupo a sus casas y, una vez concluidas las clases, los dejan nuevamente en sus hogares. A partir de la primaria y hasta que los niños van solos a la escuela, hacia los 9-10 años, la madre lleva a sus hijos a la escuela y los va a buscar cuando las clases terminan. El acompañamiento no sólo trata de asegurar que asistan a la escuela, sino también proteger al niño de ser atropellado por un vehículo. A partir de los 9-10 años, la mayoría de los niños cuyos hogares están alejados del colegio se desplazan en bicicleta para ir y regresar de la escuela, mientras otros van y vuelven en taxi con el dinero que les dan sus padres.

La madre prepara las mochilas de los niños pequeños con los libros, los cuadernos, los lápices, etc., que necesitan cada día, y se encarga de ordenar y recoger los libros, las libretas y los trabajos de los niños en un espacio de la casa. La madre y, en menor medida el padre, ayudan a sus niños a realizar las tareas escolares y los trabajos manuales encomendados por los maestros en la primaria, ya que pocos son los padres que tienen un nivel escolar que les permita ayudar a sus hijos a partir de la secundaria. Los hermanos y, sobre todo, las hermanas, que están cursando o han cursado cursos superiores, colaboran en esta labor o directamente se encargan de ayudar a sus hermanos y hermanas menores a hacer las tareas.

A estos cuidados se suman labores domésticas como preparar y llevar el desayuno a los niños a la hora del receso en preescolar y los primeros cursos de primaria, pues, a partir de los 9-10 años, la mayoría de los niños van a la casa a desayunar. La madre también se ocupa de lavar y planchar los uniformes escolares y deportivos, aunque, a partir de los 8-9 años, las niñas son quienes lavan y planchan su ropa, limpiar el calzado escolar y de comprar la ropa, el calzado y todos los materiales necesarios: mochilas, libretas, lapiceras,

¹²⁵ La renuencia a hacer las tareas escolares, así como suspender materias, son comportamientos más frecuentes en los niños que en las niñas, pues los padres reportan que las hijas suelen ser más responsables. Las materias reprobadas suponen un gasto adicional para las familias, pues el alumno debe realizar un examen extraordinario que requiere el pago de una cuota por cada asignatura reprobada. Estas cuotas representan una carga económica teniendo en cuenta los bajos recursos de la mayoría de las familias usileñas.

lápices, bolígrafos, pinturas, gomas de borrar, sacapuntas, regla, compás, escuadra, cartabón, etc.

Una vez que terminan el bachillerato, hay padres que animan a sus hijos a continuar estudiando una carrera universitaria, aunque siendo conscientes de que los padres no los pueden apoyar económicamente y deben trabajar para costearse los estudios en universidades privadas. En palabras de doña Laura, testigo de Jehová y madre de seis hijos:

Que echen ganas. Yo no los puedo obligar. Ustedes ya están grandes, les digo, ya están grandes, y ya saben si estudian o no estudian. Yo ya cumplí, ya les apoyé hasta el bachillerato. La forma de apoyarles de que les estuve dando de comer, les digo, apoyando, lavándoles su ropa. Ustedes se van a la escuela, ustedes no saben nada, nada más van a la escuela, llegan, hacen tarea y ya, comen y ya se van, no saben nada. Pues ahora ya están grandes, ya razonan, ya piensan y, si quieren estudiar, si quieren un trabajo, ser alguien en la vida, pues tienen que sufrir y echarle ganas, porque yo no tengo para apoyarles más, no tengo. Ellos saben que no hay. Entonces, tienen que trabajar y estudiar si es que quieren ser alguien.

Sí, es lo que les digo. Es que uno tiene que animarlos, darles ánimo a ellos, porque pues, si uno no les habla también, pues ... A veces eso les falta, que uno los anime, que uno los anime para que sigan adelante, porque dinero de por sí no hay, de por sí no hay dinero, y no va a haber, les digo. Que ellos luchen por ser alguien en la vida.

2.8 Cuidados relacionados con la educación religiosa de los niños

La existencia de diferentes religiones y diferentes iglesias en la comunidad supone que haya diferencias en las creencias, los valores, las normas e, incluso, en los cuidadores que deben intervenir en la educación religiosa de los niños, pero, independientemente de la religión que profesen, las familias usileñas comparten el valor de educar a sus hijos en la búsqueda de Dios, enseñándoles a tener fe en Dios y en su Hijo Jesús, asistir a la iglesia y cumplir los mandamientos divinos y las prescripciones eclesiásticas. Además de seguir las normas sociales establecidas por las iglesias, los padres usileños educan a sus niños siguiendo la convicción de que buscar a Dios es el único camino que conduce a la bendición divina en la vida terrenal y a la salvación y la vida eterna del alma después de la muerte.

a) La educación religiosa católica

La educación religiosa en las familias católicas conlleva que los niños, los padres y los padrinos deban cumplir una serie de normas establecidas por la Iglesia católica y la costumbre usileña. Los niños deben asistir regularmente a la misa que se oficia los domingos en la mañana y a otros rituales pautados a lo largo del año, como las Posadas

Navideñas, donde se conmemora el peregrinaje de María y José y el nacimiento de Jesús, la Semana Santa, donde se conmemora la crucifixión y la resurrección de Jesucristo, o las Posadas Guadalupanas, en las que se venera a la Virgen de Guadalupe¹²⁶.

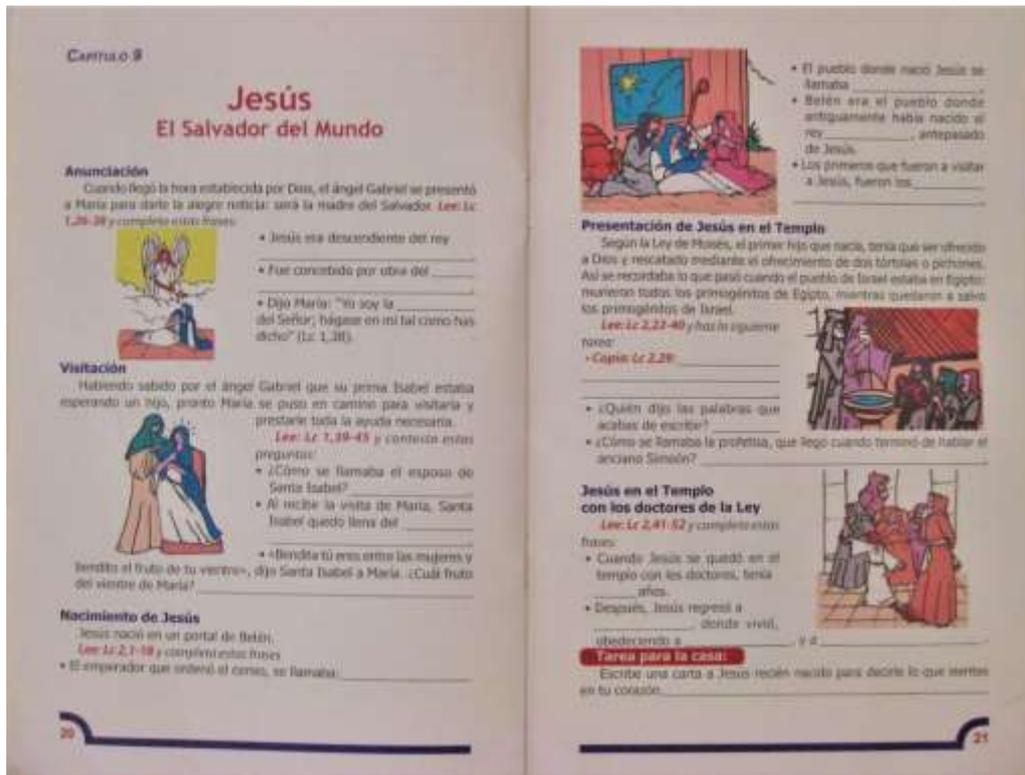
A partir de los 6 años y hasta los 13 o 14 años, los niños deben asistir a los cursos de formación religiosa que se imparten en la catequesis para, primeramente, recibir el sacramento de la primera comunión y, posteriormente, el sacramento de la confirmación. Los cursos de la catequesis comienzan en el mes de septiembre y finalizan a mediados de julio, cuando el último grupo de niños realiza su primera comunión. Las clases se imparten los sábados por la tarde en los anexos que hay junto a la iglesia principal y la capilla de San Miguel y tienen una duración que oscila entre una hora u hora y media.

Los alumnos son distribuidos en varios grupos atendiendo a su número, su edad y la formación que van a cursar, y los catequistas, basándose en los libros que se entregan a los niños, imparten enseñanzas sobre los acontecimientos —la Creación, el Arca de Noé, el Diluvio Universal, etc.— y los personajes que aparecen en el Antiguo Testamento —Abraham, Moisés, los reyes de Israel, los profetas, etc.— y sobre la vida y la obra de la Virgen María, Jesús y los apóstoles recogidas en el Nuevo Testamento. Además de las enseñanzas bíblicas, los niños aprenden oraciones, como el Padrenuestro o el Credo, y cánticos religiosos.

En el curso de catequesis que prepara a los niños para recibir la primera comunión, los catequistas enseñan el origen y el significado del sacramento de la comunión, el cuerpo de Cristo, el alimento espiritual de los fieles que buscan a Dios en sus vidas y que Jesús brindara a sus discípulos en la Última Cena. También les explican los milagros que Jesús realizara durante su predicación y su significado: la multiplicación de los panes y los peces, la sanación de enfermos y minusválidos, la curación de personas no judías. En el curso de la confirmación, además de explicar el origen y el significado de este sacramento, los catequistas ponen énfasis en que los niños tomen consciencia de que van a recibir el Espíritu Santo, infundiéndoles el valor y la fuerza necesarios para buscar a Dios y superar las dificultades y las tentaciones que aparezcan en sus vidas.

¹²⁶ Las Posadas Guadalupanas se celebran entre el 2 y el 12 de diciembre. Cada día en la tarde noche, la imagen de la Virgen de Guadalupe es transportada en procesión al son de los cánticos y la música hasta la casa de la familia que la acoge hasta el día siguiente. Tras celebrarse la ceremonia religiosa dirigida por el sacerdote, la familia anfitriona ofrece a los asistentes jícaras de popo y panes dulces. El último día, el 12 de diciembre, tras la procesión, que termina en la iglesia, se celebra una misa multitudinaria en honor a la Virgen de Guadalupe en el recinto exterior del templo.

Unos rituales similares son las Posadas Navideñas que se celebran entre el 16 y el 24 de diciembre. Durante esos nueve días las imágenes de José y María, los Santos Peregrinos, son transportados en procesión entre cánticos y música hasta la casa de la familia que los recibe y los acoge hasta la tarde noche del día siguiente. El último día, el 24 de diciembre, las imágenes de José y María son incorporadas al Belén que la familia anfitriona ha montado en su casa, y seguidamente el sacerdote ofrece una misa para celebrar el nacimiento de Jesús. Al igual que en las Posadas Guadalupanas, cada día, al final de la ceremonia religiosa, la familia anfitriona ofrece jícaras de popo y panes dulces a los allí congregados. Muchos niños, en compañía de sus padres o sus amigos, asisten a las posadas atraídos por el carácter festivo de estos rituales y por el dulzor del popo y los panes que las familias anfitrionas ofrecen a los presentes.



“Jesús, el Salvador del Mundo”, capítulo perteneciente al libro de catequesis *Curso Bíblico para niños*.

Después de haber recibido el sacramento de la confirmación, a los 13 o 14 años, algunos jóvenes deciden realizar el Curso Bíblico, la última etapa de la formación religiosa que se imparte en la catequesis. Este curso, de un año de duración, está orientado a profundizar en las enseñanzas bíblicas, enseñando cuestiones como el comportamiento que el hombre y la mujer deben tener para vivir de acuerdo a la voluntad de Dios, las lenguas en que fueron escritos los diversos libros de la Biblia, cómo se transmitió el ministerio de los apóstoles a sus sucesores, cómo se formó la iglesia, cómo se fue difundiendo la Palabra de Dios por el mundo, etc. El Curso Bíblico también pretende formar a los jóvenes en el servicio a la iglesia para que, una vez terminado el curso, se incorporen como catequistas o como miembros del grupo juvenil o de un grupo apostólico — rezanderos, músicos que cantan en la iglesia, predicadores—.

Los padres, como fieles católicos, tienen el compromiso de educar a sus hijos en la religión católica y deben dar ejemplo llevando una vida coherente con los mandamientos de Dios y los preceptos de la Iglesia católica. Es muy importante que los padres se preocupen por la educación espiritual de sus hijos, pues, como en todas las facetas, las enseñanzas que los padres brindan a sus hijos constituyen la base fundamental de la educación de los niños.

La educación, muy importante en la familia, de sus papás. Y así también las escuelas también, la educación se empieza desde la casa. Y siempre la iglesia también, los

curas, los sacerdotes, habla también que los primeros catequistas son los padres. Y los catequistas que están dando el catecismo, este, son instrumentos nada más para apoyar un poco a los papás.

¿Los papás qué tienen que hacer?

Sí, los papás, de por sí, son inmediato para la educación de su hijo, sí. Por eso es el compromiso que recibe uno en el momento del bautismo de su niño, pues, de su hijo. Ellos son los que comprometen la responsabilidad de educar ese chamaquito que está recibiendo el bautismo, y al lado está su padrino, sí. Así está la educación de los chamacos, sí. (Don Anselmo)

Los padres, junto a los padrinos, tienen que realizar los cursos formativos que los catequistas imparten antes del bautismo, la primera comunión y la confirmación de los niños, y deben asistir a estas pláticas cada vez que uno de sus hijos o ahijados van a recibir un sacramento. Cada curso consta de cinco pláticas impartidas de lunes a viernes, y cada plática tiene una duración que oscila entre una hora u hora y media. En estos cursos, los catequistas, además de explicar el origen y el significado de cada sacramento, señalan a los padres y los padrinos que son los responsables de la educación de los niños en la fe católica y, por tanto, adquieren el compromiso de velar por su testimonio cristiano, procurando que asistan regularmente a misa y cumplan con todos los sacramentos.

Los padres y los padrinos asumen los gastos asociados a la celebración de estos rituales religiosos. Los padres deben entregar a los padrinos guajolotes, gallinas o gallos, los ingredientes para hacer el mole rojo y un mantel bordado con el nombre del ahijado o ahijada, el sacramento que va a recibir y la fecha del evento. El día de la ceremonia invitan a los padrinos al convivio que celebran en la casa familiar para festejar el bautismo, la primera comunión o la confirmación de su hijo o hija¹²⁷. Los padrinos, por su parte, se encargan de pagar al sacerdote los costes ligados a la ceremonia religiosa, comprar el vestido o el traje y la camisa, la ropa interior y el calzado, todo ello de color blanco, que su ahijada o ahijado van a llevar el día que reciban el sacramento, así como la vela que simboliza la luz de Dios, la luz del mundo que vence a las tinieblas. En la comunión, además, regalan el rosario y el libro *Mi Primera Comunión*, que contiene los libros del Nuevo Testamento. Tanto en el bautismo como en la comunión, hay padrinos que obsequian a sus ahijados o ahijadas joyas de oro como unos aretes, una cadena con dije o una pulsera. Y en la confirmación, los padrinos les regalan la Biblia y algún otro presente como ropa o un reloj.

Los padres se encargan de los cuidados básicos de la educación religiosa de sus hijos apoyados por las abuelas paternas o maternas, especialmente cuando las familias conviven en la misma vivienda o el mismo patio. Los niños son bautizados entre el primer y el tercer

¹²⁷ Los convivios suelen reunir a personas allegadas, familiares, amigos y vecinos, aunque las familias con un alto estatus socioeconómico organizan celebraciones más multitudinarias, imitando los convivios que se organizan en las bodas. La comida que se sirve a los invitados suele ser mole rojo con arroz y pollo acompañado de tortillas, refrescos o aguas de sabor. Las personas que asisten al convivio entregan un regalo o un dinero a los niños.

año después de nacer en fechas señaladas en el calendario usileño: el día 8 de septiembre durante la fiesta local en honor a la Virgen de la Natividad, el Domingo de Resurrección, el día de la Virgen del Carmen —el 16 de julio— y el día de Navidad, mayormente fechas coincidentes con la llegada de familiares emigrantes que son invitados al festejo del bautismo.

El padre, la madre y la abuela paterna o materna se encargan de llevar a los niños a misa y a los cultos religiosos hasta que cumplen los 10-12 años. A partir de esa edad, los niños prefieren asistir en compañía de sus amigos y primos, de modo que los padres pasan a supervisar que vayan regularmente a misa los domingos en la mañana. Asimismo, se responsabilizan de que los niños reciban los sacramentos y supervisan que acudan a la catequesis los sábados en la tarde y realicen las tareas indicadas en los libros de formación y aprendan las oraciones —El Padrenuestro, El Credo, El Ave María— y las Bienaventuranzas.

Antes de comenzar las clases de catequesis en los diferentes salones, todos los niños son reunidos para cantar un canto que es elegido de acuerdo al orden anual litúrgico, rezar el Padrenuestro y el Ave María y terminar santiguándose y recibiendo la bendición del coordinador de los catequistas. Una vez finalizada la clase, en el mismo salón y dirigidos por el catequista, los niños rezan nuevamente el Padrenuestro y el Ave María, se santiguan y se despiden con otro canto diferente al entonado al inicio. La educación espiritual que la catequesis brinda a los niños es importante en su desarrollo como seres humanos:

Lo que uno se prepara en cuanto a la catequesis, está preparando para su vida en la espiritualidad, sí. Cuando uno se prepara en lo que es la escuela, la educación, eso se le llama formación humana. No es igual. También es bueno, es necesario también, se necesita. Pero cuando uno no está formado, no tiene una formación humana, también, este, hay algo que hace que no esté de acuerdo moralmente. ¿Por qué? Porque no tiene una educación humana, pues.

Y así también en la vida espiritual, cuando uno no está formado también, lo que es la vida espiritual, hay cosas que se puede hacer, que se le puede caer también, que no está bien lo que está haciendo, sí. Por eso es necesario la educación espiritual, ¿no? (Don Anselmo)

La realidad, sin embargo, es que, conforme van pasando los meses, muchos niños dejan de asistir a la catequesis debido a la relajación de la supervisión paterna y, sobre todo, a las obligaciones escolares de realizar las tareas encomendadas por los maestros, preparar los exámenes y ensayar las actividades realizadas en las graduaciones que se celebran a finales de junio y principios de julio.

Los niños suelen hacer la primera comunión a los 10 u 11 años el 16 de julio, el día de la Virgen del Carmen, o durante las fiestas locales, el 7 o el 8 de septiembre, mientras que la confirmación suelen recibirla entre los 12 y los 14 años el 3 de mayo, el día de San Felipe,

patrón de la localidad, día en que llega el obispo de Tuxtepec para dar este sacramento¹²⁸. Los niños mayores de 7 años que no han recibido su bautismo, los “niños catecúmenos”, que suelen ser muy pocos, son bautizados el Sábado de Gloria, el día de Navidad o el 8 de septiembre después de haber realizado un curso de formación durante un año en la catequesis. Los jóvenes mayores de 18 años o los adultos que desean realizar su primera comunión, lo suelen hacer el 7 de septiembre durante la festividad de la Virgen de la Natividad.

El padre y la madre son los encargados de buscar a los padrinos y las madrinas de los niños, aunque éstos suelen intervenir en la elección mostrando sus preferencias. Los padrinos y las madrinas son siempre una pareja casada por el rito católico o una mujer o un hombre solteros que profesan la religión católica y no viven en unión libre. Cuando el padrino soltero o la madrina soltera contraen matrimonio, su cónyuge pasa a ser madrina o padrino de su ahijado o ahijada. En todos los casos deben ser personas que hayan recibido los sacramentos, asistan con regularidad a la iglesia y muestren una conducta socialmente respetable. Los padrinos de bautismo pueden ser los padrinos de comunión y confirmación, pero también los padres pueden buscar a otros padrinos diferentes. Si los padrinos elegidos son foráneos, éstos deben presentar al sacerdote el comprobante de que recibieron las pláticas formativas en su parroquia para admitir su apadrinamiento.

Los padrinos participan también en la educación religiosa de sus ahijados y ahijadas supervisando que vayan a la catequesis, realicen las tareas y aprendan las oraciones indicadas por los catequistas, y, por supuesto, acompañando a su ahijada o ahijado el día que recibe el sacramento. Posteriormente animarán a su ahijado o ahijada a asistir regularmente a misa y a cumplir con los otros sacramentos. En determinadas circunstancias, cuando la relación paternofamiliar es conflictiva o cuando el hijo o la hija muestra un comportamiento irresponsable o cae en el vicio del alcohol o las drogas, el padre suele pedir a sus compadres que intervengan, hablen con su ahijado o ahijada y le ayuden a reconducir su conducta.

Más adelante, cuando llega el momento de unirse en matrimonio, el padre y la madre del novio, junto con el padre y la madre de la novia, orientan a sus hijos hacia el cumplimiento del sacramento del matrimonio, casándose por la iglesia y realizando previamente el curso prematrimonial. Y los padrinos de bautismo, comunión y confirmación estarán presentes en el día de la boda, acompañando a sus ahijados y participando como padrinos en la ceremonia nupcial.

¹²⁸ La edad a la que los niños reciben el sacramento de la confirmación, los 12-14 años, hace que sea más difícil para los padres lograr que sus hijos se confirmen dada su mayor independencia y su preferencia por compartir experiencias y divertirse con sus pares.

b) La educación religiosa evangélica

Las familias evangélicas enseñan igualmente a sus hijos que deben buscar a Dios y cumplir sus mandamientos, poniendo énfasis en que la búsqueda de Dios debe hacerse a través de Jesucristo, el único salvador, el Hijo de Dios que entregó su vida en la cruz para redimir a la humanidad de sus pecados.

En su educación religiosa, la creencia en que quienes no siguen la Palabra de Dios caen en el pecado, no les va bien en la vida y sus almas “se pierden por el mal camino” es más estricta. Permanecer fielmente en el camino de Dios y mantener una conducta social acorde a sus mandamientos —obediencia a los padres, actuar con responsabilidad, no caer en el vicio del alcohol y las drogas, no robar, no matar— son fundamentales en la mentalidad evangélica para gozar de la bendición divina en la vida terrenal y lograr la salvación y la vida eterna del alma. Don Ricardo menciona unos versículos del libro de Proverbios que sintetizan este pensamiento:

¹Hijo mío, no te olvides de mi ley; y tu corazón guarde mis mandamientos, ²porque largura de días, y años de vida y paz te aumentarán. (Proverbios 3:1-2)

A los argumentos bíblicos se suman ciertos acontecimientos en la vida. Las familias experimentan vivencias que sólo pueden explicarse gracias a la intervención divina, por ejemplo, cuando un niño se salva milagrosamente de la muerte tras sufrir un grave accidente, bendición que los padres deben agradecer a Dios y explicar a sus hijos. El niño, si tiene la edad suficiente, debe tomar consciencia de la bendición recibida y buscar a Dios, porque Dios no sólo le ha dado la vida, sino que le ha brindado protección salvándolo de la muerte.

Aun siendo la cantidad de rituales menor que en la religión católica, los padres y los niños deben igualmente cumplir una serie de normas que regulan la actividad religiosa. Los padres se comprometen a educar a sus hijos en el camino de Dios siguiendo la fe evangélica y deben dar ejemplo asistiendo regularmente a la iglesia y mostrando una conducta social acorde a los valores cristianos.

Los padres presentan a sus hijos ante Dios, generalmente entre el año y los tres años de vida, aunque puede postergarse hasta los diez años de edad. Este ritual, que se celebra en un día de culto, previo aviso al pastor de la iglesia, tiene como fin pedir a Dios que bendiga y guarde la vida del niño, protegiéndolo de las enfermedades y los accidentes, propiciando una sanación rápida en caso de caer enfermo, y crezca buscando a Dios y el día de mañana asista a la iglesia y reciba el bautismo. El pastor toma al niño o la niña en brazos, o los abraza si ya son más grandes, y pronuncia una oración solicitando la bendición y la protección de Dios para que el niño crezca sano y busque a Dios siguiendo la fe cristiana acompañado y tutelado por sus padres. Una vez terminada la oración, los fieles entonan el cántico “Los niños son de Cristo”.

Los niños deben asistir regularmente a los cultos religiosos para alabar a Dios y a los cursos formativos de la escuela dominical que se imparten en su iglesia a partir de los 4

años y hasta los 14 años. En la adolescencia, o más adelante, deben realizar el curso formativo para recibir el bautismo, que suele durar una semana, y, cuando vayan a casarse, realizar el curso prematrimonial. También deben asistir a las campañas evangélicas de predicación que cada cierto tiempo organizan conjuntamente una o más iglesias locales, invitando a pastores foráneos y grupos musicales cristianos.

La madre y el padre son los principales responsables de la educación religiosa de sus hijos y son apoyados por la abuela paterna o materna, más cuando las familias comparten la vivienda o el mismo patio. Los padres y, a menudo la abuela, llevan a los niños pequeños a los cultos religiosos. A partir de los 4 años, los dejan a cargo de la maestra o las maestras de la escuela dominical de su iglesia mientras asisten al culto del domingo en la mañana. Los niños asistirán al culto que se celebra en la tarde. En ciertas iglesias, los niños asisten a la primera hora del culto y, en la segunda hora, en el momento que comienza la predicación, van a la escuela dominical.

En las escuelas dominicales se enseña a los niños a conocer la Palabra de Dios, a orar y a cantar alabanzas, cánticos de adoración, y coros, cánticos de avivamiento. En las iglesias que cuentan con un gran número de fieles, los niños son divididos en varios grupos atendiendo a la edad, y cada grupo es dirigido por una maestra, que puede ser la esposa o una hija del pastor o una feligresa. En las iglesias más pequeñas, los niños son integrados en un solo grupo bajo la supervisión de la maestra.

Cada domingo, las clases comienzan con una oración colectiva guiada por la maestra y, seguidamente, los niños cantan una alabanza. Tras la oración y la alabanza, en función de la edad de los niños, las maestras imparten enseñanzas sobre los personajes — Abraham, Moisés, Jacob, Jonás, Enoc, los profetas, los jueces, los reyes de Israel, etc.— y los acontecimientos —la Creación, el Arca de Noé, el Diluvio Universal, etc.— recogidos en el Antiguo Testamento y sobre la vida y las predicaciones de Jesús y los apóstoles que aparecen en el Nuevo Testamento. Estas enseñanzas bíblicas, al igual que la enseñanza de versículos de la Biblia, están acompañadas de ilustraciones o de dibujos que los más pequeños deben colorear. Las maestras también enseñan a cantar alabanzas y coros, que los niños entonan posteriormente en determinados cultos y celebraciones como, por ejemplo, la conmemoración del nacimiento de Jesús.

Una vez que concluyen su formación en la escuela dominical a los 14 años, unas iglesias ofrecen a los muchachos la posibilidad de asistir a la Escuela de los Jóvenes, y otras, la posibilidad de integrarse en un grupo juvenil. En la Escuelas de los Jóvenes, los alumnos son instruidos, hasta que contraen matrimonio, en una enseñanza bíblica más profunda y en seguir un comportamiento acorde a los mandamientos de Dios, poniendo énfasis en no caer en el pecado, no tener relaciones sexuales ni juntarse con compañías que inciten al vicio del alcohol o las drogas. En los grupos juveniles, las enseñanzas bíblicas son compaginadas con un aprendizaje musical orientado a tocar instrumentos y al canto coral; los muchachos ensayan actuaciones que luego son puestas en escena en determinados cultos y eventos de la iglesia.



Enseñanza sobre Samuel, profeta y juez de Israel, lección perteneciente al libro *Aquí vienen los Jueces*, Escuela Bíblica de Verano.

A los 10-12 años, los niños son más renuentes a ir a la iglesia con sus padres o su abuela, ya que prefieren asistir en compañía de amigos y familiares de su edad. La madre y el padre, entonces, pasan a supervisar que los niños vayan a la escuela dominical, permanezcan en el aula el tiempo que dura clase y realicen las tareas dictadas por las maestras. Igualmente, animan y supervisan que sus hijos asistan a los cultos con el fin de que escuchen las buenas enseñanzas que se imparten en las iglesias y, al mismo tiempo, eviten juntarse con malas compañías:

Les digo que vayan ellos a la iglesia, le digo, no los jalo por la fuerza, pero, si ellos tienen esa voluntad, sí es necesario que vayan, porque, pues, este, solamente ahora sí, como decimos, ¿no?, los muchachos son rebeldes porque su mamá no les habla, su papá no les habla. Sí les hablan, nada más ellos que no quieren dejar esas malas amistades. Si ya ellos se juntan con otros muchachos que no son así y, poco a poco, van a la iglesia y así escuchan lo que están hablando, enseñanzas buenas está dando el que está dando ahí, ¿no?, ya poco a poco van cambiando también. Pues, este, yo les digo a mis hijos que no deben ser así, deben de ir a la iglesia, bueno, si quieren ustedes, no los voy a jalar a la fuerza, les digo, pero sí, [mi hijo] sí va, [mi hija] también va, [mi hijo pequeño] también va. Sí, sí van, sí van ellos. Siempre les hablo

yo, pues, les digo no, este, nosotros no tenemos la vida comprada, les digo, y algún día nos vamos de aquí, y, este, ustedes tienen que ir a la iglesia. Este, cómo van a hacer, les digo, el día de mañana cuando ustedes sean grandes, ¿van a andar así nada más?, les digo. Siempre les hablo a ellos, y sí, sí van a la iglesia. (Doña Cristina)

El padre desempeña un papel importante en la educación religiosa de sus hijos, enseñándoles a orar desde que son pequeños para pedir a Dios su bendición, su ayuda, su sanación o para agradecer las bendiciones recibidas. Y les enseña orando con ellos antes de comer o antes de dormir, orando por ellos cuando están enfermos para solicitar a Dios su sanación, dirigiendo oraciones familiares.

El padre también compra películas infantiles sobre personajes y acontecimientos bíblicos del Antiguo y el Nuevo Testamento para que los niños las visionen y discos para que se acostumbren a escuchar música cristiana. Estas enseñanzas son complementadas con la lectura y el comentario de pasajes de la Biblia. Cuando el padre es un fiel que estudia habitualmente la Biblia, suele leer a sus hijos versículos bíblicos y comentar con ellos las enseñanzas contenidas en la Palabra de Dios y, en ciertas ocasiones, lo hará para ofrecerles consejos y reconducir sus conductas desobedientes o incorrectas. Cuando los niños son pequeños, les enseña pasajes bíblicos cortos, uno o dos versículos, como los siguientes:

Porque de tal manera amó Dios al mundo, que ha dado a su Hijo unigénito, para que todo aquel que en Él cree, no se pierda, mas tenga vida eterna. (Juan 3:16)

En paz me acostaré, y asimismo dormiré;
Porque solo tú, Jehová, me harás estar confiado. (Salmo 4:8)

¹Alzaré mis ojos a los montes;
¿De dónde vendrá mi socorro?

²Mi socorro viene de Jehová,
Que hizo los cielos y la tierra. (Salmo 121:1-2)

Más adelante, a partir de los 15 años, el padre habla con sus hijos para animarlos a bautizarse, pues, a diferencia de los católicos, los fieles evangélicos son quienes deciden cuándo van a recibir el bautismo. El padre anima a sus hijos adolescentes, pero, al mismo tiempo, les explica que deben bautizarse cuando se sientan preparados para recibir al Espíritu Santo y mantenerse fieles en el camino de Dios, es decir, cuando adquieran el firme compromiso de llevar una vida libre de pecado. El bautismo limpia los pecados del alma, el alma se renueva y la persona experimenta un renacimiento espiritual. La persona bautizada, por tanto, debe mostrar un cambio en su vida cotidiana, comportándose con responsabilidad y sobriedad y evitando los vicios.

Y yo le decía a [mi hijo] antes de ser bautizado: hijo, este camino es largo. No es de un día ni de un año, es el resto de tu vida. Si usted se compromete con Jehová Dios, con Jesús, es lo más importante en la vida, pero hay que cuidar, no hay que hacer

como lo hacía antes. Cuidado, le digo, porque con Jehová Dios no se juega, porque la ira está puesta sobre todos aquéllos que se desobedecen a Él. Y es por eso que le dije a [mi hijo], despacio vamos, pero dice que sí. Órale, pues. Está en responsabilidad de él de cómo va a hacer si es que se desvía él en el camino de Jesús. (Don Marcos)

Cuando el fiel decide bautizarse, antes de celebrarse el ritual, recibe una formación que lo prepara para el bautismo. Durante una semana, un servidor de la iglesia acude diariamente a su casa para explicarle el significado del bautismo instituido por Jesús, la necesidad de llevar una vida acorde a los mandamientos de Dios, para señalarle que, aun recibiendo el bautismo, en la vida del cristiano siempre van a surgir los problemas y las dificultades, siempre van a aparecer las tentaciones, pero la fe en Jesús y la guía y la fuerza del Espíritu Santo le van a permitir superar todos los obstáculos.

La gran importancia que las familias evangélicas conceden a la educación religiosa de los niños lleva tanto al padre como a la madre a transmitir a sus hijos que deben preferir contraer matrimonio con personas de su misma religión. La elección de una pareja evangélica es especialmente importante en las mujeres para que puedan educar a sus hijos en la fe evangélica, ya que el hombre es el jefe de familia y tiende a imponer su credo religioso en la educación de los niños.

c) La educación religiosa en los matrimonios mixtos y los testigos de Jehová

En las familias en las que el hombre y la mujer profesan religiones diferentes, la educación religiosa de los niños presenta dos variantes. Una es la que se ha señalado anteriormente, esto es, los niños son educados siguiendo las creencias y las normas establecidas por la iglesia a la que pertenece el hombre dado su estatus de jefe de familia. Esta tendencia se refuerza cuando se da la convivencia en familia extensa, pues a la primacía del jefe de familia se suman las acciones cotidianas de los abuelos paternos, especialmente de la abuela, que orientan a sus nietos hacia sus creencias religiosas y la asistencia a su iglesia. La otra posibilidad es que el hombre y la mujer acuerden no educar a los niños siguiendo una determinada religión para evitar conflictos matrimoniales y familiares, y permitir que sean los hijos quienes decidan qué religión van a profesar y a qué iglesia se van a adscribir en el futuro.

La educación religiosa en las familias testigos de Jehová está igualmente enfocada a buscar a Dios y a cumplir las reglas establecidas por su iglesia. Los niños, al igual que los padres, deben estudiar las Santas Escrituras y asistir regularmente a las reuniones en el Salón del Reino de los testigos de Jehová. Más adelante, cuando sean adultos, deberán prepararse para recibir el bautismo, ya que el bautismo requiere el firme compromiso de servir fielmente a Jehová. Una vez bautizada, la persona no puede caer en el pecado, no puede fallar en el servicio a Dios.

Los padres son los principales responsables de la educación religiosa de sus hijos. En Usila, la congregación de los fieles testigos de Jehová es muy reducida y raramente existe una tradición familiar, de modo que los abuelos paternos y maternos suelen profesar otra religión y no colaboran en la educación religiosa de sus nietos. La madre y el padre se encargan de supervisar que los niños estudien las Santas Escrituras atendiendo a los textos y los videos que proporcionan los publicadores, los fieles que tienen el estatus de poder predicar la Palabra de Dios. Los publicadores realizan una labor similar a los catequistas católicos y a las maestras de las escuelas dominicales evangélicas, aunque también se ocupan de la formación de los adultos.

Entre los testigos de Jehová, el estudio de la Biblia es fundamental para adquirir el conocimiento necesario para acercarse a Jehová y recibir el Espíritu Santo. Por ello, tanto los niños como los adultos están continuamente estudiando la Palabra de Dios para aprender unos conocimientos que son reforzados semanalmente en las reuniones de los fieles en el Salón del Reino de los testigos de Jehová. Estas reuniones, a diferencia de las ceremonias católicas y evangélicas, no están tan enfocadas a alabar a Dios como al estudio común de las Santas Escrituras.

Los padres llevan a sus niños pequeños a las reuniones de la congregación. Cuando los niños alcanzan la edad de 10-12 años, al igual que en las familias católicas y evangélicas, se muestran reticentes a acompañar a sus padres. A partir de esa edad, los padres tratan de que sus hijos vayan a las reuniones, pero tienen más dificultades que los padres católicos y evangélicos debido a que se trata de una comunidad religiosa muy pequeña. En ciertos casos, los problemas que surgen cuando los niños se niegan a saludar a la bandera mexicana, cantar el himno nacional o a participar en los desfiles patrios, pueden tornarse en problemas con los líderes de la congregación cuando los niños, para evitar conflictos con los directores y los maestros de las escuelas, intervienen en dichos eventos patrióticos. Entonces, los niños testigos de Jehová, en acuerdo con sus padres, pueden dejar de asistir regularmente a las reuniones de su congregación hasta que terminan su escolarización.

2.9 La enseñanza de conocimientos productivos y domésticos a los niños

El padre y la madre enseñan a sus niños y niñas conocimientos productivos y domésticos siguiendo un patrón de socialización de género que diferencia el tipo de trabajo que deben aprender en función de su sexo, aunque comparten el aprendizaje de tareas comunes: los niños son instruidos en las tareas relacionadas con el trabajo en el campo, mientras las niñas son instruidas en las labores del hogar, si bien tanto los niños como las niñas aprenden a sembrar el maíz y el frijol y a cosechar el frijol, a buscar y rajar la leña menuda que recolectan en los cerros, a hacer los mandados en las tiendas, a barrer el patio de la vivienda. Esta socialización diferencial de género inculcada en el ámbito doméstico familiar en cuanto al tipo de trabajo que deben aprender los niños y las niñas coexiste con una socialización que, desde la familia, el Estado y la economía mercantil, impulsa una

escolarización igualitaria de los niños y las niñas y su integración en el mercado laboral migrando a la ciudad una vez que han terminado sus estudios¹²⁹.

La instrucción de los niños y las niñas comienza normalmente a partir de los 8-9 años, y en esta enseñanza, además de la madre y el padre, participan también como maestros los hermanos y las hermanas, los abuelos y las abuelas. La enseñanza es gradual, las tareas enseñadas se van complejizando a medida que los niños van creciendo y adquiriendo las habilidades de trabajo, y el aprendizaje se va dando a la vez que las niñas y los niños participan en las actividades domésticas y productivas con la guía de adultos o hermanos mayores¹³⁰.

El padre, cuando tiene un oficio o regenta su propio negocio, enseña a sus hijos varones las diferentes tareas productivas relacionadas con su oficio o el negocio familiar: carpintería, panadería, tortillería, albañilería, comercio, servicio de transporte, cría de ganado. Las hijas son también instruidas cuando el negocio familiar es una panadería, un comercio o una tortillería, colaborando sobre todo en la venta de los productos, y en esta instrucción, además del padre, también interviene la madre.

En la mayoría de las familias, el padre enseña a los hijos varones las tareas relacionadas con el cultivo de la milpa, unos conocimientos que también son transmitidos por el abuelo y los hermanos mayores. Los niños aprenden primero a sembrar el maíz y el frijol y a cosechar los elotes, las mazorcas, los ejotes y el frijol; las niñas también aprenden y participan en la tarea de la siembra del maíz y la siembra y la cosecha del frijol. Después, a partir de los 10-12 años, van aprendiendo tareas con mayor exigencia física y que requieren mayor capacidad de atención y desarrollo psicomotriz como son manejar y afilar el machete, rozar, recoger el rozo, quemar el rozo. Cuando la familia tiene uno o más cafetales, el padre y la madre enseñan a sus niños y niñas a cortar los granos del café cuando están maduros. El padre enseña a sus hijos varones a “limpiar el cafetal”, esto es, a segar con el machete la vegetación que crece entre los árboles de café. Y cuando la familia cuenta con ganado vacuno, el padre enseña a sus hijos varones a ir cada cierto tiempo a los potreros, no tener miedo a las vacas y los toros, cómo lazar las reses, diagnosticar

¹²⁹ La coexistencia de estos dos principios en la socialización de los niños y las niñas, la división sexual del trabajo en el ámbito doméstico y la igualdad en el ámbito educativo, si bien con una integración laboral diferencial debido a la elevada migración masculina a los Estados Unidos, es también reportado entre los indígenas mazahuas del Estado de México (Vizcarra Bordi y Marín Guadarrama, 2006).

¹³⁰ Diversas investigaciones realizadas en comunidades mayas tzotziles, tzeltales y choles desde los enfoques de la antropología lingüística y la psicología cultural muestran que el aprendizaje de los niños se da igualmente en un contexto de participación en las actividades familiares, si bien subrayan que, como en todos los ámbitos de la socialización, no se trata de un proceso unidireccional de transmisión de saberes desde los adultos a los niños, sino que los niños juegan un papel activo en sus procesos de aprendizaje, observando, escuchando, infiriendo, asimilando y experimentando como observadores o como participantes. Los cuidadores adultos o los hermanos mayores, usando múltiples recursos verbales y no verbales —miradas, expresiones faciales, gestos, posturas corporales, movimientos de cabeza, prosodia, modelos de acción—, enseñan a los niños las diversas tareas o partes de tareas en función de su nivel de competencia, dando instrucciones, supervisando y corrigiendo los errores, una atención y una ayuda que van disminuyendo a medida que la habilidad de los aprendices va creciendo (de León Pasquel, 2005: 323-330, 2015, 2017a, 2020; Gaskins, 1999, 2000; Martínez Pérez, 2014; Maynard y Greenfield, 2005; Núñez Patiño y Alma Villalobos, 2012).

enfermedades, aplicarles medicamentos o solicitar la intervención de un veterinario, ayudar a las vacas en los partos.

No obstante, los muchachos muestran poco interés por las labores del campo debido a la exigencia escolar de asistir a clase y hacer las tareas y, sobre todo, a que la agricultura está orientada al autoconsumo y apenas proporciona ingresos monetarios. Dada la pobreza de la mayoría de las familias usileñas, la mentalidad de los muchachos es emigrar a la ciudad para trabajar y ganar dinero. Y los padres refuerzan esta mentalidad priorizando en la educación de sus hijos los valores del estudio y la obtención de ingresos monetarios.

Aprovechando las idas a la milpa o al cafetal, o cuando van expresamente al cerro a buscar leña, el padre y la madre enseñan a sus hijos e hijas a cortar la leña con el machete y a cargarla con la ayuda del mecapal, de la misma manera que los hermanos y las hermanas mayores hacen con sus hermanos y hermanas menores. Los niños y las niñas aprenden a recoger ramas caídas o a cortar ramas de los árboles y, a continuación, a cortar los palos a una medida que oscila entre los ochenta centímetros y el metro de largo. Cuando se ha recogido la suficiente cantidad, aprenden a amarrar los palos con la reata del mecapal y a cargar el atado de leña en la espalda colocando la faja en la parte superior de la frente. Los niños y las niñas llevan una carga de leña liviana, que poco a poco va aumentando a medida que van fortaleciendo la musculatura del cuello y los hombros. Ya en el patio familiar, aprenden a cortar los palos para obtener trozos de una longitud menor, más adecuada para ser usados como combustible en el fogón, y, a partir de los 10-12 años, los niños aprenden a rajar leña, a obtener rajadas de leña de ramas grandes y troncos de árboles con la ayuda del hacha y el machete.

La madre y, cuando se da la convivencia en la misma casa, la abuela, así como las hermanas mayores, enseñan a las niñas las diferentes labores domésticas a la vez que le ayudan a llevarlas a cabo: encender el fuego en el fogón, cocer el nixtamal, echar tortillas, preparar y servir las comidas, lavar los trastes, lavar y planchar la ropa, barrer y trapear la casa, barrer el patio, cultivar las plantas de olor y las plantas medicinales en el patio, etc. En numerosas familias, las madres enseñan a sus hijas a bordar servilletas, blusas y huipiles¹³¹ para el hogar y los miembros de la familia y también para las intermediarias locales, que compran estas manufacturas para luego venderlas a comerciantes foráneos de productos artesanales. La colaboración cotidiana de las hijas en el trabajo doméstico, sin embargo, es menor que en el pasado por las mismas razones que propician que sus hermanos participen poco en las labores del campo: los padres educan a sus hijas

¹³¹ En el pasado, las niñas aprendían a tejer huipiles en el telar de cintura guiadas por sus abuelas, sus madres o sus hermanas mayores, una actividad que actualmente muy pocas mujeres usileñas realizan dado que los huipiles solamente son usados cotidianamente por las mujeres ancianas y se han convertido en una artesanía muy valorada y cara que ciertas mujeres usileñas lucen en eventos especiales —cierres de compromiso, bodas, celebración de los XV cumpleaños, eventos religiosos y políticos—.

priorizando el cumplimiento de los deberes escolares, asistir a clase y hacer las tareas, para acceder a puestos laborales que proporcionen ingresos regulares de dinero¹³².

2.10 Cuidados orientados a ayudar a los hijos a emanciparse económicamente

El padre y la madre inculcan a sus hijos los valores del estudio, el trabajo y la responsabilidad, supervisan que cumplan sus obligaciones escolares mientras estudian, a partir de los 8-10 años, les enseñan paulatinamente los conocimientos teóricos y prácticos relativos a las labores del campo, el oficio paterno o el negocio familiar con el fin de formar personas maduras capaces de trabajar y obtener el sustento económico que, en el futuro, ellos y sus familias necesitarán para desenvolverse en la sociedad.

Es lo primero, lo principal, tienen que trabajar para sobrevivir, por que quién los va a mantener. Ya están grandes, tienen que mantenerse solos. Les digo yo ya los mantuve cuando estaban chiquitos, y ahora tienen que mantenerse por sí solos. Así es la vida, le digo, uno crece, y crece ya uno y se pone a trabajar para sobrevivir.
(Doña Laura)

Más adelante, cuando los hijos comienzan su vida laboral, siempre que la familia cuente con los recursos suficientes, los padres apoyan a los hijos varones a independizarse económicamente donándoles terrenos para cultivar, integrándolos en negocios familiares —comercio, tortillería, panadería, carpintería, servicio de taxi—, ayudándoles a emprender sus propios negocios cediéndoles un local, comprándoles un coche o una mototaxi para trabajar como taxistas, apoyándolos cuando salen del hogar para estudiar o trabajar hasta que consiguen ser solventes —en este último caso también se ayuda a las hijas—. En este apoyo a los hijos varones a la hora de conseguir su emancipación económica pueden colaborar los hermanos emigrantes, especialmente los que han emigrado a Estados Unidos, enviándoles una cantidad de dinero.

El apoyo de los padres en la emancipación económica de sus hijos varones también está presente en los arreglos matrimoniales, asumiendo la organización y buena parte de los gastos del cierre de compromiso y la boda, y en la norma social que rige la residencia postmarital en la comunidad. Tras contraer matrimonio, la nueva pareja se instala a vivir en la casa de los padres del hombre el tiempo que necesitan para conseguir un terreno y construir su propia casa. El padre les apoya cediendo una parte del patio, donando un

¹³² El impacto de la escolarización de los niños en su aprendizaje y su participación en las tareas domésticas y productivas de la familia ha sido reportado también en otros grupos indígenas, sacando a la luz la pérdida de interés en aprender y realizar dichas tareas, con la consiguiente disminución de la ayuda que los hijos proporcionan a los padres en las actividades familiares, e, incluso, los cambios experimentados a nivel cognitivo con una mayor presencia del lenguaje verbal y los mandatos entre los niños cuando se dirigen a sus hermanos menores, al igual que sucede en la enseñanza impartida en las instituciones escolares (de León Pasquel, 2005: 323-324, 2017a: 102; Núñez Patiño y Alba Villalobos, 2012, Vizcarra Bordi y Marín Guadarrama, 2006: 59-61).

terreno para que construyan su vivienda o dándoles una cantidad de dinero para ayudarles a comprar el terreno y construir su casa. Por esta razón, un deber de todo padre es acumular el mayor patrimonio posible durante su vida para, cuando llegue el momento, poder ayudar a sus hijos varones a emanciparse.

2.11 Cuidados relacionados con la formalización de un buen matrimonio

Cuando los hijos terminan sus estudios de secundaria o bachillerato o emigran a la ciudad a trabajar, el padre y la madre orientan a sus hijos e hijas para que elijan un cónyuge adecuado y sienten las bases de un matrimonio estable y duradero.

El padre y la madre hablan con los hijos varones para concienciarlos de que deben contraer matrimonio una vez que cuenten con un trabajo estable que les permita garantizar la manutención económica de su familia. Les aconsejan que deben trabajar y ser responsables en la administración del dinero ganado, esto es, no deben malgastar el dinero, sino ir ahorrándolo para comprar un terreno y construir su casa cuando vayan a casarse y formar una familia.

En este objetivo de garantizar una elección adecuada del cónyuge y orientar su vida hacia el matrimonio y la formación de una familia, el padre aconseja a sus hijos varones que no embarquen a una muchacha con la que no mantienen una relación formal para evitar problemas con su familia y la posibilidad de ser acusados de violación y asumir la obligación de colaborar en la manutención del niño. El padre y la madre también advierten a sus hijos que tengan cuidado cuando se relacionan con muchachas promiscuas, porque corren el riesgo de que les reclamen su paternidad cuando se han embarazado sin saber si es cierto.

Y a sus hijos varones, ¿sí les habla también?

Pues también igual, también igual, les hablo también lo mismo también, que ellos se cuiden, porque, este, ahorita, pues, ve que a las muchachas les gusta platicar con éste, ya mañana están con otro, y al rato ya están con otro, le digo. Y después, le digo, qué tal, le digo, que ellos son hombres, ¿no? No pueden embarazarse, pero qué tal, le digo, después viene una muchacha a decir, le digo, que está embarazada o algo, o que me va a venir a decir que es de su hijo de usted, y quién sabe si es de veras o mentira, le digo. Fíjate con quién platicas, le digo, porque las muchachas ahorita van a platicar con uno y con otro, le digo. Así les hablo a ellos. Y ustedes tienen que hacer su casita primero, le digo, ver cómo van a vivir, ni modo que así nada más, le digo, trabajar, pues ni modo que así nada más ya se van a casar, le digo. Pues ve que muchos muchachos y muchachas chiquitos se juntan nada más, y después, este, viene problema, porque no saben ellos ni cómo van a hacer, pues. Después su mamá y su papá son los que tienen esa carga. (Doña Cristina)

La madre habla con sus hijas para concienciarlas de que deben “cuidarse”, procurar no embarazarse antes del matrimonio, para evitar la posibilidad de que el padre no quiera casarse ni asumir la manutención económica de su hijo. La madre soltera se ve con la doble carga de tener que trabajar y criar a un niño.

¿Pero usted ha platicado con sus hijas para que se cuidaran?

Pues sí, siempre hablo con ellas, siempre hablo con ellas. Le digo porque, pues la vida no es fácil, la vida no es fácil. Cuando uno fracasa, pues ya no es lo mismo. Cuando uno ya te vas a quedar ahí, este, embarazada, ya te dejó un chamaco. ¿Dónde vas a andar cargando chamaco trabajando? Ya es más difícil. Por eso, deben de pensarlo bien, deben de pensar antes de dar el primer paso, les digo. (Doña Laura)

Siguiendo esta línea de cuidarse y no embarazarse antes de casarse, la madre conciencia a las hijas de que no deben relacionarse con los muchachos promiscuamente, sino que deben buscar una relación formal orientada hacia el matrimonio y la formación de una familia para garantizar que todos sus hijos sean de un mismo padre y el hombre se comprometa a mantener económicamente a su esposa y sus niños.

También les hablo yo a ellas, también les hablo yo a ellas, así les digo a mis hijas. Si van a decir que sí, fíjense, y nada más con uno, no ahorita jugando con éste y con el otro, porque después viene, este, el problema, y el problema va a ser para ustedes, porque cuánto no cuesta, le digo, para cuidar un niño, y el dinero que se gasta. Y viene uno, y luego otro, y luego otro, le digo. Quién lo va a cuidar, y luego, pues, pobrecitos niños ahí se quedan, le digo, porque ahora sí la mamá la tiene que hacer de los dos, trabajar, porque no tiene papá, y tiene que trabajar duro para mantener a los muchachos. Así les hablo a mis hijas también. (Doña Cristina)

Las hijas deben conocer bien al hombre antes de casarse, procurando elegir un hombre con buenas cualidades, trabajador, responsable, respetuoso, que provenga de una familia cuyos miembros muestran un buen comportamiento social. Aun así, no siempre es posible encontrar un hombre bueno y responsable; a veces, los hombres toman y se violentan cuando llegan al hogar. En estos casos, la mujer debe ser paciente, hablar con su marido y encaminarlo poco a poco hacia la religiosidad y la asistencia a la iglesia. Doña Cristina aconseja a sus hijas desde su propia experiencia como esposa:

Tampoco vamos a encontrar un hombre, le digo a mis hijas, que sea muy perfecto. Aquí nadie es perfecto, le digo, que no tome. Pero si ustedes se casan con alguien que toma, pues ya ni modo, pero ustedes lo van a guiar al camino de Dios para que poco a poco se vaya alejando de eso, le digo. Así le digo a ellas, así le digo a ellas. Porque tampoco vamos a decir que vamos encontrar uno, le digo, que no, que de una vez esté muy entregado a Dios, pues, que no haga otras cosas malas. Eso es lo

que yo le digo a [mi hija], le hablo. Tú le tienes que hablar, le dije, para que vaya, anímalo para que vaya a la iglesia si no quiere ir, le digo. Así le digo.

[Mi hija] nomás le da risa, como aquí está en la casa, pues. A veces le digo no te rías porque, este, eso va en serio, le digo, lo que te estoy diciendo, le digo, no es relajo. Ahorita no piensas, porque quizás estás sola, pero ya cuando una ya se casa, pues ya es diferente, le digo.

Los padres, sobre todo los evangélicos, más celosos de su fe y moral religiosa, aconsejan a sus hijos elegir una pareja que profese la misma religión con el fin de continuar la tradición religiosa familiar y garantizar una mayor armonía en la relación conyugal y la crianza de los niños. Cuando un hijo varón decide casarse con una mujer que profesa una religión diferente, debe llevar a su mujer y sus hijos hacia su religión y su iglesia al ser la cabeza de la familia. Por esta razón, los padres son más reacios a que una hija se case con un hombre que no profese su religión, pues la jefatura masculina hará que ella deje de asistir a su iglesia y sus hijos tengan muchas probabilidades de ser educados en las creencias religiosas del padre.

En cualquier caso, compartan la misma religión o tengan religiones distintas, los padres respetan sus elecciones de pareja y apoyan a sus hijos e hijas en su deseo de formalizar la relación y contraer matrimonio a lo largo de los diferentes rituales de paso: el pedido de la novia, el cierre de compromiso y la boda. Los padres se encargan de buscar los representantes para llevar las negociaciones entre ambas familias durante el pedido de la novia, y los padres del novio asumen los costes de los dotes que deben entregar a la familia de la novia en el cierre de compromiso, así como la organización y los gastos de los convivios que se celebran tras el cierre de compromiso y, posteriormente, el día de la boda.

Capítulo 13

La transmisión de la herencia. El cuidado de enfermos y ancianos

1. La transmisión de la herencia

En San Felipe Usila, siguiendo un principio patrilineal, la norma social que regula la transmisión de la herencia establece que los bienes se transfieren de padres a hijos varones —los nietos adquieren el derecho de recibir herencia sólo en aquellos casos en los que el padre ha fallecido—. Junto a este principio patrilineal dominante, se observa la presencia de un principio bilateral, pues las mujeres también pueden heredar, aunque normalmente en proporciones menores que sus hermanos varones, y siempre hay preferencia por la heredera lineal antes que por el varón colateral¹³³. Estos dos principios rectores en la transmisión de la herencia, la patrilinealidad y la bilateralidad, no son exclusivos de la cultura usileña, sino que guardan relación con un patrón sociocultural que rige la reproducción social de los grupos domésticos en las sociedades indígenas y postindígenas de Mesoamérica: el sistema familiar mesoamericano¹³⁴.

Como en otras sociedades mesoamericanas¹³⁵, en Usila, la transmisión del patrimonio a los herederos se realiza generalmente *inter vivos*. Todo padre tiene el deber de repartir el patrimonio familiar entre sus hijos antes de su fallecimiento y, aunque el hombre es el propietario de los bienes familiares, el reparto suele acordarlo con su esposa. En el caso de que el padre fallezca sin haber realizado el reparto de bienes, generalmente porque murió

¹³³ Weitlaner y Castro (1973: 140), en su apartado destinado a la herencia, exponen que, en la década de 1940, los padres transmitían sus bienes a los hijos varones de una manera igualitaria y que las hijas sólo heredaban en caso de que no contaran con descendencia masculina. Dada la escasa información etnográfica reportada, no se puede asegurar que haya habido un cambio en el patrón cultural de la transmisión de la herencia en la comunidad usileña.

¹³⁴ Las diferencias culturalmente pautadas entre hombres y mujeres en la transmisión de la herencia son mencionadas por autores como Del Ángel Pérez y Mendoza Briseño (2007: 81-82), González Montes (1988, 1991: 231-233), Mulhare de la Torre (2005: 332-333) y, más extensamente, en un análisis basado en la comparación cultural, por Robichaux (2002b: 130-137, 2004, 2005).

¹³⁵ D'Aubeterre Buznego (2002: 171-172), Del Ángel Pérez y Mendoza Briseño (2007: 81-82), Franco Pellotier (1992: 186-194), González Montes (1988: 71-72, 1991: 233), Robichaux (1988, 2005).

cuando sus hijos eran niños pequeños, es el varón primogénito quien, a modo de albacea, se encargará de distribuir el patrimonio paterno entre sus hermanos cuando lleguen a la mayoría de edad siguiendo las normas que rigen la transmisión de la herencia¹³⁶, si bien dicho reparto debe igualmente acordarlo con la madre. Los beneficiarios, por su parte, cuando reciben la herencia, junto con la obligación de colaborar en el cuidado de sus padres, adquieren el deber de conservar los bienes recibidos y tratar de ampliar su patrimonio para transmitirlo a sus hijos en el futuro.

Además de influir en las decisiones de su esposo o de su hijo primogénito en el reparto de la herencia, la mujer puede heredar bienes de su padre y convertirse en propietaria. Hay algunos hombres que hacen suyos los bienes heredados por su esposa, pero, generalmente, los bienes transmitidos por el padre a su hija son considerados propiedad de la mujer, más cuando proviene de una familia acomodada¹³⁷. A veces, los suegros entregan los bienes a su yerno, porque lo consideran un hombre honesto y responsable, o brindan a su hija la opción de elegir si quiere registrarlos a su nombre o al de su marido, aunque en ambos casos puede suceder que el hombre rehúse heredar esos bienes en beneficio de su mujer. Bien es cierto que, si se trata de tierras de cultivo, al ser el hombre quien las trabaja, pasarán a ser una propiedad más suya que de su esposa. Y cuando los padres de la mujer donan un solar para que el matrimonio construya su casa, el terreno pasa a ser de ambos, pues el hombre va a ser el encargado de conseguir los recursos necesarios para construir la vivienda familiar.

Al igual que en el caso del hombre, la mujer transmite sus bienes a sus hijos cuando llega a la ancianidad, acordando su repartimiento con su marido. Cuando la esposa proviene de una familia con un estatus socioeconómico superior al de la familia del hombre, la mujer, al ser propietaria de la mayor parte de los bienes matrimoniales, tiene mayor autoridad en el seno familiar y, por ende, mayor autoridad a la hora de repartir el patrimonio de la herencia entre sus hijos.

El patrimonio familiar está compuesto, al menos, por la casa y el solar paternos y los terrenos de cultivo en los cerros, de propiedad comunal, que pueden incluir cafetales. En función de su mayor o menor estatus socioeconómico, el patrimonio de las familias puede incorporar, además de los bienes mencionados, tierras de cultivo en el llano, de propiedad privada, uno o más solares en la localidad, potreros en el llano, cabezas de ganado, negocios familiares, locales comerciales y dinero.

Los hijos varones son los principales beneficiarios del patrimonio paterno, y este derecho a la herencia les otorga un derecho de autoridad: todos los varones tienen el derecho de ser jefe de un grupo doméstico, pues todos ellos recibirán un solar para poder

¹³⁶ La autoridad del varón primogénito como jefe del grupo doméstico y albacea tras el fallecimiento del padre y hasta que sus hermanos llegan a la mayoría de edad es una norma presente en otras sociedades mesoamericanas (Robichaux, 2005: 250-251).

¹³⁷ La distinción entre las propiedades heredadas por el hombre y la mujer en el matrimonio es una norma que ha sido observada en otras comunidades indígenas y postindígenas (Mulhare de la Torre, 2005: 333; Robichaux, 1988: 88-89, 2005: 234-237).

construir su vivienda y vivir con sus familias, así como terrenos de cultivo y/o un empleo en los negocios familiares para poder mantenerlas. El patrón de herencia, por tanto, está estrechamente vinculado al patrón de residencia, un vínculo característico del sistema familiar mesoamericano.

En concordancia con la norma de residencia virilocal, las mujeres acceden a los bienes heredados por sus esposos, razón por la cual el padre siempre prioriza a sus hijos varones en el reparto del patrimonio familiar. No es infrecuente, sin embargo, que las hijas accedan al reparto de los bienes familiares —una parcela en el llano o un terreno de cultivo en el cerro—, eso sí, generalmente en una proporción menor. Las hijas heredan una parcela en el llano cuando el patrimonio familiar es suficientemente amplio como para contentar a los hijos varones y dar una parte a las hijas, una condición que aparece igualmente cuando el número de hermanos es reducido o cuando hay hijos varones que han emigrado a la ciudad y no muestran interés por los bienes de sus padres. Dada la poca predisposición de los jóvenes varones a cultivar el campo actualmente, el padre puede decidir dar en herencia un terreno en el cerro a una o más hijas cuando está seguro de que sus esposos los van a cultivar. Y cuando las familias no tienen descendencia masculina, las hijas siempre son las herederas de los bienes que conforman el patrimonio paterno.

Hoy en día, la emigración a la ciudad y el desempeño de trabajos remunerados abren la posibilidad de que una hija opte a tener los mismos derechos de herencia que un hijo varón cuando invierte grandes cantidades de dinero en la manutención, la atención médica o la reforma de la vivienda de sus padres¹³⁸. En estos casos, poco frecuentes, la hija reclama su parte de la herencia en consonancia con la cuantía del dinero invertido, lo que la sitúa en la misma posición que sus hermanos a la hora de distribuirse los bienes familiares.

Otra mujer que tiene derecho a herencia es la esposa cuando sobrevive a su marido. Cuando la muerte del esposo se produce después de haber repartido el patrimonio entre los hijos y las hijas, a la mujer viuda siempre le corresponde la casa y el solar marital, que serán suyos hasta que fallezca, momento en que pasan a ser propiedad del hijo varón que vive con su madre y se responsabiliza de su manutención y cuidado. También puede heredar tierras de cultivo y, en función del estatus socioeconómico de la familia, otros bienes como un negocio, un terreno en el llano o cabezas de ganado; un patrimonio que ella repartirá entre sus hijos antes de fallecer siguiendo su voluntad, normalmente dando preferencia al varón que vive con ella¹³⁹.

¹³⁸ El acceso de las mujeres a la herencia paterna en igualdad de condiciones respecto a sus hermanos varones debido a sus aportaciones monetarias en la manutención y el cuidado de sus padres ha sido reportado también en otros contextos indígenas y postindígenas (González Montes, 1991: 248-249; Robichaux, 2005: 238 y 247).

¹³⁹ Weitlaner y Castro señalan que, en Usila, en la década de 1940, la mujer viuda sólo heredaba los bienes de su marido cuando los hijos eran pequeños. Cuando los hijos varones eran mayores, eran éstos quienes heredaban el patrimonio familiar, aunque con la obligación de mantener a su madre (1973: 140). Otros autores sostienen que, en otros contextos mesoamericanos, a diferencia del derecho a heredar de su marido difunto en la actual cultura usileña, la mujer viuda no es heredera del patrimonio marital sino depositaria de los bienes hasta que los hijos alcancen la mayoría de edad y estén en disposición de hacer uso de la herencia (Franco Pellotier, 1992: 189-190; Robichaux, 1988: 88-89; 2005: 230, 238, 243-245).

Los bienes que hereda de su esposo fallecido son respetados por la familia del hombre y, cuando enviuda teniendo hijos pequeños, recibe la ayuda de sus suegros¹⁴⁰. Si convive con ellos, éstos compartirán los alimentos cosechados con su nuera y sus nietos, si bien la mujer o los niños deberán cooperar en ciertas labores como la siembra, la cosecha o la recogida de leña. Si vive en casa propia, tendrá que cultivar las tierras con la colaboración de sus hijos o contratando a jornaleros, aunque su suegro la ayudará en determinados momentos y, además, le irá dando maíz, frijol, quelites y otros alimentos que vaya cosechando. Sólo en caso de que tenga una mala relación con sus suegros, y viva en su casa, la mujer viuda regresará con sus hijos a su hogar natal.

La mujer mantendrá las propiedades de su marido difunto aun en el raro caso de que se junte con otro hombre, propiedades que, en el futuro, serán transmitidas a los hijos de su esposo fallecido. Pero, en el caso de que la mujer se junte con un hombre alcohólico o poco confiable, los suegros y los cuñados, temerosos de que se apropie de los bienes o los venda, intervendrán pidiendo los documentos de las propiedades o acudiendo a la autoridad municipal para que haya constancia escrita de que sus nietos son los herederos de los bienes paternos.

El padre transmite su patrimonio a sus hijos de manera paulatina, un rasgo igualmente común en las sociedades indígenas y postindígenas de Mesoamérica¹⁴¹. El reparto de la herencia comienza a medida que los hijos varones se emancipan del hogar paterno y termina cuando el padre es anciano y ya no puede trabajar las tierras de cultivo o llevar su negocio. El padre ayuda a sus hijos casados a emanciparse donándoles un espacio en su solar o, si posee una o más parcelas en la localidad, las va donando a sus hijos para que puedan independizarse y vivir aparte con su familia, generalmente con la condición de que ellos asuman el coste de construirse su propia casa. Sea en el patio paterno o sea en un solar independiente, mientras los hijos van construyendo su vivienda, continúan viviendo en el hogar paterno y, una vez que la terminan, se instalan a vivir con sus familias.

La herencia de los terrenos de solar a los hijos varones es, como se señaló al abordar el matrimonio, un rasgo propio del sistema familiar mesoamericano, al igual que la transmisión de la casa paterna por ultimogenitura patrilineal. Los hermanos mayores van saliendo del hogar paterno para vivir en una casa aparte con su mujer y sus hijos, de modo que el varón ultimogénito, normalmente el último en casarse, se queda a vivir con sus padres. Ésta es la norma social, pero hoy en día, debido a la emigración, el hijo que permanece en la casa paterna no siempre es el varón ultimogénito, sino que puede ser otro varón que demuestre interés por el bienestar de sus progenitores. También puede suceder que la familia no cuente con hijos varones y sea una hija soltera o casada quien se

¹⁴⁰ El respeto usileño hacia los bienes maritales que la mujer hereda cuando su esposo fallece contrasta con la frecuencia con la que las mujeres viudas son despojadas de sus propiedades por sus suegros o sus cuñados en Totimehuacán, una comunidad postnahua del estado de Puebla (Mulhare de la Torre, 2005: 341-343).

¹⁴¹ D'Aubeterre Buznego (2002: 171-172), Del Ángel Pérez y Mendoza Briseño (2007: 81-82), Franco Pellotier (1992: 186-194), González Montes (1988: 71-72, 1991: 233), Robichaux (1988, 2005).

quede a vivir con sus padres —si es casada, residirá junto a su esposo y sus hijos, dándose siempre en este caso una residencia uxori-local—. En cualquiera de los casos, el hijo o la hija que permanece en el hogar paterno se responsabiliza de la manutención y el cuidado de los padres hasta su fallecimiento, así como de asegurar su velatorio, su entierro y los cultos religiosos en pro del eterno descanso de sus almas. A cambio de asumir su cuidado y la mayor parte de los gastos de manutención y atención médica durante su ancianidad, recibe en herencia la casa y el solar paternos¹⁴².

La herencia está regida, entonces, por un principio de reciprocidad entre los testadores y los beneficiarios, un principio de obligación mutua característico también del sistema familiar mesoamericano¹⁴³. La transmisión de la herencia por parte de los padres requiere una contrapartida por parte de los beneficiarios durante un periodo prolongado en forma de cuidado y dinero, pues deben asumir los cuidados y los gastos de manutención y enfermedad durante su vejez y, a su muerte, la organización y los costos de su velorio y su funeral. El hijo o la hija que vive con sus padres son quienes asumen dichos cuidados y gastos cotidianamente, pero, cuando se requiere realizar un fuerte desembolso económico para atender médicamente a la madre o al padre en la ciudad, los demás herederos varones colaboran dando dinero y participando en los cuidados hasta que nuevamente recuperen la salud. Igualmente cooperarán en los gastos del velorio y el entierro de sus padres, así como en los costos del novenario católico y los cultos evangélicos celebrados durante 3 a 6 días después del entierro para pedir por el eterno descanso del alma del difunto.

El reparto de las tierras y los negocios familiares se realizan equitativamente entre los hijos varones, un principio de distribución igualitaria de la herencia entre la descendencia masculina que se cumple siempre y cuando su grado de implicación en el trabajo en el campo o en el negocio sea equiparable o su aportación económica haya sido cuantiosa en ciertas circunstancias, como la atención médica de una enfermedad grave. Dado que casi todas las familias usileñas cuentan con hijos emigrantes, los hijos que han colaborado en mayor medida en el cultivo de las milpas y los cafetales, o aquéllos que permanecen en Usila y muestran interés en trabajar en el campo, reciben mayores extensiones de tierra que sus hermanos. Del mismo modo, los hijos o las hijas que colaboran en el cuidado de sus padres con grandes cantidades de dinero, en compensación, reciben una mayor proporción de bienes.

El padre va repartiendo los bienes paulatinamente, entregando a cada hijo varón un terreno de solar o una parte del patio paterno y las tierras de cultivo de manera individual. Cada vez que el padre entrega un terreno a un hijo, acude junto al beneficiario al palacio municipal para que el alcalde¹⁴⁴ levante un acta ante dos testigos, personas allegadas a la

¹⁴² Cuando los esposos no tienen hijos, será un hermano o un sobrino del hombre quien herede el patrimonio familiar a cambio de que cuide de ellos hasta su fallecimiento, garantizando su manutención, su atención médica y su sepelio.

¹⁴³ González Montes (1988: 74); Robichaux (1988: 90-92, 96; 2005: 232, 238, 246-248).

¹⁴⁴ El alcalde o juez es un cargo municipal cuya función es mediar en conflictos matrimoniales, familiares y vecinales en los que no existe un delito y hay margen de conciliación, levantar documentos de propiedad de los bienes transmitidos

familia y con las que no guardan grado de parentesco para evitar la suspicacia de que determinados parientes estén influyendo en el reparto de la herencia. Una vez que se ha firmado el acta, el padre se dirige a su hijo diciéndole que él ha conservado los bienes que le transmitiera su padre, ahora él le está heredando un terreno donde debe construir su vivienda, una tierra que debe trabajar para alimentar a su familia, y, al igual que ha hecho él, estos bienes debe conservarlos, no venderlos, para transmitirlos el día de mañana a sus hijos.

Cuando el hombre siente que su vida está llegando a su final, llama a todos los hijos e hijas beneficiarios para repartir el patrimonio restante en caso de que lo haya, generalmente, familias que gozan de un estatus socioeconómico elevado. El padre les comunica los bienes que van a recibir cada uno y, una vez que todos están de acuerdo, va a ver al alcalde para solicitar que se levante un acta. Cada beneficiario debe conseguir el dinero que aportará para cubrir el monto de la gestión administrativa, así como los costos del refresco o la cerveza con la que invitarán a los agentes participantes al finalizar la medición de los terrenos. El día acordado, el padre, los hijos y los dos testigos de la familia, junto al alcalde, el secretario del alcalde y dos policías van al lugar o los lugares donde se hallan los terrenos. El padre va indicando el terreno o la porción de terreno que va a heredar cada hijo o hija, los policías miden los terrenos y señalan los lindes colocando estacas de madera; a veces, en los terrenos del llano, se colocan postes de concreto cuando el beneficiario contrata a unos albañiles. Una vez terminados la verificación, la medición y el señalamiento de las lindes de los terrenos, el alcalde dice que avisará a la familia cuando esté lista el acta de donación de bienes.

En el caso de que el anciano enferme repentinamente y se halle agonizando, el alcalde y sus acompañantes van a la casa del moribundo para cerciorarse que es su voluntad realizar la distribución de su patrimonio y cómo la va a realizar. Seguidamente, acompañados por los hijos, irán a los terrenos para medir y señalar su lindería.

La dificultad de contentar a todos los herederos suscita desavenencias familiares en no pocas ocasiones. Unas veces, uno o más hijos están disconformes con la distribución de los bienes al sentirse perjudicados respecto a sus hermanos o al no sentirse justamente retribuidos por el trabajo y el dinero aportados a la economía y las necesidades familiares en el pasado. Otras veces, cuando se reparte un solar o un terreno de cultivo entre dos o más hijos, puede suceder que uno de ellos no respete los límites acordados e intente apropiarse de una parte del área que le ha correspondido a un hermano o una hermana. El padre interviene entonces instándole a respetar los límites bajo la amenaza de quitarle su herencia, o bien la solución del conflicto puede pasar por recurrir al alcalde municipal para nuevamente medir y fijar los límites de los terrenos o hacerlo en el caso de que no se hubiera realizado.

en la herencia, los terrenos y las cabezas de ganado comprados y vendidos, así como medir y marcar los lindes de un terreno.

2. El cuidado de enfermos y ancianos

En San Felipe Usila, la norma social de cuidado de enfermos y ancianos establece que los esposos se cuidan mutuamente durante toda la vida, los padres cuidan a los hijos hasta que contraen matrimonio y los hijos cuidan a los padres hasta su fallecimiento. Las obligaciones de cuidado, por tanto, se ciñen a la relación matrimonial y a las relaciones paternofiliales, estas últimas determinadas por el reparto de la herencia a partir del momento en que los hijos contraen matrimonio y forman una familia. La participación de otros familiares aparece cuando se da la convivencia de las familias en la casa o el solar de los padres del hombre, o cuando la gravedad de la enfermedad requiere ser atendida en la ciudad o provoca una disrupción en la vida familiar que demanda la cooperación de otros parientes no pertenecientes a la unidad doméstica.

Más allá de las relaciones de cuidado, cuando las personas enferman de gravedad o están agonizando, familiares, amigos y vecinos van a visitar a la persona enferma o moribunda; los más allegados acuden diariamente a la casa del enfermo hasta que recupera la salud o hasta que fallece. En estos casos siempre surge un mecanismo social de solidaridad hacia la persona enferma o agonizante y sus familiares: además de su acompañamiento durante las visitas, los hombres donan discretamente un dinero al jefe de familia o a uno de los varones cuidadores, en tanto que las mujeres entregan una despensa a la esposa del jefe de familia o a una de las cuidadoras.

2.1 El cuidado de los cónyuges y los niños

La relación matrimonial conlleva que los esposos deben cuidarse mutuamente en la enfermedad y, cuando se convierten en padres, asumen la obligación de cuidar a sus hijos cuando caen enfermos. Cuando su mujer o sus niños enferman, el hombre asume la responsabilidad de buscar atención médica y conseguir el dinero necesario para cubrir los gastos de la consulta, la compra de medicamentos y los insumos utilizados en la curación, así como los gastos del tratamiento y las plantas medicinales cuando recurre a un curador o curadora tradicional. Si la atención médica requiere viajar a la ciudad, el hombre deberá, además, reunir el dinero para sufragar los gastos de transporte, comida, alojamiento, los estudios médicos solicitados —análisis de sangre, radiografías, ecografías, tomografías— y de hospitalización en los casos que sea preciso el internamiento en un hospital o clínica privados o pertenecientes a los sistemas estatales de salud. En el caso de la mujer, la búsqueda de atención médica no sólo abarca la enfermedad sino también el embarazo, cuyo seguimiento puede realizarse en la localidad o en consultas privadas en la ciudad, y el parto, que puede ser atendido por una partera local o, más frecuentemente, en un hospital o clínica del sector privado o de las seguridades sociales en la ciudad de Tuxtepec.

Cuando la atención médica de uno de los miembros de la familia requiere una inversión de dinero que sobrepasa la capacidad económica de la unidad familiar, el hombre

puede recurrir a varias vías para reunir todo el dinero necesario: la cooperación económica de parientes —hijos que trabajan y cuentan con ingresos regulares de dinero, padres, hermanos, cuñados, tíos, primos—, solicitar dinero prestado a familiares o a un prestamista local, vender bienes muebles —láminas de aluminio, electrodomésticos—, bienes inmuebles —terrenos— o animales domésticos —reses, cerdos, pollos—. En algunos casos, cuando la familia tiene un acceso muy limitado a estos recursos, el hombre recorre la localidad casa por casa para pedir una cooperación monetaria a las familias mostrando un documento expedido por la autoridad municipal. Este documento es solicitado con el fin de certificar oficialmente que la persona está solicitando apoyo económico para hacer frente a una emergencia médica familiar y no trata de aprovecharse de la buena voluntad de las personas.

Además de responsabilizarse de conseguir el dinero necesario, el hombre acompaña a su esposa enferma a la consulta médica, acompaña a su mujer cuando llevan al niño enfermo a un terapeuta y, cuando se produce una hospitalización, se encarga de realizar las gestiones administrativas ante las instancias sanitarias. Como el hombre sale fuera del hogar para realizar el trabajo productivo, la obligación de acompañar a su esposa y a sus hijos enfermos para que reciban atención médica se ciñe a las veces en que enferman con cierta gravedad, surge una urgencia en la noche o son hospitalizados.

Durante el tiempo que la mujer permanece convaleciente por enfermedad, otras familiares asumen la responsabilidad de cuidarla, cuidar a sus niños y realizar las labores domésticas que deja de hacer: las hijas cuando tienen la edad para poder ayudar o asumir estos roles, la suegra y alguna cuñada soltera cuando conviven en la casa o el terreno de los padres del hombre, la madre de la mujer o alguna hermana soltera en caso de que la familia viva independientemente, pudiendo, incluso, trasladarse temporalmente a la casa de sus padres para facilitar el cuidado de la mujer enferma y sus niños.

Las cuidadoras se encargan de darle sus medicamentos, prepararle la comida, darle de comer si lo necesitara, la ayudan a levantarse, a acostarse o a vestirse, la acompañan al baño, la ayudan en su aseo o la asean cuando no puede hacerlo por sí misma, la peinan, le cortan las uñas, etc. Estas mismas parientes son quienes se encargan de apoyar a la mujer durante el puerperio, colaborando en el cuidado de los niños —cargando en brazos a los niños pequeños, durmiéndolos en la manta, aseándolos— y asumiendo la realización de las tareas domésticas más exigentes físicamente a fin de que pueda recuperarse lo antes posible —echar tortillas, lavar la ropa, barrer el patio—, especialmente cuando el alumbramiento ha sido por cesárea. El esposo colabora en estos cuidados cuando la pareja no ha tenido hijas o no tiene hijas en edad de poder cooperar, o los asume enteramente cuando se da la circunstancia de que ninguna familiar puede hacerse cargo del cuidado de su mujer.

La mujer asume el rol de ser la cuidadora principal de sus niños y su esposo cuando enferman, incluyendo entre sus acciones la consecución del dinero y la búsqueda de atención médica cuando la enfermedad de su marido no le permite hacerlo. En los casos en que el hombre se muestra debilitado y se da la convivencia en familia extensa o vive en

el mismo solar, la consecución del dinero y la búsqueda de atención médica son generalmente asumidas por el padre —o por los hermanos varones cuando están presentes— siempre que tenga la capacidad psicosocial y la vitalidad para llevarlo a cabo.

Se trate del cuidado de su esposo o sus hijos, la mujer se encarga de acompañarlos a la consulta médica, sea en la comunidad o en la ciudad, acompañarlos y atenderlos cuando son internados en un hospital o una clínica en la ciudad, comprar los medicamentos, administrarles las medicinas o los remedios tradicionales a sus horas, supervisar la evolución del padecimiento y estar pendiente de sus necesidades en el día y la noche, prepararles comida especial para seguir una dieta adecuada en su convalecencia, darles de comer si no pueden alimentarse por sí solos, acompañarlos al baño si necesitan ayuda para caminar o llevarlos en brazos cuando son niños pequeños, ayudarles a asearse o asearlos cuando no pueden hacerlo por sí mismos, ayudarles a cambiarse de ropa o cambiándoles de ropa, etc. Cuando las familias conviven en la casa de los padres del hombre o viven en una casa construida en su solar, la mujer sigue siendo la cuidadora primaria, pero cuenta con la ayuda de su suegra y sus cuñadas solteras en el cuidado de su esposo y sus niños.

Este rol de cuidadora lleva a la mujer a encargarse del cultivo de las plantas medicinales en el patio familiar, plantas que, junto a hojas de árboles frutales, empleará en la curación de diferentes dolencias o enfermedades: el orégano mexicano —problemas respiratorios, abrir vías respiratorias, expectorante, tos—, la hierbabuena —problemas digestivos—, la sábila —quemaduras, heridas, gastritis—, las hierbas de susto —curación del susto—, la hoja santa —gripa, abrir vías respiratorias, tos, flemas—, la ruda —susto, tintura para restregar por el cuerpo y aliviar dolores musculares—, el epazote —desparasitante—, las hojas del guayabo —diarrea—, las hojas del naranjo —dolor de estómago e intestino—, planta de hojas olorosas que se utiliza para curar el susto, las heridas y los golpes, plantas para ayudar a bajar los niveles de glucosa en sangre en la diabetes, etc. Además de cultivar y cuidar las plantas medicinales, la mujer se ocupa de preparar los remedios herbales: hacer los tés o infusiones, colocar las hojas sobre la piel de la parte afectada tras haberlas calentado en el comal, y que son sujetadas con la ayuda de prendas de ropa, moler las hojas en el molcajete para extraer su jugo y aplicarlo sobre las heridas o las partes adoloridas del cuerpo para, a continuación, vendar la zona con un trapo a fin de que se impregne y el jugo pueda ejercer su efecto curativo durante el tiempo necesario. Todos estos conocimientos sobre el cultivo y el uso de las plantas medicinales son transmitidos entre las mujeres de la familia de generación en generación, aunque también se cuenta con la ayuda de parientes y vecinas que pueden asesorar y proporcionar determinadas hierbas curativas.

Cuando una hija o un hijo soltero que ha emigrado enferma gravemente o requiere una intervención quirúrgica, una de sus hermanas viajará a la ciudad donde vive para cuidarlo durante el tiempo de su hospitalización y convalecencia. Si es necesario, regresará al hogar paterno, permaneciendo hasta que se recupere totalmente de su enfermedad o de su cirugía. Si el hijo o la hija cuenta con familiares en la localidad donde reside —tíos/as, primos/as—, éstos pueden darle alojamiento en su vivienda hasta que logre restablecerse

o esté en condiciones de viajar a Usila y continuar con su recuperación en la casa de sus padres.

Este tipo de apoyo es común entre hermanos y hermanas, sobre todo cuando están casados y cuentan con un hogar propio: el hermano o la hermana que vive en la ciudad ofrece su casa para alojar al hombre, a la mujer o a sus sobrinos antes y después de que acuda a la consulta médica o sea internado en un hospital o clínica. Esta ayuda fraternal permite a la persona enferma descansar o recuperarse antes de emprender el viaje de regreso a Usila y reduce los costos de alojamiento y comida, aunque el hombre, o la mujer en caso de que esté muy debilitado, siempre aporta un dinero para sufragar los gastos que generan el enfermo y sus cuidadores en la medida de sus posibilidades.

2.2 El cuidado de los padres cuando los hijos trabajan o se han emancipado

Los hijos y las hijas solteros que trabajan ayudan económicamente a sus padres: los que residen en el hogar paterno, entregando una parte de sus jornales, y los que han emigrado, enviándoles dinero con cierta regularidad. Los hijos y las hijas cooperan económicamente para afrontar los gastos de la atención médica y la compra de medicamentos cuando el padre o la madre enferma y requiere ser atendido en una consulta privada o fuera de la comunidad. Los hijos y las hijas también aportan dinero para comprarles electrodomésticos como un refrigerador, una estufa o una televisión, o cuando la vivienda de los padres necesita ser ampliada o reformada: construir otros cuartos o una cocina en el interior de la casa, construir una casa con cimientos y pilares de hormigón y bloques de cemento para sustituir la vivienda de tablas de madera, repellar los paramentos interiores y exteriores de las paredes hechas con bloques de cemento, etc. Se trata de una norma social que establece que los hijos, cuando trabajan y obtienen sus ingresos, deben ayudar económicamente a sus padres como compensación al trabajo y al dinero invertido en su crianza mientras fueron niños. Subyace, por tanto, al igual que en la herencia, un principio de reciprocidad que regula la relación entre padres e hijos: los padres deben criar a sus niños hasta que puedan valerse por sí mismos en la vida y, una vez que son autosuficientes, en correspondencia al trabajo y al dinero invertidos en su crianza, los hijos deben ayudar económicamente a sus padres.

En el momento que los hijos y las hijas contraen matrimonio y forman una familia, sus contribuciones económicas se vuelven más espaciadas, pero normalmente siguen dándose a lo largo de la vida de los progenitores. El cuidado cotidiano de los padres pasa a ser una responsabilidad del hijo o los hijos varones casados que residen con sus familias en la vivienda de sus padres. Posteriormente, la obligación de cuidar a los padres recaerá en el varón ultimogénito y su familia, pues, a cambio de su mantenerlos y cuidarlos hasta su fallecimiento, heredará la casa y el solar paternos.

No obstante, en alguna familia puede darse que el hijo varón, que reside en la vivienda paterna junto a su familia, no pueda asumir la atención médica de sus padres cuando sea necesario salir a la ciudad debido a su mal dominio del español, lo que supone una gran limitación a la hora de comprender las instrucciones médicas, comprar los medicamentos y realizar las gestiones relacionadas con los análisis clínicos y los internamientos hospitalarios. En este caso, uno de los varones emancipados, ayudado por un hijo, otro hermano o una hermana, todos con buen dominio del español, asume el rol de acompañar a su padre o a su madre a la ciudad para que reciba la atención médica que necesita. O esta responsabilidad puede ser asumida por uno o más hijos que se encuentren trabajando en la ciudad y, si son trabajadores asalariados que gozan de contrato laboral o militares profesionales, al ser derechohabientes de las seguridades sociales, dan de alta a sus padres en el IMSS, el ISSSTE o el ISSFAM para que sean atendidos en estos sistemas sanitarios.

Lo normal es que los hijos emancipados que no viven en el solar paterno contribuyan puntualmente en el cuidado de sus padres, aportando dinero cuando haya que afrontar fuertes gastos de atención médica o participando en el cuidado cuando necesiten tiempos prolongados de convalecencia o se hallen agonizando. Su contribución económica y su mayor o menor implicación en el cuidado dependerá del tipo de relación existente entre los padres y los hijos emancipados, la relación existente entre éstos y el hermano o los hermanos residentes en la casa paterna y sus expectativas ante la herencia o su grado de conformidad con el reparto patrimonial. A no ser que haya una relación familiar muy conflictiva, las hijas y los hijos emancipados, que viven en la localidad, visitarán diariamente a su padre y a su madre cuando estén enfermos o se estén muriendo.

El hijo o los hijos varones que residen en la casa paterna, o las hijas en caso de que no haya varones, se responsabilizan de conseguir el dinero necesario para proporcionar a su padre o su madre la atención médica que necesitan en la comunidad o en la ciudad, acompañarlos a la consulta médica, comprar los medicamentos y realizar las gestiones administrativas requeridas en caso de necesitarse hospitalización y/o estudios médicos — análisis de sangre, radiografías, ecografías, tomografías—. En la ciudad, los nietos, al tener un buen dominio del español fruto de su escolarización o al trabajar y contar con ingresos, pueden cooperar en el cuidado de su abuelo o abuela aportando dinero, mediando ante los médicos o realizando las gestiones requeridas en las instancias sanitarias.

El hijo o los hijos varones que viven en la casa paterna participan también en los cuidados durante el periodo de recuperación del padre, o ya en su agonía, velando por sus necesidades en las noches, pues normalmente los hombres son quienes se desvelan en el cuidado de los enfermos adultos. Los cuidados masculinos durante las noches suelen consistir en darles los medicamentos, darles agua o suero oral cuando tienen sed, supervisar la evolución de su padecimiento, acompañarlos al baño, etc. En los casos en que el padre o la madre enferma requiera cambios de pañal, aun siendo en la noche, el hijo varón avisa a su esposa o a su hermana, pues no es correcto que “un hombre vea a su madre o a su padre”.

La esposa siempre es la cuidadora principal de su marido, pero, si una enfermedad o la debilidad propia de la ancianidad le impide desempeñar este rol, entonces, una mujer adulta de la familia, la hija o la nuera, se convierte en la cuidadora primaria del hombre anciano. Por cuestiones de pudor, este rol siempre lo asume la hija o la nuera en el caso en que sea la mujer anciana quien enferma. Cuando una hija, soltera o casada, vive en la casa paterna, se convierte en la cuidadora principal de sus padres y es ayudada por sus cuñadas, hijas y sobrinas, aunque, dada la norma patrilocal de residencia posmarital, es más frecuente que este papel sea ejercido por la nuera o las nueras con la ayuda de sus hijas. Las mujeres cuidadoras se encargan de administrarles las medicinas, sobarles la espalda, los brazos, las piernas y los pies entumecidos o adoloridos, prepararles comida ligera y nutritiva—atole, caldo de pollo con verduras, caldo de verduras, etc.—, darles de comer si su debilidad les impide alimentarse por sí solos, acompañarlos al baño cuando necesitan ayuda para caminar, asearlos cuando no pueden hacerlo por sí solos, ayudarlos a cambiarse o cambiarles de ropa, cambiarles el pañal, lavar su ropa, lavar los cobertores, etc.

Cuando la madre no puede asearse por sí misma, siempre va a ser aseada por una o más mujeres cuidadoras —una hija, una nuera, una nieta—; en caso de que no hubiera mujer cuidadora, será su esposo quien la asee, casi nunca un hijo varón, pues “un hombre no puede ver a su madre”. Cuando es el padre quien no puede asearse, su esposa será quien lo haga y, si no le resulta posible por enfermedad o ancianidad, puede realizarlo un hijo varón, pero es mucho más frecuente que una o más mujeres de la familia se encarguen de asear al padre, igualmente una hija, una nuera o una nieta.

Las normas sociales que regulan el cuidado de los padres en su ancianidad pueden experimentar cambios cuando el padre o la madre sufren una enfermedad neurodegenerativa como la demencia senil. El progresivo deterioro que experimenta la persona enferma, con afectación severa de la memoria y la capacidad de orientación en el tiempo y el espacio, la aparición de ideas delirantes y reacciones agresivas, que le llevan a salir de la casa y perderse por las calles de la localidad o a entrar en conflictos con los vecinos, requiere que haya una supervisión constante del enfermo tanto en el día como en la noche. Cuando el cuidado de estos ancianos recae en un solo hijo, el varón que vive con su familia en la casa paterna, la carga de trabajo es tal que se ve obligado a recurrir a los demás hermanos y hermanas para que le ayuden a cuidar al padre o la madre enferma. Los hermanos y las hermanas pueden acceder a cooperar y, entre todos, acuerdan distribuir el trabajo en turnos de cuidado en el día y en la noche a lo largo de la semana. Normalmente, el reparto del cuidado se hace siguiendo unas reglas: los turnos nocturnos son asumidos por los hijos varones, ayudados por sus respectivas esposas, pues ellos son quienes reciben la herencia del patrimonio paterno, y el hijo varón que vive con sus padres asume una mayor carga de trabajo que sus hermanos y hermanas al ser el heredero de la casa y el solar paternos, así como una mayor proporción de los gastos derivados de las consultas médicas y los medicamentos.

Tercera Parte

**La visión biomédica:
la enfermedad y la atención médica
de la esquizofrenia y otras psicosis**

Capítulo 14

Las esquizofrenias y otras psicosis

Todas las personas enfermas de San Felipe Usila fueron y siguen siendo atendidas en el Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur”, perteneciente a los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), y algunas de ellas también en hospitales psiquiátricos de la Ciudad de México o en consultas privadas de psiquiatría. Todos los enfermos y sus cuidadores, por consiguiente, estuvieron y continúan estando en contacto con instancias biomédicas en las que los médicos psiquiatras prescriben la toma de regular de medicación como única forma de controlar sus trastornos psicóticos. Los cuidadores y los enfermos comprueban que los psicofármacos controlan los síntomas psicóticos, en diferentes grados según los casos, mejorando notablemente sus funciones cognitivas y regulando su percepción, su emocionalidad y su comportamiento hacia una mayor “normalidad”. Al mismo tiempo, estos medicamentos provocan efectos adversos que se manifiestan de diversas formas y en diferentes grados dependiendo de las dosis y las respuestas orgánicas de los enfermos —desvitalización, diabetes, temblores en extremidades y otras partes del cuerpo, rigidez muscular, etc.—. La eficacia de los tratamientos y sus efectos adversos son observados y evaluados por las personas enfermas y sus cuidadores en una interacción más o menos regular con los médicos psiquiatras, convirtiéndose en una dimensión más del cuidado de los enfermos. Es así que una breve exposición de la visión psiquiátrica de la enfermedad y la atención médica de las esquizofrenias y otras psicosis se hace necesaria, pues permea e influencia los saberes y las prácticas de los usileños respecto al padecimiento y el cuidado de estos enfermos.

La psiquiatría define la esquizofrenia como un grupo de trastornos que se caracterizan por presentar alteraciones en la cognición, la percepción, la emocionalidad y la conducta. Las manifestaciones de estas alteraciones son diferentes en cada persona enferma, varían a lo largo del tiempo, pero su efecto deteriorante y discapacitante tiene un gran impacto en la vida del enfermo y sus familiares.

Existen otros trastornos psicóticos que guardan similitud con la esquizofrenia, formando “un continuo de factores de riesgo, mecanismos fisiopatológicos, síntomas y curso/pronóstico”. El grupo de trastornos pertenecientes a la categoría esquizofrenia se encuentra en “el polo extremo de gravedad y cronicidad” de las denominadas *psicosis del espectro esquizofrénico* (Peralta Martín y Cuesta Zorita, 2009: 267). Las psicosis del

espectro esquizofrénico incluyen, además de la esquizofrenia, las siguientes categorías diagnósticas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la décima revisión de la *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (CIE-10): los trastornos psicóticos agudos y transitorios, los trastornos de ideas delirantes, los trastornos esquizoafectivos, otras psicosis no orgánicas y los trastornos del humor —afectivos— con síntomas psicóticos.

11. Epidemiología

En México, la prevalencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida¹⁴⁵ es aproximadamente un 1%, una tasa similar a la del resto de los países del mundo. Aunque no existen diferencias significativas de prevalencia entre los distintos grupos étnicos y culturales, se ha constatado que el riesgo de padecer esquizofrenia es más elevado en las clases sociales bajas. La prevalencia de la esquizofrenia también está relacionada con la densidad de población, siendo más alta en las grandes concentraciones urbanas, especialmente en las que superan el millón de habitantes, que en las ciudades pequeñas o el medio rural.

La esquizofrenia afecta en igual proporción a hombres y mujeres, pero se observan diferencias en la edad a la que aparece el trastorno, el funcionamiento premórbido, la sintomatología y la posterior evolución de la enfermedad. Los síntomas agudos iniciales suelen manifestarse en los hombres entre los 15 y los 25 años, mientras en las mujeres lo hacen a una edad más tardía, entre los 25 y los 35 años. Los síntomas negativos están más presentes en los hombres, en cambio, las mujeres presentan más síntomas afectivos. Las mujeres tienen un mejor funcionamiento cognitivo y social que los hombres antes de la aparición de la enfermedad, desenvolviéndose con mejor desempeño en los ámbitos escolares y laborales. La respuesta terapéutica de las mujeres es mayor a la de los hombres, lo que se manifiesta en la necesidad de un menor número de internamientos, una menor duración de los mismos y una evolución de la enfermedad menos severa y deteriorante.

12. Etiología

La etiología de la esquizofrenia no se conoce aún con claridad y precisión, y se manejan modelos multifactoriales que explican el origen, los síntomas, el curso y el

¹⁴⁵ La tasa de prevalencia a lo largo de la vida es la proporción de personas por unidad de población que padece o ha padecido la enfermedad en algún momento de su vida.

pronóstico de la enfermedad como el producto de una interacción de factores biológicos y ambientales. Los factores que han sido identificados como causantes de la esquizofrenia pueden dividirse en:

1. Factores genéticos
2. Alteraciones en el neurodesarrollo
3. Alteraciones cerebrales
4. Alteraciones neuroquímicas

12.1 Factores genéticos

La etiología de la esquizofrenia presenta un componente genético que se constata en que la probabilidad de desarrollar la enfermedad aumenta cuanto mayor es el grado de proximidad consanguínea con un enfermo esquizofrénico, es decir, cuanto mayor es la carga genética compartida con la persona enferma. Así, en orden decreciente, el mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia se presenta en gemelo monocigótico de un enfermo de esquizofrenia —46-48%— e hijo de padre y madre esquizofrénicos —40-46%—, mientras que desciende sensiblemente en gemelo dicigótico de un enfermo de esquizofrenia —13-17%—, hijo de padre o madre esquizofrénicos —12-13%—, hermano —8-10%— y nieto —5%— de un enfermo de esquizofrenia, y es muy bajo en tíos y primos de un enfermo de esquizofrenia —2%—.

El factor hereditario de la enfermedad también se constata en los estudios de adopción, demostrándose que la prevalencia de esquizofrenia es significativamente mayor entre los hijos de madres esquizofrénicas adoptados al nacer que entre los hijos de madres sanas adoptados al nacer por padres sanos, y con una tasa similar a la de los hijos de padres esquizofrénicos no adoptados.

La transmisión genética de la enfermedad no se debe a un gen único sino a un grupo específico de genes en interacción —entre ellos, genes que intervienen en el funcionamiento de los sistemas neurotransmisores dopaminérgico, serotoninérgico y gabaérgico—, que se manifestarían patológicamente cuando se combinaran con factores ambientales prenatales y posnatales. No obstante, aproximadamente el 60% de las personas que padecen esquizofrenia, carecen de antecedentes familiares, por tanto, además de la herencia genética, existen otros factores que explican las manifestaciones patológicas de la esquizofrenia.

12.2 Alteraciones en el neurodesarrollo

Entre los factores ambientales que llevarían a los individuos genéticamente vulnerables a desarrollar la enfermedad de la esquizofrenia, se hallarían las alteraciones producidas durante el neurodesarrollo. Las teorías que postulan que las alteraciones en el neurodesarrollo constituyen un factor etiológico, tratan de explicar cómo las alteraciones en la formación y la organización de las estructuras y los tejidos del sistema nervioso central durante el periodo comprendido entre la etapa embrionaria y la adolescencia, generan anomalías estructurales y funcionales estables en el sistema nervioso central que propiciarían la aparición de la enfermedad. Estas teorías permiten explicar la aparición temprana de los síntomas negativos y los síntomas prodrómicos, así como la mayor incidencia de los síntomas psicóticos en la adolescencia.

En el desarrollo embrionario del sistema nervioso central, además de la formación del tubo neural, se producen procesos como la proliferación y la migración neuronal, la diferenciación neuronal y la formación de sinapsis. En la etapa posnatal tienen lugar los procesos de formación de nuevas sinapsis y poda dendrítica o eliminación sináptica programada, que es más intensa durante la adolescencia. Las alteraciones en estos procesos, debidas a factores genéticos y/o ambientales, provocan anomalías en la morfología, la interconexión y el funcionamiento de las neuronas y los circuitos neuronales del sistema nervioso central. Por ello, las alteraciones en el neurodesarrollo constituyen la base explicativa de las anomalías estructurales y funcionales presentes en el cerebro de los enfermos esquizofrénicos y las anomalías observadas a nivel neuronal, que serán expuestas en los siguientes apartados.

Otro factor ambiental que ha sido relacionado con las alteraciones en el neurodesarrollo son las complicaciones obstétricas y perinatales, que se presentan en mayor proporción entre las personas enfermas que entre las personas sanas, especialmente, preeclampsia, nacimientos prematuros, hipoxia o privación de oxígeno y partos largos. Asimismo, se han propuesto hipótesis que vinculan la exposición a una infección viral durante el periodo del neurodesarrollo con un aumento del riesgo de padecer esquizofrenia. La infección viral podría atacar directamente el sistema nervioso central, o alterar su funcionamiento de manera indirecta a través de proteínas víricas que funcionarían como neurotransmisores o bloquearían receptores sinápticos, integrando material genómico retrovírico en el ADN celular, o provocando respuestas autoinmunes en el tejido nervioso.

12.3 Alteraciones cerebrales¹⁴⁶

Muchos estudios han observado que los enfermos que padecen esquizofrenia presentan anomalías estructurales y funcionales en el encéfalo. Estas alteraciones pueden

¹⁴⁶ Para una mejor comprensión de este apartado, así como del capítulo 15, puede ser útil la lectura del apéndice.

tener su origen en el neurodesarrollo, pero también pueden reflejar el proceso neurodegenerativo que la enfermedad provoca en las estructuras y los circuitos neuronales del encéfalo.

a) Alteraciones estructurales

Diversos estudios han constatado que las personas enfermas de esquizofrenia presentan alteraciones en diversas estructuras cerebrales, anomalías que se han intentado correlacionar con déficits cognitivos y, a veces, también con síntomas, con unos resultados no siempre coincidentes ni concluyentes. Los resultados que generan un mayor consenso son los siguientes:

- **Ventrículos:** dilatación ventricular o aumento en el volumen de los ventrículos laterales y el tercer ventrículo, que se ha correlacionado con funciones ejecutivas —procesos atención-concentración, abstracción-categorización y velocidad psicomotriz—.
- **Lóbulo frontal:** disminución de sustancia gris y sustancia blanca, que se ha correlacionado con las funciones ejecutivas —abstracción-categorización, velocidad psicomotriz—, la memoria de trabajo, la memoria inmediata y la fluencia verbal.
- **Corteza prefrontal:** disminución en el volumen de sustancia gris y sustancia blanca que, en la región dorsolateral, se ha correlacionado con las funciones ejecutivas —abstracción-categorización, flexibilidad—, la atención, la memoria verbal y la memoria visual.
- **Lóbulo temporal:** reducción del volumen de sustancia gris y sustancia blanca, que se ha correlacionado con la precisión en el nombramiento de imágenes.
- **Sistema límbico y áreas temporolímbicas:** disminución del volumen en la amígdala, el hipocampo, el complejo hipocampo-amígdala y el giro parahipocampal. El volumen del hipocampo es correlacionado con la memoria verbal y espacial, el control inhibitorio y la perseverancia, mientras el volumen del giro parahipocampal derecho, con la inteligencia verbal, la memoria para historias y la abstracción-categorización.
- **Ganglios basales:** aumento del volumen en el núcleo caudado, el putamen y el *globus pallidus*, que se ha correlacionado con las funciones ejecutivas —abstracción-flexibilidad—, la atención-vigilancia y la memoria contextual.
- **Tálamo:** reducción en el volumen en una estructura crucial en el procesamiento de la información sensorial.

- **Volumen total cerebral:** disminución del volumen cerebral asociado al ensanchamiento de los surcos corticales y la reducción de sustancia gris y sustancia blanca, siendo los lóbulos frontales y temporales las regiones más afectadas, que se ha correlacionado con déficits cognitivos en el lenguaje, la abstracción-flexibilidad y la memoria verbal.
- **Anomalías estructurales a nivel celular:** gliosis en el mesencéfalo, el diencefalo y la corteza prefrontal, desorganización de las células piramidales en el hipocampo, anomalías citoarquitectónicas en la corteza cingulada anterior y la corteza entorrinal, disminución de la densidad neuronal en la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza cingulada anterior, el hipocampo y el giro temporal superior, descenso de la densidad en las células de Purkinje del cerebelo y pérdida de sustancia negra. También se ha observado una disminución de la densidad sináptica cortical debido al debilitamiento de las conexiones sinápticas y la reducción de las espinas dendríticas en las neuronas.

b) Alteraciones funcionales

Diferentes estudios han relacionado la esquizofrenia con anomalías funcionales en la corteza prefrontal, los lóbulos temporales, los ganglios basales y el sistema límbico.

- **Corteza prefrontal.** Se ha observado que tanto en condiciones de reposo como en situaciones de activación cognitiva —tareas relacionadas con la memoria de trabajo, la memoria episódica o la planificación—, las personas que padecen esquizofrenia muestran un flujo sanguíneo en el córtex prefrontal menor de lo normal. Esta *hipofrontalidad* reduce la capacidad de codificación profunda de la información, y supone una disminución en la actividad metabólica de la región prefrontal que se ha vinculado a los síntomas negativos.
- **Lóbulos temporales.** El incremento de la actividad metabólica en el lóbulo temporal izquierdo ha sido relacionado con la severidad de los síntomas, mientras que las disfunciones en estructuras temporolímbicas del hemisferio izquierdo han sido vinculadas con alucinaciones auditivas y trastornos del pensamiento y el lenguaje.
- **Ganglios basales.** Se ha observado una disfunción en el sistema dopaminérgico relacionado con una mayor densidad de receptores dopaminérgicos D₂ en el núcleo caudado y el putamen, y un flujo sanguíneo y una actividad del *globus pallidus* izquierdo mayor de lo normal.
- **Sistema límbico.** La disminución de la actividad metabólica de la amígdala es relacionada con la dificultad para reconocer expresiones emocionales en las personas.

12.4 Alteraciones neuroquímicas

Además de las alteraciones funcionales presentes en las estructuras cerebrales, las personas que padecen esquizofrenia también presentan anomalías en el funcionamiento de los sistemas neurotransmisores del sistema nervioso central. La complejidad de los mecanismos que regulan el funcionamiento de los sistemas de neurotransmisión y la interacción existente entre unos sistemas y otros, dificulta la elaboración de una explicación definitiva y se ha optado por plantear hipótesis explicativas. Actualmente las hipótesis más relevantes hacen referencia al sistema dopaminérgico, el sistema glutamatérgico, el sistema serotoninérgico y el sistema gabaérgico.

a) Hipótesis dopaminérgica

La disfunción del sistema dopaminérgico es consecuencia de una alteración funcional en la corteza prefrontal dorsolateral, que impide regular adecuadamente las vías dopaminérgicas que desde el tronco encefálico —área tegmental ventral y sustancia negra— se proyectan hacia regiones corticales y subcorticales. Esta desregulación provoca una hipoactividad dopaminérgica en la vía mesocortical que causa una hipoestimulación de los receptores D_1 y la aparición de síntomas negativos y déficits cognitivos, y una hiperactividad dopaminérgica en la vía mesolímbica que origina una hiperestimulación de los receptores D_2 y la aparición de síntomas positivos.

Además de la intervención del córtex prefrontal dorsolateral, la regulación del sistema dopaminérgico se ha vinculado también a la acción moduladora que otros sistemas neurotransmisores ejercen sobre los niveles de dopamina en las hendiduras sinápticas, una interacción que ha sido expuesta en otras hipótesis explicativas.

b) Hipótesis glutamatérgica

La consideración del glutamato, el neurotransmisor excitador más importante del sistema nervioso central, como factor etiológico de la esquizofrenia se basa en su interacción con el sistema dopaminérgico, su intervención en la regulación de ciertas estructuras cerebrales y su neurotoxicidad.

La vía glutamatérgica córticotroncoencefálica parte de la corteza prefrontal y proyecta hacia diferentes centros del tronco encefálico. Los receptores glutamatérgicos NMDA de esta vía presentan una hipoactividad que conlleva unos niveles elevados de glutamato, causando una hiperactividad en la vía dopaminérgica mesolímbica y la aparición de síntomas positivos. La hipofunción de los receptores NMDA, en cambio, genera una hipoactividad en la vía mesocortical y la aparición de síntomas negativos y cognitivos debido a que su acción sobre las neuronas dopaminérgicas está mediada por interneuronas inhibitorias gabaérgicas.

La hipoactividad de los receptores NMDA en las vías ascendentes y descendentes que conectan la corteza, el cuerpo estriado y el tálamo induce la reducción de la función inhibitoria del filtro talámico y, por ende, un exceso de información sensorial en la corteza cerebral y la aparición de síntomas positivos. Dichos efectos se ven reforzados por la incidencia de la hiperactividad dopaminérgica mesolímbica en el filtro talámico a través de estas vías glutamatérgicas.

La hipofunción de los receptores NMDA y los consiguientes niveles elevados de glutamato provocan un aumento de la poda dendrítica y desencadenan un proceso patológico de sobreexcitación que acaba causando la muerte neuronal. Estos procesos neuronales suponen que se vaya produciendo un progresivo deterioro cognitivo en la persona enferma.

c) Hipótesis serotoninérgica

Las neuronas serotoninérgicas, que tienen su origen en los núcleos del Rafe, inervan las neuronas dopaminérgicas de la corteza prefrontal, el cuerpo estriado, el sistema límbico y la sustancia negra, inhibiendo la liberación de dopamina directamente a través de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A} o indirectamente por medio de la neurotransmisión gabaérgica. Dado el efecto inhibitorio de la serotonina en la neurotransmisión dopaminérgica, los fármacos antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A} activan la transmisión dopaminérgica en la vía mesocortical y, por tanto, producen una mejoría en los síntomas negativos.

d) Hipótesis gabaérgica

La disminución de la actividad en las neuronas gabaérgicas y el consiguiente descenso de los niveles de ácido γ -aminobutírico (GABA), especialmente en la corteza prefrontal, aunado a las anomalías de los receptores gabaérgicos en las regiones corticales y subcorticales, alteran la modulación inhibitoria que el sistema gabaérgico ejerce sobre las vías dopaminérgicas, provocando los síntomas positivos de la esquizofrenia.

13. Los síntomas

Los síntomas que se manifiestan en la esquizofrenia pueden clasificarse en dos grandes grupos: síntomas positivos y síntomas negativos.

13.1 Síntomas positivos

Los síntomas positivos son las manifestaciones psicopatológicas de tipo perceptivo, cognitivo, conductual y motor que no están presentes en personas normales. Los síntomas positivos pueden dividirse en cinco tipos:

1. Alucinaciones
2. Delirios o ideas delirantes
3. Trastornos del pensamiento y el lenguaje de tipo positivo
4. Comportamientos extravagantes o extraños
5. Trastornos motores

a) Alucinaciones

Las alucinaciones son percepciones experimentadas sin que exista una estimulación exterior de los órganos sensoriales, pero que son vividas por la persona como provenientes del mundo exterior o de su propio cuerpo. Las alucinaciones pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfatorias, gustativas, táctiles o puede producirse una combinación de éstas.

- **Alucinaciones auditivas:** son las alucinaciones más frecuentes y se manifiestan en forma de voces, silbidos, risas, sonidos o, raras veces, música. Las voces pueden ser susurros o escucharse de manera clara, pueden ser masculinas o femeninas, familiares o desconocidas, críticas o halagadoras, imperativas o sugerentes. A veces aparecen en forma de *voces que comentan*: una voz hace comentarios sobre el comportamiento o el pensamiento del enfermo, o dos o más voces hablan entre sí sobre la persona enferma.
- **Alucinaciones visuales:** percepciones de personas, animales, seres sobrenaturales, objetos o luces, de menor o mayor tamaño que una percepción real.
- **Alucinaciones olfatorias:** percepción de olores externos extraños o de que el propio cuerpo huele, siempre resultando desagradables.
- **Alucinaciones gustatorias:** percepción de sabores desagradables, amargos, o puede detectarse un sabor medicinal o venenoso en la comida.
- **Alucinaciones táctiles o hápticas:** sensaciones corporales de ser tocado, acariciado, pellizcado o pinchado, quemazón, insectos caminando por debajo o por encima de la piel —formicación—, y percepción de fluidos —sentir agua o que la sangre emana de ciertas partes del cuerpo—.

- **Alucinaciones corporales o somáticas:** alucinaciones procedentes del interior del cuerpo o que afectan a órganos internos y externos, la cabeza y las extremidades. Por ejemplo, sensación de que las venas se salen y se enrollan, el cuerpo o partes del cuerpo están cambiando de forma y tamaño, se están deformando o desfigurando, el cuerpo está hueco o su interior es de piedra.

b) Delirios o ideas delirantes

Los delirios o ideas delirantes son alteraciones cognitivas que se expresan en forma de creencias no reales que son firmemente sostenidas. Existen varios tipos de delirios:

- **Delirio de persecución:** creencia de que familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo u otros individuos están conspirando, acosando o persiguiendo a la persona enferma. Los delirios de persecución pueden aparecer de manera aislada o fragmentada, pero, en ocasiones, la conspiración, el acoso o la persecución presentan una gran elaboración y variedad de formas.
- **Delirio de culpa o pecado:** creencia de haber realizado una acción terrible, como causar un incendio o un accidente, o de haber cometido un pecado imperdonable ante Dios que lleva a ser castigado en la vida terrenal o estar condenado al Infierno.
- **Delirio de celos o celotípico:** creencia de que la pareja está siendo infiel con otra persona.
- **Delirio de grandeza:** creencia de tener poderes especiales —como la percepción extrasensorial— o grandes cualidades —gran belleza, inteligencia o capacidad artística—, ser un personaje político o artístico famoso, tener relación con personajes influyentes. Este tipo de creencias hacen que, a menudo, los delirios de grandeza vayan asociados a delirios de persecución.
- **Delirio religioso:** creencias religiosas consideradas anormales en el contexto social y religioso de la persona enferma, que pueden combinarse con delirios de grandeza —tener una relación especial con Dios u otra divinidad, considerarse un líder religioso o enviado de Dios—, delirios de culpa —haber cometido un gran pecado y ser castigado— o delirios de control —estar controlado por una fuerza sobrenatural—.
- **Delirio somático:** creencia de que ciertos órganos del cuerpo están enfermos, han dejado de funcionar o se están pudriendo, o de que ciertas partes del cuerpo están creciendo, han desaparecido o se están deformando.
- **Delirio de referencia:** creencia de que ciertos sucesos o acciones de otras personas, siendo casuales o no estando dirigidos hacia las personas enfermas, se refieren a ellas o tienen un significado especial para ellas: frases o

informaciones provenientes de los periódicos, la radio o la televisión están dirigidas a las personas enfermas y tienen un significado especial; el contacto con grupos de personas que hablan y ríen lleva al enfermo a sospechar de que están hablando y riéndose de él. Por ello, los delirios de referencia muchas veces están vinculados a delirios de grandeza y persecución.

- **Delirio de control:** sensación de que los pensamientos, las emociones, las acciones o los movimientos del cuerpo están controlados por un agente o una fuerza exterior.
- **Lectura del pensamiento:** creencia de que la gente puede leer o conocer los pensamientos de la persona enferma.
- **Difusión del pensamiento:** creencia de que los pensamientos se difunden, esto es, pueden ser escuchados tanto por la persona enferma como por los demás. En ocasiones, la persona enferma escucha sus pensamientos como si fueran una voz externa, de modo que el delirio y la alucinación auditiva van asociados.
- **Inserción del pensamiento:** creencia de que ciertos pensamientos no han sido elaborados por la persona enferma, sino que han sido introducidos en su mente en contra de su voluntad por agentes externos.
- **Robo del pensamiento:** creencia de que ciertos pensamientos son sustraídos de la mente de la persona enferma por agentes externos, creencia que, a veces, puede estar acompañada por la sensación subjetiva de la sustracción del pensamiento.

c) Trastornos del pensamiento de tipo positivo

La afectación de tipo positiva que la esquizofrenia provoca en el pensamiento, se observa en el *lenguaje desorganizado* de la persona enferma. Los rasgos de este lenguaje desorganizado son los siguientes:

- **Descarrilamiento o pérdida de asociaciones:** el lenguaje presenta una pérdida en la asociación de las ideas, de modo que las ideas están vagamente conectadas o no guardan ninguna relación entre sí. Las oraciones y los conceptos carecen de la cohesión necesaria para alcanzar un determinado objetivo, produciéndose una pérdida de significación.
- **Tangencialidad:** trastorno del lenguaje que se manifiesta en respuestas débilmente relacionadas o que no tienen ninguna relación con las preguntas realizadas a la persona enferma.
- **Incoherencia:** la alteración del lenguaje se presenta en la construcción de las oraciones, apareciendo partes coherentes en una oración que globalmente es

incoherente, o palabras cuya elección no guardan relación con el contexto o lo hacen de manera oblicua, o sustituyéndose palabras que distorsionan o anulan el significado de la oración.

- **Ilogicalidad:** el habla presenta ausencia de una secuenciación lógica debida a asociaciones ilógicas de proposiciones, inferencias inductivas falsas, o a conclusiones basadas en premisas falsas. Esta falta de secuencia lógica no está vinculada a la interferencia de los pensamientos delirantes.
- **Circunstancialidad:** el patrón de habla es muy indirecto, exponiéndose una gran profusión de detalles circunstanciales, lo que causa que la persona enferma tarde mucho tiempo en llegar en concretar las ideas principales.
- **Neologismos:** invención de palabras nuevas que sólo tienen significado para la persona enferma.
- **Presión del habla:** aumento significativo del habla en comparación con lo considerado normal por el grupo social. La persona enferma habla de una forma muy rápida y enfática, tiende a extenderse en las respuestas a preguntas simples, y puede continuar hablando aun siendo interrumpida. En ocasiones, cuando la afectación es severa, el enfermo habla solo sin la mediación de un estímulo social y aun cuando nadie lo escuche. Este trastorno puede estar acompañado de descarrilamiento, tangencialidad o incoherencia.
- **Distraibilidad:** la persona enferma repentinamente deja de hablar en medio de una frase o una idea, cambiando seguidamente de tema en respuesta a un estímulo externo cercano, como puede ser un objeto, la ropa o la apariencia de la persona con la que está hablando.

d) Comportamientos extravagantes o extraños

Las conductas anormales que pueden aparecer en las personas que padecen esquizofrenia se manifiestan en:

- **Vestido y apariencia:** la persona enferma se viste de una forma extraña para el grupo social al que pertenece o bien de forma no acorde con el clima. Asimismo, puede tratar su cabello o su cuerpo de manera inusual, por ejemplo, afeitándose la cabeza o pintando su cuerpo de varios colores.
- **Comportamiento social y sexual:** conductas extrañas o reprobables en relación a las normas sociales del grupo, como, por ejemplo, tocarse los órganos genitales o masturbarse ante otras personas, orinar o defecar en lugares inapropiados, caminar por la calle hablando solo, ponerse de rodillas y gritar u orar en medio de un grupo de personas.

- **Comportamiento agresivo y agitado**, frecuentemente impredecible, que se manifiesta en forma de discusiones y agresiones verbales y físicas a familiares, amigos o vecinos, hostigamiento a extraños incitándolos a la pelea, o maltrato a animales.
- **Conducta repetitiva**: actos o rituales que la persona enferma realiza una y otra vez, muchas veces, asociados a la creencia de que están influyendo a otras personas o les protegen de la influencia de otros individuos.

e) Trastornos motores

Los trastornos motores están especialmente presentes en la esquizofrenia catatónica y son los siguientes:

- **Estupor**: disminución sensible de la capacidad de reaccionar ante los estímulos externos, así como de la actividad y los movimientos espontáneos.
- **Flexibilidad cérea**: mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior durante un tiempo prolongado.
- **Catalepsia**: adoptar y mantener voluntariamente y durante largo tiempo posturas extrañas y difíciles.
- **Rigidez**: mantenimiento de una postura rígida, presentando una gran resistencia a los intentos externos de ser modificada.
- **Estereotipias**: acciones repetitivas sin un propósito, como caminar hacia adelante y hacia atrás por la misma línea durante horas, vestirse y desvestirse repetidamente, doblar y desdoblar un papel una y otra vez.
- **Excitación o agitación**: actividad motriz frenética y sin objetivo que no guarda consonancia con los estímulos externos.
- **Negativismo**: oposición automática a cualquier acción sugerida, solicitada o esperada, o resistencia a cualquier intento exterior de ser desplazado.
- **Obediencia automática**: cumplimiento automático de toda instrucción solicitada.

13.2 Síntomas negativos

Los síntomas negativos son las manifestaciones psicopatológicas emocionales, conductuales y cognitivas que expresan un déficit respecto a las personas normales. Los síntomas negativos pueden ser agrupados en los siguientes tipos:

1. Pobreza afectiva o embotamiento afectivo
2. Abulia y apatía
3. Anhedonia e insociabilidad
4. Alogia o empobrecimiento del pensamiento
5. Falta de introspección
6. Déficits cognitivos

a) Pobreza afectiva o embotamiento afectivo

El empobrecimiento o disminución de la expresividad emocional presente en las personas que padecen esquizofrenia se manifiesta de diversas formas:

- **Expresión facial inmutable:** el rostro de la persona enferma carece de expresividad o muestra una expresividad menor de lo normal en relación al contenido emocional presente en el habla.
- **Movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos:** la persona enferma muestra una disminución de los movimientos espontáneos como son mover las manos y las piernas o cambiar de postura, pudiendo permanecer sentado o inmóvil durante mucho tiempo. Además, el cuerpo no acompaña al habla, no se inclina hacia adelante o hacia atrás, no hay gesticulación con las manos.
- **Contacto visual escaso:** el enfermo no busca el contacto visual con las personas con quienes está hablando ni sus ojos muestran expresividad.
- **Incongruencia afectiva:** la expresión emocional de la persona enferma, además de estar aplanada, puede mostrar incongruencia con el contexto o el tema sobre el que se está hablando, tal como sonreír cuando se habla sobre una cuestión seria o triste.
- **Ausencia de inflexiones vocales:** el habla es monótona, carece de la expresividad enfática que se otorgan a ciertas palabras u oraciones a través de los cambios de tono y volumen.

b) Abulia y apatía

Las personas que padecen esquizofrenia experimentan una pérdida en la volición, una falta de energía y motivación crónicas que disminuyen su capacidad de realizar las acciones necesarias para alcanzar un determinado objetivo. La abulia y la apatía, por tanto, provocan que la persona enferma tenga serias dificultades para desenvolverse ante las exigencias de la vida social y económica. Se manifiestan en la conducta del enfermo en las siguientes formas:

- **Descuido en el aseo, la higiene y la apariencia:** la persona enferma muestra un interés menor de lo normal por el aseo, la higiene, el vestido o el peinado, mostrando una apariencia descuidada, sucia y desaliñada.
- **Desempeño bajo en la escuela y el trabajo:** la falta de motivación y la incapacidad de acabar las tareas encomendadas inciden negativamente en el sentido de la responsabilidad y el rendimiento en los ámbitos escolar y laboral en forma de ausentismo e incumplimiento de los trabajos asignados o su realización de manera desorganizada.
- **Anergia física:** la persona enferma se muestra pasiva, tiende a permanecer en la inactividad, pasando la mayor parte del tiempo sentada o acostada, y, cuando se requiere su participación en alguna actividad, lo hace de manera fugaz, volviendo seguidamente a su estado pasivo.

c) Anhedonia e insociabilidad

Las personas que padecen esquizofrenia tienen grandes dificultades para experimentar placer e interés por las actividades consideradas placenteras, así como por las relaciones con otras personas. La anhedonia, aunada al aplanamiento afectivo, se manifiesta en la conducta de las personas enfermas en forma de:

- **Escaso o nulo interés por las actividades recreativas:** las personas enfermas experimentan un descenso en el interés y la realización de actividades ociosas, pudiendo reducirse a actividades pasivas y poco exigentes como mirar la televisión, o, en casos más severos, llegando a una incapacitación total para disfrutar e involucrarse en las actividades recreativas.
- **Descenso en el interés y la actividad sexual** en relación a lo considerado normal en su grupo social, mostrando un bajo nivel de libido y dificultades para disfrutar de la sexualidad.
- **Dificultades o incapacidad para sentir intimidad y proximidad afectiva:** las personas enfermas pueden mostrar dificultades, incluso, incapacidad, para establecer vínculos afectivos e íntimos con sus familiares próximos y relaciones de amistad.

- **Retraimiento social:** las personas enfermas manifiestan escaso interés por relacionarse con amigos u otras personas de ambos sexos, pasando la mayor parte del tiempo en la soledad.

d) Alogia o empobrecimiento del pensamiento

El empobrecimiento que experimenta el pensamiento se manifiesta en el lenguaje de la persona enferma, pudiendo observarse en cuatro aspectos:

- **Pobreza de lenguaje:** el lenguaje espontáneo se restringe considerablemente, de modo que las respuestas a las preguntas son breves, muchas veces monosilábicas, concretas, no se añade más información que la estrictamente preguntada, y, en ocasiones, las preguntas no son contestadas.
- **Pobreza del contenido del lenguaje:** aunque la cantidad de lenguaje sea normal, la información expresada es escasa e imprecisa, pudiendo ser muy abstracta o, al contrario, muy concreta y repetitiva.
- **Bloqueo:** el habla experimenta interrupciones antes de que las ideas hayan sido completadas y, después de un tiempo de silencio que oscila entre unos segundos y unos minutos, la persona enferma señala conscientemente que no recuerda lo que estaba diciendo ni lo que iba a decir.
- **Latencia de respuesta incrementada:** la persona enferma tarda más tiempo de lo normal en responder las preguntas de otra persona debido a la dificultad de elaborar unas respuestas adecuadas.

e) Falta de introspección

La esquizofrenia disminuye o anula la capacidad de introspección de la persona enferma, lo que incide negativamente en la capacidad de reconocer que se padece una enfermedad mental, la capacidad de identificar síntomas patológicos, la capacidad de asociar las alteraciones y los déficits que se experimentan con la enfermedad que se padece y, por ende, repercute en la adherencia del enfermo a la medicación.

f) Déficits cognitivos

Las personas que padecen esquizofrenia presentan deficiencias cognitivas en las áreas de la atención, la memoria, las funciones ejecutivas y la cognición social, que merman tanto su capacidad intelectual como su funcionamiento social o habilidad para interactuar con otras personas y desenvolverse en el medio sociocultural.

- **Déficits en la atención:** la esquizofrenia provoca que la persona enferma tenga dificultades para concentrar su atención o sólo lo pueda hacer momentánea y deficientemente. Las principales dimensiones de la atención que presentan déficits son: 1) la *atención selectiva* que selecciona los estímulos importantes y descarta los irrelevantes, 2) la *atención sostenida* durante el tiempo suficiente en tareas que requieren el procesamiento de una gran cantidad de información, 3) la *atención dividida* a más de un estímulo al mismo tiempo o pasando de uno a otro alternativamente, y 4) el *procesamiento temprano de la información visual*, es decir, el filtrado, la selección y la organización de la información captada a través de la vista.
- **Déficits en la memoria** causados por deficiencias en los procesos de selección de la información entrante, que discriminan lo relevante de lo no relevante, y de organización, codificación y recuperación de la información. Los tipos de memoria más afectados son 1) la memoria a corto plazo visual y verbal, 2) la *memoria episódica* o la capacidad para aprender y recordar la información sobre los hechos vividos, lo que implica que las personas enfermas tengan grandes dificultades para reconstruir su historia personal, y 3) la *memoria de trabajo* o *memoria operativa*, memoria a corto plazo que permite usar la información inmediatamente después de haberla aprendido en la realización de una tarea, una deficiencia que dificulta o imposibilita la ejecución continuada de las tareas.
- **Déficits en las funciones ejecutivas** o el conjunto de procesos cognitivos que intervienen en la planificación, la ejecución y la evaluación de acciones dirigidas a alcanzar objetivos, procesos mentales necesarios para responder y adaptarse adecuadamente al entorno. Ello supone que aparecen deficiencias en 1) la capacidad para generar objetivos y diseñar planes de acciones para conseguirlos, 2) el razonamiento o la capacidad para resolver problemas estableciendo relaciones entre distintas informaciones, 3) la capacidad para tomar decisiones entre varias opciones previendo los posibles resultados y consecuencias de una acción, 4) la capacidad para calcular los tiempos de realización de las diferentes tareas, 5) la capacidad para preparar y ejecutar acciones, 6) la inhibición de impulsos e información irrelevante interna y externa que puedan interferir en la realización de una tarea, 7) la flexibilidad mental o la capacidad para realizar cambios en los planes para adaptarse a las circunstancias, y 8) la capacidad de monitorizar las acciones y evaluar los errores cometidos durante la realización de las tareas.
- **Déficits en la cognición social** o el conjunto de procesos cognitivos que subyacen a las interacciones sociales y que están relacionados con la percepción, la interpretación y la generación de respuestas ante las intenciones, las disposiciones y las conductas de otras personas. Las dimensiones cognitivas afectadas son 1) la *teoría de la mente* o la capacidad para realizar inferencias

sobre los estados mentales de los demás (sus intenciones, sus disposiciones, sus creencias), 2) la *percepción social* o la habilidad para identificar reglas y roles sociales y evaluar el contexto social en una determinada situación, 3) el *conocimiento social* o el conocimiento sobre las normas, los roles y los objetivos que caracterizan los diferentes contextos sociales y guían las interacciones sociales, 4) el *estilo de atribución* o la forma de explicar los eventos positivos y negativos de la vida atribuyéndolos a causas internas, causas externas personales o causas externas situacionales, y 5) el *procesamiento emocional* o la capacidad para percibir y reconocer emociones en los otros y manejar las emociones en uno mismo y en relación a los demás.

14. Tipos de esquizofrenia y otras psicosis

En México, las instancias psiquiátricas de los sistemas públicos de salud siguen los criterios de clasificación y diagnóstico establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la décima revisión de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud* (CIE-10) vigente desde 1992. Las personas que han padecido o padecen una enfermedad mental en San Felipe Usila, salvo excepciones, han sido o son atendidas en el Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur”, perteneciente al sistema sanitario de los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO) y, por tanto, han sido diagnosticadas siguiendo los criterios establecidos por la OMS en la CIE-10.

14.1 Criterios generales para el diagnóstico de la esquizofrenia

Los criterios generales establecidos en la CIE-10 para el diagnóstico de la esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica e indiferenciada son (OMS, 1992):

A. Presencia de al menos uno de los síntomas y signos listados en el apartado 1), o dos o más si son menos evidentes, o al menos dos de los síntomas y signos listados en 2), que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un periodo de un mes o más.

1) Al menos uno de los siguientes:

- a) Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos y percepciones delirantes.

- c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas acerca del enfermo, u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
- d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo y que son completamente imposibles, tales como las de identidad religioso o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).

2) O al menos dos de los siguientes:

- e) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.
- f) Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
- g) Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo y estupor.
- h) Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

B. El diagnóstico de esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maníacos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno del humor (afectivo). Si los síntomas de trastorno del humor y los esquizofrénicos se presentan juntos y con la misma intensidad, debe recurrirse al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, aun cuando los síntomas esquizofrénicos justificaran por sí solos el diagnóstico de esquizofrenia.

C. Tampoco deberá diagnosticarse una esquizofrenia en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicótropas o una abstinencia a las mismas.

14.2 Principales tipos de esquizofrenia

Los principales tipos de esquizofrenia son la esquizofrenia paranoide, la esquizofrenia hebefrénica, la esquizofrenia catatónica y la esquizofrenia indiferenciada. Los tipos de esquizofrenia diagnosticados entre las personas enfermas que han participado en la

investigación han sido tres: la esquizofrenia paranoide, la esquizofrenia hebefrénica y la esquizofrenia indiferenciada¹⁴⁷.

a) Esquizofrenia paranoide

- A. Es el tipo más frecuente de esquizofrenia en la mayor parte del mundo. En el cuadro clínico predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides, que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo y de otros trastornos de la percepción. Sin embargo, los trastornos afectivos, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos pueden ser poco llamativos.
- B. Las ideas delirantes y alucinaciones paranoides más características son las siguientes:
- a) Ideas delirantes de persecución, de referencia, de celos, genealógicas, de tener una misión especial o de transformación corporal.
 - b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes, o alucinaciones auditivas sin contenido verbal, por ejemplo, silbidos, risas o murmullos.
 - c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de otro tipo de sensaciones corporales. Pueden presentarse también alucinaciones visuales, aunque rara vez dominan.
- C. El curso de la esquizofrenia paranoide puede ser episódico, con remisiones parciales o completas, o crónico. En esta última variedad los síntomas floridos persisten durante años y es difícil distinguir episodios aislados. El comienzo tiende a ser más tardío que en las formas hebefrénica y catatónica.
- D. **Pautas para el diagnóstico.** Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia y, además, deben predominar las alucinaciones o las ideas delirantes y ser relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad y del lenguaje y los síntomas catatónicos. Normalmente las alucinaciones son del tipo descrito en b) y c). Las ideas delirantes pueden ser casi de cualquier tipo, pero las más características son las ideas delirantes de ser controlado, de influencia, de dominio y las ideas de persecución de diversos tipos.

b) Esquizofrenia hebefrénica

- A. Forma de esquizofrenia en la que los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias, y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos. La afectividad es superficial e inadecuada y se acompaña con frecuencia de risas insulsas o sonrisas absortas

¹⁴⁷ La definición y las pautas de diagnóstico de los cuatro tipos de esquizofrenia, así como de los trastornos psicóticos mencionados seguidamente, se exponen citando literalmente los criterios recogidos en la CIE-10 con ligeras modificaciones en el formato.

como de satisfacción de sí mismo, de un modo despectivo de actuar, de muecas, manierismos, burlas, quejas hipocondriacas y de frases repetitivas. El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio e incoherente. Hay una tendencia a permanecer solitario y el comportamiento carece de propósito y de resonancia afectiva. Esta forma de esquizofrenia comienza por lo general entre los 15 y los 25 años de edad y tiene un pronóstico malo por la rápida aparición de síntomas negativos, en especial de embotamiento afectivo y de abulia.

- B. Además de las alteraciones afectivas y de la voluntad, destaca el trastorno del pensamiento. Pueden aparecer alucinaciones e ideas delirantes, pero no son predominantes. Se pierden la iniciativa y la determinación, se pierde cualquier tipo de finalidad de tal forma que el comportamiento del enfermo parece errático y vacío de contenido. Además, la preocupación superficial y manierística por temas religiosos, filosóficos o abstractos puede hacer difícil al que escucha seguir el hilo del pensamiento.
- C. **Pautas para el diagnóstico.** Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. La hebefrenia se diagnosticará inicialmente únicamente en adolescentes y adultos jóvenes. Lo más característico, pero no indispensable, es que la personalidad premórbida haya sido más bien tímida y solitaria. Para un diagnóstico seguro de hebefrenia normalmente es necesario un período de dos o tres meses de observación continua para asegurarse de que persiste el comportamiento característico.

c) Esquizofrenia catatónica

- A. La característica esencial y predominante de la esquizofrenia catatónica es la presencia de trastornos psicomotores graves, que varían desde la hipercinesia al estupor o de la obediencia automática al negativismo. Durante largos períodos de tiempo pueden mantenerse posturas y actitudes rígidas y encorsetadas. Otra característica llamativa de este trastorno es la excitación intensa.
- B. **Pautas para el diagnóstico.** Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia. Pueden aparecer síntomas catatónicos aislados y transitorios en el contexto de cualquier otro tipo de esquizofrenia. Para el diagnóstico de esquizofrenia catatónica deben predominar en el cuadro clínico uno o más de los siguientes tipos de comportamiento:
 - a) Estupor (marcada disminución de la capacidad de reacción al entorno y reducción de la actividad y de los movimientos espontáneos) o mutismo.
 - b) Excitación (actividad motriz aparentemente sin sentido, insensible a los estímulos externos).
 - c) Catalepsia (adoptar y mantener voluntariamente posturas extravagantes e inadecuadas).

- d) Negativismo (resistencia aparentemente sin motivación a cualquier instrucción o intento de desplazamiento o presencia de movimientos de resistencia).
- e) Rigidez (mantenimiento de una postura rígida contra los intentos de ser desplazado).
- f) Flexibilidad cérea (mantenimiento de los miembros y del cuerpo en posturas impuestas desde el exterior).
- g) Obediencia automática (se cumplen de un modo automático las instrucciones que se le dan) y perseveración del lenguaje.

d) Esquizofrenia indiferenciada

A. Conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia, pero que no se ajustan a ninguno de los tipos anteriores, o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular. Esta categoría deberá utilizarse únicamente para los cuadros psicóticos (excluyendo, pues, a la esquizofrenia residual y a la depresión postesquizofrénica) y sólo después de haber intentado clasificar el cuadro clínico en alguna de las tres categorías precedentes.

B. Pautas para el diagnóstico:

- a) Satisfacen las pautas para el diagnóstico de esquizofrenia.
- b) No satisfacen las pautas de los tipos catatónico, hebefrénico o paranoide.
- c) No reúnen las pautas para la esquizofrenia residual o la depresión postesquizofrénica.

14.3 Psicosis diagnosticadas entre los sujetos de estudio

Las psicosis del espectro esquizofrénico diagnosticadas entre las personas enfermas que participaron en la investigación son el trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco y el trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico. La CIE-10 las define como se expone a continuación.

a) Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco

A. Trastorno en el cual los síntomas esquizofrénicos y los maníacos son destacados en el mismo episodio de enfermedad. La alteración del humor es generalmente en forma de euforia acompañada de aumento de la estimación de sí mismo e ideas de grandeza, pero a veces son más evidentes la excitación o irritabilidad, acompañadas de un comportamiento agresivo y de ideas de persecución. En ambos casos existe un aumento de la vitalidad,

hiperactividad, dificultades de concentración y una pérdida de la inhibición social normal. Pueden estar presentes ideas delirantes de referencia, de grandeza o de persecución, pero se requieren otros síntomas más típicamente esquizofrénicos para establecer el diagnóstico. El enfermo puede insistir, por ejemplo, en que sus pensamientos están siendo difundidos o interceptados, o que fuerzas extrañas están tratando de controlarlos, o puede referir oír voces de varias clases, o expresar ideas delirantes extrañas que no son sólo de grandeza o de persecución.

B. Pautas para el diagnóstico. Debe existir una exaltación marcada del humor, o una exaltación menos evidente del humor acompañada de irritabilidad o excitación. Deben hallarse claramente presentes dentro del mismo episodio, por lo menos, uno y preferiblemente dos síntomas característicos de la esquizofrenia.

b) Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico

A. Trastorno en cuyo cuadro clínico predominan ideas delirantes persistentes o recurrentes. Las ideas delirantes pueden acompañarse de alucinaciones, pero éstas no se limitan a su contenido. Pueden presentarse rasgos sugerentes de esquizofrenia, tales como alucinaciones bizarras o trastornos del pensamiento.

B. Pautas para el diagnóstico. Deben satisfacerse las pautas generales para aceptar una etiología orgánica:

- a) Evidencia de una enfermedad, lesión o disfunción cerebral o de una enfermedad sistémica de las que pueden acompañarse de uno de los síndromes mencionados.
- b) Relación temporal (semanas o pocos meses) entre el desarrollo de la enfermedad subyacente y el inicio del síndrome psicopatológico.
- c) Remisión del trastorno mental cuando mejora o remite la presunta causa subyacente.
- d) Ausencia de otra posible etiología que pudiera explicar el síndrome psicopatológico (por ejemplo, unos antecedentes familiares muy cargados o la presencia de un estrés precipitante).

Las condiciones a) y b) justifican un diagnóstico provisional, pero la certeza diagnóstica aumenta de un modo considerable si están presentes las cuatro.

Los siguientes trastornos son los que con mayor probabilidad dan lugar a los síndromes incluidos aquí: epilepsia, encefalitis límbica, enfermedad de Huntington, traumatismos craneales, neoplasias del cerebro, neoplasias extracraneales con repercusión remota sobre el sistema nervioso central (en especial carcinoma del páncreas), enfermedad vascular, lesiones o malformaciones vasculares, lupus eritematoso y otras enfermedades del colágeno, enfermedades endocrinas (en especial hipotiroidismo e hipertiroidismo, enfermedad de Cushing), trastornos metabólicos (hipoglucemia, porfiria, hipoxia), enfermedades tropicales y enfermedades parasitarias

(tripanosomiasis), efectos tóxicos de sustancias psicotropas y no psicotropas (propranolol, 1-DOPA, metil-DOPA, esteroides, antihipertensivos y antimaláricos).

Además, deberán presentarse ideas delirantes (de persecución, de transformación corporal, de celos, de enfermedad o muerte de uno mismo o de otra persona). También pueden estar presentes alucinaciones, trastornos del pensamiento o fenómenos catatónicos aislados. La conciencia y la memoria no deben estar afectadas. Este diagnóstico no deberá hacerse si la presunta relación causal orgánica no es específica o se limita a hallazgos tales como una dilatación de los ventrículos cerebrales visualizados en una tomografía axial computarizada o por signos neurológicos menores ("blandos").

15. Curso y pronóstico

La enfermedad suele comenzar con una **fase prodrómica** de una duración variable que puede llegar a ser de varios años, y cuyos síntomas son retraimiento social, descuido en la higiene y la imagen personal, pobreza afectiva, ideación extraña, experiencias perceptivas anormales, falta de iniciativa y baja vitalidad. La fase prodrómica es seguida por la **fase activa** o **aguda** en la que aparecen los síntomas psicóticos, alucinaciones, ideas delirantes y alteraciones en la conducta que alarman a los familiares y los lleva a buscar la atención médica del enfermo. La siguiente fase, la **fase residual**, es similar a la fase prodrómica, si bien los déficits cognitivos y afectivos se muestran agravados y, dependiendo de los casos, pueden persistir síntomas psicóticos con una intensidad menor que en la fase aguda.

La evolución de la esquizofrenia presenta una gran variabilidad y depende de factores intrínsecos y extrínsecos a la enfermedad. Entre los factores que favorecen un buen pronóstico se hallan inicio a una edad tardía, comienzo agudo, presencia de estresores precipitantes, predominio de síntomas positivos, presencia de síntomas depresivos, ausencia de antecedentes familiares, buen funcionamiento social antes de la aparición de la enfermedad, buen nivel intelectual, buena atención médica, buena red social de apoyo y buena inserción laboral.

Por el contrario, los factores asociados a un mal pronóstico son inicio a una edad temprana, comienzo insidioso, ausencia de estresores desencadenantes, presencia de síntomas negativos marcados en el primer episodio agudo, existencia de antecedentes familiares, bajo funcionamiento social premórbido, baja capacidad intelectual, ausencia de conciencia de enfermedad, red social de apoyo deficiente, discriminación social, aislamiento social, desempleo, atención médica inexistente o deficiente y mala adherencia al tratamiento médico.

A modo general, se estima que el porcentaje de enfermos que logran sanar, oscila entre el 10 y el 20%. La mayoría, entre el 40 y el 60% de las personas enfermas, presenta un *curso fluctuante o recurrente con síntomas residuales estables* donde los síntomas

psicóticos se manifiestan en forma de crisis episódicas o *exacerbaciones agudas* cuya frecuencia y duración son impredecibles, aunque, en ocasiones, son desencadenadas por factores estresantes. La aparición de estas crisis viene precedida por cambios en el pensamiento, la emocionalidad y la conducta que son percibidos por los familiares y también por los propios enfermos. El resto de los enfermos esquizofrénicos presenta un *curso crónico estable* en el que se produce un deterioro lento y progresivo que les va sumiendo en un mayor grado de aislamiento social, pérdida de motivación e inactividad.

16. Diagnósticos de las personas enfermas participantes en la investigación

Personas enfermas que participan en la investigación

Nombre	Diagnóstico CIE-10	Año Nacimiento	Edad Inicio Padecimiento
Esperanza	Trastorno Esquizoafectivo de tipo Maníaco	1967	29
Lorena	Trastorno Esquizoafectivo de tipo Maníaco	1975	28
Natalia	Trastorno Esquizofreniforme Orgánico	1972	29
Esther	Esquizofrenia Paranoide	1958	23
Miguel	Esquizofrenia Paranoide	1957	33
Teresa	Esquizofrenia Paranoide	1957	28
Lucía	Esquizofrenia Indiferenciada	1983	26
Carlos	Esquizofrenia Paranoide	1982	20
Sofía	Esquizofrenia Paranoide	1970	22
Adela	Esquizofrenia Paranoide	1977	28
Marcos	Trastorno Esquizofreniforme Orgánico (sanado)	1966	40

La enfermedad psicótica con mayor presencia entre los hombres y las mujeres enfermos que participan en la investigación es la Esquizofrenia Paranoide —6 casos: Esther,

Miguel, Teresa, Carlos, Sofía y Adela—, seguida del Trastorno Esquizoafectivo de tipo Maníaco —2 casos: Esperanza y Lorena—, el Trastorno de Ideas Delirantes (Esquizofreniforme) Orgánico —2 casos: Natalia y Marcos— y la Esquizofrenia Indiferenciada —1 caso: Lucía—.

Capítulo 15

Fármacos utilizados en el tratamiento psiquiátrico de la esquizofrenia y otras psicosis

La acción terapéutica de los psicofármacos se basa en su capacidad de manipular la comunicación neuronal del sistema nervioso debido a que la transmisión de los impulsos nerviosos entre las neuronas es mayoritariamente de naturaleza química, es decir, se realiza mediante la interacción de moléculas transmisoras y receptoras. Los psicofármacos actúan facilitando o inhibiendo la sinapsis química, de modo que los psicofármacos que facilitan los efectos de un determinado neurotransmisor, son **agonistas** de dicho neurotransmisor, y los que inhiben sus efectos, son **antagonistas**. Más concretamente, los psicofármacos pueden actuar sobre (1) la síntesis y el almacenamiento del neurotransmisor, (2) su liberación, (3) los procesos de recaptación y (4) degradación enzimática, aunque su acción fundamental se centra en (5) los receptores postsinápticos y (6) los receptores presinápticos: autorreceptores y receptores de las neuronas que tienen conexiones axoaxónicas con la neurona que ha liberado el neurotransmisor.

En San Felipe Usila, los hombres y las mujeres que padecieron o padecen esquizofrenia fueron y son tratados con diversos medicamentos prescritos en las instancias psiquiátricas a las que recurrieron y recurren, casi siempre, el Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur” de los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO). Los medicamentos prescritos por los médicos psiquiatras pertenecen a cinco clases de fármacos:

1. Fármacos antipsicóticos
2. Estabilizadores del ánimo
3. Ansiolíticos e hipnóticos
4. Anticolinérgicos puros
5. Antidepresivos ISRS

17. Fármacos antipsicóticos

Los antipsicóticos son una familia de fármacos utilizados en el tratamiento de la esquizofrenia, las psicosis del espectro esquizofrénico y las psicosis orgánicas y tóxicas, aunque también son indicados en el tratamiento de otros trastornos que presentan delirios y alucinaciones, como las demencias seniles. Los antipsicóticos se clasifican en dos grandes grupos: **antipsicóticos típicos o clásicos** y **antipsicóticos atípicos**, que, a su vez, se subdividen en diferentes subgrupos en función de su estructura química.

Clasificación de los principales antipsicóticos
Antipsicóticos típicos
1. Fenotiazinas <ul style="list-style-type: none">- Fenotiazinas alifáticas: clorpromazina, trifluopromazina y levomepromazina- Piperidinas: tioridazina, metopimazina y pipotiazina<ul style="list-style-type: none">Preparados depot: undecilenato y palmitato de pipotiazina- Piperazinas: flufenazina, perfenazina y trifluoperazina<ul style="list-style-type: none">Preparados depot: enantato y decanoato de flufenazina y enantato de perfenazina
2. Tioxantenos: clorprotixeno, tiotixeno, zuclopentixol y flupentixol <ul style="list-style-type: none">Preparados depot: acetato y decanoato de zuclopentixol y decanoato de flupentixol
3. Butirofenonas: haloperidol y droperidol <ul style="list-style-type: none">Preparados depot: decanoato de haloperidol
4. Difenilbutilpiperidinas: pimozida
5. Dibenzoxazepina: loxapina
6. Dibenzotiepina: clotiapina
Antipsicóticos atípicos
1. Benzamidas: sulpirida, tiaprida, cacloprida y amisulpirida
2. Derivados de indol: sertindol y ziprasidona
3. Dibenzodiazepinas: clozapina y olanzapina
4. Dibenzotiazepinas: quetiapina y metiapina
5. Benzisoxazol: risperidona
6. Dihidroquinolinonas: aripiprazol

Fuente: Adaptado de Flórez (2008) y Gibert-Rahola y Micó (2009)

17.1 Antipsicóticos típicos

El primer fármaco antipsicótico introducido en la terapéutica de la esquizofrenia fue la clorpromazina en 1952, marcando el inicio de la síntesis y comercialización de una serie de antipsicóticos conocidos como antipsicóticos típicos. Estos antipsicóticos se caracterizan por su eficacia sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia y la prevención de recaídas, por mejorar levemente o nada los síntomas negativos y cognitivos, y por causar hiperprolactinemia y graves efectos adversos extrapiramidales.

a) Mecanismos de acción

Los antipsicóticos típicos actúan como antagonistas en cuatro sistemas de receptores de neurotransmisores en el sistema nervioso central: los receptores dopaminérgicos D₁, D₂, D₃ y D₄, los receptores adrenérgicos α_1 y α_2 , los receptores colinérgicos muscarínicos M₁ y los receptores histaminérgicos H₁. No obstante, los principales efectos terapéuticos y adversos se deben a su elevada afinidad por los receptores dopaminérgicos D₂.

La acción terapéutica sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia se basa en la capacidad de bloquear los receptores dopaminérgicos D₂ en la vía mesolímbica. Este efecto antipsicótico viene acompañado por un efecto neuroléptico. El bloqueo de los receptores D₂ en las vías mesocortical y mesolímbica, sumado al bloqueo de receptores α -adrenérgicos y colinérgicos en el sistema nervioso autónomo, disminuye la capacidad de reacción conductual y emocional ante los estímulos externos, produciendo una *desafrentización sensorial* o estado de indiferencia relativa hacia el entorno, aunque sigue habiendo reacción ante estímulos intensos. En contrapartida, esta capacidad de modular la respuesta conductual y emocional ante los estímulos externos tiene un efecto terapéutico: permite disminuir la irritabilidad y la agresividad como mecanismos de reacción ante sucesos desagradables, e inducir una pauta de conducta más tendente a evaluar lo que va a suceder con anticipación y a buscar la gratificación.

b) Efectos adversos cognitivos

El antagonismo sobre los receptores dopaminérgicos D₂ en la vía mesocortical, junto con el antagonismo sobre los receptores colinérgicos muscarínicos M₁ y los receptores histaminérgicos H₁, causa efectos adversos cognitivos: sedación, confusión, dificultades de concentración, alteraciones de la memoria, lentitud de razonamiento, delirios. Estos efectos adversos se presentan con mayor intensidad en la fase inicial del tratamiento y, al cabo de un tiempo, se vuelven más moderados.

c) Efectos adversos neuroendocrinos y sexuales

El bloqueo dopaminérgico D₂ en la vía tuberoinfundibular provoca efectos adversos neuroendocrinos y sexuales al afectar al funcionamiento de la hipófisis. El aumento de la

secreción de prolactina y la disminución de la producción de hormonas hipofisarias generan amenorrea, galactorrea, ginecomastia, irregularidades menstruales, infertilidad, disminución de la densidad ósea, disminución de la libido, disfunción eréctil, anorgasmia.

d) Efectos adversos extrapiramidales

Los efectos adversos más graves son los causados por un bloqueo excesivo de los receptores dopaminérgicos D₂ en la vía nigroestriada¹⁴⁸, los denominados efectos adversos extrapiramidales. Son efectos neuromusculares involuntarios que tienen un inicio agudo —el parkinsonismo, la distonía, la acatisia— o un inicio tardío —la discinesia tardía, la distonía tardía, la acatisia tardía—, y muchas veces ocasionan que el enfermo abandone el tratamiento.

El *parkinsonismo* presenta los mismos síntomas que la enfermedad de Parkinson: rigidez muscular, temblores en reposo, marcha con arrastre de los pies, postura inclinada, acinesia, bradicinesia, salivación, falta de expresión facial. La *distonía aguda* es una contracción muscular dolorosa sostenida o intermitente que puede causar movimientos repetitivos, posturas anormales o ambos, y se manifiesta de forma focal o generalizada. Generalmente, afecta a la lengua, la mandíbula, el cuello y la espalda. La *acatisia* es una sensación subjetiva de inquietud motora que lleva al enfermo a moverse continuamente: cambiar de lugar y de postura, levantarse y sentarse en forma reiterada, cruzar y extender las piernas, dar largos paseos, acostarse y levantarse inmediatamente sin poder descansar, etc.

La *discinesia tardía* aparece tras varios meses o años de tratamiento y, al contrario de los que sucede con las reacciones extrapiramidales agudas, empeora al reducir o suspender el antipsicótico. Los síntomas son movimientos involuntarios y repetitivos que afectan la musculatura bucolingual, el rostro, el cuello, el tronco y las extremidades.

e) Otros efectos adversos

Otros efectos adversos asociados al antagonismo sobre los receptores α_1 -adrenérgicos son hipotensión ortostática o postural, reacciones cardiovasculares —taquicardia refleja, arritmias—, mareos, sedación. El antagonismo sobre los receptores α_2 -adrenérgicos causa eyaculación retrógrada y priapismo. Los efectos anticolinérgicos M₁ son sequedad de boca, visión borrosa, náuseas, vómitos, retención urinaria, estreñimiento, somnolencia y reacciones cardiovasculares —taquicardia sinusal, arritmias—. El antagonismo sobre los receptores histamínicos H₁ ocasiona somnolencia, aumento de peso e incrementa el riesgo de diabetes.

¹⁴⁸ El intervalo adecuado para que los antipsicóticos típicos actúen con eficacia antipsicótica sin provocar efectos adversos extrapiramidales está entre el 65 y el 80% de ocupación de los receptores dopaminérgicos D₂.

f) Antipsicóticos típicos utilizados entre los enfermos usileños

Los antipsicóticos típicos utilizados, actualmente o en el pasado, en el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis entre las personas enfermas de San Felipe Usila son el haloperidol, el decanoato de haloperidol, el zuclopentixol, el decanoato de zuclopentixol, el decanoato de flupentixol, la trifluoperazina y la perfenazina.

El **haloperidol** y su variante depot¹⁴⁹, el **decanoato de haloperidol**, son butirofenonas que presentan una afinidad muy elevada por los receptores dopaminérgicos D₂, D₃ y D₄, una afinidad elevada por los receptores dopaminérgicos D₁ y una baja afinidad por los receptores muscarínicos, α -adrenérgicos e histaminérgicos. Por ello, aunque a dosis elevadas causan hiperprolactinemia y efectos adversos extrapiramidales, producen escasos efectos adversos anticolinérgicos, antiadrenérgicos y antihistamínicos.

El **zuclopentixol** y el **decanoato de zuclopentixol** son tioxantenos que tienen una afinidad muy elevada por los receptores dopaminérgicos D₁, una afinidad elevada por los receptores dopaminérgicos D₂, una afinidad moderada por los receptores α_1 -adrenérgicos y los receptores serotoninérgicos 5-HT₂ y una baja afinidad por los receptores histaminérgicos H₁. Las reacciones adversas más frecuentes son efectos adversos extrapiramidales, alteración de la marcha, somnolencia, fatiga, dolor de cabeza, trastornos de la atención, alteraciones de la memoria, estreñimiento, diarrea, dispepsia, retención de la orina, aumento de peso.

El **decanoato de flupentixol** es un tioxanteno que tiene una alta afinidad por los receptores dopaminérgicos D₁ y D₂, los receptores α_1 -adrenérgicos y los receptores serotoninérgicos 5-HT₂ y una baja afinidad por los receptores histaminérgicos. Las reacciones adversas más frecuentes son ciertos efectos extrapiramidales —disonía, acatisia, hipocinesia, temblor—, somnolencia, mareos, sequedad bucal, aumento de peso, taquicardia, retención urinaria.

La **trifluoperazina** es una piperazina que presenta una elevada afinidad por los receptores dopaminérgicos D₁, D₂ y D₄, los receptores α_1 -adrenérgicos y los receptores serotoninérgicos 5-HT₂, una afinidad moderada por los receptores histaminérgicos H₁ y una baja afinidad por los receptores muscarínicos M₁ y los receptores α_2 -adrenérgicos. Sus principales reacciones son efectos adversos extrapiramidales, hipotensión ortostática, taquicardia, galactorrea y aumento de peso.

La **perfenazina** también es una piperazina con un elevado antagonismo por los receptores dopaminérgicos D₁ y D₂, los receptores α_1 -adrenérgicos, los receptores histaminérgicos H₁ y los receptores serotoninérgicos 5-HT₂, un antagonismo moderado por los receptores α_2 -adrenérgicos y un bajo antagonismo por los receptores muscarínicos M₁. Entre los principales efectos adversos provocados por la perfenazina se encuentran efectos

¹⁴⁹ Los antipsicóticos depot son antipsicóticos de liberación prolongada que se aplican por vía intramuscular a enfermos reticentes a tomar tratamientos orales. La dosis suele inyectarse, según el fármaco y la duración de su efecto antipsicótico en la persona enferma, cada dos a cuatro semanas.

adversos extrapiramidales, somnolencia, sedación, taquicardia, galactorrea y aumento de peso.

17.2 Antipsicóticos atípicos

La aparición de la clozapina en 1989 supuso el comienzo de una nueva generación de antipsicóticos denominados antipsicóticos atípicos. Estos antipsicóticos poseen una eficacia similar a la de los típicos en los síntomas positivos, presentan mayor eficacia sobre los síntomas negativos y cognitivos, menor tendencia a provocar reacciones extrapiramidales y a incrementar la secreción de prolactina, aunque su efectividad se ve limitada debido a sus efectos adversos hematológicos y metabólicos.

a) Mecanismos de acción

Los antipsicóticos atípicos actúan como antagonistas sobre los mismos sistemas de receptores de neurotransmisores que los antipsicóticos típicos: los receptores dopaminérgicos D_1 , D_2 , D_3 y D_4 , los receptores adrenérgicos α_1 y α_2 , los receptores colinérgicos muscarínicos M_1 y los receptores histaminérgicos H_1 . La diferencia es que, además, muestran una elevada afinidad por los receptores serotoninérgicos, siendo las más relevantes el antagonismo sobre los receptores $5-HT_{2A}$ y el agonismo parcial sobre los receptores $5-HT_{1A}$.

La mayoría de los antipsicóticos atípicos, al contrario que los típicos, muestran una afinidad por los receptores dopaminérgicos D_2 menor que la dopamina, de modo que se disocian muy rápidamente de los receptores dopaminérgicos D_2 , permitiendo la función dopaminérgica fisiológica, impidiendo la hiperactividad patológica de dichos receptores, y disminuyendo la incidencia de efectos adversos extrapiramidales y de hiperprolactinemia.

El antagonismo sobre los receptores $5-HT_{2A}$ complementa el antagonismo sobre los receptores dopaminérgicos D_2 , de manera que se mantiene o se mejora la acción antipsicótica disminuyendo la necesidad de niveles elevados de ocupación de receptores dopaminérgicos D_2 , lo que reduce el riesgo de provocar efectos adversos extrapiramidales. El bloqueo de los receptores $5-HT_{2A}$ incrementa los niveles de dopamina en las vías mesocortical, nigroestriada y tuberoinfundibular, compensando el bloqueo sobre receptores dopaminérgicos D_2 , lo que produce una mejoría en los síntomas positivos y negativos, y disminuye el riesgo de provocar efectos adversos extrapiramidales y efectos adversos neuroendocrinos y sexuales asociados al aumento de la prolactina y la disminución de la secreción de las hormonas hipofisarias.

Varios antipsicóticos atípicos actúan como agonistas parciales de los receptores serotoninérgicos $5-HT_{1A}$, es decir, la activación de los receptores $5-HT_{1A}$ depende de la dosis del antipsicótico y del nivel de actividad de las neuronas serotoninérgicas. La estimulación de los receptores $5-HT_{1A}$ inhibe la liberación de dopamina en las neuronas del cuerpo

estriado y el sistema límbico, mientras que aumenta la liberación de dopamina en las neuronas de la corteza prefrontal. La activación de la vía dopaminérgica mesocortical y, por ende, la activación metabólica de la corteza prefrontal, produce una mejoría en los síntomas negativos y cognitivos de la esquizofrenia. Asimismo, el agonismo parcial sobre los receptores 5-HT_{1A} tiene un efecto beneficioso sobre la depresión y la ansiedad.

Entonces, la acción terapéutica de los antipsicóticos atípicos se fundamenta en la combinación del antagonismo sobre los receptores dopaminérgicos D₂ y los receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A}, una elevada velocidad de disociación de los receptores dopaminérgicos D₂ y el agonismo parcial sobre los receptores serotoninérgicos 5-HT_{1A}. El resultado es que se produce una mejoría en los síntomas positivos, los síntomas negativos, los síntomas cognitivos, la depresión y la ansiedad, una reducción de los comportamientos hostiles y agresivos, al mismo tiempo que disminuyen los efectos adversos extrapiramidales, neuroendocrinos y sexuales. Se puede, por tanto, administrar dosis más altas con menor riesgo de reacciones adversas, lo que aumenta la eficacia terapéutica a la vez que el cumplimiento terapéutico de los pacientes.

b) Efectos adversos

Si el riesgo de que aparezcan efectos adversos extrapiramidales, neuroendocrinos y sexuales en los antipsicóticos atípicos es menor, siguen presentando los efectos adversos provocados por el antagonismo sobre los receptores α -adrenérgicos, los receptores colinérgicos muscarínicos M₁ y los receptores histaminérgicos H₁. Sin embargo, los efectos adversos que más limitan su acción terapéutica, son de tipo hematológico y metabólico.

El principal **efecto adverso hematológico** es la agranulocitosis —recuento de neutrófilos por debajo de 500 células/mm³—, enfermedad mortal en un 30% de los casos, aunque es muy poco frecuente. Los **efectos adversos metabólicos**, causados por el antagonismo histaminérgico y serotoninérgico, son el aumento de peso y las alteraciones en el metabolismo de la glucosa —hiperglucemia— y los lípidos. La prevalencia de diabetes tipo II en los pacientes esquizofrénicos tratados con antipsicóticos atípicos es tres veces superior en comparación con el resto de la población.

c) Antipsicóticos atípicos utilizados entre los enfermos usuales

Los antipsicóticos atípicos empleados, en la actualidad o en el pasado, en el tratamiento de la esquizofrenia entre los enfermos de San Felipe Usila son la risperidona, la quetiapina y el aripiprazol.

La **risperidona** es un derivado benzisoxazol que presenta una afinidad muy alta por los receptores dopaminérgicos D₂ y los receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A}, una afinidad alta por los receptores dopaminérgicos D₄ y los receptores α ₁-adrenérgicos, una afinidad moderada por los receptores D₃ y los receptores α ₂-adrenérgicos, y una baja afinidad por los receptores dopaminérgicos D₁ y los receptores histaminérgicos H₁.

Al igual que en el caso de los antipsicóticos típicos, su afinidad por los receptores dopaminérgicos D₂ es mayor que la dopamina, esto es, su velocidad de disociación del receptor dopaminérgico D₂ es más lenta que la de la dopamina, lo que explica que, a dosis superiores a 8 mg diarios, aumente el riesgo de efectos adversos extrapiramidales y efectos adversos neuroendocrinos y sexuales asociados a la hiperprolactinemia. Otros efectos adversos frecuentes son fatiga, sedación, cefalea, mareos, hipotensión ortostática, problemas de acomodación, palpitaciones, taquicardia, dispepsia y, en un grado medio, aumento de peso e hiperglucemia.

La **quetiapina** es una dibenzotiazepina que muestra una alta afinidad por los receptores α₁-adrenérgicos, una afinidad moderada por los receptores histaminérgicos H₁ y una baja afinidad por los receptores dopaminérgicos D₂ y los receptores serotoninérgicos 5-HT_{1A} y 5-HT_{2A}, siendo la afinidad por los receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A} mayor que por los receptores dopaminérgicos D₂.

La quetiapina es un antipsicótico con escasa capacidad de inducir efectos adversos extrapiramidales y elevar los niveles de prolactina. Los efectos adversos más recurrentes son somnolencia, sedación, cefalea, mareos, hipotensión ortostática, una disminución leve de las hormonas tiroideas T₄ y, en un grado moderado, aumento de peso e hiperglucemia.

El **aripiprazol** es una dihidroquinolinona que actúa como agonista parcial de los receptores D₂, D₃ y 5-HT_{1A}, mostrando una afinidad muy elevada por los receptores dopaminérgicos D₂ y D₃ y una afinidad elevada por los receptores serotoninérgicos 5-HT_{1A}. Esto quiere decir que actuará como agonista o antagonista en función del nivel de dopamina y serotonina en el entorno de los respectivos receptores. También actúa como antagonista de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A} con una afinidad moderada y con una afinidad baja sobre los receptores α₁-adrenérgicos y los receptores histaminérgicos H₁.

La incidencia de efectos adversos extrapiramidales e hiperprolactinemia en los tratamientos con aripiprazol es muy baja, así como el aumento de peso y las alteraciones en el metabolismo de la glucosa y los lípidos. Las reacciones adversas más frecuentes son cefalea, insomnio, agitación y ansiedad.

18. Fármacos complementarios

Los fármacos prescritos por los psiquiatras del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur” de Oaxaca que complementan la acción terapéutica de los antipsicóticos, se clasifican en cuatro grupos:

1. Estabilizadores del estado de ánimo
2. Ansiolíticos e hipnóticos
3. Anticolinérgicos puros

4. Antidepresivos ISRS

18.1 Estabilizadores del estado de ánimo

Los estabilizadores del estado de ánimo son fármacos utilizados para prevenir los cambios bruscos en el estado de ánimo en el trastorno bipolar —episodios de manía y depresión—, trastornos esquizoafectivos y ciertos trastornos depresivos, pero también son indicados para controlar las conductas de agitación, impulsividad, irritabilidad y agresividad que a menudo aparecen en las personas que padecen esquizofrenia y otras psicosis.

La carbamazepina, el valproato de magnesio y el valproato semisódico son los fármacos prescritos como estabilizadores del ánimo entre los pacientes de San Felipe Usila. Todos ellos son antiepilépticos y su acción terapéutica en el tratamiento de los trastornos esquizofrénicos y psicóticos está relacionada con el incremento de los niveles del ácido γ -aminobutírico (GABA), neurotransmisor que inhibe la actividad dopaminérgica en el sistema nervioso central.

La **carbamazepina** es un iminoestilbeno que se puede utilizar como complemento del antipsicótico en el tratamiento de la esquizofrenia debido a su efecto estabilizador en el estado de ánimo y al control de la agitación y las conductas agresivas. Su mecanismo de acción se basaría en su capacidad de incrementar los receptores GABA_B en el hipocampo y aumentar la liberación de GABA. Las reacciones adversas más frecuentes son náuseas, cefalea, mareo, somnolencia, diplopía e incoordinación motora —ataxia—.

El **valproato** es una sal obtenida a partir del ácido valproico, un ácido graso carboxílico de cadena simple utilizado como complemento de los fármacos antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia debido a su efecto estabilizador del ánimo y a la mejoría en el tratamiento de síntomas positivos y negativos. El mecanismo de acción del valproato no es bien conocido, pero es más amplio que el de la carbamazepina y estaría relacionado con su capacidad de incrementar las concentraciones de ácido γ -aminobutírico (GABA) al activar su síntesis, inhibir su catabolismo, incrementar su liberación y aumentar la respuesta neuronal al GABA. Los principales efectos adversos del valproato son molestias gastrointestinales —dispepsia, vómitos, diarrea—, pérdida de pelo, temblor, sedación, aumento del apetito y aumento de peso.

18.2 Ansiolíticos e hipnóticos

El **clonazepam** y, en algunas ocasiones, el **lorazepam** y el **alprazolam** son las benzodiazepinas que los psiquiatras del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur” de Oaxaca prescribieron o prescriben a muchos de los enfermos usileños con la indicación de que

sean tomadas por la noche. Aunque son utilizados como hipnóticos o inductores del sueño, también ejercen una acción terapéutica reduciendo los niveles de ansiedad, agresividad y agitación.

La acción sedante-hipnótica de las benzodiazepinas se fundamenta en su capacidad de incrementar la actividad inhibitoria gabaérgica en el sistema límbico, sobre todo, en el hipocampo y la amígdala, dos estructuras muy importantes en la patología de la ansiedad y el insomnio. Las benzodiazepinas se fijan en determinados sitios de los receptores GABA_A induciendo una modulación alostérica, es decir, una modificación de la disposición estructural del receptor, que potencia la apertura del canal iónico de Cl⁻ activado por el neurotransmisor GABA. La entrada de iones Cl⁻ en el interior de la neurona hace que se vuelva menos susceptible a los potenciales excitadores debido a la hiperpolarización de la membrana, generándose así un estado de inhibición neuronal.

Las principales reacciones adversas son sedación excesiva, somnolencia, disminución de la capacidad de generar respuestas verbales o motoras a estímulos que requieren acciones rápidas, y, en menor frecuencia, disartria, incoordinación motora, incapacidad de coordinar movimientos finos, desorientación y amnesia anterógrada. También pueden ocasionar un efecto depresor en el estado de ánimo, haciendo que los pacientes se sientan con menor energía y vitalidad.

Las benzodiazepinas también tienen el inconveniente de que causan dependencia psicológica y física, de forma que la suspensión del tratamiento provoca la aparición de un síndrome de abstinencia caracterizado por ansiedad creciente, insomnio, irritabilidad, temblor, cefalea, mareos, aturdimiento, confusión, alteraciones somáticas —palpitaciones, hiperventilación, intestino irritable— y alteraciones sensoriales que, en algunos casos, pueden llevar a cuadros psicóticos con delirios, alucinaciones, confusión y convulsiones. Las benzodiazepinas de semivida larga, como el clonazepam, generan un grado de dependencia menor, y los síntomas del síndrome de abstinencia tardan más tiempo en aparecer, duran más tiempo y son menos intensos que los provocados por las benzodiazepinas de semivida corta, como el alprazolam y el lorazepam.

18.3 Anticolinérgicos puros

El bloqueo de los receptores dopaminérgicos en la vía nigroestriada inducido por los antipsicóticos, especialmente por los típicos, provoca efectos adversos extrapiramidales que, entre los pacientes usuales, son controlados con el biperideno y, en un caso, con el trihexifenidilo. Ambos pertenecen al grupo de los fármacos anticolinérgicos puros, que presentan una elevada afinidad por los receptores colinérgicos del sistema nervioso central, sobre todo, por los muscarínicos.

El cuerpo neostriado —núcleo caudado y putamen— tiene una importante función reguladora sobre la información que desde la corteza cerebral —áreas prefrontales, motoras y somatosensoriales— se envía hacia las neuronas motoras de la médula espinal.

Una parte de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra proyecta hacia neuronas colinérgicas en el núcleo caudado y el putamen, interneuronas que conectan la vía aferente dopaminérgica nigroestriada con las tres vías eferentes gabaérgicas que salen del cuerpo neostriado. Una de ellas, la vía eferente indirecta, proyecta la información hacia el tálamo y la corteza cerebral a través de la parte interna del globo pálido y la zona reticular de la sustancia negra tras una conexión intermedia en el núcleo subtalámico, formando un circuito que tiene una función inhibitoria cortical. La hipoactividad dopaminérgica repercute en una hiperactividad colinérgica en el caudado-putamen que, a su vez, disminuye la función inhibitoria del circuito, provocando efectos extrapiramidales. Estas reacciones adversas mejoran cuando los receptores colinérgicos en el cuerpo neostriado son bloqueados, ya que disminuye la actividad colinérgica y aumenta la actividad inhibitoria gabaérgica sobre el circuito.

El **trihexifenidilo** actúa como antagonista de la acetilcolina y otros agonistas que compiten por un punto de unión común en los receptores muscarínicos. El **biperideno** actúa análogamente al trihexifenidilo, pero mostrando una mayor capacidad de bloquear los receptores nicotínicos. Entre sus efectos adversos más frecuentes, se hallan confusión, alteraciones de la memoria, inquietud, irritabilidad, disminución de las secreciones bronquiales, disminución de la salivación causando sequedad de boca, disminución de la producción de sudor, estreñimiento, retención urinaria.

18.4 Antidepresivos ISRS

Los psiquiatras del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur” de Oaxaca prescribieron **fluoxetina** y **sertralina** a dos pacientes usileñas de forma temporal por mostrar síntomas depresivos. Otra mujer, siguiendo la indicación del psiquiatra que la atiende de manera privada, toma **fluvoxamina** para tratar los síntomas obsesivo compulsivos que padece junto con la esquizofrenia. Los tres fármacos son antidepresivos pertenecientes al grupo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Los antidepresivos basan su acción terapéutica en su capacidad de regular los sistemas de neurotransmisión monoaminérgicos, incrementando los niveles de serotonina, noradrenalina y dopamina en diversas regiones encefálicas: el hipocampo, la amígdala, la corteza prefrontal, el hipotálamo, el núcleo *accumbens*, el área tegmental ventral, que intervienen en la regulación de la cognición, la memoria ejecutiva, el estado de ánimo, la emocionalidad, la motivación, el sueño, el apetito, la libido, todas ellas funciones afectadas en los trastornos depresivos.

El mecanismo de acción de la fluoxetina, la sertralina y la fluvoxamina se centra en inhibir la recaptación de serotonina. La inhibición de la recaptación, con el consiguiente incremento del nivel de serotonina en el espacio sináptico, activa los receptores serotoninérgicos 5-HT_{1A} y 5-HT_{1B}, autorreceptores situados en el soma de la neurona presináptica, y 5-HT_{1D}, autorreceptores ubicados en la terminal presináptica, inhibiendo la

liberación de serotonina y la actividad de las neuronas serotoninérgicas. Al cabo de un tiempo, se produce una desensibilización de los receptores 5-HT₁ que promueve la liberación de serotonina, y también una desensibilización de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{2A} que, al hallarse en las neuronas noradrenérgicas funcionando como receptores inhibidores, aumenta la liberación de noradrenalina. El incremento de los niveles de serotonina y noradrenalina en los sistemas neurotransmisores del sistema nervioso central tiene un efecto antidepresivo.

Los efectos adversos más frecuentes son cefalea, insomnio, nerviosismo, molestias gastrointestinales, como náuseas, dispepsia, diarrea, y disfunciones sexuales en forma de disminución de la libido, impotencia, disminución de la eyaculación, anorgasmia. Otras reacciones adversas pueden aparecer cuando se suspende el tratamiento: sensación de desequilibrio, náuseas, vómitos, insomnio, ansiedad, agitación, irritabilidad, llanto.

Cuarta Parte

**La visión usileña:
el padecimiento mental de la
esquizofrenia y otras psicosis**

Capítulo 16

Las enfermedades de la mente y el espíritu

En la cultura usileña, las enfermedades que afectan a la cabeza o la mente y al espíritu son la locura, el ataque, el susto o espanto y el mal de ojo, aunque las alteraciones de la mente y el espíritu siempre se proyectan sobre el cuerpo de la persona en forma de síntomas y malestares orgánicos. Si bien los evangélicos y los testigos de Jehová conocen el susto y el mal de ojo, mayormente no creen en estas enfermedades debido a que sus iglesias las consideran supersticiones propias de quienes no tienen una verdadera fe en Dios, además de que acusan a los curadores tradicionales de practicar la brujería y estar en comunicación con espíritus malignos.

1. La locura

El término chinanteco que hace referencia a una persona mentalmente enferma es *ηο^{43j3}*, que se traduce como “loco” o persona que “está mal de la cabeza”¹⁵⁰, y en esta categoría están incluidas las personas que padecen esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Los usileños identifican que la locura es una enfermedad causada por un mal funcionamiento del cerebro. Esta alteración cerebral puede deberse a diversas causas: puede ser congénita, puede aparecer tras recibir un fuerte golpe en la cabeza, puede tener un origen psicosomático o un origen sobrenatural.

¹⁵⁰ Entre los familiares que cuidaban a las personas que padecían un trastorno psicótico, solamente algunos conocían el nombre psiquiátrico de la enfermedad: el hijo de Teresa, la madre de Carlos, el esposo y los hijos de Sofía. En los tres casos, los enfermos padecían esquizofrenia, y los cuidadores mencionados también conocían el tipo de esquizofrenia de su familiar enfermo. Un hecho a tener en cuenta es que todos ellos hablaban perfectamente el español debido a su grado de escolarización y/o a haber trabajado o estar trabajando en la ciudad o en una institución escolar de la localidad —esposo de Sofía—.

El origen de la locura puede residir en vivencias problemáticas que desatan “los nervios”, es decir, que provocan situaciones personales de gran estrés psicoemocional. Cuando la persona no es capaz de tomar conciencia y racionalizar el origen de su gran malestar, cuando no tiene la claridad y la fortaleza suficientes para superar el problema que está viviendo, llega un momento en que la mente no aguanta más y la persona acaba perdiendo la cordura y volviéndose loca. Don Álvaro, un hombre católico, lo describe como sigue:

Cuando los hombres, ¿no?, o sea, piensan mucho, sí, le piensan, o sea, cuando uno no estaba acostumbrado de pensar mucho, pues, o sea, no aguanta, cómo se llama, los nervios, cómo se llama, en la cabeza, ¿no? No aguanta eso, el trancazo de uno cuando piensa mucho, pues, o alguien que pasó, ahí es donde uno, sí, le pierde, le pierde la mente, sí. Por lo mismo, así los hombres, así las mujeres cuando no... Por eso alguno se ha matado así también cuando los trancazos, pues, que le da, o sea, algún problema que tiene en su casa. Ahí empieza la locura, pues, sí.

[...] Pero algunos que no, están resentidos, siempre la mente, ¿no?, se están pensando, sí, están pensando cómo se va a hacer, cómo se va a lograr el problema, cómo, sí. Ahí es donde uno, o sea, empieza a enfermar, sí, empiezan los nervios, empieza el susto.

Cuando dice que empiezan los nervios, ¿los nervios qué son?

Los nervios eso no lo puede uno ver, los nervios son el miedo, sí, eso, el miedo de que, bueno, cuando hoy hago, empieza hasta la mente, viene otro hasta la mente, o sea, eso ya no, cómo le diré, de que ya no le llega cerca ese problema, pues, sino ya se le meten hasta la mente, ¿no?, de que mira, sí. Bueno, así son la gente, ¿no?, lo que han visto.

En unos términos similares lo explica don Leandro, un hombre evangélico:

A veces, pues yo creo, a veces, uno como ser humano, ¿no?, tiene sus problemas ¿no? Sí, a veces, hay problemas muy fuertes, pues, en la familia. A veces, se carga uno, pues, de muchos problemas, ya no encuentra salida, se complican las situaciones. Entonces, empieza, yo creo, empieza, cómo se llama, esa persona empieza a tener conflictos dentro de sí mismo, ajá, con tantos problemas que tiene alrededor. De ahí sale, empieza a cerrar su mundo, sí, empieza a ver barreras donde quiera. Entonces, la mente ya no aguanta, entonces llega un momento en que empieza ya a hablar sola la persona, empieza a hablar solo, empieza a reaccionar de otra forma, ya empieza a mentar la madre a una persona ya solo, pues. Entonces, ya empieza a hacer algo extraño, ¿no? Sí, ya habla solo, ya... De ahí, pues ya, de repente, hace alguna locura, se pone a correr sin que nadie lo persiga, o luego empieza a, cómo se llama, a morder su dedo así, recio, está pensando, pero ya no está en el mundo real, pues, sí, sino que está en ese problema, ¿no? Ya le dominó, pues, de tanto problema. Entonces, llega a dominar su vida, empieza a desarrollar algo negativo en su mente, en su organismo, ya no aguanta su mente. Entonces,

empieza su locura, sí. Todo por causa del problema, todo porque no encuentra salida.

La relación que se guarda con Dios también influye en la salud y la enfermedad de las personas, tanto a nivel mental como a nivel orgánico. Cuando uno está a bien con Dios, se mantiene sano y, cuando uno no se acuerda de Dios, enferma. Dios nos da la vida, y todo ser humano siempre debe buscar a Dios para recibir su bendición, su protección y su ayuda para superar las dificultades y los problemas que se presentan en la vida.

La mejor forma es la Biblia para triunfar en la vida, para vencer dificultades. ¡Cómo me gusta un texto que Jesús habló cuando estuvo en la Tierra! Dijo el mundo tendrá muchas aflicciones, pero confíen desde que yo he vencido al mundo. Yo como hombre, pues, anduve en el mundo, pero lo vencí al mundo, sí. Y son palabras de poder, ¿no? Sí, son palabras de valor, pues, que le dan a uno. (Don Leandro)

La locura puede ser también causada por el ataque del Demonio o de un espíritu maligno que lleva a la persona a vivir bajo el dominio de las fuerzas del mal y a su mente a perderse en la enfermedad. Aunque esta explicación es más común entre los evangélicos, también está presente entre los católicos. Dicha concepción de la locura hace que los evangélicos recurran a la oración colectiva, de dos o más fieles a fin de tener mayor poder ante las fuerzas del mal, para pedir a Dios que ahuyente al demonio que atormenta al enfermo y libere su alma de las garras del espíritu maligno, y la persona liberada pueda así alcanzar la sanación o, al menos, aliviar su descontrol mental.

Las personas que padecen locura pierden el sentido de la realidad y tienen comportamientos extraños, no son conscientes del alcance de sus actos, no se relacionan normalmente con las personas, salen de sus hogares para caminar sin rumbo por las calles, entran en las casas de los vecinos, su lenguaje es incoherente, se despreocupan de su aseo y su imagen personal, hablan solos, pueden manifestar agresividad verbal y física sin motivo alguno. Así, los locos suelen suscitar incomodidad e infundir miedo entre los vecinos.

Aquí la gente dice por locura, ¿no?, loco. Pues sí, porque ya no sabe cómo vive, pues, ya no sabe lo que hace, ya no es una persona normal. Hace cosas extrañas, sí, infunde temor en la gente y todo eso, sí. Entonces, pues aquí la gente, pues lo tiene ese concepto de que es una loca, ¿no?, sí.

¿Y qué cosas hace? Esas cosas extrañas, ¿cuáles son?

Pues camina en la calle, se mete en la casa. Luego también de repente golpea a la gente, echa piedras, hace cualquier cosa, sí. Y, si pasa por ahí, es capaz de echarle piedras a los chicos de la escuela, sí, gritar y decirle de cosas, pero no sabe lo que está haciendo. Entonces, la gente, pues, tiene ese concepto: está loca, está mal de la cabeza. Sí, pero ya la enfermedad no puedo definir, yo creo, qué es lo que tiene realmente, sí, porque ya el problema está complicado, sí. (Don Leandro)

La locura es una enfermedad que los curadores tradicionales no pueden tratar, es demasiado fuerte y muchas veces no es curable. Sin embargo, entre los usileños hay testimonios de que, en el pasado, los casos de locura eran tratados por los curanderos locales con baños de vapor durante varios días —el mismo tratamiento que brindaban a quienes padecían ataques—. El enfermo era acostado y, si era necesario, amarrado, sobre una cama de palos elevada sobre el suelo, bien en una zona apartada de la vivienda de zacate, bien en un habitáculo del patio. Al lado de la cama del enfermo, se encendía una hoguera —el suelo de las viviendas de zacate era de tierra apisonada— donde se calentaban las piedras de cuarzo recogidas en el río. Cuando alcanzaban el rojo vivo, se disponían las piedras debajo de la cama de palos y, sobre ellas, se colocaban manojos de hierbas medicinales frescas. El vapor medicinal que se desprendía envolvía al hombre enfermo acostado sobre la cama de palos. A medida que las piedras de cuarzo se enfriaban, eran reemplazadas por otras piedras; análogamente, las hierbas medicinales secadas por el calor de las piedras eran sustituidas por hierbas frescas.

Además de los baños de vapor, el enfermo debía de tomar caldo de zopilote, un ave carroñera de plumaje oscuro que vive en los cerros, pues la carne de zopilote era considerada un buen remedio medicinal para curar las enfermedades de la mente. La persona tomaba el caldo sin saber que estaba elaborado con la carne del zopilote y, para ello, se preparaba de la misma manera que un caldo de pollo.

Hoy en día, la locura es una enfermedad que debe ser atendida por médicos alópatas especializados, los psiquiatras, quienes se encargan de prescribir los medicamentos necesarios para controlar el desequilibrio mental y la conducta de la persona enferma. Aunque, en la religiosidad evangélica, existe la creencia de que la persona enferma puede curar su locura recurriendo a la atención médica y buscando la ayuda de Dios. La sanación de Dios es muy poderosa cuando el creyente la busca con verdadera fe, sana el cuerpo, sana la mente, sana el espíritu.

Sí, porque la Palabra es muy fuerte, ¿eh? La Palabra llega en el corazón, llega en la mente. Entonces, cuando la Palabra llega, entonces la persona reacciona, sí. Es como la electricidad, sí, el poder de la Palabra. (Don Leandro)

2. El ataque

El ataque, conocido en la medicina alópata como epilepsia, es denominado en chinanteco *chie² hma^{23j3}*. El ataque es una enfermedad que afecta también a la cabeza, al cerebro, y la persona nace con esta alteración. También aparece cuando el parto se complica y el bebé tarda mucho tiempo en nacer o cuando la persona sufre un fuerte golpe en la cabeza. Hay casos en los que esta enfermedad se desencadena tras haberse

experimentado un acontecimiento inesperado e impactante, un susto. Una vez que se realiza la curación de susto, la persona deja de sufrir ataques.

Aun siendo una enfermedad provocada por un mal funcionamiento del cerebro, se trata de personas mentalmente sanas. No obstante, es una enfermedad discapacitante, pues su capacidad para desenvolverse en las relaciones sociales se halla mermada, presenta ciertas limitaciones. El ataque discapacita a las personas para trabajar normalmente, deben procurar no viajar solos ni tampoco ir solos al cerro o a un lugar apartado, a fin de que las convulsiones no les sorprendan sin la compañía de un familiar o de algún conocido. Asimismo, las personas que padecen ataques no pueden relacionarse normalmente con sus semejantes, necesitan vivir en un ambiente tranquilo, tratan de evitar situaciones que les puedan desequilibrar a nivel psicoemocional, procuran no asistir a las reuniones multitudinarias o discutir temas conflictivos, como los relativos a la política.

El ataque también condiciona la vida matrimonial de los hombres y las mujeres que padecen esta enfermedad. Cuando el hombre o la mujer son solteros, en caso de pedir la novia o ser pedida en matrimonio, la familia debe de exponer que el pretendiente o la pretendida padecen convulsiones, pues el ocultamiento podría provocar un importante conflicto matrimonial cuando la enfermedad del cónyuge fuera descubierta. Además, los padres del muchacho o la muchacha son conscientes de que su enfermedad empeoraría como consecuencia de las responsabilidades que conlleva la vida matrimonial y familiar. Por ello, los hombres y las mujeres solteros que padecen epilepsia tienen dificultades a la hora de contraer matrimonio y formar una familia.

Los ataques suelen aparecer con más frecuencia en los días de Luna Llena y Luna Nueva. Cuando la persona experimenta el ataque, pierde la conciencia repentinamente, se desmaya, cae al suelo y su cuerpo comienza a temblar sacando espuma por la boca durante un espacio de tiempo que suele ser breve. Al cabo de una media hora o una hora, la persona recupera la conciencia, la fuerza vital y se levanta, si bien estas personas pueden presentar moratones, heridas y cicatrices en su rostro y su cabeza debido a los golpes que sufren cuando se desploman y caen al suelo en el momento que comienzan a convulsionar.

Y ya, en cambio, en cuanto al problema del ataque, ¿no?, pues la persona es normal, pues. De repente, no más viene el ataque, es el problema. Cuando le da el ataque, se desmaya, le da temblorina. Sí, pero ya después de una hora se vuelve a controlar.

¿Y eso cómo se llama?

Pues aquí lo conocen como enfermedad de ataque.

[...] La persona le da eso, se desmaya, se puede caer donde quiera, se puede caer en el agua, se puede caer en la lumbre, pues, sí, o en la calle, en cualquier momento cuando le ataca ese problema. Tiene una debilidad en su mente y le domina, pues. Pum, se cae y ya se desmaya. (Don Leandro)

La enfermedad del ataque no es curable ni es tratada por los curadores tradicionales, sino que solamente puede ser controlada recurriendo a los medicamentos que prescriben los médicos alópatas.

3. El susto o el espanto

El susto o espanto, en chinanteco *júah*⁴³, es causado por un acontecimiento inesperado y repentino que provoca un gran impacto a nivel psicoemocional, desequilibrando el cuerpo, la mente y el espíritu de la persona. El susto daña la mente y hace que la persona enferme psicológica y físicamente, pudiendo incluso provocar “azúcar” o diabetes. La mente lo domina todo. Cuando la mente está fuerte, el cuerpo está fuerte, y, cuando la mente está débil, el cuerpo se debilita. Una parte de los usileños considera que el susto no sólo afecta a la mente y al cuerpo, sino también al espíritu. Esta afectación global del cuerpo, la mente y el espíritu hace que la persona necesite una curación para poder sanar de susto.

Pues lógico, pues una persona le domina el miedo, la depresión, la tristeza, porque el espíritu está mal, el ser adentro está mal, sí, no tiene fuerza, ajá, está dominado, pues, de lo negativo el espíritu del ser. Entonces, el ser espiritual no está bien, pues, entonces, está enfermo, sí, está enfermo. Entonces, necesita una ayuda para que pueda salir de ahí, sí, y pueda normalizar su vida, sí. (Don Leandro)

Las vivencias que pueden espantar a una persona son diversas, entre ellas, el recibir la noticia de la muerte de un familiar cercano —cónyuge, padre, madre, hijo, hija¹⁵¹—, escuchar una voz sin ver a nadie, quedarse a oscuras en el interior de una cueva, encontrarse o ser llamado por los chaneques¹⁵² cuando uno se halla en el cerro, sufrir una quemadura de cierta gravedad, toparse o ser atacado por una víbora cuando se está trabajando en la milpa o el cafetal o cuando se camina por el cerro, ser atacado por un animal como un perro, ser embestido por una vaca, caerse al río o estar a punto de ahogarse en el río, estar a punto de ser atropellado, tener un accidente con un vehículo,

¹⁵¹ Por ello, cuando la persona se encuentra lejos de su hogar, quien le informa sobre el fallecimiento de un ser querido tiene que avisarle de que le va a comunicar una mala noticia, advirtiéndole de favor que no se espante.

¹⁵² Los chaneques son hombrecitos de baja estatura, cuyas facciones y fisionomía recuerdan a un niño, que viven en los cerros y en los ríos. Suelen aparecer por la noche, en lugares no iluminados, pero pueden también aparecer en el día. En el momento que se encuentran con los chaneques, tanto los adultos como los niños son atraídos hacia sus llamados en contra de su voluntad y, cuando les permiten regresar de nuevo con la gente, vuelven desorientados, dando la sensación de que están mareados, no sabiendo dónde han estado ni cuánto tiempo ha durado su interacción con ellos.

Los relatos usileños sobre los chaneques mencionan vivencias de diversa naturaleza. Unas vivencias pueden ser agradables y divertidas, como el caso de una niña que, cuando estaba con sus padres visitando una cueva en el cerro, fue invitada por unos chaneques a una fiesta de cumpleaños y le obsequiaron un montón de regalos que fue perdiendo por el camino de vuelta a la localidad. Hay vivencias que son aleccionadoras, como el caso de un joven que, mientras se bañaba en el río, fue llevado por un chaneque a una cueva bajo las aguas para que viera todos los peces que había herido con su arpón y que el chaneque estaba cuidando y curando. Tras contemplar a todos aquellos peces heridos y escuchar las recriminaciones del chaneque acerca de la gran cantidad de peces que estaba lastimando y matando, el joven decidió no volver a pescar. Otras vivencias pueden ser violentas, como la que sufrió un hombre, vecino de una comunidad próxima a Usila, cuando fue atacado por un chaneque en la madrugada. Tras propinarle una gran paliza, el chaneque lo arrojó a la parte trasera del panteón sin que pudiera hacer nada para defenderse ante la rapidez y la fuerza tan extraordinarias que demostraba su agresor. Los chaneques también pueden llamar a hombres y mujeres ancianos sin que sus familiares adviertan que salen de sus hogares, ancianos que, a pesar de no poder casi andar ni valerse por sí mismos, son posteriormente encontrados muy lejos de sus casas. Inexplicablemente, estos ancianos han caminado una gran distancia, en algún caso llegando a subir a los cerros. En otras ocasiones, sin embargo, el adulto o el niño puede ver a un chaneque pasar cerca de él o verlo sentado sobre la rama de un árbol cuando camina en el cerro y no suceder nada; el chaneque no busca llamarlo ni tampoco interactuar con él.

caerse de la bicicleta, escuchar uno o más disparos cercanos, ser tiroteado, ser amenazado o ver a alguien amenazante con un arma de fuego, un machete o un cuchillo, presenciar una pelea muy violenta, etc.

Aparte de las experiencias que amenazan la integridad física o la vida de la persona, hay otros sustos también considerados muy fuertes, tan fuertes que pueden llegar a desencadenar la locura en quienes los padecen: el susto causado cuando un hombre grita por detrás de una mujer, o viceversa, sin que haya percibido su presencia, y el susto provocado por la vergüenza de haber sido visto estando desnudo o teniendo relaciones sexuales en un lugar inapropiado.

En función de los diferentes sucesos que lo causan, existen diferentes tipos de susto: susto por enterarse de la muerte de un familiar cercano, susto de animal, susto de ahogarse en el río, susto de accidente, susto de sangre, susto de arma, susto de escopeta, susto de tiro, susto de vergüenza, etc. En ocasiones, la persona puede acumular varios sustos, los sustos que ha ido experimentando en distintos momentos de su vida y que no ha ido curando.

El susto puede afectar tanto a los niños como a los adultos, si bien los niños son más susceptibles que los adultos a padecer esta enfermedad. A veces, los adultos transmiten los espantos a sus niños, esto es, los sustos de los niños aparecen después de que el padre o la madre se haya espantado. Los niños que padecen susto se muestran tristes, lloran frecuentemente tanto en el día como en la noche, están desganados, no tienen ganas de ir a la escuela ni de hacer nada, no pueden dormir bien, pierden el apetito, bajan de peso, sienten dolor de cabeza, tienen calentura o fiebre, les duele la panza.

En el caso de los adultos, el susto provoca que la persona caiga en la melancolía y el desánimo, pierda la motivación de realizar las actividades cotidianas, no tenga ganas de trabajar, no tenga ganas de pasear ni de platicar con la gente. Su cuerpo se va debilitando, su energía vital se va apagando, siente cansancio, pierde el apetito, adelgaza, pudiendo llegar al extremo de padecer anemia o tener dificultades para levantarse y sostenerse sobre sus piernas. La persona asustada también puede mostrarse inquieta, sentir a nivel corporal y mental el impulso de salir de su casa, huir, caminar sin rumbo, sin saber adónde ir. Otros síntomas característicos del susto son el dolor de cabeza, la calentura, la vista borrosa, los mareos, incluso sufrir desmayos con pérdida de conciencia, la desorientación y la confusión mental, tendencia a querer dormir mucho o, al contrario, no poder dormir bien, tener pesadillas, la resequeidad de boca, una sensación continua de sed, mala digestión, tener gases, sentir náuseas, padecer diarrea.

La persona sueña, sueña cosas malas, pues, le da pesadillas. No duerme bien, tiene insomnio. Se pone de mal humor, dolor de cabeza, y ya empieza a no ser una persona normal, pues, como que anda ido y todo eso, ¿no? [...] Ya no se concentra en lo que hace, pues. Y ya, como decía usted, se apendeja, se atonta, pues, ya no, y ya reacciona de una manera negativa. Entonces, a veces, esa persona cae en la cama y se enferma, pues, sí. Entonces, pues puede ir con un médico. El médico le da medicamentos.

¿Para curar el susto?

Para curar, fue porque se siente mal, tiene dolor de cabeza, tiene muchas cosas, pues. Se cansa para trabajar, respira muy rápido, su palpitación es muy rápida, el corazón ya no está normal. Entonces, la persona empieza a bajar de peso por el susto que se llevó. Aunque le dan medicamentos, le dan tratamiento médico, pero no hace nada. Sí, porque el problema es psicológico, sí. Entonces, el problema está ahí, pues, por el momento de que se asustó, le dominó el susto, toda su mente, su corazón, su ser, sus emociones, pues, lo apagó totalmente. Entonces, parece que se murió en ese momento todo lo que es su persona.

Entonces, la persona tiene ese problema. Entonces, como dice mi señora, ya lo curan con hierbas, con algunas limpias que hacen, le soplan su rostro, todo su cuerpo con agua de hierbas, sí. Y la persona se controla, ¿eh?, se cura. (Don Leandro)

La curación de susto puede ser realizada por una curandera o un curandero, o por un hombre o una mujer, generalmente un familiar cercano del niño o el adulto espantado: el padre, la madre, el abuelo, un hermano, aunque también puede ser un amigo o un vecino sano, con buena energía vital. La curación consiste en soplar al asustado con aguardiente, de preferencia un aguardiente en el que se hayan macerado previamente hierbas de susto, maceración que le hace adquirir un tono verdoso. La persona encargada de soplar llena su boca de aguardiente y, acto seguido, lo pulveriza sobre el niño o el adulto asustado. Así varias veces hasta que consigue abarcar todo el cuerpo: la cabeza, el cuello, el tronco, los brazos, las piernas y los pies, por delante, por detrás y por los costados, poniendo atención a las articulaciones: muñecas, codos, rodillas y tobillos. En el caso de los niños, una vez sopladados, muchas veces se les talla su cabeza y el resto de su cuerpo con la mano para esparcir bien el aguardiente. Dependiendo de la gravedad del susto, el niño o el adulto puede requerir ser soplado dos o más veces.

La curandera o el curandero toma el pulso a la persona asustada para confirmar si tiene susto o, en caso de que desconozca el origen de su malestar, para establecer un diagnóstico, saber si está enfermo de susto y el tipo de susto que padece. Tras haber soplado aguardiente al asustado, las curanderas o los curanderos dan hierbas de susto para que el niño o el adulto espantado las tome en infusión o disueltas en agua después de haber sido molidas en la licuadora o machucadas con una piedra o una mano de molcajete.

A veces, cuando el susto es fuerte, además de darles a tomar las plantas medicinales del susto, las madres bañan a sus hijos, de dos a cuatro días seguidos, con agua tibia en las que previamente han echado las hierbas de susto. En estos casos, los niños pueden ser también tallados con un huevo durante varios días, para limpiarlos y armonizarlos energéticamente, y pueden ser sopladados una o más veces, dependiendo de las indicaciones de la curandera o el curandero —los curanderos son quienes limpian y soplan la primera vez a los niños, pudiendo luego hacerlo el padre, la madre, un hombre o una mujer familiar, amigo/a o vecino/a—.

Cuando la persona manifiesta síntomas de haber padecido un susto muy fuerte, o para prevenir que enferme cuando el espanto ha sido fuerte y reciente, la curación del susto requiere ir al lugar donde la persona se ha espantado y soplarle aguardiente, pues su espíritu ha quedado allí atrapado y, a través de la curación, regresa nuevamente al cuerpo del adulto o el niño asustado. El curandero puede utilizar la rama de un árbol, especialmente utilizada en la curación del susto, para reconducir el espíritu atrapado hacia el cuerpo del espantado y, seguidamente, con esa misma rama, ir azotando suavemente todo su cuerpo desde la cabeza hasta los pies. Si la persona no puede regresar al lugar del susto, se puede traer un poco de tierra para que sea soplada con el aguardiente o echar una pizca de esa tierra en un agua que debe tomar. Antiguamente, en el lugar donde se había producido el susto, el curandero encaminaba el espíritu atrapado hacia el cuerpo de la persona asustada con la ayuda de unas hojas o una rama, a la vez que iba diciendo “vamos, vamos, vamos”. La creencia en que el espíritu enferma cuando una persona se asusta se remonta a tiempos pasados y, aunque la inmensa mayoría de los usileños evangélicos y testigos de Jehová han dejado de creer, sigue perdurando entre buena parte de la población católica. Así lo explicaba don Anselmo, un hombre católico:

La gente de antes creía que se enferma de su espíritu. El espíritu es el que se enferma, por eso tiene que soplarle en el lugar donde se asustó, sí, para que lo limpie, para que lo quite su espíritu y se quede nuevo otra vez, sí.

¿Y qué le pasa al espíritu cuando enferma?

Pues dice que se pega el susto de ese animal o de esa cosa que... al lugar que se espantó, ¿no? Sí, por eso necesita una limpia.

[...] Eso decían los viejitos de antes que es una limpia para el espíritu y el cuerpo también, porque entendían, cuando uno se enferma, se enferma del cuerpo y se enferma del espíritu. Sí, así es la creencia de antes y no se ha quitado, aunque muchas personas ya no, pero sí, de por sí hay familias que sí creen todavía.

En la curación del susto de animal, la curandera o el curandero puede solicitar que se le traiga una muestra de pelo o de baba del animal que provocó el espanto. La curandera o el curandero quema el pelo del animal —normalmente, perros, gatos—, colocando el pelo sobre las brasas de una lumbre a fin de que el humo envuelva el cuerpo de la persona asustada, que se sitúa de pie cerca de la lumbre, y, además, lo huela y lo inhale. La baba del animal, siempre que se trate de un animal comestible —vaca, cerdo, venado, puerco espín, etc.—, es mezclada con agua en un vaso. La mezcla se agita y se utiliza para tallar el cuerpo de la persona asustada con un trapo que se va mojando en el agua del vaso: la cabeza, el cuello, los brazos, las manos, las piernas. Tras una y otra curación, el curandero o la curandera sopla el aguardiente al asustado.

El susto de escopeta o de pistola, cuando una persona es apuntada por un arma de fuego o se topa con alguien amenazante que va armado, o el susto de tiro, cuando escucha disparos cercanos o es balaceado, son sustos graves que requieren una curación especial, al igual que el susto de animal —el susto de tiro tiene el síntoma característico de sentir un

zumbido en el oído—. En la curación de este tipo de sustos, un familiar de la persona asustada busca a un pariente o conocido que tenga un arma para que vaya a su casa, realice un disparo y enseguida saque el casquillo de la bala, todavía caliente, para ser lavado con agua. Tras ser lavado, el curandero o la curandera introduce el casquillo en el aguardiente y sopla a la persona espantada. La persona espantada será soplada diariamente durante una semana, ya sin recurrir a los casquillos de balas. Todos los días, además, la persona espantada se bañará con agua tibia en la que previamente se han echado hierbas medicinales de susto molidas en el metate.

Entre los usileños católicos, el susto es una enfermedad seria que debe ser tratada a tiempo. La persona sana fácilmente cuando recurre a una curación, pero, si demora demasiado tiempo o no hace la curación, el susto puede volverse una enfermedad incurable que desencadena la locura e, incluso, puede provocar la muerte. El enfermo enseguida reacciona a la curación del espanto de una forma positiva: se tranquiliza, vuelve a dormir bien, se disipan sus malestares, recupera el ánimo y la vitalidad, vuelve a tener apetito y a sentir aliciente por las actividades de la vida cotidiana.

Los evangélicos y los testigos de Jehová, en su mayoría, no creen en la enfermedad del susto y no suelen pedir la curación de espanto, ni para ellos ni para sus niños, aduciendo que tienen fe en la protección y la sanación de Dios. Cuando experimentan situaciones que generan un miedo agudo o un intenso impacto a nivel psicoemocional, los evangélicos recurren a la oración para pedir a Dios su sanación y evitar enfermar. No obstante, algunos evangélicos consideran que el susto es una enfermedad real y puede ser necesario recurrir a un curandero cuando ni los medicamentos ni la oración logran sanar a la persona enferma:

Hay que recurrir a un curandero, a una curandera, ¿no?

A un curandero, sí, a un curandero. Parece cosa de nada, pues, pero es algo que sucede, sí, es algo que existe, pues. Pues en la Biblia, en la iglesia cristiana, en la Biblia, los pastores hablan, pues, de que no hay que hacer hechicería, no hay que hacer brujería, porque es parte de brujería todo esto, soplar a la gente. Pero, pues yo digo que no está mal hacer eso, ¿no?, pues es una parte de la curación, pues, necesita ser curado el alma, el espíritu de uno. (Don Leandro)

4. El mal de ojo

El mal de ojo, que en chinanteco se dice *to³*, es una enfermedad que afecta sobre todo a los bebés y a los niños pequeños al entrar en contacto con personas adultas en determinadas circunstancias: cuando el niño ve a un adulto por primera vez y siente miedo ante una persona desconocida, cuando la persona adulta tiene “la mirada muy pesada”, una mirada demasiado fuerte que el niño no puede aguantar, cuando el niño se ha

expuesto a las miradas de los adultos en una reunión multitudinaria, cuando el hombre o la mujer adulta miran mal al niño o lo hacen con deseo o envidia —por ejemplo, una madre que sólo ha tenido niñas puede sentir envidia cuando ve que otra madre ha tenido un varón o viceversa—.

Cuando un niño sufre mal de ojo, enseguida se pone triste, le arde su ojo, “tiene su ojo caliente”, padece calentura, llora mucho, no puede dormir bien, da vueltas en la cama y se despierta en la noche, tiene pesadillas, le duele la panza y, a veces, presenta vómitos y diarrea.

Al igual que el susto, el mal de ojo puede ser tratado por un curador tradicional, generalmente una curandera, o por un familiar allegado del niño: su madre, su padre, su abuelo. La curación del mal de ojo requiere una “limpia”, esto es, que el niño sea tallado con un huevo o soplado con aguardiente en el que se ha macerado hierba de susto, o ambos tratamientos, para limpiar las energías negativas surgidas en el contacto con las personas adultas y que el cuerpo del niño ha absorbido.

La curandera talla la cabeza y el cuerpo del niño o la niña con varios huevos, generalmente tres, y, a medida que va terminando de tallar, los rompe en un vaso, pudiendo apreciarse que la yema no llega hasta el fondo del vaso y aparecen nubes y multitud de burbujas en la clara. A partir de lo que ve en dichos huevos rotos, establece un diagnóstico, si es mal de ojo u otro padecimiento como susto, y pronostica el número de veces que el niño debe ser tallado. Unas veces es suficiente con una tallada, otras veces se requiere dos o tres talladas, pero la eficacia es visible casi de inmediato: el bebé o el niño enseguida deja de llorar, se le quita el ardor de ojo, la fiebre, el dolor de cabeza, su cuerpo se relaja, vuelve a dormir bien.

La curandera también proporciona unas plantas medicinales para que el niño o la niña las tome en infusión o en agua después de haber sido machucadas, o se las da directamente en su boca. Hay curanderos que, después de tallar con huevos, tallan la cabeza y el cuerpo de los niños con hierbas medicinales dando golpecitos. Después de la tallada, estas hierbas medicinales se ponen en la región lumbar del niño durante toda la noche para que absorban todo el calor del cuerpo.

El mal de ojo también pueden padecerlo algunos adultos, aquellos hombres y mujeres que, al no estar acostumbrados a salir de su casa y tratar con las personas, enferman cuando asisten a eventos donde se reúne mucha gente. Enseguida se sienten mal, tienen calentura, sienten que sus ojos están calientes, no pueden dormir bien, y necesitan recurrir a la tallada de huevo para poder sanarse.

Al igual que sucede con el susto, los evangélicos y los testigos de Jehová no reconocen que el mal de ojo sea una enfermedad y, por ende, tampoco consideran necesario realizar una curación especial. Como menciona la Biblia, aquel que tiene una verdadera fe goza de la protección de Dios ante la mirada de sus semejantes.

Me acuerdo que hace poco [el pastor] predicó un mensaje. Dice que la gente que no cree en Dios, pues, cree mucho en eso, de la mente débil, de la vista débil, de

que le roban los ojos. Dice Jehová: Yo sello la frente de ustedes contra el rostro de ellos y la frente de ustedes contra la frente de ellos, Yo la voy a sellar. Estaba leyendo ahí hace rato, lo tengo subrayado. Uno tiene que creer, dice, con fe que su mente es más fuerte de aquél, pues, sí. Y, si no, siempre va a vivir uno así, dice, con mal de ojo, y va a ser de la idea de que hasta su niño también va a tener algún problema, pero creer, pues. Y la Biblia dice eso porque los seres humanos son muy débiles, ¿no? (Don Leandro)

Capítulo 17

Las personas enfermas: diagnósticos y trayectorias de padecimiento y atención

El número de personas enfermas que forman parte de la investigación son 11, 8 mujeres y 3 hombres, de las cuales 6 mujeres y 1 hombre pertenecen a familias católicas, y 2 mujeres y 2 hombres, a familias evangélicas. Salvo en dos casos —Miguel, que enfermó a los 33, y Marcos, a los 40—, las demás personas enfermaron entre los 20 y los 29 años, y todos los enfermos, a excepción de Marcos, que consiguió sanar a los 9 meses, presentan padecimientos crónicos que necesitan ser controlados con psicofármacos. Todas las familias, salvo la de Carlos, antes de recurrir a la atención psiquiátrica, acudieron una o más veces a un curador tradicional y, en el caso de Marcos, a un curador naturista. Excepto Natalia, Marcos y Carlos, los demás enfermos fueron internados una o más veces en un hospital psiquiátrico para poder estabilizar su descontrol mental en determinados momentos de su vida.

1. Inicio del padecimiento

El inicio del padecimiento hace referencia al momento en que los familiares cercanos toman conciencia de que la persona padece un trastorno mental como consecuencia de una conducta anómala y problemática. En unos casos —Teresa, Marcos y Sofía—, la enfermedad se va manifestando progresivamente hasta finalmente desembocar en una crisis psicótica. En la mayoría de los enfermos, sin embargo, la enfermedad aparece repentinamente. Así lo percibieron sus familiares en los casos de Esperanza, Lorena, Natalia, Esther, Miguel, Lucía, Carlos y Adela.

1.1 Esperanza

Esperanza tenía 29 años cuando comenzó a manifestar una conducta extraña en agosto de 1995, después de ir a ayudar a una familia vecina en la construcción de su casa de zacate¹⁵³. Contaba a sus parientes que los vecinos hablaban mal de ella y que debía tener cuidado porque la gente quería hacerle daño. Sus familiares pensaban que lo que les contaba Esperanza era cierto y le creían, pues mencionaba los nombres de los vecinos. Tuvo fuertes discusiones con su cuñada. A finales de noviembre, mientras estaba limpiando el frijol en el patio de la casa, súbitamente se cayó de la silla y quedó inmóvil en el suelo, sin hablar. Estuvo tres días acostada sin apenas hablar y con una fuerte calentura, aunque de vez en cuando decía cosas extrañas y cantaba.

A partir del cuarto día, su estado mental empeoró y sus familiares tomaron conciencia de que estaba enferma. Esperanza, además, estaba embarazada de su cuarto hijo, y el embarazo tenía aproximadamente un mes. Su comportamiento se volvió anormal: se despreocupó totalmente de sus obligaciones domésticas, hablaba y hablaba, diciendo cosas extrañas, entre ellas, que había personas que hablaban mal de ella y le querían hacer mal, cantaba cantos de la iglesia católica, bailaba, aplaudía. Sus familiares decidieron recurrir a un reconocido curandero local, pero su curación no consiguió controlarla, y, a finales de diciembre, su esposo y uno de sus hermanos la llevaron al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, donde permaneció internada durante un mes. El hermano que la acompañó, don Rafael, lo recordaba así:

Y fue en el mes de diciembre que se puso muy mal, se puso muy mal. Porque tenía una niña de, qué será, un año, dos años. Luego dice, empezó, ¿no?, pues mi niña está guapa, a ella la voy a presentar a Dios y la voy a tirar al cielo. Agarró a la niña, la puso lo más alto que se pudo. La iba a tirar porque está guapa.

¿La aventó hacia arriba?

La aventó, pero la cachó al mismo tiempo. Y ya esa noche...

¿Pero se le cayó o no?

No. Y luego esa noche ya se sintió muy mal, pero le empezó como calentura, la calentura le empezó. Ya al día siguiente temprano fui, y estaba acostada, estaba acostada, y hablaba cosas, cantaba, pero leve, pues. Tres días después, entonces, ya nos preocupamos. Entonces mi cuñado fue a buscar a un hierbero, y le dio Diazepam para que se durmiera. Y sí durmió tantito, ya hizo también su magia y todo. Le hizo, le talló un huevo, le sopló, todo. Se tranquilizó tantito. Ya de ahí... de ahí más hablaba, más cantaba, inventaba cosas, aplaudía. Entonces ya no daba, ya

¹⁵³ Antes de que se extendiera la construcción de las casas con materiales de albañilería, las casas eran construidas utilizando madera de diversos árboles y bejucos y majahua de jonote para amarrar las vigas, los postes y las soleras que sustentaban el tejado, las tijeras, los cuilotes y las varas del armazón del tejado y los manojos de zacate que recubrían dicho armazón. La construcción de una casa de zacate, que duraba entre uno y tres días, reunía a varias decenas de familiares, amigos y vecinos. Mientras los hombres construían la vivienda, las mujeres preparaban y servían la comida y la bebida que la familia ofrecía a todos los participantes.

no había donde ir, pues. Ya fuimos a ver al doctor del Centro [de Salud] y fue otra persona que nos dijo que no hay, que no hay medicina acá, que hay que llevarla a Oaxaca.

1.2 Lorena

Lorena, hermana de Esperanza, enfermó repentinamente en octubre del año 2003, a los 28 años de edad. Un día, estando sola en la casa, sintió a una mujer llorar cerca de su cama; esta vivencia le causó nervios y le hizo sentir un gran calor en su cuerpo. Salió de su hogar para dirigirse a la casa de una tía, que vivía en otra colonia del pueblo, y no quería regresar porque la gente la odiaba y hablaba mal de ella. Al contrario que Esperanza, no mencionaba nombres de personas ni especificaba qué le decían. Se puso a hablar cosas sin sentido, a llorar frecuentemente, a cantar, pero no manifestó una actitud agresiva. Tras llevarla al mismo curandero que trató a su hermana y comprobar que sus tratamientos tampoco podían controlar su estado mental, el mismo hermano que acompañó a Esperanza la llevó al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca a finales de octubre, siendo internada durante 40 días.

1.3 Natalia

La enfermedad apareció en marzo de 2001, cuando Natalia tenía 29 años y estaba embarazada de su quinto hijo y faltaba un mes para su alumbramiento. Repentinamente, un día se mostró muy desesperada, entrando y saliendo continuamente de la vivienda. Al día siguiente ya no pudo dormir y, al otro día, comenzó a sentir temor de un hombre que la acechaba.

Tras el parto, la enfermedad se agravó. Manifestaba irritabilidad, agresividad verbal y física hacia los niños y los vecinos, tendencia a querer salir de la vivienda para reclamar a los vecinos, en algunas ocasiones saliendo desnuda, pérdida de apetito y de peso, total despreocupación por sus obligaciones domésticas, comportamientos infantiles como jugar, comportamientos extraños como sentarse a llorar o comer tierra, incluso, dejó de hablar, y no podía dormir en la noche debido al miedo que le causaba el hombre que la acechaba y la perseguía.

En el mes de mayo, recurrieron a un curandero de una localidad vecina y le hizo una curación de susto que logró calmar los síntomas por un tiempo. A finales de julio, después de cuatro meses de descontrol mental, su esposo solicitó ayuda a la autoridad municipal para trasladarla al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca. Dado que su marido no sabía expresarse en español, un pariente de su abuela y un regidor del ayuntamiento la acompañaron durante el viaje que realizaron en autobús. Natalia fue atendida en consulta externa y medicada, pero no requirió internamiento hospitalario.

1.4 Esther

Esther enfermó en el año 1981 a los 23 años de edad, siendo madre de dos hijos. Su enfermedad apareció repentinamente. Una noche, estando dormida, entró una cola de fuego y se cayó en su pecho. Comenzó a tener mucha calentura, sentía mucho calor en su cuerpo, hasta el punto que Esther mencionaba que alguien la estaba quemando y quería echarla al fuego.

De repente es cuando se enfermó, te digo. De repente, dice, que una noche ella sintió como se le cayó un fuego encima.

¿Esther?

Es lo que me contaba, pues, sí. Dice que, cuando ella estaba dormida, de repente, entró una cola así de fuego, dice, y se le cayó en su pecho. Que de ahí le ardió bastante. Dice: siento que me quemo, siento que me quemara. Por ahí arriba entró, dice, y cayó sobre mí. (Doña Pilar, hermana)

Dada la conflictiva relación que mantenía con su marido, sus padres la acogieron en su casa. Su forma de ser cambió bruscamente, no paraba de entrar y salir de la casa, yendo de un lugar a otro, dejó de tener control sobre sus necesidades en la noche, perdió la consciencia de sus actos, se desentendió de sus obligaciones domésticas y del cuidado de sus hijos, se volvió irritable y agresiva.

La llevaron primeramente a Tuxtepec, a la consulta privada de un médico, pero viendo que su estado mental empeoraba, decidieron seguir la recomendación de unas monjas españolas, que se hallaban en Usila en aquel tiempo, y la llevaron al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca. Su padre y su hermano acompañaron a Esther. Los médicos que la atendieron decidieron que debía ser internada y Esther permaneció 3 meses en el hospital.

1.5 Miguel

Miguel estaba casado y tenía dos hijos cuando enfermó a la edad de 33 años en la Semana Santa de 1990, en el mes de abril, a raíz de un susto. Fue al cerro junto a uno de sus hermanos y otros hombres a talar un gran árbol. Tras terminar de serrar la base del tronco, el árbol no cayó al suelo, sino que quedó sujeto por otro árbol, así que decidieron cortar este último. Antes de que terminaran de serrarlo, el tronco se partió y Miguel casi fue atrapado por los dos árboles en su caída. Miguel se espantó tanto que sudó profusamente, “su cuerpo se quedó bien seco”, hasta el punto de que luego no podía orinar. Al tercer día, “Miguel ya andaba hablando otra cosa”: comenzó a hablar solo y llegó a la casa de sus padres diciendo que un vecino quería matar a su hijo. Su hermano y otras personas llevaron a Miguel al cerro, al lugar donde se habían caído los árboles, y un curandero le hizo la curación del susto soplándole aguardiente. Lo llevaron varias veces para realizarle la curación de susto, pero no lograron que Miguel sanara.

A partir de ese día su estado mental fue empeorando. Además de desentenderse de las labores del campo y la manutención de su familia, empezó a hablar solo, más en la noche que en el día, pues dejó de poder dormir y amanecía caminando de un lugar a otro en la vivienda o cerca de la vivienda. Escuchaba voces de personas detrás suyo, voces que hablaban mal de él, voces que le decían que le iban a pegar, que lo iban a matar. Sentía miedo, se sentía amenazado, se escondía entre los árboles del patio de su casa, porque había unos hombres que lo querían matar. Miguel se enojaba, hablaba mal de la gente, también de los familiares que lo cuidaban, empleando un lenguaje “pesado”. Un día fue a la presidencia municipal a denunciar a dos hombres que lo querían matar y a solicitar protección alegando que su vida corría peligro. El presidente municipal mandó a llamar a su hermano y a otra hermana para explicarles que Miguel estaba enfermo y requería atención médica. En diciembre de 1990, su hermano lo llevó al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca donde permanecería internado durante 35 días.

1.6 Teresa

Teresa, prima de Miguel, enfermó en el año 1984 a la edad de 27 años. Tras sospechar que había tenido relaciones sexuales con el muchacho que atendía la tienda de abarrotes a la que solía ir a comprar y ante la negativa del joven a casarse, sus familiares decidieron que no volviera a salir de la casa por temor a que hubiera quedado embarazada y a los chismes y los juicios morales de los vecinos. Después de un año sin salir de la vivienda familiar y enterarse de que el muchacho se había comprometido en matrimonio con otra joven, incumpliendo su promesa de casarse con ella una vez que terminara sus estudios de secundaria, Teresa entró en crisis y enfermó mentalmente.

El comienzo de la enfermedad fue muy duro. En un principio, su cuerpo se quedaba inmóvil y rígido cuando estaba de pie, dejó de poder caminar, no podía hablar, permanecía acostada en la cama sin moverse, sin apenas levantarse, casi sin comer, “los dientes se le amarraban” —los dientes inferiores se apretaban contra los dientes superiores y la boca estaba fuertemente cerrada—, a veces sacaba espuma por la boca y quedaba inconsciente. Así estuvo durante un año, acostada en la cama, sin hablar, sin apenas levantarse, sin apenas comer, hasta que sus familiares la llevaron a un curandero de la ciudad de Tuxtepec. El curandero les dijo que a Teresa le habían hecho maldad y les dio unas medicinas que mejoraron su estado mental durante un tiempo. Meses después, en 1986, Teresa volvió a empeorar, y una de sus hermanas, que estaba trabajando en la capital del país, decidió llevarla al Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México donde estuvo internada durante cinco meses.

1.7 Lucía

A la edad de 26 años, en abril de 2009, cuatro días después de haber contraído matrimonio, Lucía regresó a la casa paterna diciendo que su suegra le había dado una bebida que le había provocado calentura en la boca y que sacase espuma por la boca —la aparición de la enfermedad supondrá una ruptura matrimonial inmediata—. Repentinamente, comenzó a manifestar una conducta extraña: “se quedaba ida”, no hablaba y sólo respondía monosilábicamente, no quería comer, dejó de poder dormir, mostraba renuencia a querer levantarse por la mañana, no mostraba interés por hacer las labores del hogar, hablaba sola, a veces reía o lloraba sola sin que nadie lo motivara, mostraba un estado de ánimo irritable y tendente a la agresividad, a veces salía corriendo de la casa a la calle temerosa de que alguien le hiciera daño.

Tras un mes de descontrol mental, sus hermanas la llevaron a una curandera del estado de Veracruz, quien les dijo que le habían hecho maldad ofreciéndole un veneno. La curandera consiguió curar a Lucía por un tiempo, pero la enfermedad reapareció seis meses después.

1.8 Marcos

Marcos enfermó en julio de 2008, a la edad de 40 años, después de estar más de un mes padeciendo calentura en su cabeza y en su cuerpo y Lorena por todo su cuerpo. Durante ese periodo, estuvo tomando un medicamento naturista que le ayudaba a sobrellevar su malestar y a darle la fuerza vital necesaria para seguir trabajando. Pero a los tres días de celebrar la fiesta de graduación de uno de sus hijos, que había terminado la secundaria, su malestar empeoró y apareció su trastorno mental. Confesó su deuda y sus problemas para poder devolver el dinero adeudado a su mujer, quien inmediatamente se lo contó a su suegro, que vivía con ellos. En ese momento, preocupado por la reacción de su padre, su cuerpo se agotó, su garganta se obstruyó y no pudo hablar, su mundo se oscureció. Tumbado en el suelo, toda su sangre se concentró en su corazón, su cuerpo enflacó ostensiblemente y comenzó a temblar, tuvo dificultades para respirar y le empezó a faltar el aire, sintió “cómo la muerte entraba en su cuerpo”. Su esposa, su padre y su hijo mayor le soplaron aire en la nariz y su aliento le permitió volver a respirar. Entonces manifestó su arrepentimiento ante Dios, su esposa y su padre y pidió perdón por los pecados que había cometido.

Su esposa fue a ver al pastor de su iglesia y poco después llegó a la casa un grupo de jóvenes que oraron por Marcos. La oración le hizo sentirse mejor. Seguidamente, su esposa y su padre lo llevaron al Centro de Salud donde el médico le recetó unos medicamentos, que apenas tomó debido a que su cuerpo no los aceptaba. A partir de ahí sobrevino la enfermedad mental: veía visiones, escuchaba voces que le daban mandatos que debía cumplir, su comprensión del lenguaje se alteró, “entendiendo todo al revés de lo que la

gente le decía”, salía a la calle a caminar, se sentía amenazado, había personas que lo querían matar. En palabras del propio Marcos:

Ya me sentía que mi sangre se juntaba, se me juntaba, se me juntaba en un solo lugar. Y mi cuerpo temblaba así también aquí, en esta parte. Todo mi cuerpo así, así se temblaba y mi sangre se juntaba. Yo ya me sentía seguro la muerte, pues. Y lo que yo hice rápidamente, reconocí mis pecados delante de Dios porque, como yo he dicho, soy evangélico desde niño, pero mi rebelión delante de Él fue muy grande también, por mi desobediencia, pues, por no obedecer a Dios. Luego, luego reconocí mis pecados y pedí perdón delante de mi Dios y delante de mi esposa, de mi padre, dije: perdóname por mis faltas que yo cometí.

Lo que me estaba ocultando con mi papá, porque mi esposa sí sabía, era que yo tenía una deuda de un dinero, pues. Y yo no sabía de cómo pagarle ese dinero, pues, o sea, mi trabajo ya no se rendía. Y el otro amigo que me había prestado dinero me exigía, pues. [...]

Pero yo ya estaba bien enfermo, totalmente perdido, yo ya sentía la muerte. Mi nariz se juntó así, se pegó así, se pegó, se juntó, pues. Yo ya no podía respirar para nada. Me acuerdo que le dije a mi esposa: sóplame, sóplame, le dije: dame aliento tuyo, y me sopló. Así lo hizo también mi papá y mi hijo también mayor. Me sopló, pues, me dio su aliento y así me respiré. Se abrió de vuelta mi nariz y me respiré así normalmente. Y así me pasé. Y luego vinieron los jóvenes de la iglesia donde se pastorea el pastor, que la vez pasada fuimos a verlo, ¿no?, a ese pastor, pero su equipo, los jóvenes, los grupos de jóvenes que estaban con ellos orando ahí, pues. Ellos vinieron a orar por mí. Así me libré tantito, me libré de la enfermedad, pues, me sentí mejor.

Y luego fui al Centro de Salud, después que ya había ocurrido todo, me fui al Centro de Salud. Y el Centro de Salud me dijo que estaba yo enfermo, que tenía yo, este, fiebre, y me recetó algunos medicamentos. Pero ya no me los tomé porque ya no me aceptaba el cuerpo, ya no, ya no, ya no. Pues así estuve en la casa también, o sea, mis familiares, cuando supieron, vinieron a verme, vinieron. Ahí fue ya cuando ya se trastornó mi cerebro. Yo ya veía visiones, escuchaba voces. Así me fue, pues, por etapas.

Su hermana vino a Usila para llevar a Marcos a una ciudad del estado de Veracruz donde ella residía y en la que también vivía su hermano primogénito. Cuando llegaron, su hermana enseguida llamó al hermano primogénito y juntos oraron a Dios pidiendo la sanación de Marcos. La oración lo liberó de las voces y las visiones, de la calentura y el dolor de cabeza y del cuerpo. Se mantuvo sano durante una semana, pero, al acompañar a su sobrina en las visitas a unas personas muy enfermas y pedir en oración por ellas, la enfermedad regresó y regresó más fuerte.

Su trastorno mental se agravó y, al cabo de una semana, volvió a Usila. Su descontrol mental rápidamente se hizo público debido a que salía por las calles del pueblo, haciendo

escándalo y buscando pelea con los vecinos, además de comportarse extrañamente en la casa. A los pocos días, la autoridad municipal facilitó un viaje en camioneta para que Marcos fuera atendido en la ciudad de Oaxaca. Sus familiares lo acompañaron en el viaje y fue recibido por un hermano que vivía en Oaxaca y cuyo hijo estudiaba medicina. Nada más llegar, lo llevaron al hospital civil para que le dieran un calmante y, al día siguiente, buscaron la atención privada de un psiquiatra. Después de unos diez días, al ver que la medicación no conseguía controlarlo, fue internado en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca durante dos semanas.

1.9 Carlos

De cuando en cuando, Carlos iba a visitar a su padre, que vivía en la ciudad de Tuxtepec junto a su esposa y sus hijos. Llevaba una semana en su casa cuando sintió un fuerte dolor de cabeza y decidió regresar a Usila. Al día siguiente, su carácter y su conducta cambiaron bruscamente: siempre había mostrado ser una persona apacible y respetuosa y, súbitamente, se volvió una persona desagradable, irritable, agresivo, hiriente en su forma de hablar. Era el año 2002 y Carlos tenía 20 años. Su madrastra y su media hermana le habían hecho maldad.

La enfermedad se fue agravando paulatinamente a lo largo de los cuatro meses siguientes. Junto a los enojos y las malas contestaciones, fueron apareciendo las reacciones agresivas verbales y físicas hacia su madre y su hermana, el insomnio manteniendo la luz encendida por la noche, la inquietud de caminar de un lugar a otro en el interior de la vivienda, el sentir que había personas que lo seguían y lo querían matar o que un muñequito negro quería meterse en su cabeza, el estar convencido de que su madre, su madrastra y sus medio hermanos querían hacerle daño, el escribir frases y hacer dibujos extraños en una libreta, escribiendo y dibujando sin cesar.

Una noche, mientras su madre y su hermana contemplaban la Luna Llena junto a un muchacho vecino, Carlos comenzó a hablar y a gesticular solo. Su madre, su hermana y el joven quedaron muy sorprendidos al verle hablar solo.

Estábamos afuera, en el corral, y ve que cuando la Luna todo el mundo quiere verla. Bueno, al menos yo sí. Le digo: mira que la Luna ya salió, mira qué bonita y redonda, ¿no? Y me siento a estar mirando yo, pues. Y ese día salimos. Uy, qué bonita Luna, qué bonito se ve el cerro, decíamos cuando caminábamos todos. Ahí empezó a mirar la Luna y ya empezó a hablar y hacer ademanes. Desde ese momento empezó él.

¿Recuerda lo que dijo él?

Ah, no, decía que ah, no, dice, es que la Luna está grande y alumbra, y que todo el mundo cree que puede caminar, pero yo sé que no es así. Ahí empezó. Y ya, como lo iré así. Oye, le digo, ¿qué te pasa? ¿Con quién hablas? No, nada, dijo, nada, y se

quedó calmadito. Pasaron cinco minutos y otra vez. Y se nos vino a la mente, ¿no?, que cuando la gente habla eso solo, pues, si no hay nadie, quiere decir que está mal. Mi mamá le dio pena porque el otro muchacho se quedó mirando, ¿no? Pero si no habla con nadie, ha de pensar, dijo mi mamá todavía, ¿no?, que está loco. Mejor vámonos para adentro. Y nos metimos, y ya el muchacho se fue también. Ajá, y le digo a mi mamá: ¿y por qué él hizo así? ¿Por qué habla así? Oye Carlos, dice, ¿por qué dijiste así o por qué hablaste así si no hay nadie? ¿Qué estás loco? Todavía le dijo. ¿Por qué hablas así? No, nada.

Y ahí empezó. Al día siguiente, al tercer día iba con más fuerza, con más fuerza. Y le digo a mi mamá: ¿qué es esto?, le digo. Porque nunca habíamos visto una persona así. Nada, nada. Porque mi mamá no tiene familia así, al menos, por lado de mi papá yo tampoco sé que tengamos familia así. Nada, nada, nada. (Azucena, hermana)

Al día siguiente, siguió hablando y hablando solo, repitiendo palabras y diciendo cosas incoherentes. En ese momento, tomaron conciencia de que Carlos estaba mentalmente enfermo, y su madre decidió llevarlo a la consulta de un médico internista de Tuxtepec. Durante varios meses, ese médico estuvo tratando su enfermedad mental con una medicación que calmaba su alteración nerviosa.

1.10 Sofía

En el caso de Sofía, la enfermedad comenzó a manifestarse seis años después de contraer matrimonio, cuando la familia se emancipó y se instaló a vivir en su propia casa en 1992. Ella tenía 22 años. Enseguida mostró falta de responsabilidad en la realización de las labores domésticas y en la crianza de la niña, somnolencia durante el día, salidas diarias a la casa de sus padres, sumiendo la vida familiar en el desorden, la suciedad y el descuido. Sus frecuentes quejas de que sufría dolor de cabeza llevaron a su esposo a buscar atención médica en una consulta privada de Tuxtepec donde se le diagnosticó una infección gastrointestinal. Sofía se curó, pero su actitud no cambiaba, y su irresponsabilidad y su dejación, junto a una actitud indiferente y burlona, fueron motivo de frecuentes discusiones matrimoniales que acabaron desembocando en episodios de maltrato físico.

Sin embargo, su esposo y sus familiares no tomaron conciencia de su enfermedad hasta que una noche de 1994, año y medio después del nacimiento de su segundo hijo, Sofía no pudo dormir y, hacia las cuatro de la madrugada, se empeñó en ponerse diversas prendas de ropa que pertenecían a su niña pequeña.

Pero yo no sabía que ella estaba enferma, ¿no?, hasta entonces, hasta después de que, este... después de que se curó allí, entonces, una mañana, una noche no pudo dormir. Ya fue cuando ya se presentó el problema. No pudo dormir. Toda la noche estuvimos despiertos y, como a las cuatro de la mañana, empezó a ponerse la ropita de mi hija, ¿no?, la faldita y todo eso se lo metía a fuerza. Entonces, fue que, este,

yo me vine a la escuela. Mandé avisar a su mamá de que estaba mala. Y, entonces, fue que se presentó el problema ya en sí, ya a reflejarse un poco más, porque ya entonces estaba descontrolada, descontrolada totalmente: marchaba, cantaba, quería salir. Entonces, su mamá la llevó a su casa. Y después fue que buscamos la ayuda de psiquiatría. (Don Augusto, esposo)

A partir de ese día, Sofía cayó en el descontrol mental: escuchaba voces, tenía visiones, no dormía en la noche, marchaba y cantaba en la casa, quería salir de la vivienda a caminar por las calles del pueblo. Su esposo y su padre decidieron llevarla al Hospital General de Tuxtepec desde donde fue canalizada directamente al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca. Los médicos psiquiatras de Oaxaca la evaluaron y prescribieron la necesidad de ser internada. Su internamiento se prolongó durante un mes.

1.11 Adela

Adela enfermó por primera vez en mayo de 2005, a los 28 años de edad, siendo madre de tres hijos y cuando la familia vivía en una comunidad cercana a Usila. Alguien le hizo maldad, porque su enfermedad apareció repentinamente a raíz de que metiera las manos en un cubo de agua que había delante de su casa. Al día siguiente, escuchó cómo unas personas tocaban la puerta y vio a tres gatos subirse y caminar por el tejado de su vivienda. Ese mismo día, su hija, que tenía 3 años, también enfermó, tuvo una afección en los riñones que requirió ser atendida en una clínica de Tuxtepec.

Adela se mostraba muy irritable, siguió escuchando cómo alguien tocaba la puerta de su casa y viendo animales que merodeaban o entraban en la vivienda: gatos, víboras, iguanas. También se quejaba de que la comida se echaba a perder porque se llenaba de moscas. A los tres meses, debido a que su esposo se hallaba trabajando en los Estados Unidos, fue llevada por su cuñado a una consulta privada en Tuxtepec. Como el tratamiento alópata no mostró eficacia curativa, la llevaron a un curandero que vivía en una pequeña comunidad del municipio. El curandero dictaminó que Adela había sido víctima de una maldad, le hizo una limpia y le dio unas hierbas medicinales que lograron calmar y curar su trastorno mental. Adela no volvería a enfermar hasta doce años después.

2. Fases del padecimiento

Todos los enfermos, salvo Marcos, sufrieron uno o más periodos de descontrol mental después de iniciarse la enfermedad. Dichos periodos de descontrol mental están vinculados a los embarazos o a la interrupción de los tratamientos psiquiátricos y pueden

prolongarse más o menos en el tiempo, desde semanas a años, en función de factores familiares y económicos.

2.1 Esperanza

Esperanza, después de ser internada la primera vez, volvió a requerir internamiento hospitalario en 1998, pocos días después del nacimiento de su quinto hijo, durante tres semanas; dos veces en 2003, siendo internada las dos veces por un mes; en 2008, durante más de cinco semanas; y, la última vez, durante un mes entre finales de 2008 y principios de 2009. Los principales síntomas que manifestaba en los periodos de descontrol mental, además de desatender las labores domésticas y la crianza de los niños, fueron descuido en su imagen personal, tener visiones, escuchar voces, padecer delirios, hablar sola, agresividad verbal y física, tendencia a buscar pelea con las personas, querer salir y caminar por las calles, yendo y viniendo a la casa.

Desde que le dieran el alta en su último internamiento, en enero de 2009, y durante año y medio, experimentaba somnolencia, descuido personal, desmotivación, apatía, incumplimiento de sus obligaciones en los quehaceres del hogar y en el cuidado de los niños, unos síntomas que, en los momentos que no tomaba bien sus medicamentos, se combinaban con la escucha de voces, las visiones, las ideas delirantes, el hablar sola, cantar, gritar, salir y caminar por las calles.

A partir de enero de 2011, Esperanza experimentó una mejoría en su estado mental como consecuencia de un reajuste en su medicación y una regularidad en la toma de sus medicamentos: las voces, las visiones y los delirios disminuyeron, se levantaba más temprano, presentaba una mayor vitalidad, asumía parte de la realización de las labores domésticas bajo la supervisión de su hija, a la que ayudaba en la confección de servilletas bordadas haciendo los encajes.

2.2 Lorena

Después de recibir el alta médica la primera vez que fue internada en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, en diciembre de 2003, Lorena se mantuvo bien controlada mentalmente gracias a la medicación durante varios meses. Se sentía tan bien que dejó de tomar las medicinas, pero, al cabo de un tiempo, volvió a sumirse en el descontrol mental, siendo nuevamente internada a finales de noviembre de 2004 durante más de un mes, hasta principios de enero de 2005. A los dos años, volvió a recaer y su hermano la acompañó al hospital psiquiátrico donde fue atendida en consulta externa.

Lorena se fue a vivir a una ciudad del estado de Veracruz en la que también vivía una de sus hermanas con su esposo y sus hijos. Durante varios años, su estado mental se

mantuvo estable, tomando su medicación regularmente, y trabajaba lavando la ropa de diversas familias. Pero el asesinato de su cuñado en 2012 le causó un fuerte impacto psicoemocional que la desestabilizó mentalmente. En marzo de 2013, Lorena regresó a Usila, a la casa de sus padres, y sus familiares la llevaron a la consulta del Hospital Psiquiátrico de Oaxaca donde le prescribieron que continuara con su medicación. Unos meses después, cuando volvió a estabilizarse, Lorena regresó a la misma ciudad donde sigue viviendo y trabajando, aunque regresando a Usila cada cierto tiempo.

2.3 Natalia

Natalia volvió a descontrolarse mentalmente tras alumbrar a su sexto hijo en julio de 2003 y a su última hija en diciembre de 2005. Estos dos periodos de descontrol mental fueron motivados por el abandono de la medicación durante su embarazo y, si bien tuvieron una duración aproximada de un mes, el grado de descontrol fue menor y la última vez no fue llevada al hospital psiquiátrico. Los síntomas que definían su trastorno mental eran la susceptibilidad, las ideas delirantes de daño, la irritabilidad y la agresividad verbal y física.

Aunque dejara de acudir a la consulta externa del hospital psiquiátrico desde octubre de 2004, Natalia se mantuvo controlada mentalmente tomando el antipsicótico que le habían recetado la primera vez que fue atendida. Después de regresar a consulta en junio de 2013, su medicación fue reajustada y experimentó una mejoría que, incluso, le permitió volver a bordar. Sin embargo, viuda desde mayo de 2014 y con sus hijos mayores trabajando en la ciudad, su estado mental empeoró a principios de 2017, sin caer en el descontrol, debido a que dejó de tomar regularmente sus medicinas. Esta situación se prolongó hasta que, a principios de 2018, sus hijos volvieron a preocuparse de que tomara con regularidad sus medicamentos de control.

2.4 Esther

La segunda vez que Esther cayó en el descontrol mental fue en 1983, unos meses después de nacer su último hijo, y volvió a ser internada en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca durante 1 mes. Tras su ruptura matrimonial en 1986, su cuidado fue asumido por sus padres, que también asumieron la crianza de la hija primogénita de Esther. A mediados de la década de 1990, cuando fue a trabajar a la ciudad, su hija colaboraba económicamente en la atención médica de su madre, comprándole las medicinas que necesitaba y acudiendo a las citas en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca.

Aunque en diciembre de 2002, Esther necesitó ser internada durante dos semanas, seguirá acudiendo con cierta regularidad a las citas en consulta externa hasta julio de 2007, pues poco después su madre, cuidadora primaria y enferma de diabetes, se rompió la

cajera y requirió atención constante hasta su muerte en noviembre de 2010. Su padre dejó de ir a las citas en Oaxaca para cuidar a su esposa, su hija se casó y formó una familia, y Esther dejó de recibir atención médica. Desde septiembre de 2007 hasta octubre de 2012, debido a que no tomaba ninguna medicación psiquiátrica, Esther vivió en un permanente descontrol mental y, para controlar su conducta, sus familiares decidieron encerrarla en un cuarto construido en el patio. Durante ese periodo, Esther manifestó alucinaciones visuales y auditivas, delirios, insomnio, hablaba sola, tenía tendencia a la agresividad verbal y, en menor medida, física y, en numerosas ocasiones, se escapó de su cuarto para caminar por las calles y visitar familias, incluso, para ir a comunidades vecinas. Y, como consecuencia del abandono de la medicación y su encierro, sufrió un progresivo deterioro cognitivo y físico.

En octubre de 2012, Esther fue internada por cuarta vez en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, donde permaneció casi dos meses. A partir de esa fecha, volvió a asistir con regularidad a las citas en consulta externa y a tomar regularmente su medicación. Aun sin estar del todo bien controlada mentalmente, poco a poco fue experimentando una mejoría mental y física que le permitió volver a realizar algunas tareas domésticas sencillas y a salir de su cuarto en el día. Pero, cuando en junio de 2018, su anciano padre enfermó, dejó de poder asumir su cuidado. Esther fue nuevamente encerrada en su cuarto y descuidada en su atención médica, lo que le llevará a recaer en el descontrol mental hasta su fallecimiento en noviembre de 2021.

2.5 Miguel

Miguel volvería a descontrolarse gravemente en cinco ocasiones más debido al abandono de la medicación. Todas las veces, requirió ser internado en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca para ser estabilizado mentalmente: en diciembre de 1991, cuyo internamiento se prolongó durante más de dos meses; en 1995, durante 12 días; en marzo de 2004, 39 días; en septiembre de 2005, donde estaría más de 6 meses, pues sus familiares se desentendieron de su cuidado y no fueron a buscarlo cuando le dieron el alta médica. Desde finales de 2005, no tomó ninguna medicación y estuvo sumido en el descontrol mental durante más de siete años. En enero de 2013, tras una violenta pelea con uno de sus hermanos que vivía en el mismo solar, Miguel fue internado en el hospital psiquiátrico donde permaneció más de un mes.

Los principales síntomas que aparecieron en estos periodos de descontrol mental fueron no dormir o dormir poco por las noches, hablar solo, convencimiento de que ciertos familiares y vecinos le querían hacer daño, irritabilidad y reacciones de agresividad verbal y física. Todos estos síntomas remitieron a partir de febrero de 2013 cuando se le dio el alta médica, ya que, a partir de esa fecha, sus familiares cuidadores estuvieron pendientes de conseguir sus medicinas y de que tomara su medicación diariamente.

2.6 Teresa

Un año después de su internamiento hospitalario, en 1987, Teresa volvió a descontrolarse cuando su madre, un hermano y una hermana fueron macheteados a raíz de un fuerte conflicto con una familia vecina. La gravedad de las heridas de su madre y su hermana, que necesitaron hospitalización, y el fallecimiento de su hermano en el hospital le provocaron tal impacto psicoemocional que volvió a manifestar los mismos síntomas de permanecer inmóvil estando de pie, rigidez en los brazos y las piernas, dificultades para caminar, pasar la mayor parte del día acostada. Después de que un curandero de una aldea vecina le realizara la curación de susto, una de sus hermanas la llevó a la consulta privada de un psiquiatra de la ciudad de Veracruz, prescribiéndole un tratamiento que consiguió controlar su estado mental.

En los siguientes años, la trayectoria de su padecimiento osciló entre periodos de control mental y periodos de descontrol mental en función de la consecución y la toma regular de la medicación, siendo internada durante dos semanas en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca en septiembre de 2011 y el mismo tiempo en septiembre de 2014. Sin embargo, en esos años, Teresa mostró síntomas diferentes a los de la aparición de la enfermedad: escuchaba voces, tenía visiones, ideas delirantes de daño, hablaba sola, padecía nerviosismo, inquietud motora, queriendo salir de casa a caminar por las calles, insomnio, irritabilidad y, en ocasiones, mostraba conductas agresivas. A partir de enero de 2019, Teresa recuperó la estabilidad mental gracias a que sus hermanas se preocupaban de que tomara regularmente sus medicinas.

2.7 Lucía

Tras ser curada tradicionalmente de maldad, Lucía se mantuvo sana unos seis meses, hasta que, en noviembre de 2009, volvió a recaer. Sus familiares la volvieron a llevar a la misma curandera, pero, en esta ocasión, les dijo que no era maldad y que debían buscar la atención de un médico alópata. Así, la llevaron a la consulta privada de una médica psiquiatra que ejercía en la ciudad de Tuxtepec, quien estuvo supervisando su evolución y prescribiendo la medicación que debía seguir hasta febrero de 2011. Al abandonar la medicación, sufrió otra crisis en julio de ese mismo año, siendo nuevamente llevada a la consulta psiquiátrica. Aun dejando de tomar la medicación tiempo después, Lucía se mantuvo mentalmente estable durante más de dos años. En septiembre de 2013, recayó en el descontrol mental por cuarta vez, siendo llevada al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca donde fue atendida en consulta externa.

En todas las crisis, Lucía padeció síntomas similares a los que aparecieron la primera vez que enfermara: desentenderse de sus obligaciones domésticas, “quedarse ida”, no dormir por la noche, no querer levantarse, no querer comer, no querer hablar y responder monosilábicamente a las preguntas, estado de ánimo serio, tendencia a enojarse, hablar sola, reír y llorar sola. A partir de septiembre de 2013, Lucía ha seguido un tratamiento

psiquiátrico regularmente, lo que le ha permitido mantenerse mentalmente controlada todos estos años.

2.8 Marcos

Marcos logró curarse después de estar mentalmente enfermo durante nueve meses y, desde entonces, no ha vuelto a recaer en el descontrol mental. Sin embargo, tras recuperarse, siguió sufriendo un dolor de cabeza continuo que, en determinados momentos, se agudizaba, a la vez que sentía ardor en la frente. Poco a poco, el dolor de cabeza y el ardor en la frente fueron desapareciendo y, al cabo de unos dos años, dejó de sentirlos. Marcos asegura que consiguió sanarse del todo gracias a su arrepentimiento de los pecados cometidos, a la misericordia de Dios y a una planta medicinal cuya savia aplicaba en su frente. Desde abril de 2009, Marcos volvió a trabajar, aunque sin cumplir plenamente su rol de proveedor económico de la familia.

2.9 Carlos

El tratamiento que prescribió el médico internista de Tuxtepec no fue suficientemente eficaz y, a mediados de 2003, el descontrol mental de Carlos llegó a tal grado que su madre y su hermana pidieron ayuda a la presidencia municipal para trasladarlo al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, accediendo a proporcionarles un viaje en ambulancia con el acompañamiento de un policía. Carlos fue atendido en la consulta externa del hospital y no fue internado.

Mientras estuvo tomando la medicación prescrita por los psiquiatras del hospital, Carlos se mantuvo mentalmente controlado: las alucinaciones, los delirios, los soliloquios y la agresividad disminuyeron sensiblemente, volviendo a comer normalmente, a dormir mejor y a recuperar la preocupación por la higiene y el cuidado de su imagen personal. Al cabo de unos dos años, su madre dejó de poder comprar los medicamentos y Carlos volvió a descontrolarse mentalmente. Su descontrol mental, que se prolongó durante 8 años, lo llevó a vivir la mayor parte del tiempo encerrado en la casa y a sufrir deterioro cognitivo.

En 2011, unos pastores evangélicos foráneos oran por su sanación; aun sumido en la enfermedad, su estado mental experimenta una mejoría y los síntomas disminuyen en grado. En mayo de 2013, Carlos es llevado nuevamente al hospital psiquiátrico, siendo atendido en la consulta externa. A partir de entonces, Carlos ha tomado regularmente su medicación, mostrando un estado mental controlado y una cierta recuperación cognitiva que le permiten colaborar en la vida familiar desempeñando ciertas tareas domésticas.

2.10 Sofía

Sofía volvió a descontrolarse gravemente por segunda vez en 1998 debido a su renuencia a tomar la medicación. Su esposo la llevó a la Clínica del ISSSTE de Tuxtepec, seguidamente, fue referida al servicio de psiquiatría del Hospital ISSSTE de Oaxaca y, tras su evaluación, canalizada al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca donde fue internada durante un mes. Con el fin de asegurar su adherencia terapéutica, los médicos psiquiatras le prescribieron un medicamento inyectable mensual, pero suscitó la oposición de sus familiares debido a la somnolencia y la apatía que le provocaban.

La crítica familiar llevó a que su marido, junto a su suegro, buscara la atención de un psiquiatra de la ciudad de Veracruz que semanalmente pasaba consulta en Tuxtepec, quien le recetó un nuevo medicamento inyectable. Posteriormente, acudirá a la consulta privada de otro psiquiatra en la ciudad de Veracruz, que le prescribió una medicación oral. El principal problema, como en los tratamientos anteriores, fue que no contaba con los recursos económicos necesarios para comprar regularmente los medicamentos, de manera que los periodos de descontrol mental fueron frecuentes. Los síntomas que aparecían en estos episodios fueron dejación de sus obligaciones domésticas, escuchar voces, tener visiones, ideas delirantes, hablar sola, no poder dormir por la noche, agresividad verbal y física, conductas compulsivas y repetitivas.

A partir de marzo de 2011, ante la frecuencia de los episodios de descontrol mental y la negativa de Sofía a tomar las medicinas, su marido opta por administrarle un medicamento inyectable, aunque sigue sufriendo crisis psicóticas cada cierto tiempo motivadas por la falta de regularidad en la aplicación de las inyecciones.

Tras el fallecimiento del esposo en junio de 2017, los hijos se hicieron cargo del cuidado de su madre. Primeramente, buscaron la atención psiquiátrica en una consulta privada de Oaxaca y, posteriormente, dado que la hija y uno de sus hijos vivían en el estado de México, en el Instituto Nacional de Psiquiatría de la Ciudad de México. Así, el ajuste del tratamiento y la toma regular de los medicamentos han permitido que, desde enero de 2018, Sofía se encuentre mentalmente controlada, aunque sin poder asumir su rol de madre y trabajadora doméstica más que en ciertas tareas sencillas.

2.11 Adela

Doce años después, en marzo de 2017, Adela volvió a enfermar mentalmente tras un progresivo proceso de empeoramiento que empezó un año antes. En un principio, su desempeño en la realización de las labores domésticas comenzó a decaer y, progresivamente, fueron apareciendo los síntomas de escuchar voces amenazantes, voces con las que reía y jugaba, convicción de que unos vecinos querían matarla a ella y también a sus hijos, hablar sola, no dormir en la noche, irritabilidad, agresividad verbal y física hacia sus parientes y sus vecinos.

A finales de junio, sus familiares decidieron llevarla por primera vez al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca donde fue atendida en consulta externa. Sin embargo, Adela continuó mentalmente descontrolada dada su negativa a tomar medicamentos, hasta que una violenta pelea con una vecina propició que sus familiares se concienciaran de que debía tomar regularmente su medicación. A raíz de dicha pelea, en marzo de 2018, la llevaron nuevamente al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, dictaminándose la necesidad de ser internada, un internamiento que duró dos semanas. A partir de entonces, sus cuidadores han estado supervisando su apego terapéutico y Adela se ha mostrado mentalmente controlada.

Trayectorias de padecimiento y atención

Persona enferma	Religión	Inicio Padecimiento		Atención Tradicional	Diagnóstico Tradicional	Atención Psiquiátrica	Diagnóstico Psiquiátrico	Internamientos hospitalarios
		Fecha	Edad					
Esperanza	Católica	Agosto 1995	29	Curandero local (diciembre 1995)	Maldad	Hospital Psiquiátrico de Oaxaca	Trastorno Esquizoafectivo de tipo Maníaco	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dic 1995-Ene 1996: 27 días 2. Jul 1998: 21 días 3. Sep-Oct 2003: 34 días 4. Nov-Dic 2003: 30 días 5. Mar-May 2008: 41 días 6. Dic 2008- Ene 2009: 29 días
Lorena	Católica	Octubre 2003	28	Curandero local (octubre 2003)	Maldad	Hospital Psiquiátrico de Oaxaca	Trastorno Esquizoafectivo de tipo Maníaco	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oct-Dic 2003: 40 días 2. Nov 2004-Ene 2005: 35 días
Natalia	Católica	Mayo 2001	29	Curandero de una comunidad vecina (mayo 2001)	Susto	Hospital Psiquiátrico de Oaxaca	Trastorno Esquizofreniforme Orgánico	—
Esther	Católica	1981	23	Curandero de un municipio vecino (1986)	Maldad	Hospital Psiquiátrico de Oaxaca	Esquizofrenia Paranoide	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1981: 3 meses 2. 1983: 1 mes 3. Dic 2002: 15 días 4. Oct-Nov 2012: 58 días
Miguel	Católica	Abril 1990	33	Curandero local (abril 1990)	Susto	Hospital Psiquiátrico de Oaxaca	Esquizofrenia Paranoide	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dic 1990-Ene 1991: 35 días 2. Dic 1991-Feb 1992: 69 días 3. Oct 1995: 12 días 4. Mar-Abr 2004: 39 días 5. Sep 2005-Mar 2006: 186 días 6. Ene-Feb 2013: 35 días

Trayectorias de padecimiento y atención

Persona enferma	Religión	Inicio Padecimiento		Atención Tradicional	Diagnóstico Tradicional	Atención Psiquiátrica	Diagnóstico Psiquiátrico	Internamientos hospitalarios
		Fecha	Edad					
Teresa	Católica	1984	27	Curandero de Tuxtepec (1985) Curandero de un municipio vecino (1987) Familiar (marzo-abril 2012)	1985: Maldad 1987: Susto 2012: Susto	Hospital Psiquiátrico de México Consulta privada de psiquiatría (Veracruz) Hospital Psiquiátrico de Oaxaca	Esquizofrenia Paranoide	1. 1986: 5 meses 2. Sep 2011: 15 días 3. Sep 2014: 15 días
Lucía	Católica	Abril 2009	26	Curandera de Veracruz (mayo 2009)	Maldad	Consulta privada de psiquiatría (Tuxtepec) Hospital Psiquiátrico de Oaxaca	Esquizofrenia Indiferenciada	—

Trayectorias de padecimiento y atención

Persona enferma	Religión	Inicio Padecimiento		Atención Tradicional	Diagnóstico Tradicional	Atención Psiquiátrica	Diagnóstico Psiquiátrico	Internamientos hospitalarios
		Fecha	Edad					
Marcos	Evangélica	Junio 2008	40	—	—	Consulta privada de psiquiatría (Oaxaca) Hospital Psiquiátrico de Oaxaca	Trastorno Esquizofreniforme Orgánico Sanación tras 9 meses de enfermedad	1. Jul-Ago 2008: 14 días
Carlos	Evangélica	Junio 2002	20	—	Maldad	Hospital Psiquiátrico de Oaxaca	Esquizofrenia Paranoide	—
Sofía	Evangélica	1992	22	Curandera local	Susto	Hospital Psiquiátrico de Oaxaca Consulta privada de psiquiatría (Veracruz y Oaxaca) Instituto Nacional de Psiquiatría (Ciudad de México)	Esquizofrenia Paranoide	1. 1994: 30 días 2. 1998: 30 días
Adela	Evangélica	Mayo 2005	28	Curandero local (agosto 2005)	Maldad	Hospital Psiquiátrico de Oaxaca	Esquizofrenia Paranoide	1. Marzo 2018: 14 días

Capítulo 18

Las causas de los trastornos psicóticos

Entre las personas enfermas que forman parte de la investigación, Esperanza y su hermana Lorena padecían el mismo trastorno psicótico, si bien solamente una de sus cuidadores mencionó la probabilidad de que uno de sus abuelos estuviera mentalmente enfermo. En los casos de Natalia, Lucía, Teresa, Miguel y Carlos, en cambio, sí había antecedentes familiares reconocidos: la madre de Natalia padeció un trastorno mental leve después de alumbrarla, sanándose poco tiempo después; la hermana del padre de Lucía sufrió un trastorno mental grave, probablemente de carácter psicótico, del que no se recuperaría nunca; Teresa y Miguel eran primos y padecían la misma enfermedad mental; y una prima de la madre de Carlos padeció un trastorno psicótico durante unos meses, consiguiendo sanar después de haber recibido atención psiquiátrica. Sin embargo, la presencia de antecedentes familiares no suele ser considerado por los usileños como un factor que explique la aparición de la enfermedad mental en los casos mencionados.

La aparición de los trastornos psicóticos obedece, sobre todo, a motivos de naturaleza distinta a la hereditaria, como se expusiera en la causalidad de la locura. La enfermedad mental puede deberse a daños cerebrales ocasionados por un fuerte golpe en la cabeza o producto del alcoholismo, a situaciones vivenciales que provocan un gran impacto psicoemocional en la persona, incluyendo el susto, a ser víctima de brujería o maldad, a estar dominado por un demonio o espíritu maligno, a ser castigado por Dios tras haber pecado gravemente. En muchos casos, pueden aparecer o combinarse más de una causa, y las explicaciones en torno al origen de la enfermedad en un mismo enfermo pueden diferir, pues tanto los enfermos como los distintos cuidadores y familiares pueden tener visiones distintas al considerar razones diferentes. Así, las distintas perspectivas y argumentos causales esgrimidos conforman el cuerpo de saberes etiológicos que las personas enfermas, sus cuidadores y sus familiares utilizan para explicar por qué enfermaron mentalmente y qué tipo de atención médica debían y deben de recibir.

1. La raza o el factor hereditario

Entre todos los informantes de la investigación, incluidos los familiares de Esperanza, solamente Elena consideraba el factor hereditario como una posibilidad que explicara la enfermedad mental de su madre y su tía Lorena, ya que, según le había contado su abuela paterna, uno de los abuelos maternos había sido también una persona mentalmente enferma.

Creo que mi mamá ya tenía esa enfermedad, porque, cuando se casó, tenía así ojos así, pues, veía muy mal, ajá, veía muy mal. Le digo a lo mejor ya tenía, porque uno de su familia dice mi abuela de aquí, pues, me cuenta que uno de su familia tenía esa enfermedad. No sé si el abuelo de mi mamá tenía esa enfermedad. Por eso, pienso, pues, que es su, cómo diría yo, son su sangre o su raza que ya vienen con esa enfermedad, pues ¿por qué también su hermana la padece? Por eso le digo a mi papá que tenía esa enfermedad, creo.

En los casos de Natalia, Lucía, Teresa, Miguel y Carlos, ni enfermos ni cuidadores consideraban que la existencia de un familiar que hubiera padecido un trastorno mental era un factor a tener en cuenta en la explicación de la enfermedad de su pariente enfermo.

2. Daños cerebrales causados por golpes en la cabeza o por alcoholismo

Esperanza insistía mucho en que el origen de su enfermedad mental radicaba en que se había golpeado fuertemente la cabeza contra una piedra siendo una niña. Cuando contaba con ocho años de edad, resbaló por un terraplén que había cerca del río, su cabeza se golpeó violentamente contra una gran piedra y siguió rodando hasta detenerse en la orilla del río. “Su cabeza estuvo dando vueltas y vueltas durante una hora”. Además, en su cabeza, se clavaron varias espinas que su madre tuvo que extraerle.

¿Dónde le duele en la cabeza?

Acá y acá y acá. Acá dolió mucho hoy.

¿En la frente?

En la frente, porque me caí en el río cuando soy niña, cuando yo tenía ocho años, pero me caí fuerte en la piedra grande así, y me metió espina acá y acá, porque está tirando eso.

¿Ahí detrás, en la cabeza?

Sí, lo sacó mi mamá espina acá cuando soy niña.

Su hermano Rafael, sin embargo, no creía que aquel golpe en la cabeza fuera la causa de la enfermedad mental de Esperanza, puesto que su otra hermana Lorena también padecía la misma enfermedad.

Los psiquiatras que atendieron a Marcos cuando estuvo internado en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca le explicaron que su trastorno mental había sido provocado por el consumo abusivo de alcohol durante años, aunque él no creía que ésta fuera la razón.

Porque el doctor me orientó muchas cosas, o sea, de la enfermedad que yo había pasado proviene del alcoholismo, de drogadicción, porque le hace daño al cerebro cuando uno toma, cuando fuma, cuando hace muchas cosas, pues, que no... que no le iba bien al cuerpo, lo cual es la droga, ¿no?, la cerveza. Mucha gente que está ahí en el hospital forma parte de alcoholismo y drogadicción. Por eso me llevaron con un grupo de alcoholismo.

La violencia física que Sofía había padecido en su relación matrimonial era la causa que sus familiares y sus hijos atribuían a su trastorno psicótico. Su esposo, don Augusto, reconocía haberla maltratado bajo los efectos del alcohol antes de que enfermara, pero aducía que los diversos estudios neurológicos realizados demostraban que su cerebro no presentaba daños orgánicos. En el primer internamiento de Sofía, los médicos solicitaron una tomografía axial y observaron que no había daño cerebral:

Allí me explicaron su situación. Y se comprobó de que no tenía ningún golpe, ¿no?, en la cabeza, como se había dicho, como me acusaban. Me decían que yo la había golpeado en la cabeza y que por eso era el problema. Entonces, le dije al médico allá que le explicara a su papá que ése no era el motivo. Ya el médico le explicó. Entonces fue que se apaciguó un poco más el asunto porque, pues, había, este, cierta, cómo se dice, había un sentimiento, ¿no?, de que por mí le había pasado eso. Así estuvo el primer mes de internamiento. Y ya le dieron medicamentos para seguir su tratamiento.

[...] Pues, a partir de ahí, este, le hicieron un encefalograma creo que se llama, le hicieron un TAC, este, una tomografía axial, y los resultados fueron que no tenía golpe en la cabeza, no se identificaba ningún, este, ningún golpe o daño que tuviera en el cerebro.

3. Vivencias que causan un gran impacto psicoemocional

En todos los casos, excepto Lorena, cuidadores, familiares o enfermos señalaron que la enfermedad mental había sido el resultado del gran impacto psicoemocional que les había causado determinadas vivencias, vivencias traumáticas que podían ser momentáneas o que se habían dilatado en el tiempo: problemáticas familiares y

económicas que llevaban a “pensar mucho”, situaciones de violencia psíquica y física, sufrimiento intenso y falta de atención en la niñez, haber sufrido un susto muy agudo.

La razón más importante que explicaba la enfermedad de Natalia, según ella misma, su esposo y su hija primogénita, era que su historia de vida le había llevado a “pensar mucho” sobre las problemáticas familiares y la escasez continua de recursos económicos: su padre falleció y su madre la abandonó para formar otra familia, quedando a cargo de su abuela; debido a la pobreza en que vivían, desde niña tuvo que trabajar en las casas y los campos para conseguir dinero; posteriormente, se separaría del padre de su hija primogénita debido a su alcoholismo y no pudo contraer matrimonio con el padre de su segunda hija al ser un hombre casado; una vez casada con el padre de sus otros cinco hijos, tras haber recriminado a su abuela no cumplir con su promesa, tuvo un fuerte conflicto con su tía cuando su abuela, finalmente, le cedió una parte del solar para que construyera su vivienda y viviera con su familia; los enojos por las discusiones y las peleas entre sus niños... Había llegado un momento en que “su cabeza no había aguantado” tantos problemas, tantos corajes, tanta tristeza, acabando por enfermar mentalmente. Así se lo habían dicho también los médicos que la habían atendido las primeras veces que fue al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca.

El pensar mucho también había sido la razón que había llevado a Marcos a enfermar mentalmente según uno de sus hermanos. Su negocio de venta de mojarras y camarones le había generado un estrés constante al tener que procurar vender todo el género antes de que se echara a perder. Por eso, una vez recuperado, su hermano le recomendó que comprara menos cantidad de pescado y marisco. Pero Marcos no compartía esta explicación y no siguió su consejo, sino que continuó vendiendo como antes de enfermar.

Mi hermano me dijo: ahí vas a hacer un criadero, ahí vas a quedar criando tus mojarras. Y me dijo: tú vas a trabajar menos, para que no pienses mucho, porque él piensa, pues, de la enfermedad que me pegó porque yo pensaba mucho, mucho. Y no, no fue así, no, no. Y me dijo: tú vas a comprar unos cincuenta o cuarenta kilos de mojarras para que no te fatigues mucho, pues, porque tú, dice, luego piensas, ¿no?, no lo vendiste y estás pensando, estás pensando cómo vas a sacar eso, y para eso compra menos. Y no, todo está del revés ahora, compro más y, gracias a Dios, se me acaba la mercancía que vendo rápido.

Marcos sí reconocía, aunque como factor secundario, la influencia que tuvo un hecho vivencial que acabó de hundirlo en el descontrol mental. Antes de derrumbarse ante la enfermedad, confesó a su esposa que había contraído una gran deuda con un prestamista local que no podía devolver. Tenía intención de hablar con su padre, pero su mujer enseguida se adelantó y se lo contó ella misma. La frustración y el enojo que le suscitaron la reacción de su mujer terminaron por agotar su cuerpo, se quedó sin habla, no podía respirar, sintió cómo su cuerpo se consumía y la muerte se lo llevaba. Pidió a sus familiares que le insuflaran aire por la nariz y logró recuperarse físicamente, pero, a partir de ese momento, su mente se trastornó, sumiéndose en los delirios, las alucinaciones, las conductas extrañas.

En el caso de Adela, su hija mayor estimaba que las discusiones matrimoniales y la violencia psíquica y física, a causa del alcoholismo de su marido, provocaron que su madre se descontrolara mentalmente la segunda vez. Del mismo modo, el padre y una de sus hermanas aseguraban que Esther había enfermado a causa de la conflictividad conyugal y la violencia que había sufrido a manos de su esposo y su suegra durante años. Las peleas y el maltrato psicológico y físico habían llevado a Esther a abandonar en varias ocasiones el hogar conyugal para refugiarse en la casa de sus padres, antes de que se produjera la ruptura matrimonial definitiva cinco años después de haber enfermado.

Esperanza, a veces, mencionaba que el origen de su trastorno mental se debía al miedo que había sentido cuando, estando embarazada de su hija, el hermano de su suegra le dio un fajazo en su panza con el machete al tratar de impedir que agrediera a su esposo. Elena tenía dudas sobre la versión de su madre, pues su abuela materna, que había estado presente en la discusión, negaba la agresión:

Y entonces cuando mi mamá estaba embarazada de mí, pues, el señor que vive ahí le dio un machetazo, dice así, pero no sé cómo es. Pero mi abuela me dice que no es cierto, que no fue así. Mi mamá salió corriendo, dice, cuando vio al hermano de mi abuela. Cuando vio al hermano de mi abuela, mi mamá salió corriendo a denunciar al señor, pues. Y entonces mi abuela estaba, dice que mi mamá se paró en la puerta para impedir eso, pues, porque el tío de mi papá quería matar a mi papá. Y mi abuela dice que no, no dio ningún machetazo a mi mamá, porque, si fuera así, yo ya hubiera muerto, dice mi abuela. Pero mi mamá dice que fue así, que el señor le dio un machetazo y... que ella dice, pues. Por eso se encuentra así y por eso se enfermó ella, dice, ajá.

Las vivencias traumáticas también provocaron que Teresa acabara enfermado mentalmente, si bien había dos perspectivas diferentes en la familia. Su hijo creía que había enfermado a raíz del conflicto que la familia había mantenido con otra familia vecina por los límites del terreno y que había terminado en una violenta pelea en la que la madre, una hermana y un hermano de Teresa fueron macheteados y heridos gravemente. El hermano fallecería tres meses después. Aunque Teresa no presenció la pelea, este suceso la impresionó a tal punto que acabó enfermándola mentalmente; las escenas de sus familiares macheteados eran recurrentes en sus visiones y delirios durante los periodos de descontrol mental.

En cambio, sus hermanas, así como una de sus primas, hermana de Miguel, consideraban que Teresa había enfermado por no haber podido casarse con el muchacho del que estaba enamorada. Tras las sospechas de haber tenido relaciones sexuales con el joven que atendía la tienda de abarrotes donde solía ir a comprar, el hermano primogénito decidió que no volviera a salir de la casa familiar. Quizás había intentado forzarla, como ella aseguraba, pero quizás había coqueteado con el muchacho y había quedado embarazada. En su encierro, Teresa esperaba que el muchacho fuera a pedirla cuando terminara de estudiar la secundaria, tal y como le había prometido, pero el joven nunca apareció y se comprometió con otra muchacha. Un año después de vivir encerrada en la casa, Teresa

comenzó a manifestar conductas anómalas, hasta que sus familiares se percataron de que había enfermado.

Los comentarios burlones de sus primos fueron el detonante de que Lucía se descontrolara mentalmente la tercera vez. Mientras estaba trabajando en la tortillería de su tío paterno, sus primos se habían burlado de ella, bromeando sobre su soltería y el no haber tenido hijos siendo una mujer treintañera. Cuando llegó a la casa paterna, Lucía se acostó en su cuarto y ya no quiso levantarse. Seguidamente, empezaron a manifestarse los síntomas que preludiaban una nueva crisis psicótica: no quería levantarse, tampoco comer, no dormía en la noche, apenas quería comunicarse.

Uno de los factores que explicaban la enfermedad mental de Carlos, según su hermana, era que había tenido duras experiencias en su niñez sin haber recibido la atención y el consuelo que necesitaba. A la edad de ocho años, viviendo con sus abuelos, pues su madre trabajaba en la ciudad, le salieron en las piernas y las nalgas unos abscesos llamados “nacidos”, que eran muy dolorosos, en siete ocasiones. Eran unos granos rojos que iban aumentando de tamaño hasta llegar un momento que se tornaban duros y acababan supurando pus, para luego ir cerrándose y curándose. El proceso de aparición y curación final duraba alrededor de un mes y no existía atención médica que pudiera recibir. Carlos sufrió fuertes dolores durante ese tiempo y, cuando los abscesos se volvían duros, tenía que ayudarse de un bastón para poder caminar. Posteriormente, cuando tenía catorce o quince años, Carlos iba a visitar a sus abuelos, pasando el fin de semana en la comunidad vecina donde habitaban. Allí solía hablar con una muchacha cuando coincidían en el arroyo. Aunque nunca tuvo intención de coquetear, el novio de la muchacha fue a quejarse al pastor de la iglesia evangélica acusando a Carlos de querer seducir a su novia. El pastor mandó llamarlo y lo regañó duramente delante de otras personas. Estaba solo y nadie lo defendió. Carlos se sintió muy avergonzado. Quizás, pensaba su hermana, el sufrimiento que padeció siendo un niño, sufrimiento que vivió en silencio y no expresó a nadie, y el trauma de ser regañado ante otras personas sin entender bien el porqué pudieron influir en que enfermara mentalmente años después.

Todos sus familiares coincidían en que Miguel enfermó de susto. Un día fue al cerro a tumbiar árboles junto a uno de sus hermanos y otros hombres. Serraron completamente la base del tronco de un árbol, pero éste quedó sujeto por otro árbol y no cayó al suelo. Cuando estaban serrando el árbol que sujetaba al primero, el tronco se partió y los dos árboles estuvieron a punto de atrapar a Miguel en su caída. Miguel se espantó mucho, su cuerpo sudó abundantemente, tanto sudó que “su cuerpo se quedó seco” y no podía orinar. Tres días después, Miguel comenzó a hablar solo y a acusar a un vecino de querer matar a su hijo.

Los padres de Sofía, aun siendo evangélicos, la llevaron a una curandera local para que le hiciera la curación de susto en dos ocasiones. Dado el maltrato psicológico y físico que le había infringido su marido, consideraron la posibilidad de que Sofía estuviera espantada, pero la curación no tuvo el resultado esperado y su enfermedad mental no pudo ser sanada.

4. La brujería o la maldad

La brujería como posible causante de la enfermedad mental aparece en la mayoría de los casos —Esperanza, Lorena, Natalia, Esther, Lucía, Adela y Carlos—. Además del factor hereditario, a tenor de lo que le habían contado su madre y su tía, Elena también barajaba el factor de la maldad para explicar por qué ambas padecían la misma enfermedad mental. Según unas señoras que leían las cartas, alguien les había echado tierra de muerto procedente del panteón en cada de las esquinas del solar paterno, y ese trabajo de brujería debía ser contrarrestado poniendo limones y clavando una cruz en las cuatro esquinas del terreno. Don Rafael, uno de los hermanos de Esperanza y Lorena, corroboraba esa explicación, pues el hierbero que había atendido a Esperanza en el comienzo de la enfermedad les había advertido que le habían hecho maldad y tanto el solar de sus padres como el solar de su marido estaban “malditos”.

Porque cuando fue a Oaxaca conmigo, ella me cuenta, pues, que encontró a la señora que son así, que anda en la calle, pues, como que ahí, la otra vez le dijo a mi mamá que es por donde vive, pues, que aquí es donde hay problemas. Ajá.

[...] *¿A qué señora encontró?*

A esa que sacan, que cree en la baraja, algo así. Ajá, esa señora encontró, dice. Le dijo esa señora, pues, que es por acá, por la tierra de aquí o no sé. Y también mi tía, que no, no está enferma. Llevó a mi tía que se encuentra igual que mi mamá, la llevó en [la ciudad de Veracruz donde habita] y allí le dijeron también que es por la tierra que ella vive. Es por la casa de allá, pues, que los cuatro lados tienen la tierra de muerto, dice. Las cuatro esquinas, pues, las esquinas del terreno de allá tienen esa tierra, dice, que fueron a traer del panteón. Esa tierra que está allá, dice, que deben de dejar. En las cuatro esquinas deben de poner limón y una cruz para que se quite todo eso, pues. Eso es lo que le cuentan a mi tía, pues, que tiene igual que ella. Ajá, eso es lo que ella dijo. (Elena)

La hija primogénita de Natalia, Luisa, mencionó que tanto un curandero como ciertos familiares y vecinos afirmaron que su madre había enfermado como resultado de un trabajo de brujería. Un día que había ido al cerro a recoger leña, Natalia fue sorprendida por el dueño del terreno, quien le reclamó que la leña era suya y, tras una fuerte discusión, se la quitó. El curandero que atendió a Natalia la primera vez que se descontroló mentalmente acusó a ese hombre de haberle hecho maldad, maldad que le había llevado a enfermar.

La otra persona acusada de haber hecho brujería a Natalia era su esposo. Había familiares y vecinos que sostenían que don Alfonso había hecho maldad a su mujer utilizando una foto en la que aparecía junto a sus primos, foto que había llevado a su comunidad, situada en un municipio colindante, para mostrarla a sus parientes. A raíz de casarse con él, la personalidad de Natalia había cambiado, tornándose más sumisa, y, posteriormente, le había sobrevenido una enfermedad mental de la que no conseguía

sanarse. Pero Luisa consideraba que la amaba y no creía que don Alfonso hubiera sido capaz de hacerle mal a su esposa y madre de sus hijos. Natalia tampoco lo creía.

La brujería también estuvo presente como explicación en el caso de Esther. Viviendo todavía en la casa conyugal, una mañana despertó advirtiéndole que, durante la noche, le habían cortado la uña del dedo gordo del pie y un mechón de cabello sin que ni ella ni su marido se dieran cuenta. Al cabo de un mes aproximadamente, Esther enfermó y su madre la llevó a un curandero que vivía en el municipio vecino de San Lucas Ojitlán, municipio habitado igualmente por pobladores chinantecos. El curandero dictaminó que su suegra le había hecho brujería, enterrando su uña y su mechón de cabello sobre la tumba de un difunto en el panteón. Don Francisco, el padre de Esther, no creyó en esta explicación ni en el ritual de curación que propusiera el curandero, además de que pedía mucho dinero para llevarlo a cabo. La familia no hizo nada más al respecto.

Un caso similar a Esther es el de Lucía. La primera vez que se descontroló mentalmente fue cuatro días después de haber contraído matrimonio. Llegó a la casa de sus padres acusando a su suegra de haberle dado una bebida que le había provocado calentura en la boca y que echaba espuma por la boca. Tras estar un mes mentalmente descontrolada, sus familiares la llevaron a una curandera del estado de Veracruz, quien les dijo que su suegra le había hecho mal de ofrecerle un veneno. Lucía no regresaría con el hombre con el que se había casado.

Los familiares de Adela asumían que su trastorno mental era producto de la malicia, tal como ella afirmaba, versión que sería corroborada por un curandero local. Adela aseguraba que su enfermedad apareció a raíz de que metiera las manos en una cubeta de agua que había delante de su casa. Al día siguiente, escuchó cómo unas personas tocaban su puerta y cómo tres gatos, que se habían subido al tejado de su casa, caminaban sobre él. También se quejaba de que su comida se llenaba de moscas y se echaba a perder. Cuando la llevaron a un curandero de una aldea vecina, éste les confirmó que alguien le había hecho mal de ofrecerle un veneno, y tras realizarle la curación, su primera crisis psicótica remitió.

Carlos también fue víctima de la brujería, en su caso, un trabajo encargado por la mujer de su padre movida por el resentimiento hacia su madre y para que no heredara su plaza de maestro y se la concediera a uno de sus hijos. Así se lo habían dicho y así lo creía su madre, doña Julia. Su hermana, sin asegurarlo rotundamente, lo consideraba una posibilidad, pues, estando en el hospital psiquiátrico, una señora desconocida agarró la mano de Carlos y le dijo que una mujer, la esposa de su padre, le había hecho mal de ofrecerle un veneno. Posteriormente, una curandera local les volvió a decir lo mismo.

Carlos había enfermado justo después de haber ido a visitar a su padre, que vivía con su familia en la ciudad de Tuxtepec, regresando con un fuerte dolor de cabeza. A los quince días, su media hermana avisó de que se había olvidado una playera y una trusa, prendas que había lavado y guardado; tiempo más que suficiente para haberlas utilizado en un ritual de brujería. Estando ya mentalmente enfermo, su padre llegó a Usila y pidió a su yerno una foto para consultar con una curandera si Carlos estaba enfermo o le habían hecho mal de ofrecerle un veneno. Posteriormente, llamó por teléfono para decirle escuetamente que le

habían hecho un trabajo de brujería, sin mencionar quién había sido ni proporcionar más información. Cuando le pidieron que devolviera la foto, el padre esgrimió que se la había quedado la curandera y ya no daba con ella, pues había cambiado de domicilio. Les volvió a pedir otra foto, pero la hermana de Carlos rehusó dársela.

Como explicaba doña Julia, la maldad existe y es obra del Diablo. Hay personas que tienen el poder de trabajar con la maldad y hay personas que, movidas por el resentimiento y la venganza, están dispuestas a pagarles para que dañen a quienes les han lastimado previamente.

La Biblia dice que eso no es bueno, y nosotros que estamos leyendo la Biblia, o que conocemos más o menos que Dios existe y que Dios no ama esas cosas, pues, haciéndole daño a su prójimo, haciéndole daño, haciéndole malo, pegándole, o qué sé yo, o echando maldiciones. Eso no es bueno. Nosotros sabemos eso, pero esas gentes que están perdidas, que están cegadas por la maldad y están en eso, entonces, vienen estos con ellos, los que también están ansiosas, pues, espiritualmente, vienen y dicen, pues, hazme un trabajo. ¿Para quién quieres que te haga un trabajo? No, pues aquí tengo a fulano o aquí tengo a zutano. Mira, ésta es la persona que me hizo daño y yo quiero que le hagas esto, esto y esto, ¿no? Y va y le hace daño, se hace un trabajo. He oído, yo no he visto, he oído que hacen muñecos, le prenden alfileres, no sé qué tantas invocaciones satanistas, y surte efecto. No sé cómo se trabaja, pero surte, porque dice que lo malo le cae a las personas cuando no están protegidas, pero desafortunadamente y, en especial, cuando hay alguien que quiere que se le haga a esa persona, que no la deja en paz, pues. Y así está este mundo.

5. Estar poseído o dominado por un demonio o espíritu maligno

En los casos de Esther, Marcos y Carlos, algunos familiares apuntaron que el trastorno mental era debido a un demonio o espíritu maligno que dominaba el pensamiento y el comportamiento de la persona enferma, incluso, que llegaba a poseer a la persona enferma. Así lo creía uno de los hermanos de Marcos, quien, junto a su hijo, lo había llevado al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca para que fuera internado y tratado médicamente. Su descontrol mental había sido provocado por los ataques de espíritus malignos, y la forma de contrarrestar su pernicioso influjo era invocar a Dios por medio de la oración colectiva de los hermanos de las iglesias evangélicas a las que asistían.

Uno de sus sobrinos pensaba que Esther estaba poseída por un demonio, siguiendo el parecer de un sacerdote que había aconsejado a la familia buscar la ayuda de un exorcista. Su abuelo materno, don Francisco, y su madre, doña Pilar, tenían dudas de que Esther estuviera poseída por un demonio, inclinándose más por atribuir su conducta a su

enfermedad mental. Aun así, a veces, creían que un espíritu maligno estaba presente en ella: doña Pilar, al escuchar sus groserías y sus maldiciones y ver su increíble agilidad cuando se escapaba del cuarto en que la habían encerrado; don Francisco, al escuchar ruidos de pisadas sobre las láminas del tejado una de las noches que Esther estuvo durmiendo en su casa mientras reformaban su cuarto. Tal fue la honda impresión que le causó escuchar aquellas pisadas sobre el tejado que fue a solicitar agua bendita a la iglesia católica para rociarla en la casa.

Pero cómo camina, y descalza, ¿eh? Porque no le gusta poner zapatos, luego, luego, lo rompe. Nada quiere, pues, nada. Por eso, a veces, pienso que a lo mejor mi hermana está poseída. ¿Tú crees que mi hermana esté poseída, tenga un espíritu malo? Porque de la forma que te estoy platicando, como que sí se hace pensar, ¿no? A veces me pongo a pensar que a lo mejor sí está poseída mi hermana, porque cómo maldice, dice puras groserías. Sí, puras groserías.

[...] *¿Por qué dice que está poseída?*

Bueno, yo digo porque de la forma que hace. Porque un día la vi que se escapó por ahí, por una rendija así, levantando la lámina con su cabeza y su espalda, pues sí, se salió. Estaba trepada, así como si fuera una lagartija. Y toda desnuda. Yo sí me espanté, pues, porque cómo así, se trepa así. Le digo Esther, te vas a matar, te vas a caer, hermana, métete. No, qué va, así brincó y se fue.

O sea, tiene mucha fuerza, mucha agilidad.

Sí, sí.

Usted piensa que hay un ser dentro de ella.

A lo mejor sí, le digo a mi papá, pues, a lo mejor está poseída, tendrá un espíritu malo, sí, porque sí. Y dice mi papá, ¿no te ha contado mi papá?, que a veces él escucha ruido ahí en la casa, en su casa, pues. Las noches que mi hermana se quedó con él, cuando, este, cuando le arreglaron el cuarto. Aquí se quedaba de día y ya se iba en la noche con mi papá, porque mi sobrina le daba dos tranquilizantes, hasta una vez le pusimos una inyección. Ella bien dormida, dice mi papá, y en la casa parecía que alguien caminaba. Mi papá alumbraba, dice, y no. A veces no se le prendía su foco, dice.

¿Ahorita en noviembre?

Fue en noviembre, sí.

Sintió como...

Como alguien caminar en la casa, pues. Así sonaba, dice mi papá. Y mi hermana ahí sedada con los medicamentos, pues, acostada, dormida. Pero sí se escuchaba el ruido, dice mi papá. Le digo por eso pienso, por eso yo, hasta mi papá, pensamos así. Es que como que da miedo, digo, como que te da escalofrío. Pues, te digo, cuando la vi así, nunca, nunca había visto a mi hermana trepada, pero esa vez que la vi, yo aventé los mangos que traía en las manos. Yo había ido a recoger mangos,

aquí tengo un árbol de mango, como en esta temporada de mangos, yo ya traía así los mangos, pues ahí lo tiro porque yo vi a mi hermana trepada, pues si su casa está alto, más alto que aquí, creo, la barda de su casa, pues. No, ahí estaba, pero bien que estaba así, así estaba con las piernas abiertas. Da miedo porque, como he visto películas así, ¿no?, que las que están poseídas hacen como si fueran un animal. Y así está ella. Le digo a mi papá qué podemos hacer. Ya mi papá me dijo que echó agua bendita ahí en su casa y ya se calmó.

¿La echó él?

Síii, síii. Dice que él sentía como si alguien caminara sobre la lámina de su techo. Sí, hasta tronaba bien feo.

¿La lámina? ¿pero por fuera o por dentro?

Por fuera, dice. Pues él escuchaba pisada, bastante que él escuchaba pisada. Qué será, le digo. Y así. Que así es, hasta nos dio miedo, pues, a mi sobrina, porque vino mi papá a contarlo, sí. Dice no, ni dormí, hija, escuchaba ruido. Yo iba, alumbraba a tu mamá, estaba ella acostada. Nada más se terminó el cuarto, y luego, luego la encerramos ahí. Así se quedó ya hasta ahorita, ya no se ha podido salir. (Doña Pilar)

Doña Julia, la madre de Carlos, afirmaba que su hijo había sufrido un trabajo de brujería, propiciando que su mente cayera bajo el dominio de un ser invisible con el que hablaba, un demonio que lo atormentaba y le dictaba lo que tenía que hacer.

Sólo dijeron que, bueno, que hay un ser invisible, como alguien que te habla con voces así al oído y te ordena, ordena a ese pensamiento que haga esto y lo hace. Ellos no son culpables de lo que hacen, pero le ordenan. Y en eso, fíjese bien, ¿eh?, como en eso, fíjese, ¿eh? Yo tengo entendido que lo que dicen los hermanos, los pastores, que eso se da en nombre de un demonio, que son seres invisibles. Ellos son los que ordenan a la persona haz esto y lo hace, pero son demonios.

6. Castigo de Dios por haber pecado gravemente

El castigo divino como causante de la enfermedad mental fue esgrimido en un solo caso, el de Marcos, por él mismo. Marcos creía firmemente que el trastorno psicótico que sufrió temporalmente había sido un castigo de Dios por haber pecado gravemente, mayor gravedad si cabe siendo evangélico y conocedor de la fe y los valores cristianos. “Fui malo ante Dios y malo ante la sociedad”, reconocía abiertamente. En el pasado, había ganado mucho dinero vendiendo mojarras y camarones en Usila, pero todo ese dinero, según llegaba a sus manos, lo despilfarraba en alcohol y mujeres. La carne y el pecado dominaban su mente y su espíritu. Por eso, como buen padre que ama a su hijo, Dios lo castigó enviándole su enfermedad a fin de obligarlo a recapacitar sobre sus actos y corregir su

comportamiento en la vida. Marcos se humilló ante Dios, reconoció sus pecados, pidió perdón y, gracias a su infinita misericordia, Dios lo perdonó y le concedió la sanación.

Totalmente, o sea, mi cuerpo estaba dominando por lo que es el pecado. El pecado me dominaba y la carne lo actuaba, hacer lo que la carne quería, pecarse, ¿no?

¿A quién dominaba el cuerpo?

Al espíritu y mi mente.

Al espíritu, podía con su mente.

Así es. Me metí en el pecado, pues, o... dejé a rienda suelta a la carne, pues, para hacer el pecado. Y es por eso Jehová Dios me hizo una corrección, me llamó a cuenta lo que yo había hecho. Y es por eso yo ahorita me siento contento lo que yo aprendí de mi carne, porque la carne quería matarme, o sea, la carne quería perder mi mente y el corazón. Y es por eso Jehová Dios, a través del amor de Jesucristo, buscó la manera de cómo reaccionarme de lo que estaba yo haciendo, el pecado. Y es por eso vino una corrección a través de una enfermedad. Pero, gracias a Dios, que me logré estar libre de la enfermedad, porque Él conoce hasta qué grado el ser humano puede soportar la vara de Él.

Entonces, Dios lo castigó y, al mismo tiempo, permitió que usted se sanara.

Así es. Sí, porque a Él no le agrada la muerte de un pecador que pierde su mente, su corazón, su cuerpo por toda la eternidad.

Causas de los trastornos psicóticos

Persona enferma	Religión	Factor hereditario	Daños cerebrales	Vivencias traumáticas	Brujería o maldad	Demonio o espíritu maligno	Castigo de Dios
Esperanza	Católica	✓	✓	✓	✓		
Lorena	Católica				✓		
Natalia	Católica			✓	✓		
Esther	Católica			✓	✓	✓	
Miguel	Católica			✓			
Teresa	Católica			✓			
Lucía	Católica			✓	✓		
Marcos	Evangélica		✓	✓		✓	✓
Carlos	Evangélica			✓	✓	✓	
Sofía	Evangélica		✓	✓			
Adela	Evangélica			✓	✓		

Capítulo 19

Síntomas a nivel perceptivo y cognitivo

El padecimiento mental es definido como la expresión de la enfermedad de la esquizofrenia u otra psicosis en cada enfermo, esto es, como el conjunto de síntomas y malestares reportados por la persona enferma y sus familiares en un periodo determinado, así como las fluctuaciones y las variaciones que se puedan producir a lo largo del tiempo. Los síntomas de los padecimientos psicóticos que afectan a los hombres y las mujeres enfermos de San Felipe Usila pueden clasificarse en tres grandes categorías, teniendo en cuenta que cada categoría engloba tanto manifestaciones no presentes en las personas normales como manifestaciones que expresan déficits respecto a las personas normales:

- a) Síntomas a nivel perceptivo y cognitivo
- b) Síntomas a nivel emocional
- c) Síntomas a nivel conductual y psicomotriz

En todos los casos, los enfermos siempre presentan un conjunto de síntomas que se manifiestan simultáneamente en los periodos de descontrol mental. Algunos de estos síntomas, sin embargo, pueden continuar apareciendo aun siendo medicados con psicofármacos debido a que no hay un buen seguimiento del tratamiento o a que la medicación no consigue controlar totalmente todos los síntomas psicóticos. Asimismo, el padecimiento mental experimenta fluctuaciones a lo largo del tiempo, con exacerbaciones y remisiones de síntomas en un mismo día, de unos días a otros o periódicamente, exacerbaciones y remisiones que generalmente se presentan de forma repentina e inesperada a ojos de los familiares, tanto en las fases de descontrol mental como en aquellos enfermos cuyo estado mental no puede ser bien controlado a través de los medicamentos psiquiátricos.

Respecto a las alteraciones que la enfermedad provoca en la percepción y la cognición de las personas enfermas, los síntomas recabados son los siguientes:

1. La consciencia de la enfermedad y los síntomas

2. Las visiones
3. Las voces y los sonidos
4. Las percepciones táctiles
5. Las percepciones olfativas
6. Las ideas delirantes o las creencias no reales para los demás
7. Las alteraciones en el lenguaje
8. Los déficits cognitivos

1. La consciencia de la enfermedad y los síntomas

En las fases en las que se sumen en un estado mentalmente descontrolado, las personas enfermas no son conscientes de que padecen una enfermedad mental, ni de que lo que ven, escuchan, piensan o sienten sean las manifestaciones de su padecimiento. En general, los enfermos no sólo no son conscientes, sino que niegan que padezcan una enfermedad ante sus familiares o ante cualquier individuo que les señale que están enfermos o son unos locos. Esta falta de capacidad para reconocer su enfermedad mental y sus síntomas lleva a que algunos enfermos sean renuentes a tomar medicamentos. Como relataba su esposo, don Augusto, Sofía no quería tomar su medicación dado que negaba que estuviera enferma:

¿Durante ese tiempo estuvo controlada?

Sí, estuvo controlada, con los medicamentos estuvo controlada. Pero el problema era que, este, después, cuando se le presentó otra vez el problema, se negaba a tomar sus medicamentos, no quería tomar los medicamentos. Y, aparte de eso, decía que ella no estaba enferma, que yo era el que estaba enfermo. O sea, no aceptaba que estaba enfermita, sino que yo era el que estaba enfermo. Si quieres, dice, vete tú al médico, yo no voy porque yo no estoy mal.

En el momento que tomaban sus medicinas con una cierta continuidad, o habían logrado sanarse como en el caso de Marcos, los enfermos tomaban consciencia de su padecimiento, de lo que habían dicho, de lo que habían hecho, incluso en aquellos casos que no conseguían estabilizarse del todo a través de la medicación, como Esperanza, Sofía o Esther. Todas estas mujeres, cuando habían superado una crisis psicótica, eran conscientes de las visiones que habían visto, de las voces que habían escuchado, de que habían hablado solas, de sus conductas exaltadas, extrañas o agresivas, pudiendo llegar a reconocerlas y disculparse ante sus familiares. Aun así, volvían a incurrir en esas conductas cuando entraban en una nueva crisis; no lo podían evitar. Don Augusto explicaba que este tipo de reacciones eran comunes en Sofía:

Y [mi hijo], pues sí, sí ha visto y ya sabe. Entonces, este, como no tiene miedo, no, no, no pasa nada. Ya sabe más o menos hasta dónde llega el asunto, porque revienta y, este, hasta que pasa esto. Eso dura como una hora, una hora y media, este, de intenso, pues. Ya después baja. Y es cuando ella reacciona y ya empieza a decir que la perdonen, que, este, ya no lo va a volver hacer y todo eso, pero, bueno, nada más es un decir porque al rato otra vez. Y como es, este, no controlado, entonces pasa en cualquier momento aun así diga que ya no lo va a volver a hacer. Pero hay esa etapa en la cual, que está más consciente, ¿no?, lo que algo pasó y que no estaba bien. Entonces, yo sé, pues no lo vuelvo a hacer, no va a ocurrir otra vez, pues uno ya sabe [risas], ya sabe que eso es lo que viene después de un episodio de éstos.

2. Las visiones

Todas las personas enfermas, salvo Lucía, manifestaron tener visiones en los periodos de descontrol mental, y algunas las seguían teniendo una vez medicadas, como en los casos de Esperanza, Esther y Sofía. Las visiones son percepciones visuales de seres humanos vivos o difuntos —hombres, mujeres, niños, niñas—, seres y entes sobrenaturales —ángeles, José y Esperanza, demonios, el Diablo, hadas, seres alados, chaneques, plantas malignas, luces, estrellas, fuegos—, animales —víboras, tlacuaches, iguanas, hormigas, gusanos, piojos— o cosas —frutas, objetos, pintura, sangre—. Dichas percepciones visuales nunca pueden ser corroboradas por sus familiares, pues, como ellos mismos explican, sólo existen en el mundo del enfermo, no en la realidad normal. Estas visiones, a menudo acompañadas de la escucha de voces e ideas delirantes de persecución y daño, suscitan diversas reacciones emocionales y conductuales en los enfermos, siendo las reacciones más comunes el sentir miedo o enojo a nivel emocional y la huida, resguardarse o la agresividad, hacia las personas físicas o las personas o seres que los molestan o atacan en sus visiones, a nivel conductual.

2.1 Las visiones de seres humanos

Las visiones de seres humanos son hombres, mujeres, niños y niñas que pueden manifestar hostilidad hacia los enfermos, pueden no mostrarse hostiles y pueden ser personas ya fallecidas.

a) Visiones de personas

Esperanza, que experimentaba periodos de crisis aun estando medicada, solía tener visiones cuando se levantaba en la noche para ir a la letrina situada en el patio familiar. Una noche vio cómo un niño güerito¹⁵⁴ de cabello rizado se asomaba por la ventana de su cuarto dando brincos. Esperanza sintió miedo, porque se trataba de un niño muy hermoso, tan hermoso que no podía ser un niño normal. Al verlo, se asustó, gritó y se puso a llorar. En ese mismo momento, el niño se cayó al suelo; pudo escuchar el sonido de su caída. Ella permaneció inmóvil, sin poder moverse, y su esposo salió a ver quién era ese niño, pero no vio a nadie. Al comentarlo con otras personas, le dijeron que “el niño traía algo”, es decir, era un buen augurio que traería prosperidad a la familia.

Una noche vio pasar por delante de su casa a un mariachi con su sombrero charro. No le dijo nada. Quien sí le chifló y le habló fue una señora que traía un vestido blanco con unas mangas largas que llegaban hasta las muñecas:

Tiene como... como cuántos años que pasó señora también, que está chiflando mi casa. Vente para acá, dice, vente para acá. [Silba dos veces] Así lo chifló. Vente para acá, dice. Que está el vestido blanco hasta ahí, hasta ahí, trae una sombrilla blanca, trae una canasta. No sé qué quiere decir ese día. Yo me da miedo para platicar con blanco [risas].

[...] *¿Y llevaba algo? ¿Traía algo?*

Lo vi, lo vi más lejos. Estaba parada, estaba parada como así ella, acá estoy. Por eso me levanté, porque no estaban tapados chamacos cuando estoy durmiendo. Me tapé chamacos. Y lo chifló ella. No sé por qué, por qué me pasa a mí así, ¿verdad?

Otra noche de tormenta, Esperanza se asomó a la ventana y vio pasar a dos mujeres envueltas en una tela blanca desde la cabeza hasta más abajo de las rodillas. Tuvo miedo porque había escuchado que, en ese tiempo, dos señoras de la ciudad de Tuxtepec, que “estaban mal de la cabeza”, andaban por el pueblo y entraban en las casas sin pedir permiso. Posteriormente, también en la noche, veía cómo una mujer abrazaba a su hija pequeña que estaba llorando en la calle. Cuando Esperanza volvió a entrar a la casa tras salir de la letrina, escuchó decir a aquella mujer: “aquí siempre salía alguien llorando”.

Durante los días en que estuvo mentalmente descontrolado, además de tener visiones, Marcos contemplaba cómo su rostro y su cuerpo se desfiguraban al fijar su mirada en las personas:

¿Qué visiones veía?

Son cosas raras, pues, no puedo explicarle cómo son. Pero lo que pasa es que yo veía cuerpos desfigurados de una persona. No sé, cuando yo veía así fuerte, yo veía que se desfiguraba la gente. Pero quizás mi mente, mi vista giraba o no sé qué es lo

¹⁵⁴ Güero/a es una palabra mexicana que designa a las personas de piel blanca, sean adultos o niños, y, por extensión, a las personas cuyo color de piel morena es claro.

que veía yo, o mi cerebro se ponía otra, en otro estado, ¿no? Pero, la verdad, no sé, no lo puedo explicar. Pero sí yo veía a mucha gente, a mi papá también lo vi así, en ciudad de Oaxaca. Ah su, cómo se desfiguró mi papá, estaba acostado en la cama. Yo le decía a mi hermano: oye, le dije, veo cosas raras, pues. Y sí, bastante me pasó, pues. Así es.

En los casos de Teresa, Esther y Carlos, las visiones de hombres, mujeres, niños o niñas estaban acompañadas de una interacción en forma de plática o, más frecuentemente, en forma de molestias o agresiones, viendo y sintiendo que les tocaban la cabeza o el cuerpo, les jalaban el cabello, los pellizcaban, les querían pegar o los golpeaban. Y, al ser molestados o agredidos, reaccionaban diciéndoles que se fueran y dejaran de hostigarlos o defendiéndose físicamente apartándolos, lanzando patadas o golpes con los brazos.

Antes de su segundo internamiento hospitalario, Teresa veía a tres hombres, todos ellos familiares, con quienes había tenido un conflicto tiempo atrás al constatar que había ido a su milpa y cortado una treintena de elotes. Esos hombres la acosaban, “la correteaban”, no la dejaban comer y, cuando iba a bañarse, se situaban detrás de ella. También podía ver y sentir cómo un vecino le daba cachetadas o la golpeaba mientras sus familiares la sujetaban para que no pudiera escapar.

Esther, que pasaba la mayor parte del tiempo encerrada durante los periodos de descontrol mental, frecuentemente veía a hombres, mujeres o niños en su cuarto, familiares, vecinos o personas desconocidas. Unas veces iban a visitarla para saber cómo estaba y platicar con ella, otras veces, para molestarla o hacerle daño, tocándola, pellizcándola, jalándole el cabello, un brazo u otra parte del cuerpo.

Carlos veía a personas que le molestaban, le daban órdenes y le pegaban cuando no las cumplía. Eran seres transparentes, con rostro difuminado, como si fueran fantasmas. Durante un tiempo, Carlos estuvo sintiendo cadenas en sus manos y viendo a un hombre muy fuerte que lo vigilaba y le ordenaba lo que debía hacer. Cuando desobedecía sus mandatos, le pegaba. Ni su madre ni su hermana podían ver a su guardián, pero observaban que frecuentemente aparecían moretones en su espalda y en sus brazos, como si alguien le hubiera golpeado.

Pero dice él que sí veía, dice, gente a su alrededor, porque yo le pregunté un día que estaba calmado, cuando empezó a tomar medicamentos. Creo que usted todavía no iba con él. Le digo ahora sí me vas a decir, le digo, bien, bien qué es lo que te pasaba, le digo, qué es lo que veías, por qué hacías así. Y él me dijo: lo que recuerdo, dice, que yo me sentía, decía él, que tenía yo dos cadenas en las manos, dice, atadas, y un hombre muy fuerte a mi lado, dice él, que me ordenaba lo que yo tenía que hacer. Y yo le dije a él: ¿y tú no le pedías a Dios, no podías ahora sí, le digo, liberarte de eso? Y él decía que no, porque, si él desobedecía, dice que le pegaba.
(Azucena, hermana)

En los inicios de la enfermedad, Carlos también acusaba a la esposa de su padre, su medio hermana y su medio hermano de venir a hacerle daño —viviendo en Tuxtepec—, a

la mujer de su padre, de querer sacarle sangre, y a su medio hermano y media hermana, de querer meterse en su cabeza.

En otros casos, las visiones corresponden a hombres o mujeres que, amenazantes, siguen de cerca a las personas enfermas, mostrándose en los alrededores de su vivienda o allí donde vayan con la intención de raptarlos, atacarlos o matarlos —Natalia, Miguel, Teresa, Marcos, Carlos—. En el comienzo de la enfermedad, Natalia salía de su casa en medio de la noche huyendo de un hombre que la seguía, lo que le causaba un gran temor y le llevaba a agarrar un cuchillo para defenderse. Luisa, su hija primogénita lo contó así:

Como si fuera de día, salía y corría. Y yo le digo: ¿qué tienes? No, es que alguien viene atrás de mí, me decía. Me decía así: es que alguien viene atrás de mí. Y yo le dije que...

¿Pero salía en la noche?

Ajá. Y que le digo: ¿quién?, ¿quién?, si no hay nadie. Mira, ahí viene detrás de mí. Y le digo: no, no hay nadie.

¿Y quién venía detrás de ella?

Pues nadie, nada más su imaginación de ella.

¿Pero ella qué te decía?

Decía es que venía un hombre, que le perseguía un hombre. Le digo que no, que no era nadie, pues, no había nadie. Ella me decía: es que tú no me crees. Mira, ahí está. Y digo: ¿adónde está si no está nadie? Entonces, ella tenía esa idea que alguien la perseguía y no podía dormir en la noche. Y siempre quería salir con un cuchillo, y siempre, y yo le quitaba el cuchillo porque me daba miedo.

Al igual que Natalia, cuando su enfermedad mental comenzó a manifestarse, Carlos decía que había personas que lo seguían y lo querían matar. Su madre, doña Julia, aún no se había percatado de que estaba enfermo y tales comentarios la sumían en una gran preocupación:

Y hablaba unas palabras: alguien me está siguiendo, alguien me quiere matar, que fulano es así, que fulano, y yo cuando, pero no le dije que yo... Me puse bien preocupada. Mi hijo tiene problemas con quién, quién lo hará de querer matar, quién hará de querer hacer daño a mi hijo. Ay, Dios mío, qué estará pasando, pero por qué. Porque yo nunca pensaba que era esquizofrenia como la doctora así me dijo, yo nunca pensé que, o fuera un trabajo de brujería, yo nunca pensé eso, pues, ni siquiera había escuchado yo, ni por la mente me pasaba, ni siquiera unas palabras, no lo había escuchado antes, ni tampoco estaba enterada de que aquí había muchas personas así.

Marcos, en el tiempo que estuvo mentalmente enfermo antes de ser internado en el hospital psiquiátrico, veía y escuchaba cómo familiares y amigos estaban en el patio de su

casa con la pretensión de atacarlo y matarlo. Mientras sus familiares trataban de calmarlo y hacerle ver que no había nadie, él buscaba la manera de defenderse.

Sí, sí, yo veía la gente cómo hablaba mal de mí. O sea, yo veía, pues, que la gente hablaba mal de mí, y que yo escuchaba voces, o que venía a hacerme daño o me quería matar. Todo eso lo vi.

¿Pero usted veía la gente viniendo hacia usted?

Sí, sí, sí, yo veía que la gente, estaba lleno atrás de mi casa, y mi hermano me dijo esa vez: nadie hay, nadie está aquí, solamente estamos nosotros cuidándote. Y yo intentaba defenderme, agarraba yo palo para pelear con la gente. Pero no, no, me decía mi hermano, no hagas tonterías. Pero me quieren atacar, me quieren matar, le decía. Pero no hay nadie, me dijo. Yo escuchaba y veía a la gente, pues, el ruido que estaba alrededor de mi casa, pero oh, pero le digo sólo Dios sabe por qué me pasó así, o podrá saber los médicos, pero la verdad creo que no.

Las visiones y las voces de personas que querían matarlo continuaron cuando sus familiares lo trasladaron a una localidad del estado de Veracruz donde residen dos de sus hermanos. En el trayecto, Marcos veía camionetas aparcadas junto a la carretera y escuchaba voces decirle que lo estaban esperando para llevárselo, veía y sentía cómo policías y otros individuos le disparaban con metralletas por la espalda.

En el transcurso del camino, padre, vi bastantes, este, visiones. Vi que la gente me mataba, con una metralleta me tiraba balas por la espalda. [...] Vi camionetas que me estaban esperando, pues, que me querían llevar a la casa. Así lo vi, pues, la visión. Y la voz que yo escuchaba: órale, acércate más, acércate más y ya te estamos esperando para llevarte. Y así, y así, todo el transcurso del camino... me estaban hablando, pues, escuchaba voces, sí.

b) Visiones de difuntos

Las personas enfermas también pueden ver a personas fallecidas, incluso comunicarse con ellas. En el caso de Teresa, cuando se descontrolaba mentalmente, las visiones de difuntos estaban asociadas a las vivencias familiares, los conflictos y las peleas con los vecinos de la colonia: veía muertos, a veces, a su padre y sus hermanos difuntos, sangre por todas partes, un hermano ensangrentado que yacía en el suelo, personas que se estaban peleando y matando, personas que estaban matando a su padre o a su tío. Durante un tiempo, Teresa estuvo comentando a su hermana que su papá llegaba a la casa para regañarla y pegarle, y se preguntaba por qué, por qué le quería pegar.

Esther, aun medicada, frecuentemente veía y dialogaba con su madre, su hija primogénita o su esposo fallecidos. A veces, les abría la puerta para que entraran en la casa por la noche o cuando estaba lloviendo, diciéndoles: “entra, entra, que te estás mojando”. Esperanza, en cambio, vio a familiares y vecinos fallecidos todas las veces que fue internada

en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca. Incluso, llegó a ver muchos difuntos sentados o caminando por las calles del pueblo:

Había muchas personas por pasaje, por carro, por camino, cuando yo me sentí mal, cuando me sentí... mi cerebro. Había muchas personas, pero bastante, ¿eh? Estaban paradas en la esquina, estaban sentadas en la banca de donde vive mi madrina, estaba sentado un señor y una señora, pero conocido, conocido ese día, pero todos muertos. No sé por qué. Caminó, ¿verdad?, caminó todos los muertos.

2.2 Las visiones de seres y entes sobrenaturales

En las visiones también aparecen seres sobrenaturales, como en los casos de Esperanza y Sofía que vieron ángeles. Esperanza vio un ángel con una túnica blanca un día que fue a bañarse al río, visión que le había mencionado a don Eusebio, su esposo.

Don Eusebio: Es como un ángel, dice. Tiene alas, tiene como un, igual como ángel, dice.

[...] *Esperanza:* Cuando fuimos a bañar al río, lo vi uno que tiene vestido blanco en el potrero, delante del río. Me bañé, me bañé. Bajó paloma, bajó, se ve negro el Sol. En las nubes que son negras, se tapó el Sol en mayo cuando fuimos a bañar al río. Bajó paloma hasta donde estoy bañando. Yo pensé así porque yo salgo todos los días por camino cuando me enfermé. Salí por caminos todos los días, todos los días, no quiero sentar. Hasta la noche quiero salir, sí.

Sofía vio ángeles muchas veces, con su túnica y sus alas blancas: un niño ángel jugando en el solar familiar, un ángel acompañado del niño Jesús y la Virgen Esperanza, un ángel que se le apareció en la pared de la sala de su casa, un ángel acompañado de un pequeño burro en el lavadero del patio trasero de la vivienda. También tuvo otras visiones de tipo religioso, como ver a José y Esperanza en la casa. Otras visiones recurrentes eran los chaneques, que, según Sofía, vivían en la Luna y bajaban a la Tierra. Los chaneques aparecían a menudo en el patio, se escondían entre las plantas, se le quedaban mirando, le hablaban. Alguno de ellos llegaba a la casa a molestarla, incluso cuando se bañaba, jalándole el cabello, o a impedirle trabajar cuando trataba de barrer o lavar los trastes. En el patio también había una planta maligna cuya flor se transformaba en una cara que le provocaba mucho miedo, hasta que un día decidió cortarla y sacar toda su raíz. Y en varias ocasiones, Sofía llegó a ver al Diablo y lo ahuyentaba con tanto terror que su marido sentía escalofríos cuando la escuchaba gritar en esos momentos.

Inclusive mencionaba al Diablo, que el Diablo no tenía nada que hacer aquí en la casa, que ella lo sacaba de acá y que, éste, cosas así. Ha habido veces que, este, de tanto, de tanto decir, este, con terror las cosas, a veces, se enchina la piel de tanto terror que hay.

¿A usted?

Sí, sí, de tanto terror que expresa ella. Es una situación muy, muy difícil. (Don Augusto, esposo)

Esther, en sus frecuentes periodos de descontrol mental, a veces, también veía al Diablo parado en la entrada de su cuarto, visión que le provocaba gran terror y angustia, y le maldecía, le gritaba y gritaba para que se fuera. En palabras de don Francisco, su padre:

Cuando Esther habla sola, como ahorita, ¿qué cosas dice?

El Diablo está llamando a ella.

¿Que el Diablo la está llamando?

Sí, Diablo, dice, tú, Diablo, dice, tú, Diablo, dice, vete, Diablo, dice, tú, Diablo, dice, ¡ah, chingao! Está mala ella, está gritando mal, ¿no?... Ahorita dice que vienen víboras, muchas, muchas víboras están en la casa, dice. Lo había víboras, dice, sí. Es la enfermedad de ella.

¿Que el Diablo vive en la casa, dice?

Hm, hm. Vete, Diablo, dice, vete, Diablo, de la casa de ahí, vete ya, vete ya. Está mentando la madre, sí, tsss, ah, su mecha. Así está todos los días, y un rato bien y un rato maldecir.

También pueden aparecer, como en el caso de Natalia en el inicio de su enfermedad, seres con una morfología similar a la humana, hombres y mujeres sin rostro, de color negro, gran tamaño y con alas, que se mantenían suspendidos en el aire y volaban en torno a su vivienda. Su presencia acechante suscitaba en ella un gran temor; no quería mirarlos ni quería hablar con ellos.

Gente grande.

Sí, gente grande, gente grandota, pero se ve como negro.

Negros.

Sí, negros.

¿Hombres y mujeres?

Hombres.

Hombres.

Sí, y luego ver mujeres también, sí.

¿Pero había muchos?

Sí, sí. Estoy hablando, pues, pero no está dice, mi hija. No está dice Alfonso [espos] también. ¿Quién?, dice. No está, ninguno está ahí, dice. Yo tengo miedo también, vengo corriendo adentro. Estoy afuera, pues, que tengo miedo.

¿Y esos hombres y esas mujeres estaban acá, en el patio?

Sí, estaban ahí en el patio, pero no estaba ahí. No, ninguno, dice. Vienen mujeres, le dije yo, están grandes, pero igualito hace cabello, le dije yo, sí. Está muy bonito, le dije yo. Pero los hombres, yo ver a hombres también, pero más fuera, le dije yo. No sé.

[...] Pero esos hombres, ¿cómo eran de grandes? ¿Llegaban hasta la lámina [del tejado]?

No, anda, anda como pájaro, sí.

¿Volaban?

Sí, como pájaro, cómo se llama ese animal que anda grandote ahí, sí, pero más gordo, sí [se refiere a los zopilotes, aves carroñeras de plumaje oscuro].

Carlos, en el comienzo de la enfermedad, veía un muñequito negro y gesticulaba con sus manos como si quisiera apartarlo e impedir que se introdujera en su cabeza. Una noche, cuando Carlos comenzó a tomar su medicación, vio al Diablo entrar en la casa. Estaba acostado, pero todavía no se había dormido. Era espeluznante, apestaba a azufre, era una bestia salvaje, con cuernos y ojos rojos, que entró en la vivienda con la intención de matarlo junto con otros cuatro demonios chaparritos. En el forcejeo se cayó una escoba al suelo, ruido que despertó a su madre, y enseguida le preguntó qué estaba sucediendo. En cuanto escucharon su voz, el Diablo y los demonios salieron rápidamente por la puerta. Carlos le contó a su madre que los cuatro demonios chaparritos habían estado jugueteando con el cabello de su hermana, mientras que a ella no se atrevieron a tocarla, limitándose a mirarla feo, con odio. En ese tiempo, doña Julia ayunaba y oraba mucho.

Otras visiones sobrenaturales hacen mención a luces, estrellas o fuegos. Estando en la iglesia, Sofía vio a un niño sentado que cuidaba la planta de la luz y, en otra ocasión, la manifestación del Espíritu Santo en forma de una bolita de luz blanca.

Vi un niño chiquito en la iglesia. Estaba bien güero, estaba sentado. Había la planta de la luz. Cuidaba la planta de la luz, cuidaba el resplandor del Sol. Traía un algodón en la mano y lo mojaba en alcohol. Se lo ponía en la nariz y respiró. Cuando respiró, yo también respiré.

También vi una bolita, así chiquita, cuando estaba en la iglesia, vino así, así [pasó por delante de ella] y desapareció. Le dije a mi mamá que era el Espíritu Santo. Era blanca, brillaba. Pero desapareció. Quería agarrarla, me dio miedo y desapareció.

Un día que había ido al cerro a buscar leña, Adela vio una estrella verde en el cielo que fue acercándose hasta adentrarse en su pecho. Una vez en su pecho, la estrella le habló asegurándole que la iba a cuidar, pero seguidamente se transformó en su sobrino, que vivía cerca de su casa, y le dijo que la iba a matar. Algo similar le sucedió a Esther. Según su hermana, doña Pilar, su enfermedad comenzó a raíz de que una cola de fuego cayera sobre su pecho mientras dormía en la noche.

De repente es cuando se enfermó, te digo. De repente, dice, que una noche ella sintió como si le cayó un fuego encima.

¿Ella? ¿Esther?

Es lo que me contaba, pues, sí. Dice que, cuando ella estaba dormida, de repente, entró una cola así de fuego, dice, y se le cayó en su pecho. Que de ahí le ardió bastante. Dice, siento que me quemo, siento que me quema. Por ahí arriba entró, dice, y cayó sobre de mí.

Marcos, una vez recuperado de su enfermedad, se despertó en medio de la noche y salió al patio con la intención de orinar. Cuando abrió la puerta, vio cómo el cerro que se erige al término de su solar emitía una intensa luz, al igual que uno de los numerosos árboles que hay en su escarpada ladera. Sus síntomas psicóticos habían remitido, y Marcos experimentó aquella visión como un fenómeno sobrenatural que no podía explicar.

Porque ese día, la primera vez que platicamos, el domingo, hace dos semanas, ¿no?, ahorita estamos a tres semanas, la primera semana de domingo que platicamos, cuando testifiqué de lo que Dios hizo, pues, ah, su... me levanté, pero no me fijé qué hora, abrí la puerta, siempre voy a hacerme del uno, pues, y vi ese, ese lugar allá, ese tramo...

¿En el cerro?

Ese cerro, cómo se reflejaba luz. Y luego levanté la cabeza y vi ese árbol que está ahí. También estaba reflejado de luz y se apagó, se apagó así, pero luz, una luz fuerte, ¿eh?, y se apagó, se apagó, se apagó.

¿Por la noche?

Por la noche. Y estaba yo pensando qué está pasando afuera y, de vuelta, que me levanto la cabeza y de vuelta se alumbraba ese, todo ese lo que lleva la hojita, y yo pensé, vi abajo o alguien, alguien estaba alumbrando, pues, el árbol. No sé qué pasa, pues algo sobrenatural está pasando, digo no, me dije a mí mismo, pues. Y luego hice pruebas con la lámpara que tengo aquí, si se alumbraba así el árbol, no, no. Lo intenté, lo cargué bien una lámpara que tengo aquí, una lámpara que recarga con la luz eléctrica, pues. Y lo hice y lo fui alumbrar, no. Pero sí vi luz, luz allá que reflejaba y ese árbol también, ah su, todo era una luz bien bonita. Será algo sobrenatural, dije.

2.3 Las visiones de animales

Además de ver personas y seres sobrenaturales, algunas personas enfermas también tuvieron visiones de animales —Esther, Teresa, Carlos, Adela—. Carlos veía toros, cerdos, víboras en la vivienda o cerca de la misma. Adela, la primera vez que enfermó, también veía gatos, iguanas y víboras que entraban en la casa. Esther veía frecuentemente

tlacuaches y víboras en su cuarto, en la casa o en el patio, y era común que comentara que una serpiente le había mordido, mostrando la parte de su cuerpo donde estaba la mordedura, por ejemplo, la mano. A veces, cuando veía una víbora, gritaba y pedía a sus familiares que la mataran. Aun medicada, una noche se alteró y se puso a gritar al ver una víbora en su dormitorio. Con intención de matarla, tomó un palo y golpeó una y otra vez el suelo, pero la víbora se escurrió y fue hacia el cuarto de su padre. Esther entró en el dormitorio paterno golpeando el suelo con el palo a la vez que le gritaba que se levantara porque la víbora había entrado en su cuarto.

Esther, en los periodos de descontrol mental, rasgaba su ropa y se la quitaba con asiduidad porque le desagradaba profundamente que tuviera “animalitos”; ella veía gusanos, hormigas o piojos en sus prendas. También veía animalitos en el cuerpo de sus familiares y, con sus dedos, los agarraba para quitarlos de su ropa, de sus brazos o de su cuello. Otras veces, rehusaba la comida aduciendo que tenía “bichos”.

2.4 Las visiones de cosas

Finalmente, las personas enfermas pueden ver cosas que sus familiares no ven. Esther veía frutas en los árboles del patio. Miguel, en los periodos de descontrol mental, frecuentemente comentaba que los vecinos tiraban pintura a su casa y, cuando su cuidado fue asumido por sus padres, también veía manchas de pintura en la casa paterna, igualmente arrojada por un vecino de la colonia. Ya tomando medicación, vio un jarrón en un árbol de la orilla del río. Marcos, cuando estuvo mentalmente descontrolado y lo llevaron a la localidad veracruzana donde residen dos de sus hermanos, además de ver a policías esperándole en el camino y dispararle, vio cómo se derrumbaba el puente de la presa Cerro de Oro tras el paso de la camioneta en la que viajaba, y observaba que los árboles estaban pintados de un negro muy brillante.

Yo veía cosas raras, o sea, hmm... cuando yo me salí de aquí todo el camino veía cosas raras, o sea, veía cosa que estaban pintados los árboles, ¿no?, negro y así, y así yo veía.

¿Negro?

Negro, o árbol tenía aceite así, muy brillante veía yo los árboles en el camino cuando yo, cuando iba por el camino, pues. Eso fue lo que yo veía, y veía que me estaban esperando los policías en el camino, que me estaban tiroteando. Todo eso yo lo veía.

3. Las voces y los sonidos

En los periodos de descontrol mental, todos los enfermos escuchan voces y sonidos, voces y sonidos que algunos continuaban escuchando estando medicados, como los casos de Esperanza, Natalia, Esther, Carlos y Sofía. Las voces pueden provenir de personas vivas o difuntas, de un solo individuo, de varios individuos, de una multitud, de animales —gallinas, víboras— o de seres sobrenaturales —seres alados, el Diablo—. Las voces que provienen de personas son habitantes de la comunidad, también conocidos por sus familiares, o personajes solamente conocidos por el enfermo o la enferma. En unos casos, las voces pueden ser identificadas, sean vecinos, familiares, personajes o seres sobrenaturales, pero muchas veces estas voces tienen un origen desconocido, es decir, las personas enfermas no saben quién o quiénes les está hablando. Hay enfermos que comentan a sus familiares quiénes les hablan, mientras otros se niegan a especificar quiénes son esas voces ni a facilitar sus nombres, generalmente por miedo a sus represalias. Los sonidos pueden ser emitidos por personas —llantos, chiflidos, pisadas, ruidos, golpes, disparos— o por animales —cigarras—. Las voces y los sonidos, que frecuentemente aparecen vinculadas a visiones y, sobre todo, a ideas delirantes de persecución y daño, provocan respuestas emocionales marcadas por el miedo, la tristeza y el enojo —algunas veces pueden suscitar la alegría haciendo reír al enfermo— y respuestas conductuales de huida, buscar refugio, llanto, hablar en voz alta y agresividad verbal y física.

3.1 Las voces de seres humanos

a) Voces hostiles

Las voces hostiles y amenazantes son comunes, especialmente en los periodos de descontrol mental, y aparecen en todos los casos; son voces que “hablan mal” de las personas enfermas, las molestan, les dicen groserías, les impiden hablar o ejecutar acciones, las amenazan con hacerles daño, incluso con querer matarlas y, a veces, también con matar a sus familiares.

Cuando se descontrolaba mentalmente, Lorena escuchaba y veía a las personas que se dirigían a ella o que hablaban sobre ella: hombres y mujeres vecinos que se situaban alrededor de la casa paterna y hablaban mal de su persona. Escuchar estas voces le generaban una gran tensión nerviosa: les pedía que “todos se callaran porque la gente estaba escuchando”, la sumían en la tristeza y, por momentos, en el llanto porque sentía que “la gente la odiaba y hablaba mal de ella”, no le permitían dormir por las noches, si bien no mostraron nunca intención de hacerle daño físico.

Lucía escuchaba voces cuando caía en el descontrol mental, aunque no conseguía identificar quiénes eran las personas que le hablaban, y sus familiares tenían que estar muy

pendiente de ella para evitar que saliera a la calle huyendo de las voces que le hostigaban y le mandaban salir de la casa.

Cuando apareció su enfermedad mental, Miguel escuchaba voces de personas que hablaban detrás de él, no mencionaba los nombres, pero había hombres que, aparte de hostigarlo y decirle groserías, pretendían pegarle, lo querían matar y también querían matar a sus padres. Miguel vivía con mucho miedo, se escondía en el patio de su casa, incluso, en una ocasión, llegó a dirigirse al presidente municipal para pedirle protección exponiéndole que había unos hombres que lo querían asesinar. Estando medicado, la escucha de voces y su grado de hostilidad disminuían sensiblemente, pero, en ocasiones, sus familiares escuchaban a Miguel hablar solo en un tono molesto, pero sin llegar a la ira.

Durante los años que estuvo mentalmente descontrolado, vinculadas a las visiones, las voces formaban parte de la vida cotidiana de Carlos. Todos los días hablaba con las personas y los seres que él veía. Las personas lo molestaban, lo agredían, y Carlos respondía verbal y físicamente a su hostigamiento y a sus agresiones. Al igual que en el caso de Adela, un momento en el que asiduamente lo fastidiaban era la hora de la comida. Hablaba sin parar mientras estaba comiendo, como si alguien quisiera quitarle su comida y ensuciarla echándole cosas sucias o haciéndose popó en ella. Señalaba que “si no fuera por Dios, mi comida no estaría limpia”; se quejaba y pedía que lo dejaran tranquilo: “Quédate ahí. ¿Qué pasa? Te dije que te quedaras”; incluso llegaba a amenazar con pegar a quienes lo molestaban: “Quítate de ahí, te voy a pegar”.

Carlos podía pasar horas hablando con personajes como 12-12, por ejemplo, recriminándole que no le contestara: “12-12, chingada madre, te estoy hablando. Te estoy hablando, no me haces caso”; u ordenándole que permaneciera en un determinado lugar: “Aaahh, 12-12, 12-12, te estoy hablando. Párate ahí”. Por otra parte, las personas o seres con los que hablaba no querían que le contara a su madre lo que veía o lo que le decían. Doña Julia frecuentemente escuchaba cómo su hijo pedía disculpas cuando tenía intención de comentarle alguna cuestión:

Que no pasa nada, te digo. Sí, sí, perdón, dice, perdón. No, no dije nada, dice. Está pidiendo perdón por lo que me está contando a mí que el otro no quiere me cuente, ¿no? Sería así de... Mira, di, ¿con quién hablas? Ah, con ninguno. Sí, sí, espérate, espérate, espérate, ¿eh? Espérate, dice, espérate. ¿Con quién hablas, hijo? No, con ninguno. Ah, no hables con ese demonio, no hables con ese espíritu malo, ese espíritu invisible, no hables. Este, come tranquilo, ¿eh?, cena tranquilo.

Las voces también molestaban y agredían a Teresa, en muchas ocasiones, viendo a las personas que le hablaban y sintiendo sus agresiones físicas: le tiraban del cabello, la cacheteaban, la golpeaban. Las voces le decían groserías, la amenazaban con “romperle la madre” —golpearla—. Llegaba un momento en que “su cabeza no aguantaba” y Teresa se ponía a contestarles, a gritarles, o bien rompía a llorar. A veces, las voces podían hablar sobre asuntos relacionados con vivencias que habían acontecido en el pasado, incorporando hechos que no habían podido suceder, como extraerle sangre de las piernas cuando estuvo en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca.

Habla la gente, habla la gente ahí.

¿Qué gente?

La gente que está, la gente que habla ahí, está hablando ahí. Está pensando, está agarrando, está agarrando la sangre ahí.

¿A usted le están agarrando la sangre ahí en las piernas?

Ajá. Está agarrando, está, tiene agujas, cómo...

¿Tiene agujas?

Agarrando, agarrando ahí.

Ah, ¿le están sacando la sangre?

Sacando la sangre.

Ahí en las piernas.

Cuando estoy, así como está, cuando fui allá, a Oaxaca, una aguja está inyectable.

¿Pero eso allá en Oaxaca?

Ajá.

¿Pero acá también le están sacando la sangre?

Así está, está sacando ahí. Como fue, fue bien así, no sé, están hablando. No sé por qué.

[...] *¿Cuándo fue que le estaban sacando la sangre?*

Cuando fui a Oaxaca. Está agarrando al revés así. No sé por qué.

La segunda vez que enfermó, Adela escuchaba que había personas en la casa, vecinos de la comunidad y de una localidad cercana donde vivieron anteriormente, todos ellos conocidos por sus familiares, que hablaban mal de ella y la amenazaban con golpearla, matarla y también matar a sus hijos. Estas voces las podía escuchar en el día, pero también en la noche, voces de personas que sentía cerca de la cama. Ante las amenazas de muerte, Adela se irritaba, les decía groserías, les gritaba que no lo iba a permitir y agarraba un machete o un cuchillo diciendo que iba a matar a quienes la amenazaban: "Para meterte con mis hijos, primero tienes que meterte conmigo y ya después con mis hijos".

En sus frecuentes periodos de descontrol mental, Esperanza escuchaba voces que le infundían mucho miedo o le provocaban mucha ira, pues la amenazaban con matarla o con secuestrarla cuando saliera a la calle, con mandarla a la cárcel, le decían que la casa de sus padres había sido incendiada por los vecinos. Además de responderles verbalmente, el hostigamiento de las voces llevaba a Esperanza a salir corriendo de la casa, a reclamarles a gritos o querer pelear con ciertos vecinos o vecinas o con las personas que le hablaban y que solamente ella podía ver.

Aun tomando su medicación, Esperanza seguía escuchando voces diariamente. Escuchaba voces de muchas personas cuando salía a la calle, o podía escuchar voces

cuando asistía a algún evento, como cuando fue al convivio que organizó la familia que esa noche iba a dar posada a los Santos Peregrinos:

Cuando estoy comiendo no, no salió tortilla de mi garganta, vomitaba. Escuché, dice personas, que indio sacó mi corazón.

Estando en la casa, tanto en el día como en la noche, Esperanza escuchaba las voces de sus vecinos o de personas que pasaban por las calles que hay delante y detrás de su solar, en ocasiones las escuchaba muy cerca de ella, generalmente voces adultas, aunque a veces podían provenir de un niño o una niña. Las voces hablaban mal de ella, se enojaban con ella, la hostigaban o le decían “groserías” muy ofensivas. Las voces podían increparla tachándola de loca:

Me siento mal, a veces, cuando me escucha voz, cuando me hace la gente. Loco, loco, dice, loco. Me da tristeza porque, pero yo no hacer esa enfermedad, pero no sé quién lo hizo, pero ya tiene... Todavía no me saqué radiografía para por qué tenía enfermedad de cabeza, no saqué radiografía porque no tenía dinero, ¿verdad? Porque ya me gasté mucho dinero.

[...] No sé por qué gente habla mal a mí, y yo no estoy peleando con ella, no, yo no hace nada. Como una está enferma, no tiene que hablar nada, tiene que ser un poco paciente, porque una está enferma.

Le podían decir cosas como que era una mujer cualquiera que andaba con hombres. Esperanza se molestaba y les contestaba que “no era una perra”, sino una mujer decente que vivía en su casa y no salía a pasear por la calle. También le decían que no era hija de su papá, sino que era hija del trueno o, en otras ocasiones, que era hija de un burro. Era una persona y no podía ser hija de un burro, replicaba Esperanza molesta. O las voces le decían que debía pagar por todos los pecados que ellas habían cometido. Esperanza no estaba de acuerdo, pues cada uno asume ante Dios los pecados que comete, no los pecados que comenten los demás.

¿Y qué le dicen esas voces?

Me dicen que yo quiero perdonar todo lo que hace personas. Lo que hace personas, que yo lo pago todo. ¿Por qué uno lo paga lo que hacen todos? Lo que hace persona, cada uno tiene que pagar, ¿verdad? Lo que hace uno tiene que pagar, tiene que conocer el nombre de Jesucristo. Así.

El acoso de las voces podía llegar hasta tal punto que, durante una temporada, una vecina criticaba y empujaba a Esperanza a salir de su casa para poder casarse con su esposo. Entre sus críticas, al igual que otras voces, le reclamaba que no cumplía con las labores del hogar porque era una mujer caprichosa que dormía en el día y no quería trabajar. Sus vecinos no querían entender que ella era una mujer enferma y que, antes de enfermar, realizaba bien todas sus obligaciones domésticas.

Yo, a mí, soy capricho, dice personas. Yo no soy capricho. Sí estoy acostada todos los días porque estoy enferma, pero antes yo no me acuesto nada, ni un día. Yo hago trabajo cuando no estoy enferma, hago trabajo en casa, limpia el patio, limpio mi casa y lavo los trastes y tapado bien mis trastes. Pero tenía banca acá, dos, tres bancas, y puse encima mis cosas, pero nada mis cosas hay ahorita, pero sin nada, sin nada mis cosas hay ahorita. Todo estás viendo, ¿verdad?

Otras veces, las voces provocaban en Esperanza una gran angustia, pues le decían que algunos de sus hijos varones habían sido asesinados, o los habían intentado asesinar en el río, o uno había sido secuestrado por un “indio” que tenía intención de matarlo.

No sé por dónde se fue mi hijo. Me sufro mucho porque me escuché que ya se lo llevó indio.

[...] *Pero ¿quién lo dijo?*

Dijo una persona por la calle.

[...] *¿Quién se lo ha llevado?*

Indio, dice.

¿Adónde?

Fue a matar, dice.

No, ahorita, ahorita regresa.

¿Sí?

Sí.

Esperanza, además de escuchar una o varias voces al mismo tiempo, en momentos de descontrol mental, llegó a escuchar voces provenientes de una multitud de personas, que pasaron por su calle en la madrugada.

En septiembre, me escuché voz de bastante persona, en septiembre cuando yo estoy haciendo velas.

En septiembre.

En septiembre, empezó que yo escucho voz, septiembre. A las cuatro de la mañana me levanté porque yo soy pobre, no tengo dinero para comprar maíz. Porque yo vivieron dos con él, por eso trabajé los dos, lo hizo velas para vender el día de la fiesta. Cómo pasaron bastantes personas, me escuché en las cuatro de la mañana, los dos me escuché.

¿Y qué le decían las voces?

Estaban hablando muchas personas, estaban hablando muchas, muchas personas, bastante, como una calle grande pasó, me escuché.

En el comienzo de la enfermedad, Natalia escuchaba voces que hablaban a sus espaldas, voces hostiles que le provocaban miedo y enojo, llegando incluso a agarrar el machete con la intención de matar a las personas que le estaban hostigando. En palabras de Luisa, su hija primogénita:

Ajá, escuchaba voces atrás, atrás de ella, que venía alguien, que hablaba, y ella contestaba, y tenía miedo, y no sé, siempre tuvo miedo. Ajá, que alguien hablaba, que alguien andaba atrás de ella. Le dije: no hay nadie, y no hay nadie. No, dice, ahí está, mira. Pues no veo nada, le dije, no está nadie. Y agarraba machete, que quería matar a la que hablaba atrás de ella, pero no era nadie, pues.

¿Y quién era? ¿Quién le hablaba?

Que sentía ella, pues, que hablaba la gente.

¿No identificaba quién le hablaba?

No, nada más sentía que hablaba la gente, que hablaba la gente, y ella tenía miedo. Ajá, porque ella vivía en la casa de mi abuelita, la casa que estaba ahí, o, bueno, era otra, era otra casa.

Ya medicada, Natalia seguía escuchando voces que hablaban mal de ella, incluso en algunas ocasiones escuchaba a una señora que hablaba detrás suyo, pero no podía verla cuando se volteaba para saber quién era.

Durante el tiempo en que estuvo mentalmente descontrolado, Marcos escuchaba voces que hablaban mal de su persona, lo amenazaban con quitarle su casa, hacerle daño, incluso le decían que lo iban a matar, o le decían que los policías judiciales iban a apresararlo y llevárselo. Asociadas a las visiones, estas voces eran conocidas e identificadas, familiares y vecinos, mientras estuvo en Usila. En más de una ocasión, las voces provocaron que saliera de la casa a caminar por las calles o que reaccionara agresivamente, reclamando airadamente y queriendo pelear con los hombres que lo hostigaban. Las voces, en cambio, se volvieron desconocidas durante los viajes a la ciudad veracruzana donde vivían dos de sus hermanos y después a la ciudad de Oaxaca para ser atendido médicamente.

¿Sentía usted los disparos en la espalda?

Ajá, yo escuchaba el disparo y me sentía que yo ya estaba totalmente despedazado, pues, me sentía. Y yo veía mi hermana que me vino a sacar que estaba sangrando, y yo le sacaba pétalos que estaba ahí, y yo le limpiaba la cara de ella porque yo veía que estaba sangrada, pues. Y así todo el camino pasamos así. Y yo escuchaba voces que me dijo: Tigre, ahora sí te tocó. Tch, pero digo no, no. Y todo el camino así, así, yo, yo lo veía visión, pues. Más que estamos el chofer, mi hermana, yo y [mi hijo], éramos cuatro, que atrás de la cabina había mucha gente. O sea, según yo, escuchaba voces, pues. Yo veía gente tras de mí, que había mucha gente, ¿no?, sobre el carro, y así. Muchas cosas raras, o tal vez fue, no sé, lo que yo veía antes, o lo que yo hice, pero no sé, el chiste es que así me pasé.

¿Eso durante el viaje?

Sí, durante yo me salí de mi casa, ¿no? Me fui hasta [la ciudad veracruzana]. Y antes de llegar a [la ciudad veracruzana], vi que alguien estaba arriba de la lámina donde estaba la cabina del chofer, donde estábamos, pues, y vi que alguien estaba ahí y me dijo: oh, hasta aquí llegaste, tigre. Oye, le digo, qué, qué, pero sí, siempre escuchaba esa voz en el camino hasta que llegué hasta [la ciudad veracruzana]. Y sí, y estando todavía, después me vine, y yo lo mismo me pasé en el camino. Yo veía la gente cómo se huía de mí, según lo que yo veía, pues, las nubes, cómo se llenaba el cielo. Todo eso lo vi, lo vi.

Sofía, aun medicada, solía escuchar voces que identificaba perfectamente, hasta el punto de que cada voz tenía su nombre, entre ellos, Sara, Raquel, Tita, Elías, Enoc, el Señor del Trueno. Aunque Sara era una vecina que vivía cerca, desconocía que Sofía escuchara su voz y hablara con ella.

El Señor del Trueno, que vive más arriba de las nubes, me dice que vas a hacer lo que yo te diga. Me agarró mi cabello a veces. Me llamo Elías, Sofía Márquez, me dijo. A veces me dice que se llama Enoc. Mi mamá y mi papá dicen que sí existe ese nombre en la Biblia.

Me habla una niña que se llama Sara, que conozco muy bien. Ella es amiga de mi hermana Elvira. Su mamá es de Usila, se llama Mercedes Alonso García, y su papá es de Tuxtepec, se llama Jorge González Martín. Siempre escucho la voz de esta niña. Me dijo que ella es una niña, pero ahora ya está grande, pero no está casada. Ella se llama Sara González Alonso.

En los periodos de descontrol mental, las voces la molestaban, le querían hacer maldad, le querían quitar su casa y su terreno, y llegaban a dominar completamente su pensamiento, ordenándole o impidiéndole hacer determinadas acciones.

b) Voces ordenantes

Cuando Sofía entraba en crisis, no era capaz de dialogar con las voces ni de replicar sus mandatos, sólo podía obedecerlas. En esos momentos, las voces la impelían a comportarse violentamente, agrediendo física y verbalmente a su esposo, llegando en una ocasión a agarrar y blandir el machete para asustar a los enemigos que la acechaban. Más habitualmente, las voces le ordenaban que no lavara los trastes, no lavara la ropa o no se bañara, que se detuviera durante un tiempo o ejecutara las acciones siguiendo un determinado orden y repitiéndolas una serie de veces, lo que provocaba que tardara mucho tiempo en hacer las tareas. Sara le daba indicaciones de cómo debía lavar la ropa o lavar los trastes:

¿Sara es una mujer o una niña?

Ella es señorita. Todavía no se ha casado. Es maestra. Dice cómo debo de lavar mis trastes, lavar mi ropa también. Dice que no debo tirar mucha agua, tengo que enjuagarlo rápido. [Mostrándome cómo hace con sus dedos] Cuento 1, 2, 3, 4, 5, 6, cuento hasta 6. A veces cuento 1, 2, 3, 4. Cómo gastaba agua antes, hasta se mojaba mi falda, mi blusa. Cuando oí esa voz, se me quitó. Cuento 1, 2, 3, 4, 5, 6, cuento 2 veces 4, y termino rápido y no gasto bastante agua.

Al igual que sucede en el caso de Sofía, es común que, en los periodos de descontrol mental, las voces se dirijan a las personas enfermas para darles órdenes taxativas que deben cumplir, a menudo bajo la amenaza de ser castigados si las incumplen. Así sucede también en los casos de Teresa, Esther, Marcos y Carlos.

Teresa mencionaba que, a veces, las voces le ordenaban matar a alguien y, entonces, buscaba un machete para cumplir su mandato. Sus familiares enseguida la reducían y se lo quitaban. Otras veces, especialmente en los días previos a la luna llena y en los días de plenilunio, Teresa alzaba la mirada o miraba hacia atrás y veía a personas que la llamaban o, por ejemplo, le mandaban subir hasta la cima del cerro.

Doña Pilar comentó que su hermana Esther llegó un día a su casa diciéndole que alguien le había ordenado comerse toda la comida que había preparado. No quiso desvelar la identidad de la voz que le estaba hablando:

Dice: yo me voy a comer toda esa comida que hiciste, me dice. Porque así me dice, dice que me lo coma yo toda, porque es para mí solita.

¿Y quién se lo decía?

Le digo, pues ¿quién te lo dice? Nada más dice: él dice que yo me lo coma todo, dice, porque eso es todo para mí.

¿Y él quién es?

Pues quién sabe, nunca lo dice.

¿No?

Nunca dice. Le digo: ¿quién es? ¿ése quién es? No dice.

Las voces con las que hablaba Carlos también le daban órdenes que debía ejecutar, incluso, en alguna ocasión, llegando a recibir el mandato de matar a su madre. Un día, alertada por un vecino, su hermana Azucena fue a la casa de su madre ante la agresividad física que su hermano estaba mostrando:

Y ya me contó mi mamá todo cuando llegó. Me dijo que, este, ella, dice, estaba lavando los trastes y llegó mi hermano ahí peleando, pues, peleando con ella. Que dice que veía, este, personas, pero a la vez unas personas que eran como, este, así transparentes, ¿no?, como si fuera un fantasma, yo no sé, transparente así que no se ve muy bien, borrosa la cara de la persona que se acercaba a él, y le hablaba, dice, lo que él tenía que hacer, al oído le decía lo que él tenía que hacer. Y dijo que,

este, que matara a mi mamá, pues, que matara a mi mamá, y él agarró una veladora y la azotó contra la puerta. Todos los vidrios volaron por la puerta. Y dice mi mamá que movía la puerta, y la puerta se movía, y estaba ahí para dónde me salgo.

Marcos escuchaba voces que le daban órdenes, voces que no podía identificar. En la localidad veracruzana donde permaneció unos días, escuchó hablar a dos voces durante toda una noche: una voz le incitaba a correr por la vía del tren y saltar a la vía contigua justo antes de ser atropellado por la locomotora a fin de ver quién era más valiente y ágil, mientras la otra voz lo detenía, le advertía que ésa era una peligrosa competitividad. Una vez que regresó a Usila, antes de ser trasladado a la ciudad de Oaxaca, siguió escuchando voces que le ordenaban acciones extrañas que, al mismo tiempo, requerían sorprendentes habilidades físicas y musicales: cantar canciones, tocar la guitarra, bailar sobre el dedo gordo del pie, dar vueltas en el aire, practicar movimientos de kárate, lanzar cuchillos con gran precisión.

Sí, pero sólo escuchaba voces, voces extrañas, pero no sé cómo lo puedo explicar. Sólo escuchaba y, conforme yo escuchaba las voces, yo lo hacía tonterías, ¿no? Pero no sé de dónde venían las voces, o de mi cerebro o en el aire. Sólo escuchaba así.

[...] *¿Pero qué cosas le ordenaban hacer?*

Pero, según escuchaba, ¿no?, que tenía que hacer algo y lo hacía. O sea, cosas, tonterías, pues, yo lo hacía. Un ejemplo, si me decía que tenía que bailar, yo bailaba, yo bailaba [risas].

¿Pero aquí en la casa o en la calle?

No, en la casa me bailé. Y vi también visión que algo raro vi, las muñecas, ¿no?, algo así. Y luego hacía yo tonterías; según como yo escuchaba las voces, yo hacía, pues, y lo hice. Yo hace rato platiqué con mi amigo que fui a verlo, le dije con un solo dedo grande de mi pie, le dije, yo me bailé. Así, pues, así, así estaba bailando yo hasta que se gastó mi uña, le dije. Y se sorprendió mi amigo, por eso me llamó para testificarlo a su iglesia a las cuatro de la tarde, pues. Yo le expliqué, o sea, yo lo hacía según como escuchaba las voces, pues, y yo bailé, bailé. Lo puedo decir, lo puedo decir que bailé bien bonito, pero estaba yo loco. Yo escuchaba voces y yo bailaba, yo baile así, y mi esposa sí vio. Y mi suegra, cuando ella vio que estaba yo bailando, ella se fue, se huyó de la casa porque yo estaba yo haciendo, lo puedo decir, tonterías, ¿no? Porque no sé cómo puedo yo bailarme con un solo dedo grande, pues, yo estaba bailando así bien bonito.

¿Sobre un pie o sobre los dos?

Sí, sobre un pie y sobre los dos pies, así. Pero algo es raro, ¿eh? Pero no me lo explico, pues, por eso digo no sé, pero, gracias a Dios, que yo me libré de eso, pues, que estoy bien sano. Yo le expliqué también al doctor que me atendió primero cómo me pasé, y le dije que yo bailé y practiqué también. Como yo le había dicho, ¿no?, yo practicaba el kárate, y más, cómo lo puedo decir, más bonito hice cuando yo

estaba loco. La verdad no sé por qué, de veras, algo raro, por eso digo [risas de ambos]. Yo no tengo pena.

Tiene su parte buena, entonces.

O sea, no, no, no, cómo cree que buena. ¿Si yo hubiera golpeado a la gente? [risas de ambos]. Sí, porque así hice tonterías allá afuera también, me bailé, me bailé bien chindo, me brinqué, mano, tchuum, me brinqué así en el aire y parado de vuelta. Pero está raro, por eso digo, y está raro.

O sea, ¿logró dar la vuelta en el aire?

Y luego un cuchillo que yo lo vi y que lo estoy sacando, tzas, lo estoy clavando. Pero no sé, o sea, digo algo raro, no, es extraño, pero no sé por qué lo hice así, pues, según las voces que me mandaban, ¿no?, yo estaba haciendo.

c) Voces amistosas

En ciertas ocasiones, las voces se muestran amistosas con las personas enfermas. Los familiares de Esther, Teresa, Miguel, Sofía, Adela y Carlos observaban que, algunas veces, estos enfermos conversaban tranquilamente con las voces, incluso llegando a reír o a jugar con ellas. Adela, a veces, bromeaba, se reía y jugaba con las personas con las que hablaba. Teresa hablaba con las voces y se reía, o conversaba calmadamente sobre cuestiones de la vida cotidiana con personas desconocidas para sus familiares y que sólo ella veía y escuchaba, como un hermano imaginario, al que llamaba Alberto, una hija y dos hijos varones imaginarios a los que llamaba Ángel Rubén y Ángel Gabriel. Podía comentar cosas como que su hijo Ángel Rubén iba a casarse, podía pedir a sus hijos que se pusieran a comer, tras haber calentado las tortillas en el comal, o los regañaba porque no le hacían caso; a su hermano le podía decir que no le iba a dar el dinero que le pedía, cerrar su bolsa para impedir que éste metiera la mano y molestarse ante su reiterada insistencia.

Sofía también podía escuchar y hablar con las voces en un tono calmado. Un día comentó a su madre que le habían explicado que Jesús iba a cambiar el clima. En esas fechas, que correspondían al invierno, iba a hacer calor, y posteriormente, durante los meses de calor en los que no llueve —marzo, abril y mayo— el cielo iba a cubrirse de nubes y hacer frío. Sólo el poder de Jesús podía hacer semejante obra, aunque la voz no le había aclarado por qué Jesús había decidido modificar el clima. Otra voz, Raquel, podía aconsejarle cómo comportarse con sus familiares mostrando una mayor madurez:

También escucho a otra señora, Raquel, se llama ella. Ella dice que debo vivir bien en mi casa, debo vivir mejor.

¿Qué le dice?

Yo no debo hacer como una niña, debo hacer como una señora ya grande, que entiende a su mamá, a su papá, cuando le habla su mamá, cuando le habla su papá.

Sara, además de darle órdenes, le podía cantar alabanzas evangélicas a Dios o comentarle cuestiones como que había dos Jerusalén, Jerusalén y la Nueva Jerusalén, o le podía explicar cómo las mujeres maldosas —entre ellas, la señora Tita, una de las voces que le hablaba— hacían brujería usando muñecos, perros, gatos, gallinas, flores y veladoras:

Dice Sara también que algunos, cuando hacen brujería, ponen una muñeca en la cama. Hacen una brujería a una mujer. Dice Sara que hay algunos que hacen brujería y lo ponen un perro, hacen una perrita a la gente, lo pone en su casa de la gente, pone una perrita afuera, hace la señora una perrita. Pone un gato también y lo pone adentro, hace gata y lo pone afuera de su casa. Hace la señora un perro y una gata y lo pone en la casa. La señora que vive cerca, lo pone la gata y, si vive lejos, también lo pone.

Y también hace un gallo un señor, dice. Así he escuchado. Y también un niño hace un gallito y lo cuida hasta que se hace grande. Su mamá de ese niño lo mata y hace caldo, y ese niño come ese caldo de pollo, y hace gallo a ese niño hasta que sea grande. Una gallina hace una señora también, dice, lo hace pollo de rancho. Una niña chiquita hace una gallina chiquita. Su mamá lo mata y hace caldo. Cuando come ese caldo de gallina, se pone gallina, se hace gallina, pues. Ella es como gallina cuando come ese caldo de gallina. Así escucho, así escucho.

Y dice también que hay alguno que es flor. Mi sobrina se llama Teresa, y una señora, esposa de Alberto, su esposa se llama Teresa. He escuchado que es flor. Mi sobrina Teresa he escuchado que es una flor. La esposa del pastor se llama Teresa y ella es una flor. Cuando siembra [flores] en la puerta de su casa, ella es una flor, dice. Ella dice que es una flor y, cuando siembre una flor, ella es como una flor.

Ella vive, su papá se llama Ernesto, hablaba español, no dialecto, su hija se llama Flor. A esa señora que se llama Flor, lo hace muñeca a ella, y ella es una flor también. Siembra una flor en la puerta de su casa, y ella se hace flor, se pone flor cuando siembra en su casa una flor.

¿Todo esto se lo cuenta Sara?

Sí, Sara, cuenta que ella es una flor, la que se llama Flor, digo.

¿El gato es de trapo?

No, un gato vivo, digo. El perro es vivo también. La señora lo mata ese perro, se muere ese señor, lo mata a esa gata, y se muere esa señora, lo mata esa gallina, y se muere esa señora. Así me hace. Mata a esa gata, a la gata hembra, y se muere esa señora. Mata a la gata, y esa señora, que es como una gata, se muere.

Una señora la hizo flor a ella y luego se murió. Estaba sembrando cerca de su casa una flor que se llama margarita. La rompió y ya no había ninguna flor en la casa de Teresa, ninguna flor en la puerta de Teresa. La señora que hizo brujería, ella rompió las flores, fue a tirar las flores a una basura, las quemó, y se murió Teresa.

Dice que es malo cuando uno tiene perro en la puerta de su casa, en el patio de su casa, cuando uno no tiene gallo, cuando no tiene gallina, cuando uno no tiene pollo. Cuando le hace brujería a la señora, se muere cuando no tiene ningún perro, no tiene ningún gato, no tenía ninguna gallina, no tenía ningún pollo, no tenía ningún gallo. No tenía ninguna flor sembrada cerca de su casa también. Era la esposa de Alberto. Ese señor ya tiene otra esposa.

Sí, lo he visto en la televisión que hace brujería. Dice Sara que pone una señora. Me dijo una señora que se llama Aurelia, lo pone un señor, cerca de su cabeza, lo pone una vela, y cerca de su pie pone una vela, y todo alrededor de su cuerpo pone velas, dice. Porque así hace la señora que vive ahí cerca, donde está el señor Mateo. Cuando hace fiesta de Todos los Santos, ese señor pone veladoras también, lo pone un altar. He escuchado que pone veladoras cerca de esa señora. Hace brujería a esa señora y luego se muere la señora.

Mi hermana dice que una señora pone veladoras cerca de la señora, y luego se muere ella, dice. La señora que puso cerca de esa señora, y esa señora se muere cuando le pone la veladora. La señora que está en la mesa, se muere, la señora a la que le ponen las veladoras le hacen brujería y se muere.

¿A usted le han puesto veladoras?

No, no, la señora. Le puso velas alrededor de ella y la señora se murió. Esa señora también hacía brujería. Eso lo hace el Día de Muertos, lo hace en Todos los Santos.

Las personas enfermas pueden escuchar voces y hablar con personas difuntas, como en los casos de Esther y Teresa. Al poco tiempo de fallecer uno de sus hermanos a consecuencia de la diabetes, Teresa hablaba con su espíritu en la noche y contaba a sus familiares lo que le había hecho su esposa en vida: no sólo no lo había atendido bien, no preocupándose siquiera de darle de comer, sino que lo había engañado con otros hombres. Sus parientes se sorprendieron, pues Teresa no conocía esa información.

Como observaran su hermana y su padre, aun tomando su medicación, era frecuente que Esther viera y hablara con su madre, su hija primogénita o su exmarido fallecidos.

A veces dice que mi mamá está ahí, dice. Sí, ve a mi mamá a veces.

¿Ella sí sabe que falleció?

Sí, sí sabe, a veces sí se acuerda. Dice que mi mamá sí le dice que ella se ponga el huipil y que la saquen de aquí, de allí del cuarto. Sácame de aquí, dice, ya mi mamá me dijo que yo me tengo que salirme de aquí, que yo me ponga a cocinar, dice. Así habla. No sé, si hablará o no o está inventando, no se sabe, o tenga comunicación con mi mamá, no sé. Pues es un enfermo mental, dice mi sobrina, se le ocurre cada cosa, pues, para decir. (Doña Pilar, hermana)

3.2 Las voces de seres sobrenaturales

En ciertos casos, como Esther, Natalia y Teresa, durante los periodos de descontrol mental, veían y escuchaban voces de seres sobrenaturales. Esther veía y escuchaba cómo le hablaba el Diablo cuando aparecía en su cuarto, y siempre le gritaba que dejara de molestarla y se fuera. Natalia veía y escuchaba cómo le hablaban los grandes seres alados negros, sin rostro, hombres y mujeres suspendidos en el aire alrededor de su vivienda. Teresa escuchaba y conversaba con el Hijo de Dios. En sus conversaciones, éste le podía plantear cuestiones tan dispares como decirle que debía de asistir a una fiesta o dudar del respeto que Teresa tenía hacia su madre.

3.3 Los sonidos de personas

Las personas enfermas también pueden escuchar sonidos ocasionados por personas que perciben cerca de ellas. Así sucedió en los casos de Lorena, Natalia, Adela y Marcos. Un caso excepcional es el de Sofía, quien percibía que su cabeza sonaba después de bañarse, como si tuviera arena en su interior.

Después de bañarme, mi cabeza suena, como si hubiera arena dentro de ella.

La enfermedad de Lorena comenzó un día que, estando sola en la casa, escuchó a una mujer llorar cerca de su cama. En los periodos que no se encontraba bien, Natalia escuchaba cómo había personas que pasaban y se movían a su alrededor. Adela, la primera vez que enfermó, veía a personas acercarse a su casa y escuchaba cómo tocaban la puerta de entrada y, la segunda vez que se descontroló mentalmente, escuchaba que había vecinos que entraban en su casa en las noches y despertaba a su marido exhortándolo a levantarse.

Oye, oye, no escuchas que ha entrado gente en la casa. Levántate, levántate. (Don Isidro, esposo)

Marcos escuchaba los ruidos de los hombres que, situados alrededor de su casa, lo acechaban y lo amenazaban. Durante el trayecto a la localidad veracruzana donde residen dos de sus hermanos, Marcos, además de ver a personas hostiles y escuchar voces amenazantes, escuchaba los disparos de los policías que lo esperaban a lo largo de la carretera:

¿Los policías?

Los policías, sí. Y el camino, pues, porque, pah su, algo raro que yo lo veía, que yo escuchaba, pero, y todo el camino desde aquí, pues, me sentía que alguien, la gente me estaba, este, tiroteándome por la espalda. Híjole...

3.4 Las voces y los sonidos de animales

Ciertos enfermos escucharon que les hablaban animales durante los periodos en que se descontrolaron mentalmente. Esther comentaba a veces que una víbora le había hablado. Lorena, cuando se descompensaba mentalmente, además de escuchar voces de personas, escuchaba cómo las gallinas le hablaban diciéndole groserías tales que acababan llevándola a un estado anímico de gran tristeza y llanto. En los primeros años de la enfermedad, su hermana Esperanza también llegó a escuchar voces de pollos que, entre cosas, le decían que querían matar a determinadas personas:

Porque hasta los pollos dice que decían cosas, de que quieren matar a alguien, pues, los pollos, pero le dije que no es así. Decía muchas cosas y ahorita ya no, ya no, ya no tanto, pues. (Elena, hija)

Marcos llegó a escuchar las voces de los pájaros que llegaban a su solar y se posaban en el techo de su vivienda. Los pájaros le incitaban a salir de su casa:

Y yo veía los pájaros. Cómo tenían sed los pájaros, buscaban dónde vivir, pero así, bastantes pájaros venían ahí, lo veía yo. Pero era real, pero yo veía cómo sufrían los pájaros para tomar agua. Sí, y muchas cosas me pasé. Y cuando yo me estaba aquí, me correteaba la gente en mi casa. Me decía no, pues aquí te vamos a quitar aquí. Muchas cosas vi, pues. Y los pájaros también me daban señas también. Me pisaban la casa, psshh, salte, salte, me decían, los pájaros, según cómo escuchaba a los pájaros que me estaban mandando también. Tch, pero digo, ay, muchas cosas, pues, pero...

Natalia, durante una temporada que no tomaba de manera continuada su medicamento, además de sufrir dolor de cabeza, escuchaba el sonido de una chicharra —cigarra— dentro de su cabeza, en el hemisferio derecho de su cerebro. La chicharra emitía su ruido estridente y monótono desde que se levantaba hasta bien entrada la noche, aunque dejaba de escucharla unas horas en la tarde cuando se acostaba a descansar¹⁵⁵.

Sí, ahorita hace la comida, pero no tengo ganas yo hacer. No sé por qué. Estoy flojera, pues. No sé, sí. No tengo fuerzas también. Cómo llora un animal adentro, pienso yo.

¿Que llora?

Sí, llora. Quién sabe, no sé por qué hace así.

¿Pero qué animal?

No sé. Cómo, cómo llora, llora cómo acá, llora ahí de ese palo [árbol], pues, cómo se llama animal, y grita.

¹⁵⁵ Lo curioso es que Natalia escuchaba el ruido de una chicharra en su cabeza durante la misma época en que se escuchan las chicharras en Usila, esto es, en la época seca, que abarca desde mediados de febrero hasta mediados de mayo.

[...] *¿La chicharra?*

Sí.

[...] Ajá, sí, sí, así hace todos los días. Cuando salió el Sol, pues, así hace.

[...] *Y a la mañana, a las ocho o nueve otra vez.*

Ajá, hasta ahí viene otra vez a las nueve de la mañana, sí, y se va a quitar hasta las doce de la noche. Hasta la una de la tarde, y luego viene un poco me voy a dormir, sí. Y ahorita duele. Y se va a salir agua en mis ojos cuando duele también, sí.

4. Las percepciones táctiles

La mayoría de las personas enfermas tuvieron percepciones táctiles en los periodos de descontrol mental —Esperanza, Natalia, Esther, Teresa, Miguel, Lucía, Marcos, Carlos y Sofía—, y algunas las seguían percibiendo, aunque estuvieran tomando su medicación, como los casos de Esperanza, Esther y Sofía. Las percepciones táctiles pueden corresponder a acciones humanas —tocamientos, pellizcos, jalones de cabello, mano, pie u otra parte del cuerpo, bofetadas, golpes, quemaduras, disparos—, a acciones de animales —mordeduras, sentirlos sobre el cuerpo o la cabeza— o al caminar de “animalitos” —insectos— a lo largo de la cabeza y el cuerpo.

4.1 Las percepciones táctiles provenientes de personas

En el comienzo de la enfermedad, Esther se quejaba de que alguien la estaba quemando. Posteriormente sentiría ardor debajo del esternón, ya que una noche había entrado un fuego en la vivienda, un fuego que alguien había lanzado, y había caído sobre su pecho mientras estaba durmiendo, según le explicara a su hermana, doña Pilar.

Y ya cuando se enfermó, es cuando ella dijo que el fuego se le había caído encima, y que por eso le arde mucho, por eso se vuelve loca, por eso le quema, pues.

¿El pecho?

Sí, porque cuando ella ya estaba enferma, este, luego venía aquí cuando yo hacía tortilla. No te acerques, dice, porque te vas a quemar, porque a mí ya me quemaron. Le digo: ay, ¿quién te quemó? Pues me quemaron, dice, porque lanzaron un fuego y cayó encima, y siento aquí que me está quemando dentro de mí. Bueno, tal vez en su locura, pues, dice eso.

¿Qué parte del cuerpo señala?

Aquí, aquí, dice, en el estómago. Me está quemando, me arde, dice. Y siempre dice eso, siempre, que le arde aquí y que le arde aquí.

¿A día de hoy lo sigue diciendo?

Hm, hm, a día de hoy lo sigue diciendo. Dice: caliente, caliente está, caliente, siempre dice así. Pero te digo, quién sabe, pues, es bien raro.

Un día que fue a la ciudad de Oaxaca con su esposo, Esperanza sintió que alguien le echó gas en su espalda, lo que provocó que su piel se quemara y sintiera un gran ardor. Otro día, Esperanza sintió que un niño le jaló el pie en medio de la noche, una sensación que le causó tal desasosiego que le dejó sin habla y oró en silencio pidiendo ayuda a Dios:

Los chamaquitos que le jalaron el pie.

No dice nada.

¿Cuántos eran?

Uno, creo. Ya no puedo hablar cuando jaló mi pie, ya no puedo hablar. Me lo pedí oración mi corazón, ya no habló mi boca, ya no habló mi boca.

Posteriormente, Esperanza sentiría con cierta frecuencia que alguien, con sus dedos pulgar y corazón, le tocaba la cabeza, en la coronilla, y luego retiraba la mano. Sentía esos tocamientos en diferentes momentos del día, en la mañana, en la tarde, en la noche.

En la mañana, en la tarde, pero en la noche otra vez. Yo me levanté porque siempre me da miedo cuando uno pasa, pasa [alguien] que no veo, siempre me toca acá.

[...] Usted siente que los dos dedos le tocan la cabeza, y después quita la mano. ¿Pero quién le hace eso?

No sé.

En los periodos de descontrol mental, muchas veces asociados a visiones y escucha de voces, Esther, Teresa, Miguel, Carlos, Marcos y Sofía sentían que eran molestados o agredidos físicamente por hombres, mujeres o niños. Ante las molestias y las agresiones, frecuentemente reaccionaban reclamándoles que cesaran su hostigamiento o defendiéndose físicamente apartándolos con sus manos o lanzándoles golpes con sus brazos y sus piernas.

Miguel, cuando se descontrolaba mentalmente, sentía que un primo y unos vecinos le echaban pintura y grasa de víbora sobre su cabeza y su cuerpo, yendo frecuentemente al río a lavar su ropa manchada. Tomando ya su medicación, a veces, seguía quejándose de que había vecinos que le echaban grasa de víbora en la espalda, percibiendo su mal olor. Sofía, cuando se ponía a lavar los trastes, a menudo lo tenía que dejar, ya que las voces así se lo ordenaban, y llegaba a sentir que le jalaban el cabello hacia atrás.

Marcos escuchaba los disparos de los policías y sentía que las balas se alojaban en su cuerpo durante el viaje a la ciudad veracruzana donde viven dos de sus hermanos. Unos

días antes de ser trasladado a la ciudad de Oaxaca, caminando por la calle cerca de su casa, sintió que alguien le disparó y que la bala se alojó en su rodilla derecha, desplomándose instantáneamente en el suelo. Volteó la cabeza para averiguar quién le había disparado, pero sólo vio a una mujer. Al tratar de incorporarse, su rodilla se venció y volvió a caer. Así varias veces, hasta que consiguió llegar a su casa.

Esther, encerrada la mayor parte del tiempo debido a sus largos periodos de descontrol mental, frecuentemente veía a hombres, mujeres o niños en su cuarto; unos eran conocidos, familiares o vecinos, pero otros eran personas desconocidas. Muchas veces veía y sentía cómo esas personas la tocaban, la jalaban, la pellizcaban, la golpeaban, la quemaban. Esther les recriminaba sus agresiones y trataba de defenderse. En palabras de doña Pilar, una de sus hermanas que vive en un terreno adyacente:

Pues ella lo que habla es de que la están quemando, la están golpeando, de que se vayan. Vete, vete, le dice, vete, dice, vete, desgraciado, vete, váyanse, déjame, no me estén pellizcando, no me estén jalando, no me estén tocando.

En los primeros años de la enfermedad, Teresa sentía que había hombres y mujeres que se le subían a la cabeza y la espalda, y los empujaba, los pisoteaba y lanzaba patadas a las personas que se le querían subir encima. Más adelante, sentía que le jalaban el cabello o le tocaban la cabeza; a veces, decía que era un niño, el hijo de un vecino, aunque normalmente no mencionaba quién o quiénes la molestaban. A la hora de la comida, "hablaba groserías" porque sentía que la tocaban, le jalaban el cabello, le metían sus manos en la comida. Otras veces, resoplando por la nariz, daba vueltas sobre sí misma y lanzaba golpes con los brazos, defendiéndose de quienes la molestaban y agredían. Teresa también sentía que sus hermanas la agredían verbal y físicamente y les reclamaba por qué le tiraban del cabello, le daban cachetadas, le decían groserías o la sujetaban para que un vecino la pudiera abofetear y golpear. A menudo mencionaba que la agarraban y la golpeaban. Lo cierto es que un día aparecieron moretones en su brazo izquierdo. No se dio cuenta hasta que, al frotarse mientras se estaba bañando, sintió un gran dolor. Ni Teresa ni sus familiares supieron cómo habían aparecido esos moretones en su brazo.

Carlos sentía cómo había personas que le pegaban, lo molestaban, le tiraban del cabello, le tiraban de la ropa, le jalaban de una mano o de un pie, le revolvían su comida. Una vez medicado, Carlos explicó a su hermana Azucena que todo lo que veía, todo lo que escuchaba, todo lo que sentía era una experiencia real, no era fruto de la locura.

¿Pero quién era o quiénes eran los que le daban golpes?

Eran unas personas, dice, que a la vez se reían, dice, que él escuchaba que se reían y que le decían, dice, este, haz esto. Y él se enojaba porque hablaba también: ¿Por qué te tengo que obedecer a ti? ¿Tú quién eres para mandarme? Y entonces, dice él, que si no lo haces, te vamos a castigar, te vamos a pegar, le decía, dice. Hm, hm, y ahí, dice, donde le pegaban, dice él.

¿Y le pegaban así con una vara?

Le pegaban, dice, con su misma mano, dice él, así. Sentía él, dice, cómo venía la fuerza y le daban, ajá.

¿Pero él lo veía o lo sentía?

Lo sentía y, a veces, lo veía así transparente. Dice ahora sí como si fuera esa bolsa que está ahí, dice, que es borroso, que no se ve muy bien, pero que está presente, que está presente. Porque yo le pregunté bien, bien a él, ajá, y ya después de que tomó más medicamentos, ya después dice él que no se acordaba más después, y después dice que sí, que eran así solamente, dice, así, que venían y decían maldades. Jalaban los cabellos, le jalaban la ropa, y, si él estaba comiendo, venían y le revolvían su comida. Por eso él se enojaba, dice, por eso él peleaba y, cuando se levantaba, el plato volaba hasta allá. Hm, hm, así dice él, venían, dice, y le hacían maldades. Uno venía y le jalaba el pie, y el otro le jalaba una mano, o el otro le jalaba una mano y le hacía así, bueno, que él lo veía, dice, que su mano se lo hacían así, así, dice, y el hacía fuerza. Por eso es que todo el tiempo creo que él hacía así, ¿no?, ve que así hacen esas personas que están en movimiento todo el tiempo, ¿no?, y hablando solos.

Y dice él: y la gente cree, dice, que uno está loco, pero no está loco. Que uno está viviendo esa vida, lo está uno viendo, dice, está uno platicando con esas personas. Así me decía.

Carlos se quejaba de que había hombres y seres que le pegaban. Tanto su hermana como su madre observaban que, de cuando en cuando, presentaba moretones en sus brazos, en su espalda, en su pecho, incluso en su cara. Al igual que en el caso de Teresa, no se explicaban cómo aparecían esas marcas en su cuerpo.

Sí, es cierto, porque él tenía, este, mucho cuando yo lo veía a veces, tenía bien marcado por aquí, como si fueran unos varazos, pero morado como cuando le pegan ahí con un palo. Y yo me espantaba. Yo pensé a mi mamá: ¿qué tiene este Carlos?, ¿qué le pasó?, le digo, ¿por qué está así? No sé, dice mi mamá, así amaneció, y, a veces, por la espalda.

En los brazos y la espalda, ¿y aquí en el pecho?

Sí, también acá, sí, y unas cosas como si le hubieran pegado unos golpes, ¿no?, Y luego por toda la cara, a veces, toda la cara. Y, este, yo le dije a mi mamá. Mi mamá se espantó porque dice que él se pega, o algo que quiera hacerse él. Pero fíjate, le digo a mi mamá: ¿qué es eso?, ¿será una enfermedad o qué?, pero después desaparecía otra vez. Como cuando le pegan a uno y pasan los días y se va desapareciendo ¿no?, se va desapareciendo, iba desapareciendo también.

Y otro día tenía bien moreteada la cara, bien moreteada, pues dice mi mamá que dos veces escuchó como si fueran dos golpes bien fuertes. Pero mi mamá le dijo: ¿tú te pegaste? Y él decía: no, yo no me pegué, me están haciendo daño, decía él. (Azucena, hermana)

4.2 Las percepciones táctiles provenientes de animales

Algunos enfermos perciben a animales e insectos caminando sobre la piel o en el interior de su cuerpo o su cabeza —Esther, Natalia, Lucía—. Cuando estaba mentalmente descontrolada y aun medicada, Esther sentía que tenía “animalitos” —hormigas, piojos, gusanos— sobre su cuerpo y su ropa, y también podía sentir que ciertos animales, como zorrillos o tlacuaches, la molestaban, incluso que se subían a su cabeza. Asociada a las visiones de víboras en su cuarto, Esther en numerosas ocasiones comentaba que una víbora le había mordido y podía indicar el lugar de la mordedura, en una mano o entre dos dedos de la mano, cerca de los nudillos.

Natalia, que solía sufrir fuertes dolores de cabeza, a menudo, junto a esta dolencia, tenía la sensación de que unos “animalitos” caminaban en el interior de su cabeza, desde la frente hasta la nuca.

¿Y cómo ha estado en este tiempo?

Sí, estoy bien, estoy bien un poco, pero poco, poco se sube también. Hace como un animal, como un animalito, pues, pero hace así, y viene para acá, y sube arriba, hasta abajo también. No sé por qué me hace así.

¿Como un animalito que le sube por dentro de la cabeza?

Sí, adentro de mi cabeza. No sé por qué me hace así.

Desde aquí, desde el cuello hasta la frente.

Ajá, hasta la frente. Sí, no sé por qué. Así hace cuando viene esa enfermedad, cuando estoy enferma, pues. Ya tiene como dos meses hace así, pero poco, poco nomás.

Las dos veces que se descontroló mentalmente y alguna vez estando medicada, Lucía sentía “bichitos” caminando sobre su cabeza y su cuerpo, lo que le causaba una comezón que le llevaba a rascarse frecuentemente la cabeza, la cara, las orejas, los brazos, las piernas y la espalda. Incluso, en alguna ocasión, llegó a sentir cómo le salían bichitos de sus ojos y sus orejas y recorrían su cabeza y su espalda, haciendo continuamente el gesto de quitárselos con sus dedos.

5. Las percepciones olfativas

Esperanza y Miguel, aun medicados, percibían olores desagradables de vez en cuando, olores que sus familiares no percibían. En los días que mostraba cierto empeoramiento en su estado mental aun tomando su medicación, Miguel se quejaba de que la casa olía mal, la casa de su hermana donde iba diariamente a comer la comida que le preparaba. También

podía sentir que un vecino le echaba grasa de víbora en su espalda, debiéndose de bañar seguidamente para quitarse el mal olor que despedía su cuerpo.

Una tarde, Esperanza fue sola al convivio que había organizado la familia que iba a acoger a los Santos Peregrinos en su casa. La tortilla se le atoró en la garganta y comenzó a vomitar, manchando la ropa que llevaba puesta. Se quejó de que “las tortillas olían a caca” y de que “la comida olía a gasolina”; alguien le estaba haciendo maldad. Pocos días después, en medio de la noche, se despertó sintiendo que le habían echado carne de res en su nariz y habían pulverizado perfume de muerto en el interior de la vivienda.

¿Y esta noche escuchó voz?

Sí me escuchó voz a la noche. No aguanté. Me escuchó voz que me echa carne, como carne de res mi nariz a la noche y lo echó perfume en la casa.

¿Pero estaba usted durmiendo cuando echaron la carne de res?

Estoy durmiendo.

[...] *¿Y escuchó más voces anoche?*

No, no mucho. Me levanté como a las tres de la mañana, creo. Nada más no, no levantamos porque... lo hizo carne en mi nariz, carne de res. Pero echó perfume. Yo no echo perfume, estoy acostumbrando con perfume cuando me voy a salir por camino, porque mi cabeza no aguanta perfume. Por eso no echo perfume. Como... tenía el aire como perfume en el cuarto a la noche.

¿Y qué perfume echó?

Perfume de muerto, creo.

6. Las ideas delirantes o las creencias no reales para los demás

Las mujeres y los hombres enfermos, durante los periodos de descontrol mental, siempre manifiestan delirios o firmes creencias que, fuera de sus propios pensamientos y vivencias, son consideradas no reales por sus familiares, vecinos y demás personas con las que interactúan. Muy a menudo, como ha sido expuesto, estas ideas delirantes aparecen vinculadas a las visiones, la escucha de voces y sonidos y las percepciones táctiles, especialmente en la común creencia de que hay hombres, mujeres o seres sobrenaturales que los acechan, los persiguen con la intención de hacerles daño, golpearlos o matarlos, ideas de daño que pueden extenderse también a sus hijos y sus padres, o que controlan tanto su pensamiento como su conducta¹⁵⁶.

¹⁵⁶ Dado que las ideas delirantes de persecución y daño, así como las ideas de control del pensamiento y las acciones por agentes externos han sido expuestas en los apartados correspondientes a las visiones, las voces y los sonidos y las percepciones táctiles, a fin de no repetir la información, no van a ser abordadas nuevamente en este apartado. En

Las ideas delirantes, aunque en menor grado, pueden seguir presentes en algunas personas enfermas cuando toman su medicación, como son los casos de Esperanza, Natalia, Esther, Sofía y Miguel. Y las ideas delirantes experimentadas durante los periodos de descontrol mental pueden seguir siendo consideradas como ciertas por algunos enfermos medicados —Esperanza, Sofía, Carlos—.

6.1 Las ideas delirantes de tratar con parientes que no son, difuntos o imaginarios

Hay algunas mujeres enfermas que tienen el convencimiento de tener y tratar con parientes que, en la realidad, no lo son —Esperanza, Teresa—, de relacionarse con familiares que han fallecido o no están presentes en la comunidad —Esther, Teresa—, o de comunicarse con parientes imaginarios —Teresa—.

Esther, sobre todo en las noches, aunque también en el día, a menudo veía y hablaba con su madre, su hija y su exmarido difuntos, así como con su hija y su nieto que vivían en los Estados Unidos. Abría la puerta de entrada de la casa y salía al patio a buscarlos, pues podían hallarse en la parte trasera del solar familiar, o les abría la puerta para que entraran en la casa cuando estaba lloviendo a fin de que no se mojaran. Pero también podía decir a las personas que visitaba que vinieran a su casa para ver a su hija difunta, quien había llegado a Usila a pasar unos días. En su último internamiento hospitalario, Esther aseguró que su madre, fallecida dos años antes, había ido dos veces a visitarla.

Esperanza, por su parte, la última vez que fue internada, no sólo estaba convencida de que había visto a familiares y vecinos difuntos en el hospital psiquiátrico, sino de que había estado con su padre, Santo José, quien también tenía otra hija internada —su padre biológico vivía en Usila y no padecía ninguna enfermedad mental—. A los pocos meses de que Esperanza recibiera al alta médica, según le dijera una voz, Santo José murió:

Elena: Dice que, cuando estaba allá en Oaxaca, veía gente de puros de aquí que ya se murieron, pues. Y cuando regresa nos dice que ya no quiere ir a Oaxaca, porque allá viven puros muertos, dice, que se encontró a su tía, que no sé, a varios de aquí, dice. Por eso le da miedo, ya no quiere ir allá, a Oaxaca. Eso dice ella, pero no, no sabemos.

[...] *¿Usted ve a sus familiares allí? ¿A quiénes ve?*

Esperanza: Lo vi a mi papá.

¿A su papá?

Esperanza: Santo José, es mi papá. Lo vi Oaxaca. Porque abrazó, dice: Esperanza, hija Esperanza, dice. Mi papá me dijo: hacer ejercicio todos los días, y yo también

cambio, sí se van a comentar las ideas de daño que son fruto de la interpretación que el enfermo hace de las acciones o del comportamiento social de las personas con las que interacciona o se hallan a su alrededor, esto es, cuando no están asociadas a alucinaciones visuales, auditivas o táctiles.

hacer ejercicio también. Mi papá se murió en mayo, dice. Me escuché una voz: Santo José se murió en mayo y se murió cuando regresé acá también, se murió chiquito también. Otra vez se murió. No sé quién está embarazada, mi papá ahorita.

Porque mi raza viene de lejos, viene de lejos mi raza. Sí, es cierto porque, como yo me siento así, porque mi papá me dijo que yo soy papá que trae un vestido azul, que trae pantalón azul, abajo como color de niña, azul como secundaria, y vestido blanco trae otra vez, trae vestido blanco y azul cuando fui dos semanas a hacer compañía a mi papá. Cuando se fue mi papá de morir, lo inyectó inyecciones este lado. Un chamaco lo inyectó inyección, mucha inyección, sí, inyectó inyección. No sé cómo se llama.

Esperanza también pensaba que había estado con su hija y su hijo varón, sabiendo que no eran sus hijos consanguíneos.

Yo me sentí en hospital que todos, todos mis compañeros ya se murieron, me sentí en hospital. Me conocí mi hijo, que no es mi hijo, es otro, es otro, me sentí que es mi hijo, sí.

Cómo brincó una muchacha. Levantó todo. Parece como hija, parece bien, porque yo pensé que es mi hija.

[...] *Cuando estuvo usted en Oaxaca.*

Sí. Parece como mi niña. Yo pensaba que es mi hija también.

En los periodos de descontrol mental, de una manera similar a Esperanza, Teresa también tendía a ser madre de hijos imaginarios que veía en sus visiones o vivían en la comunidad, o a clamar como suyos a los bebés de otras mujeres. Las ocasiones en que veía a un recién nacido, tal era el convencimiento de que era su hijo que Teresa lo quería abrazar y llevárselo consigo. Así había reaccionado cuando salió del Hospital Psiquiátrico de Oaxaca tras su segundo internamiento. En cuanto vio al bebé, comenzó a decir con desesperación que era su hijo, a insistir en que se lo quería llevar, a reclamar por qué se lo habían quitado. En palabras de Rubén, su único hijo biológico:

Porque mi mamá no puede ver a un niño porque dice que es su hijo, que es su hijo. No puede ver a un niño recién nacido porque ya lo quiere abrazar. Sí, lo quiere abrazar y ya no lo suelta, pues. Que es su hijo, su hijo y su hijo, y eso se le queda en la mente. Así se le empieza, pues, se le empieza las cosas.

¿Y luego qué piensa, que no le quieren dar a su hijo, que se lo quitan?

Ajá, eso es lo que... O sea, por ejemplo, si yo le quito al niño, si le damos, ya no lo va a soltar porque va a decir que es su hijo, y así. O si nosotros le quitamos, pues más se queda en trauma. Ajá, va a empezar a alucinar. O si no le damos, ella piensa que nosotros... no lo queremos dar, pues, o cualquier cosa, ¿no? ¿Quién sabe qué es lo que piensa a veces cuando no le damos también? Sí, así le empieza las cosas.

Una noche, estando en la casa de su hermana en una comunidad del sur de Oaxaca, Teresa despertó y se puso a llorar y a gritar que habían pegado y acuchillado a Tomás, un muchacho de Usila. Su hermana, doña Rosario, trató de calmarla para que no despertara a los vecinos, pero Teresa gritaba y gritaba que le habían cortado un pie, que le brotaba la sangre, que habían matado a Tomás, que habían matado a su hijo.

6.2 Las ideas delirantes extrañas

En esas mismas fechas, en una ocasión, Teresa llegó a fusionarse con su hermana cuando esta última la agarró y forcejeó con ella para que se acostara y se durmiera tras cinco días y cinco noches de insomnio y parloteo constante. Doña Rosario quedó desconcertada ante lo que le decía Teresa:

Me decía, cuando yo la agarraba: ¿sabes qué? Acuéstate. La agarro. ¿Por qué te pegas tú sola?, me decía. Como que ella me estaba transformando, ajá, como que ya hacía una sola persona entre ella y yo. ¿Por qué te pegas?, me dijo. ¿Por qué te pegas tú sola? No te estés pegando, me dijo. Porque yo la agarraba y la quería acostar, pues. No se dejaba. Sí, eso, hasta dije: pero ¿por qué habla así?

Las ideas extrañas, siempre firmemente sostenidas, también estaban presentes en otras personas enfermas, como Sofía y Esperanza, incluso medicadas. Además de ver a chaneques escondidos entre las plantas, con frecuencia, Sofía comentaba que había oro enterrado en el patio familiar. Además de haber visto a familiares y vecinos usileños difuntos, de haber estado con su padre, su hijo y su hija, Esperanza aseguraba que había orinado basura y polvo en uno de sus internamientos:

Cuando yo estoy internada, fue un muchacho que trae un vestido rosado acá y no sé qué color abajo, cuando estoy, lo echó polvo acá, con polvo, pero me orinaba, puro basura, puro basura en hospital, bastante basura me orinaba. No sé por qué, quién lo hizo, quién lo hace esas cosas. Mucha basura y polvo también.

Esperanza también tuvo el pensamiento de que el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca había dejado de funcionar, pues todos los médicos y todos los internos habían fallecido.

En Oaxaca, ya no hay hospital ahorita, ¿verdad?

¿No hay?

No hay, creo.

¿Y por qué no?

En Hospital Cruz del Sur no hay doctor ahorita.

No hay doctor ahorita, ¿por qué?

No está nada doctor en Cruz Azul ahorita.

¿Y quién hay ahí ahora?

No hay nadie internado también.

¿No? ¿Nadie?

Nadie, no hay, ya se murieron todos.

Mientras estuvo mentalmente descontrolado, Carlos guardaba todas las imágenes de celulares y computadoras que aparecían en los periódicos¹⁵⁷ y que utilizaba para llamar y hablar con alguien o pedir ayuda.

El día que estaba mencionando a su abuelo, dijo: Demetrio, dice, deja eso ahí, dice. [...] Oye, dice, ¿por qué vienes a quitarme, este, mi celular? Ajá. Porque tiene muchos periódicos donde viene reloj, viene celular. Los colecciona él, los periódicos. No se los lleva al baño porque vienen celulares y luego él los guarda ahí [en su cuarto], de toda clase de celulares, computadoras, este, cualquier clase de computadora, sea de la que están, este, de una sola pieza o de las que tienen pantalla, y de todo tipo de celular, de todo tipo de celular. Los colecciona en dibujo, y luego cree que él está hablando, con eso está marcando, está pidiendo ayuda, o no sé, pero... (Doña Julia, madre)

6.3 Las ideas delirantes de daño asociadas a la visualización o la interacción con personas

Algunas personas enfermas —Esperanza, Natalia, Sofía, Esther, Carlos—, cuando entraban en contacto con grupos de personas que hablaban y reían en las reuniones de PROSPERA o en los convivios de los eventos sociales y religiosos, o cuando pasaban hombres y mujeres por delante de la casa conversando entre sí, siempre pensaban que las miraban, hablaban mal de ellas o se reían de ellas. Este pensamiento provocaba que Natalia y Lucía temieran salir a la calle y, cuando lo hacían, sentían inquietud y miedo a las miradas y los comentarios de la gente. Estas ideas eran muy comunes en Esperanza, aun tomando su medicación al igual que Natalia, pero más que provocarle miedo, le causaban desasosiego y enojo, tal y como lo explicó su hija Elena:

Ella, ajá, le dice a mi papá, le cuenta a mi papá, pues, lo que viene en la mente. Que, por ejemplo, un señor pasa, ¿no?, y si el señor está riendo o platicando con otro que le viene acompañando, pues, ella piensa que los señores están diciendo mal de ella, y ella le dice a mi papá. Por eso mi hermano se enoja, hm, hm.

¹⁵⁷ Muchas familias usileñas, sobre todo las más humildes, compran atados de periódicos a bajo precio para reutilizarlos a modo de papel higiénico cuando van al baño.

[...] *¿Y eso ocurre así todos los días?*

Ajá, así pasa todos los días.

Las contadas veces que acudía a las reuniones del programa social PROSPERA, Esperanza solía regresar alterada y enfadada a la casa. Al ver y escuchar las conversaciones que mantenían las demás mujeres, pensaba que hablaban de ella. No decía nada, no les contestaba, pero se alteraba y se enojaba convencida de que todo lo que comentaban se refería a su persona. Cuando regresaba a la casa, su hija Elena trataba de tranquilizarla diciéndole que las conversaciones de las mujeres no giraban en torno a ella y que era la enfermedad la que le provocaba esos pensamientos.

Pero yo le digo que no es ella [de quien hablan las personas]. Es porque estás así, le digo, por eso ella piensa que están diciendo cosas, pero no.

Ciertos recuerdos, ciertos hechos o ciertas acciones realizadas por familiares o vecinos pueden llevar a los enfermos a acusarlos de hacerles maldad o brujería tanto a ellos como a sus hijos —ideas de daño, por tanto, no causadas por las visiones o las voces—. Poco antes de su último internamiento, estando en el calabozo municipal por haber agredido violentamente a su hermano menor, Miguel arrojó el plato de comida al suelo que le llevó su otro hermano acusándolo de querer envenenarlo. Posteriormente, ya medicado, acusaba a los vecinos de su colonia de aprovechar los momentos en que no estaba en la casa para cometer actos hostiles, como romperle unas chanclas que tenía en su vivienda o llevarse el agua que almacenaba en unos cubos en la época de calor.

Esperanza acusaba a su suegra de haberle provocado un aborto tras ofrecerle una bebida en la que había echado tierra del panteón. A veces, también acusaba a su suegra o a su cuñada de haber matado a uno de sus hijos, por ejemplo, cuando iba de vacaciones a Oaxaca a ver a su hermano.

Sí, a veces dice que mi abuela mató a mi hermano [risas]. Ayer regresó, ¿no? Fue a vacacionar ahí en Oaxaca con mi hermano y dijo que, cuando él se fue a Oaxaca, pues, mi mamá dijo que mi abuela mató a mi hermano. Eso es lo que le viene en la mente, pues, pero no, no es... (Elena, hija)

Esperanza también acusaba a su suegra de cambiar el corazón de su hija por un corazón de pollo cuando Elena iba a la casa de su abuela, o de coger sus trastes de cocina y romperlos o quemarlos, hasta el punto de que ella misma los quería romper o quemar, convencida de que los trastes que su esposo guardara en la casa de su madre durante un internamiento hospitalario continuaban en su vivienda. Al tratar de evitar que quemara o rompiera los vasos y los demás trastes, Esperanza se enojó y golpeó a su hija con una barra metálica.

Esperanza también culpaba a los vecinos de hacerle maldad. Una vez acusó a una vecina de hacer maldad a uno de sus hijos tras escuchar su voz y seguidamente ver que la mujer entraba en la vivienda de una familia que vivía cerca de la casa. Totalmente

convencida, Esperanza fue a recriminar a la vecina que estuviera haciendo maldad a su hijo.

Me dijo también, me contó que escuchó una voz en la casa de la vecina, dice. Como la vecina de acá pasó, pues, iba allá a la casa de la [vecina], no sé si recibió llamada, creo, y dice que entró, vio a la vecina de acá entrar en la casa de la otra vecina. Ajá, y entonces dice que ella anda haciendo maldad, dice, porque igual hizo con la vecina de atrás, dice mi mamá, pues, pero no es cierto. La vecina de ahí sí ha ido a la casa de la otra porque son familiares, y ahora está yendo ahí por recibir llamadas. Nada más piensa otra cosa, pues, y entonces dijo que esa vecina está haciendo maldad ahora en la casa de la vecina esa de allá.

¿Pero son familiares las dos vecinas?

No, la familia de ésta es la que está atrás, atrás de la casa, y otra es la que está ahí donde está el poste. Entonces ahí dice que escuchó voz, no sé si de [mi hermano], no le escuché, pues, porque yo estaba acá, no más fui a darle su medicamento para que se controle. Ya me vine y le digo que no es así, pues, y ella fue a su mandado. Y también mi mamá, pues, le estaba diciendo a la vecina que estaba haciendo maldad, y entonces vino la vecina, pues, a decirme qué tiene tu mamá, me dijo. Le digo no sé. Que mi mamá le dijo, pues, que ella está haciendo maldad, y ella preguntó, pues, que no es eso, que fue a recibir su llamada allá. Y la vecina quería ir a ver a mi mamá, pues, por qué está diciendo eso, está mal, pues, hm, hm. Entonces pisó la espina [risas], ahí hay espina de ésa del árbol de naranja, no sé de qué, entonces pisó la señora y se regresó porque dice que estaba saliendo mi mamá por donde está la llave, y se fue corriendo por atrás. Y ya no fue a la casa, pues. Y fui a ver a mi mamá por lo que me contó la señora. Dice que escuchó voz de [mi hermano] allá con la señora, allá, dice, donde está la vecina. Que ellos le andan haciendo maldad. (Elena, hija)

La visita de una señora o las miradas de las vecinas podían suscitar en Sofía la firme convicción de que esas mujeres le estaban haciendo brujería, una brujería que le impedía bañarse o realizar las tareas del hogar. Así lo explicaba Don Augusto, su esposo:

Este, bueno, como ejemplo, ese día en la mañana ya veía que estaba mal y se empeoró el asunto porque vino una señora. No sé qué vino a decir, porque ella me comentó que ella vino a hacer un acto de brujería. Sí, así me lo dijo. Y todo el día estuvo insistiendo en que vino una señora, que no sé qué, que, bueno, etcétera. Hasta que reventó, le digo, pero tuvo mucho que ver la señora. No, no me dijo qué le dijo, pero, pues, le digo yo no estaba. Todo el día estuvo diciendo eso, que la señora vino a hacerle brujería, que es bruja, que de ella viene todo lo que ella tiene, que le han hecho brujería la señora de aquí, la señora de allá también. Entonces ya se dio cuenta que ellas son las que le hacen brujería. En su opinión, pues, este, pero realmente no sé qué dijo la señora o a qué vino. Sí, me dijo, pero no me acuerdo, pues, qué fue lo que... Pero ése fue el rollo del día. De ahí estuvo insistiendo en que

la señora es la que le hace brujería, que ya se dio cuenta, y que sabe quiénes son los demás, y que sabe nombres, sabe, insistiendo, ¿no? Habla y habla y habla.

Cuando dice que le hacen brujería, ¿qué le hacen exactamente?

Hmm... Pues de que no le dejan hacer las cosas. Por ejemplo, que no le dejan bañarse, que no le dejan lavar los trastes, que no le dejan hacer nada. A eso se refiere. Por eso ella está así, por culpa de esas personas.

Ah, y hay otra señora que dice que la mira muy así, muy mal, y que ella también es bruja esa persona. Que se le quedó mirando y que ella se dio cuenta luego, luego que ella es bruja.

La enfermedad de Natalia comenzó repentinamente un día que se mostró muy desesperada, entrando y saliendo continuamente de la vivienda. Dos días después, cuando se despertó y fue a lavarse la cara en el lavadero, regresó diciendo que alguien había estado merodeando por la casa durante la noche. Señaló las huellas de pisadas que había en el suelo y, aunque su hija Luisa y su abuela le dijeron que se trataba de las huellas de un familiar suyo que había venido a tomar agua de la llave, Natalia lo negó e insistió que correspondían a las pisadas del hombre que había estado rondando la casa por la noche. A partir de ese día, estuvo convencida de que un hombre la perseguía con intención de matarla, convicción que le suscitaba un gran temor, convicción que poco después se reforzaría con las visiones del hombre acechante.

Esther, en los meses anteriores a caer en el descontrol mental y ser nuevamente encerrada, su último encierro antes de fallecer, salía a pasear y visitaba a vecinas y familiares. La ropa que le regalaban, la guardaba llegando a la casa, pero luego no se acordaba dónde la había guardado y acusaba a la gente de entrar en su cuarto y robarle su ropa. En algunas ocasiones, Esther quemó sus prendas de ropa en el patio, incluso en su propio cuarto por la noche, porque, según le decía a su padre, tenía muchos “animalitos”.

Mientras estuvo mentalmente descontrolado, Carlos reaccionaba con enojo y agresividad siempre que su hermana llegaba a la casa de su madre, pues, desde el momento que enfermó, cuando aún vivían juntos, la acusaba de entrar en su cuarto, querer hacerle daño, romperle sus cosas, tirarle su comida.

Cuando estaba sano, él quería mucho a su hermana, su hermana a él. Su hermana, pues hasta ahorita lo quiere a él. Ella no toma en cuenta, pues, porque sabe que está enfermo. Pero, este, él como está así, no puede ver a su hermana. Claro que si viene y dice: oye, manito, te traje un regalo, ah, pues, claro, que muy contento lo va a recibir, pero más al ratito, que se vaya. Azucena, ¿qué haces ahí? Mira, te voy a pegar, ¿eh? Y que no sé qué, y empieza a hablar, pues, empieza a hablar. (Doña Julia, madre)

6.4 Las ideas delirantes de acusaciones de infidelidad a los cónyuges

En los periodos de descontrol mental, algunas mujeres enfermas —Esperanza, Adela— creían firmemente que sus esposos les eran infieles con otra mujer, manifestando unos celos desmedidos que causaban problemas en la relación matrimonial. Adela acusaba a su esposo de serle infiel con una mujer viuda, vecina de la colonia, acusación que desencadenaba fuertes discusiones matrimoniales. La certeza de la infidelidad llegó a tal extremo que, en varias ocasiones, fue a reclamar a esa mujer que mantuviera relaciones con su marido y lo empujara al consumo excesivo de alcohol. También la acusaba de cuestiones como haber provocado que sus hijas se cayeran y lastimaran o de que se le cayeran ciertos objetos en la casa. Incluso, Adela llegó a ir a la escuela un día, a la que también asistían sus hijas menores, para regañar a una de las hijas de la señora con la que, según creía, le estaba engañando su esposo.

Esperanza tuvo también ese pensamiento estando medicada debido a las voces que le hablaban. Durante una temporada, escuchó la voz de una señora, una vecina que vivía cerca de su casa, que la criticaba, la acusaba de haber matado a su marido y la empujaba a salir de su hogar para poder casarse con don Eusebio. Esperanza se indignaba, pues consideraba que sus acusaciones eran injustas y falsas y que se estaba aprovechando de su posición de debilidad al ser una mujer enferma. Quería hablar con su esposo para remarcarle que estaban casados, que no debía de hablar con esa mujer cuando la viera y que esa señora no tenía derecho a usurpar su lugar en la familia.

Apenas voy a platicar con Eusebio adelante, porque yo no quiero hacer esas cosas, yo no quiero platicar con otro, porque yo estoy casada con él, no tiene que aprovechar otra persona de quien tiene hijos. Sí, apenas voy a platicar con él si regresa, si no regresa, porque ya trajimos donde está tomando antes. Porque así me escuchaba en la mañana, cuando salimos acá, me escuchaba, habló muchacha adelante, viene, va a regresar, dice, cuando ya está mucho lodo. Así tiene que hacer esa mujer, dice, y yo conozco la muchacha. Es señora, no es muchacha, una morena. Así habló cuando yo salí. Porque tiene, porque ya se murió su esposo, tiene que vivir con Eusebio. Sí, ya se murió su esposo, tiene que vivir con Eusebio. Si ella quiere casar con él, ni modo porque ya no tengo casa. Esa señora vive más abajo, en la casa de su mamá. Porque yo no tengo mamá para regresar conmigo, porque está enfermo mi hermano, no puede venir Ángela [hermana].

¿Pero usted qué le dice a la señora?

No contestaba cuando habló, no contestaba nada. Y yo quiero platicar con Eusebio, qué dice, si ya platicó con ella, porque él fue a Tuxtepec un día, fue a comprar barniz, todo eso hace, y salió junto con ella. Por eso habla así cuando ella quiere que yo voy a vivir otro lado. Ni vale esa casa, ni vale hombre lo que quiere hacer daño para mí.

[...] Sí, a ver qué dice él si regresa, a ver qué dice, porque yo no quiero que habla morena con él cuando yo me salgo a la calle. Yo no quiero aprovechar otra persona cuando voy a salir por caminos, porque ella andaba donde quiera cuando estaba

joven, por eso sabe hacer problemas por una casa, ¿verdad? Como yo estoy enferma, por eso habla así gente, así habla porque yo estoy enferma. Si yo no estoy enferma, no va a hablar así porque yo...

¿Mucha gente habla así?

Muchos hablan así, pero yo no contesto cuando hablan así, yo no contesto nada, pero, gracias a Dios, yo estoy lavando este traste ahorita, porque yo no estoy lavando en el día porque estoy enferma, estoy durmiendo hasta un día. Sí, por eso la gente quiere aprovechar.

[...] Si esa morena quiere casar con Eusebio, no me importa, no me importa, se casa y lo hace trabajo y lo cuida chamacos, si quiere cuidar chamacos. Porque yo no tenía hijos cuando soy señorita, yo no tenía nada hijos, yo no hizo relación ni un muchacho cuando estoy señorita. Por qué la gente dice que yo soy un capricho, y yo no soy capricho.

[...] Sí, cuando yo no estoy enfermo, barre mi casa, hace todo.

Pero ahorita sí está trabajando.

Pero sí estoy trabajando. ¿Por qué dice la gente que yo no...? Voy a hablar adelante lo que dice. Sí, voy a hablar adelante lo que dice, porque ella no tiene derecho para hablar por la calle, ¿verdad? Lo que uno está pasado no tiene que hablar en la calle.

¿Pero esa mujer también dice que usted no trabaja?

Sí. Que dice que adónde va esta vieja, dice, a dónde va esa vieja, y vienes hasta que no está bañando, dice. Va a regresar como que no está bañando, dice, y va a venir con gusanos, con... gritar esa mujer. Ella trae un coche cuando regresó, cuando se murió su esposo. Y yo no maté su esposo, por qué habla así a mí. No lo maté, por qué habla así. Murió de enfermedad, lo que le pasó, porque yo no hago nada para personas. Por qué ella habla mal para mí. Pero yo no hablo mal para ninguno.

6.5 Las ideas delirantes somáticas

Algunas personas enfermas también pueden tener delirios somáticos, creencias sobre anomalías o alteraciones físicas en su cuerpo y su cabeza, frecuentemente asociadas a percepciones corporales —Esther, Lucía, Sofía, Esperanza y Marcos—. Esther, a veces, tenía la sensación de que le salían “huesitos” en su cráneo, protuberancias que le provocaban dolor de cabeza. Lucía, durante un tiempo, sintió que tenía agua en la región frontal de su cerebro. Sofía afirmaba que, desde la parte frontal hasta la coronilla, cubiertas por su cabello, tenía tres estrías en la cabeza y también una bola llena de sangre en el lado derecho de su frente.

Esperanza podía sentir que su cabeza aumentaba de volumen, que uno de sus ojos disminuía considerablemente de tamaño y se cerraba, o que su corazón se calentaba tras

haber recibido la hostia las veces que asistía a la misa católica. Asimismo, comentaba que, cuando tenía ocho años, se había caído paseando por la orilla del río, golpeándose fuertemente su cabeza contra una gran piedra. Su cabeza estuvo dando vueltas y vueltas durante una hora. Además del golpe, se le clavaron unas espinas similares a las que tienen los naranjos y, aunque su madre se las estuvo quitando, algunas todavía permanecían clavadas en su nuca.

Esperanza también estaba convencida de que había estado embarazada en varios de sus internamientos en el hospital psiquiátrico o, ya estando en Usila, que estaba embarazada cuando sentía su abdomen abultado. Como explicaba su hija Elena, no había estado embarazada ni podía estarlo dado que había sido operada:

Esperanza: Lo vi Katy, se llama, una muchacha, Katy, la vi en Oaxaca. Cómo ayudó esa Katy. Estoy embarazada, todos los días en Oaxaca, todos los días estoy embarazada y no puede, amaneció el bebé, porque ya no se regla el parto y...

[...] *¿En abril de este año?*

Elena: No, no, no estaba embarazada. Ella es la que se cree que estaba embarazada porque se le infla la panza. Ya no se puede embarazar porque ya le, no sé cuándo la operaron. Como se encuentra enferma, por eso ya no puede tener hijos, dijo el doctor. Ella es la que piensa que está embarazada, pero no, no.

Justo antes de sumirse totalmente en el descontrol mental, Marcos sintió llegar a la muerte. Tumbado en el suelo, experimentó cómo su cuerpo se redujo repentinamente, “se puso bien esqueletito”, sus cabellos se erizaron y toda su sangre se concentró en su corazón a la vez que se iba secando.

Pero usted sufría, sentía mucho dolor en su cuerpo.

Claro, sí, claro, me sentía que algo entró desde el dedo de mi pie hasta la cabeza, me sentía que me estaba reduciendo, o sea, mi cuerpo ya se reducía, pues.

¿Se iba haciendo más chiquito?

Más chiquito, sí. Así es.

Tenía esa sensación. ¿Pero le dolía o simplemente sentía eso, que se hacía más chiquito?

Sí, me dolía mucho, me enrollé todo, todo el dolor que entraba en mi cuerpo, en mi corazón, se juntaba todo porque aquí está la vida de uno, en el corazón. Y la sangre me sentía que se secaba, que me reducía todo por el corazón. Por eso digo que sí, que me sentí, que me topé con la muerte. Pues no me morí porque me humillé antes de que me muriera. Así es.

7. Las alteraciones en el lenguaje

Una de las afectaciones cognitivas que experimentan las personas enfermas es la relativa al lenguaje: sufren una pérdida de significación y un empobrecimiento en su lenguaje a la hora de comunicarse con los demás y, al mismo tiempo, manifiestan una marcada tendencia a hablar solos.

7.1 La pérdida de significación y el empobrecimiento del lenguaje

Cuando los enfermos caían en el descontrol mental o cuando su estado mental empeoraba en aquellos casos que no estaban bien controlados con la medicación —Esperanza, Esther, Miguel, Sofía—, los familiares manifestaban que no entendían bien lo que decían, su lenguaje carecía de sentido, sus respuestas no guardaban relación con las preguntas o las indicaciones que les planteaban. En ciertos casos, el enfermo podía hablar enfáticamente y repitiendo palabras, expresiones, frases o partes de frases —Esperanza, Carlos, Sofía—. En otros casos, cuando sus familiares trataban de comunicarse con ellos, las personas enfermas se negaban a hablar o hablaban dando contestaciones monosilábicas —Esperanza, Lucía, Teresa, Sofía—, o se expresaban con un lenguaje caracterizado por respuestas escuetas —Natalia, Adela, Miguel, Carlos—.

En los periodos de crisis, era común que los familiares refiriesen que las personas enfermas “decían cosas sin sentido”. Tenían dificultades para comprender el lenguaje de sus enfermos, pues, sumándose a la presencia de ideas delirantes, sus razonamientos no seguían una lógica normal y las ideas expresadas estaban débilmente conectadas o no guardaban relación entre sí. Este lenguaje incongruente llevaba a que, salvo los cuidadores principales, los demás parientes tendieran a perder el interés por lo que decían, pues su habla les resultaba extraña y absurda. Así lo declaraba doña Pilar, hermana de Esther:

Y cuando platica, ¿platica normal o cómo?

No, ella no platica normal, ¿eh? Yo casi no platico con ella porque me vuelvo igual que ella, le digo a mi hija. Porque habla de otras cosas, pues, cosas que no le entiendo.

O sea, no entiende lo que dice.

Porque dice puras tonterías, pues. Dice: me quemaron aquí, aquí, dice, me cortaron el brazo o un pie, dice. O sea, que habla de cosas así. Ella no platica así bien que digamos. Pero sí se acuerda que tiene hambre, sí reconoce también [a las personas], es lo raro. ¿Cómo es que reconoce sí, según no, que su mente no funciona?

El lenguaje de Esther, además de presentar una falta de conexión entre las ideas, incluyendo cambios repentinos que le hacían pasar de un tema a otro sin relación alguna entre sí, manifestaba igualmente deficiencias en la secuencia lógica que regía la exposición

de las ideas. Por ejemplo, Esther expuso una vez que había unos niños en su cuarto. Había cuatro o cinco niños que querían dinero y los tuvo que corretear para que se fueran detrás de la casa. Les dijo que, si los rayos de Sol entraban en el cuarto, debían sentarse a orar para pedirle a Dios. Los niños, como eran traviesos, agarraron pedacitos de papel higiénico para limpiarse las mejillas y la cabeza.

En otra ocasión, Esther, con lágrimas en los ojos, comentó que le daba tristeza estar enferma. A continuación, lo que dijo siguió esta secuencia de ideas: habló sobre unas personas que tenían herramientas para trabajar en el campo; había una mujer cuyo papá le pegaba, y esta mujer quiso casarse con el padre de Esther; se quejó de que tenía una herida en la cabeza, en la coronilla, y se iba a echar aceite en el pelo para que las puntas de sus cabellos no se le vinieran a la frente; tenía miedo a morir, tenía miedo a estar en el panteón, en el panteón había muchas flores; estaba trabajando todo el tiempo, pero le costaba hacer las tareas en la mañana; pero “ni modo si ya se moría”.

Al igual que en todos los casos, mientras estuvo descontrolado mentalmente, la madre de Carlos, doña Julia, también mencionaba que el lenguaje de su hijo carecía de sentido, de una secuencia lógica, de una finalidad clara y concreta.

Cuenta que está ajeno a lo que le estoy hablando. Vive en otro mundo por momentos... Empezó a hablar, hablar, hablar: y esa culebra aquí, anoche Satanás, que el Demonio, que ay, no sé qué tantas cosas ha hablado. Pero son cosas que no tienen, no sé si no tienen sentido, o son cosas que no tienen, este, cómo le diré, una forma, ¿no? Como se va, como una plática, pues, que uno está platicando de algo y tiene que llegar a un fin, ¿no? Eso no, es una cosa que está raro, pero como unos chilaquiles que se hacen así, que no sabe ni qué, qué hablaste y dijiste y no sabe ni qué. Ajá.

Asimismo, mientras estuvo mentalmente descontrolado, las contestaciones o las réplicas de Carlos no guardaban coherencia con las preguntas y las indicaciones que le planteaba su madre. Doña Julia intentaba hacerle razonar a fin de que sus respuestas y sus argumentos fueran más lógicos y coherentes, pero resultaba imposible.

Hmm, no, no, desde hace poco, cuando le conté que iba a agarrar el barretón ahí, ¿no? Eso porque yo le dije que se bañara. Báñate. No. Tchz, no que tú dices dónde voy a pasear o qué, o que tú vas a mandar o qué, que los papeles están así, que aquí salieron así. Ay, ya se desvía y ya empieza a hablar otra cosa que no, y entonces yo le digo: mira, tú estás hablando otra cosa, yo no te estoy hablando de eso. Yo te estoy diciendo nada más que tú te bañes para que te saques la ropa, porque la quiero lavar. Nada más. Para que estés limpio porque la salud es buena, le digo, para uno. Le digo: yo me baño todos los días y, si no, le digo, no aguanto a estar así, le digo, o sea, que tengo calor. No sé cómo aguantas tú.

Aun estando medicada, el lenguaje de Esperanza también reflejaba un pensamiento disperso y desordenado, con pérdida en la asociación de ideas y deficiencias en la secuencia lógica en ciertos momentos o periodos, especialmente cuando su estado mental

empeoraba. Una vez comentó que, estando en misa, sintió que su corazón se calentó al recibir la hostia y seguidamente se sintió mal. Al preguntarle si había podido regresar a su casa caminando, su respuesta englobó el malestar que había sufrido, el no haber vuelto a ir la iglesia salvo un día en que fue a pedir perdón por sus pecados, el haber sentido morir estando en el hospital psiquiátrico, orar pidiendo a su padre imaginario, Santo José, que había conocido en uno de sus internamientos y que, tras haber fallecido, estaba en el Cielo junto a su madre imaginaria, Esperanza, el haber regresado a casa junto a su madre consanguínea no abrazando a las personas que veían en el camino porque eran malas cuando las abrazaba, el preguntarse por qué había muerto su padre imaginario y responder que se debía a que lo habían abrazado:

¿Pero sí pudo caminar para volver a casa?

Sí, cuando estoy sentada, sí. Cuando paré, cuando estoy, hacer oraciones, Padre, me sentí así, así, así, vuelta y camina, viene atrás y viene adelante. Por eso ya no ido. Ido un día cuando tenía mi corazón que voy a perdonar a la iglesia, porque yo tengo pecado, creo. Y ahora ya sé que tengo pecados porque vino a la Cruz Oaxaca [hospital psiquiátrico] cuando ido. Me sentí así todo, todo, como un muerto. Lo jaló mi vestido así, así, así, como una presión más arriba. Le pedí a mi papá. Está en el cielo mi papá, está de Oaxaca, con mi mamá Esperanza. Sí, conocido, conocido, por eso, me sentí, me escuché la Palabra, me escuché. Regresó acá el día, cuando fuimos al camino, mi mamá no, no abrazamos, porque la gente mala cuando la abrazo, se... no conocido. No sé por qué se murió mi papá, porque lo abrazamos, creo. ¿Sí?

A lo hora de expresarse verbalmente, las deficiencias de Sofía no radicaban tanto en la pérdida de asociación de ideas como en la lógica que guiaban sus argumentos y sus reflexiones, así como en su habla enfática, que le llevaba a alzar el tono de voz más de lo normal, y la repetición de preguntas, de partes de frases para poder terminarlas o de frases completas antes de proseguir con la siguiente oración. Estos rasgos de su habla se acentuaban en sus frecuentes crisis psicóticas.

En otros casos, además de la pérdida en la conexión y la secuencia lógica de las ideas, las personas enfermas manifestaban un empobrecimiento en el lenguaje. La primera vez que enfermó mentalmente y en sus posteriores recaídas tras los nacimientos de sus últimos dos hijos, Esperanza apenas hablaba ni contestaba a lo que se le preguntaba. Así reaccionó Teresa en el comienzo de su enfermedad mental, permaneciendo la mayor parte del tiempo acostada, sin apenas hablar, sin apenas comer, una conducta que mantuvo durante casi un año.

Lucía, las veces que se descontroló mentalmente, se mostraba ensimismada, sin interés por comunicarse con sus familiares —al igual que Natalia y Adela—, no hablaba, sonreía cuando se dirigían a ella y respondía con monosílabos cuando le hacían alguna pregunta, casi siempre afirmativamente. De manera análoga, don Augusto señalaba que había momentos en que Sofía, su esposa, se comportaba como si no lo reconociera, no le hablaba ni contestaba a sus preguntas, mostrando una total indiferencia.

A veces, como le decía yo, a veces siento que no, no me reconoce, soy un extraño para ella. Como que llego y no, no, no, ni me habla, indiferente. Mucha indiferencia. Cuando sí ya está en sus cabales, pues ya, este, pues ya hay más comunicación, ¿no? Pero hay veces que no, no hay ninguna comunicación. Yo le hablo, no me contesta. A veces, la pasaba ahí o acá sentada toda la tarde, todo el día. Entonces, eso es lo que pasa. Ya ahorita, le digo que, si veo que está con... ya le conozco su carita, ¿no?, cuando está enojada. Cuando sé que está enojada, pues, a partir de ahí, ya ni estarle diciendo nada.

La toma regular de la medicación psiquiátrica mejora notablemente la capacidad de comunicación de los enfermos, tanto a nivel cognitivo como estimulando su interés por interactuar con los demás. Sin embargo, el lenguaje de Miguel y Carlos, aun medicados, seguía caracterizándose por las respuestas breves cuando sus cuidadores se comunicaban con ellos, y las conversaciones que podían mantener eran cortas, normalmente enfocadas en contestar las preguntas y seguir las indicaciones que se les hacía, y con grandes limitaciones para hablar sobre sí mismos, para expresar lo que pensaban o lo que sentían.

7.2 El hablar solo o los soliloquios

En todos los casos, durante los periodos de descontrol mental, las personas enfermas hablaban solas, casi siempre verborreicamente, a menudo expresando enervamiento o enojo. Los soliloquios se manifestaban tanto en el día como en la noche, si bien era un síntoma que generalmente se agudizaba en la noche, pues, mientras sus familiares dormían, los enfermos permanecían despiertos debido al insomnio que padecían, sin recibir más estímulos que los provenientes de las visiones, la escucha de voces, las percepciones táctiles y olfativas, las ideas delirantes. Aunque menos frecuentemente, en un tono de voz más bajo y calmado, el hablar solo también seguía presente en aquellos enfermos que no lograban estar del todo bien controlados con la medicación, como Esperanza, Esther o Miguel.

Unas veces, los soliloquios expresaban los pensamientos de la persona enferma, sin ser estimulados por alucinaciones visuales, auditivas, táctiles, olfativas; aunque siempre mostrando un lenguaje que, como se ha expuesto, se caracterizaba por la pérdida en la asociación y la secuencia lógica de las ideas, el empobrecimiento y la repetición de palabras, expresiones, frases o partes de una frase. Un ejemplo es lo que Carlos dijo en una ocasión estando parado cerca de la entrada de su casa. Mientras estuvo mentalmente descontrolado, hablaba y hablaba solo en el día y en la noche, tanto cuando estaba metido en su cuarto como las veces que salía a la calle y se ponía a hablar en voz alta delante de la vivienda familiar.

Entonces, si no es así, entonces te va a llevar al Infierno. Entonces, si no es así, entonces igual te va al Infierno. Entonces, entonces, entonces, si no es, entonces si no es así, entonces, si no es igual al Infierno, más allá de la Tierra, más allá del

planeta Tierra. Como es igual a otro, como es igual al hombre, Infierno, que están lombrices del Diablo Rojo. El Diablo Rojo sí que sabe, nada más hace nada más que no sabe. Punto, punto. Si Demetrio [su abuelo] va allá, entonces, al Infierno, al Infierno, ¿por qué no puede, por qué no puede entrar allá? A ver, ¿por qué, por qué no puede entrar allá? Porque está chiquito. Y si está chiquito, ¿por qué dice que está grande? ¿Por qué dice está grande? Si está chiquito, ¿por qué dice que está grande? Ya le hablé hace rato un libro ahí, que había una enseñanza, una enseñanza de primaria, ya lo dijo. No está loca. No contesta, no y no contesta. Doce, punto, doce, punto. Yo soy, yo soy grande costal ahí, yo no tengo miedo.

Estos soliloquios podían expresar enervamiento, irritación, quejas y reclamaciones hacia familiares y vecinos por sus comportamientos incorrectos u hostiles —querer hacerles o haberles hecho daño, no proporcionarles el dinero que necesitaban, no otorgarles su parte de la herencia, etc.—. En el comienzo de la enfermedad, a menudo, Carlos se quejaba de que la esposa de su padre y su medio hermano querían hacerle daño, acusando a la primera de quererle sacar sangre y al segundo, de haberlo poseído. Así lo declaraba su madre, doña Julia:

Quítate, dice, no vengas a sacarme sangre de mi mano, dice, quítate, dice. Luego decía: ah, tú estás defendiendo un bocado de comida que yo estoy comiendo, dice. Mi papá, ¿no?, el que está dando el dinero. No es tuyo, decía, ¿por qué tú me defiendes esa comida si tú tienes más de sobra? ¿Y por qué a mí me defiendes este poquito de comida? Decía, así decía.

[...] [Refiriéndose a su medio hermano] Tú, dice, te ves como una inocente palomita que no hace nada, pero bien, dice, que tú me, cómo dijo, tú me poseyiste, porque no hablaba bien, pues, pero yo entendí, ¿no? Dice él me poseyó, dice. Ajá, quiere decir que se metió a su, como un espíritu, pues, se le metió.

Sin embargo, muchas veces, cuando las personas enfermas hablaban solas, estaban respondiendo a las voces que les hablaban, a las visiones que veían, a las percepciones táctiles que sentían, a los animales que les causaban incomodidad o temor, a los seres humanos y los seres sobrenaturales que los hostigaban y los amenazaban con hacerles daño o matarlos, a ellos y a sus familiares. En muchos de esos momentos, los familiares observaban que los enfermos se dirigían a alguien o a algo, gesticulando, hablando a las personas, los seres sobrenaturales o los animales que veían, escuchaban o sentían, como si estuvieran ahí con ellos o cerca de ellos¹⁵⁸.

El hostigamiento de las voces y las visiones empujaba a las personas enfermas hacia un estado de enojo, a veces incluso hacia la exaltación y la furia, que se reflejaba en sus respuestas verbales, llenas de recriminación y agresividad, unas reacciones que eran

¹⁵⁸ Las respuestas verbales y emocionales a lo que veían, escuchaban y sentían táctilmente han sido comentadas anteriormente a la hora de exponer las vivencias relacionadas con las visiones, la escucha de voces y sonidos y las percepciones táctiles.

observadas e interpretadas por sus familiares como los soliloquios propios de una enfermedad que provocaba alucinaciones y delirios, es decir, no reales. Al igual que sucedía en otros casos, don Eusebio explicaba que su esposa, Esperanza, hablaba sola, muchas veces mostrándose exaltada, agresiva y grosera, pudiendo salir a la calle para increpar a personas que sólo estaban presentes en su mente, no en la realidad:

¿Y qué le pasaba?

Pero no más habla, así como, habla como, habla sola.

¿Habla sola?

Habla sola y quiere pelear con la gente, pero la gente no, al contrario, con eso. No sé cómo habla sola.

¿Sale a la calle para...?

Sale a la calle, gritando ahí en la calle, pero la gente no está. Ella gritando sola no más. Así nada más.

O sea, no hay nadie.

Nadie. Habla así no más, sola, sola.

¿Y qué dice?

Ella quiere pelear con la gente, pues.

¿Y qué les dice?

Ella habla puras cosas mal, cosas, groserías, pues.

Esther, en los frecuentes momentos críticos de su padecimiento, también se alteraba y reaccionaba con agresividad verbal, gritando, diciendo groserías, unas veces dirigiéndose a las visiones que ella veía —el Diablo, víboras, personas hostiles—, otras veces maldiciendo a familiares y vecinos.

Pero cuando ustedes la escuchan, ¿saben a quién se refiere?

Pues yo no sé a quién se refiere, pues como está sola. Menciona a medio mundo, pues, cuando insulta a doña Florinda, a don Gonzalo, a mi papá, a mi cuñada a veces.

O sea, vecinos y familiares.

Sí, vecinos, y también a otras personas, pues, a su cuñada, a su suegra. Le dice a veces a su marido que por qué la dejó, pues, lo maldice.

[...] *¿Habla mucho?*

Sí, habla mucho, mucho. Todas las noches está hablando. A veces, no le entiendo, porque a veces está ahí nada más, este, a veces habla quedito, a veces grita, es cuando se escucha, pues. Porque la casa también, cuando se repelló su cuarto, se oye como hueco así, o sea, que tiene otro sonido.

¿Se oye más?

Sí, se oye más fuerte. Como no se le entiende tampoco lo que dice; antes sí, porque no tenía ese sonido. Ahorita como que se oye más fuerte, pero no se le entiende. Pero sí, dice todo lo que ella quiere ahí. Está llorando, grita. A veces dice que mi mamá está ahí, dice. Sí, ve a mi mamá a veces.

[...] *¿Y usted cómo cree que el espíritu poseyó a Esther?*

No, pues como ella cada rato está diciendo, hablando mal, groserías, lamentando, diciendo, mencionado al Diablo y todo eso. Para todo ella menciona, pues, en dialecto.

Menciona al Diablo.

Síii.

¿Y qué dice sobre Él?

Maldice. Dice: maldito Diablo y quién sabe qué. O sea, a mí no me gusta decir, pero sí, sí, ella, pura grosería, pura grosería. (Doña Pilar, hermana)

El acoso de las visiones y las voces que veía, escuchaba y sentía táctilmente provocaba que Carlos se enojara y conflictuara con esos personajes, igualmente profiriendo groserías. Frecuentemente, se dirigía a 12-12, un ser que podía fastidiarlo tratando de agarrar sus cosas —por ejemplo, un teléfono celular que aparecía en las imágenes de los periódicos que guardaba—, para ordenarle que dejara de molestarlo.

Obedéceme, dice, obedéceme. Te estoy hablando. Luego oigo que dice: quédate ahí, quédate ahí, te digo. Luego, a veces, dice: no agarres eso, no hagas así. Luego ya no oigo qué es lo que no hagas así, o qué es lo que no... Pero eso oí en la mañana que dijo: no agarres eso, pero hablaba de su celular, pero de sus dibujos que tiene ahí, pero él lo ve como si fuera realidad. No me agarres eso, no son tuyos. Luego habla grosería, ¿no? Dice: puto, quítate de ahí, quítate, dice. ¿Qué? Quítate, dice, no estés agarrando eso, deja mi celular ahí. (Doña Julia, madre)

Otras veces, como ya se ha mencionado, los enfermos conversaban calmada o amigablemente con las voces que escuchaban, con las personas difuntas o imaginarias que veían, escuchaban y con las que interactuaban. Durante el tiempo que estuvo en la casa de su hermana mayor en una comunidad del sur de Oaxaca, Teresa comentaba que el hijo de una vecina llegaba y entraba en su vivienda. En una ocasión, el muchacho, que era tomado por su hijo, tras buscar la sede local de un programa social federal —OPORTUNIDADES, el antiguo nombre con el que se denominaba el programa federal PROSPERA—, entró en la casa de sus padres y se puso a comer la comida que habían preparado. En la casa paterna, Teresa convivía con su madre, mujer viuda, una hermana con su esposo, una hermana soltera y, a temporadas, su hijo. En ese soliloquio, no narró lo que estaba sucediendo en la vivienda de su hermana y su cuñado donde se alojaba en ese momento, sino lo que estaba sucediendo en su casa paterna, en Usila, donde también estaban presentes su padre y sus

hermanos difuntos —su único hermano varón que aún vivía les reclamaba el terreno—. Aunque en la conversación intervino su cuñado, Teresa hablaba con el muchacho, escuchaba lo que decía y le iba respondiendo, a la vez que explicitaba, entre otras cuestiones, que no entendía por qué había entrado en la casa familiar y se había puesto a comer, ni comprendía bien la lógica de sus argumentos, ni atendía correctamente a lo que le iba indicando cuando le explicaba dónde tenía intención de hacer su casa y los materiales que disponía para construirla —aunque había un hilo conductor, su lenguaje expresaba deficiencias tanto en la asociación como en la secuencia lógica de las ideas—.

Teresa: Está, está, está viendo, está viendo donde está la casa de OPORTUNIDADES, dice. Ajá, no sé qué piensa. Está buscando. No sé por qué se fue p'allá. Estoy, vino...

Cuñado: ¿Pero vino? ¿Vino? ¿Vino aquí?

Teresa: Ajá. No sé. Como que alguien está comiendo, está comiendo. Si no está comiendo, no sé por qué. Ése es mi hijo.

Cuñado: No, pero aquí está tu hijo. Ahí está tu hijo, ahí.

[...] *Teresa:* Donde está, donde está, yo fui a la casa, yo fui a mi casa. Yo le dije que soy, que soy, yo soy casado, yo soy casado, yo soy, tengo mi marido, tengo mi esposo. No sé qué piensa. Yo tengo mi mamá y mis hermanos, mis hermanas, yo tengo mi papá y mi abuelito. No sé qué piensa. Está, se fue buscando, se fue a comer allá. No sé qué piensa. Estoy comiendo, dice. Si no estoy comiendo, estoy, estoy comiendo. Yo te dije que voy a dar, yo ya dije que voy a comer. No sé qué piensa.

Cuñado: Oye, ¿qué te dice él? ¿Ya se fue o va a venir otra vez?

Teresa: Ajá, sí va a venir.

[...] Sí está comiendo, sí estoy comiendo, estoy comiendo, sí estoy comiendo pan [risas]. Yo fui a la iglesia. Yo no sé por qué está pegando cuando yo me dijo que voy a la iglesia, y estoy comiendo, cuando está la, cuando estoy sentada de la mesa, dice. Yo le dije que estaba, que estaba, que sí, que voy a la iglesia. Sí, estaba sentado mi hijo. Sí estaba mi hijo. Yo tengo mi mamá, yo tengo abuelito. No sé por qué una casa está metiendo mi hijo, una casa, no sé por qué. La misma casa se fue p'allá, la misma casa se fue p'allá. Sí, estoy diciendo la casa de la madera, la casa. Yo tengo la casa.

[...] Donde está las nueve. Yo te dije que va estar el nacimiento, yo te dije que va a estar el nacimiento, sin más. Yo te dije, sí. Yo tengo piso firme, yo tengo, no sé por qué. La misma una, una, ya te dije la misma, la misma de los padres. Con lo que piensa, no sé por qué ese otro.

[...] Ajá. No sé esta pelea, porque hay, hay, hay cuando, porque hay, porque hay la comida que está comiendo de mi mamá, dice. No sé qué está comiendo.

Cuñado: De veras, Teresa, de veras, de veras, tienes mucha razón, tienes mucha razón. Sí es cierto, sí lo estoy notando que sí tienes la razón más o menos, sí.

Teresa: Ajá, así está comiendo mi padre, así está comiendo mi padre, está comiendo ahorita mi mamá y mis hermanos. Yo tengo la milpa, yo tengo la milpa.

[...] Yo te dije que voy a echar, yo te dije que voy a echar la casa de mi, te voy a echar la casa de mi, te voy a echar la casa de nacimiento, de nacimiento. Ahorita voy a estar en la casa de Demetrio Muñoz Ventura [tío suyo]. Yo te dije la otra, el otro lado, donde está papá de Rubén [su hijo], que se llama Marcos Muñoz no sé qué. Está diciendo el terreno donde estaba, donde estaba Marcos. No sé qué piensa. Yo te dije que tengo, que tengo la, que tengo allá con la Colonia Aeropuerto. Está cortando ahorita, estoy cortando café. Yo te dije, hm, hm, yo tengo la milpa de café.

Cuñado: ¿Y ahí te conoció o dónde conociste a ese hombre?

Teresa: ¿Quién? Yo te dije que ven, yo te dije que tengo, yo tengo, yo te dije, yo tengo de mis hermanos, mis hermanos, hermanos, cómo se llama, hermanos de mi mamá, dice. Yo te dije Porfirio, Porfirio Ventura. En la otra donde estaba, donde estaba, yo te dije donde estaba Luis Ventura, yo te dije donde está la otra, cómo se llama la otra, Idalia, Idalia Ventura, y la otra me dice. No sé qué piensa. Yo te dije la otra se llama, cómo dijiste, Mauricio. Cómo, ay, no sé qué piensa. La otra se llama, la otra se llama, te dije, no sé, la otra, Luis.

[...] Ajá, dice, yo te dije está la casa de Carlos [tío suyo que vive cerca de la casa de sus padres], cuando está la casa. Ahorita voy a estar en la casa de mi hijo, me dice, mi hijo, me dijo. Donde está la, donde está la casa, donde está la otra, donde estaba la leña, estaba la leña. Yo te dije que voy a recoger la leña de mi mamá, dice, me dijo. Sí, está, yo tengo terreno, dice, no es terreno, dice, donde está el palo de mango, en ese. No sé qué piensa. Yo tengo cable, yo tengo pavimento, yo tengo, yo tengo paquete pavimento, donde está lo otro lado, no sé qué piensa, donde está Carlos.

Cuñado: Oye, ¿y tu hermano todavía vive, tu hermano Jacinto [hermano difunto]? ¿Todavía vive o ya falleció?

Teresa: Ajá, no sé, no sé dónde falleció. Donde está la Palabra, donde está la Palabra de Dios, cuando toca la Palabra de Dios, está dando la casa. No sé qué piensa, dónde fue. Ajá, está agarrando, está agarrando los pollos, dice.

Cuñado: ¿A poco? Pues hay que decirle que no los agarre pa'que ya sí se quede bien.

Teresa: No sé qué piensa. Está otro lado, donde está leña, está la leña donde hicieron la casa con Agustín [cuñado casado con su hermana Remedios], con Remedios [hermana] y Concepción [hermana] y Rubén [hijo]. Donde está, donde está, donde está, yo te dije, yo tengo, ahorita voy a hacer la casa de Jorge [familiar que vive cerca de la casa paterna], ahorita voy a hacer, donde está la casa de Jorge, donde está Jorge, la otra. Sí, sí te dijo. Está, fue, fue, fue, este, fue, fue Agustín con Remedios, no sé qué piensa. No tengo, no tengo pescado cuando estaba, cuando estaba, cuando estaba ahí, no sé qué piensa a otro lado.

[Su cuñado le pregunta si ese hombre que vino a la casa y se fue va a volver a regresar. Teresa contesta que fue al hospital.]

Cuñado: Pero cuando viene, ¿qué te dice?

Teresa: Demetrio [tío] tiene esposa, Demetrio, y mi hijo, Demetrio tiene nieto, mi mamá tiene nieto, nieto. Si yo tengo nieto, si yo te tengo nieto, le voy a dar a otro, dice. No sé qué voy a dar. Yo tengo terreno que le estaba, yo tengo arena con la que estaba, yo tengo arena con la que estaba, cuando estoy haciendo el piso firme, cuando estoy haciendo el pavimento. Sí tengo algo de tablas. Ahorita, ahorita voy metiendo la otra, a otro lado. No sé por qué, qué piensa. A la misma, a la misma casa de, a la misma casa, dice. No sé por qué.

8. Los déficits cognitivos

Las capacidades cognitivas se ven gravemente afectadas durante los periodos de descontrol mental, de modo que las personas enfermas quedan severamente discapacitadas tanto a nivel intelectual como a nivel funcional¹⁵⁹: dejan de cumplir total o casi totalmente sus roles en los trabajos productivos y los trabajos domésticos que sustentan la vida familiar¹⁶⁰, pierden total o casi totalmente las habilidades necesarias para relacionarse con sus semejantes y desenvolverse en su medio sociocultural.

Los familiares refieren que, durante las fases en que se hallan mentalmente descontrolados, las personas enfermas no son capaces o presentan déficits a la hora de poner atención y comprender las indicaciones que se les da, los argumentos que se les esgrime para que modifiquen sus pensamientos o sus conductas. Como se ha señalado acerca de las alteraciones que muestra el lenguaje, los razonamientos de los enfermos no siguen una asociación de ideas ni una secuencia lógica normales, además de que contradecir sus pensamientos puede provocar que reaccionen con enfado y agresividad. Don Francisco explicaba de esta manera el comportamiento de su hija Esther, que podía salir a la calle desnuda, porque había perdido el sentido del pudor y rompía una y otra vez la ropa que le proporcionaba, así como los vasos donde le servía las bebidas:

¹⁵⁹ Las afectaciones a las diferentes capacidades cognitivas no han sido evaluadas mediante exámenes psicométricos, pues dichas mediciones hubieran excedido los límites de una investigación antropológica para adentrarme en el campo de la psicología clínica; sino que han sido establecidas basándome en las informaciones comunicadas por las personas enfermas y sus familiares y en mis observaciones de las capacidades intelectuales de los enfermos, de sus desempeños en las tareas productivas y domésticas y de sus habilidades para relacionarse y desenvolverse socialmente. El objetivo primordial, por consiguiente, al igual que en todos los síntomas, es exponer aquellas cuestiones que tanto los enfermos como sus familiares observan y refieren en su vida cotidiana.

¹⁶⁰ La repercusión de la enfermedad en los trabajos productivos y los trabajos domésticos y, por ende, en las funciones ejecutivas y la cognición social es abordada en la Quinta Parte de la tesis: *La incidencia del padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis en la vida familiar*.

Sí, va sin ropa, no. Yo le di ropa ayer, ya está poquito, y tiene ahorita, pero mañana necesita otra y va a romper, ¿no? Y así, está así, sí. Si le doy un vaso para agua, ayer le di un vaso ahí, atole tomó, sí, atole en la mañana revuelto con un poco de vitaminas, vaya, y con leche, leche de polvo, ¿no?, revuelto así con atole. Ahí tomó, ¿no?, bueno, un vaso, un vaso, pues rompió al mismo tiempo la caja. Está pesado, sí [risas], rompió. Ah, su, dije yo, dije a mi hija Esther: bien lo rompes, ¿no?, no quieres vaso. Otro vaso voy a dar, otro, no. ¡Qué puedo hacerlo!

Voy a buscarle galón para médico, ¿no? No quiero eso, no, voy a tirar, dice, sí. Pero que quiere tomar, quiere. No hay, ¿no? Se acaba si rompe todas las veces así, no. Como tiene enfermedad, no entiende, vaya, no hace caso a lo que yo le digo. No, mi hija, no, lo tira. Lo tira así afuera, ¿no? Pues yo voy a limpiar. No, lo tira la gente, dice. También mi ropa metió la gente ahí, no. Me estropearon ahí, metieron la ropa, dice. Pero habla enfermo, ¿no?, así dice, que la gente se metió en la casa, dice, y cogió mi ropa. ¡Ah, qué mal enfermedad tiene! Sí, de veras, mal.

Una vez que su estado mental es controlado a través de los psicofármacos, experimentan una recuperación cognitiva, no sólo por la acción de los medicamentos, sino también por su reincorporación, aun con limitaciones, a las actividades domésticas y productivas de la familia y a las relaciones sociales. Aun así, en un mayor o menor grado y en unas áreas más que en otras dependiendo de los casos, los enfermos presentan déficits cognitivos en las áreas de la atención, la memoria, la comprensión, la orientación en el tiempo, las funciones ejecutivas y la cognición social; déficits que merman su capacidad intelectual y su funcionamiento social en la vida cotidiana. Don Augusto había asumido que su esposa Sofía no tenía noción del tiempo:

Le digo que para ella no existe el tiempo, no existe. Tanto, por ejemplo, si se pasó todo el día durmiendo, pues se despierta a las cuatro, cinco de la tarde, si hay que comer, come. Si se despierta a las ocho, si hay que bañarse, se baña. Si despertó a las diez, no digamos que ya es tarde, que hay que dormir, ¿no?, descansar.

En función de la capacidad que muestran para realizar trabajos domésticos y productivos y desenvolverse socialmente cuando están medicados —o sanado en el caso de Marcos—, los enfermos pueden presentar un deterioro cognitivo alto, medio o bajo:

- a) *Deterioro cognitivo alto*: las capacidades de atención, memoria, comprensión y orientación en el tiempo están sensiblemente afectadas, así como su lenguaje; carecen de iniciativa para realizar trabajos por sí mismos, sus facultades ejecutivas están restringidas a realizar tareas domésticas sencillas; ausencia de habilidad para relacionarse con las personas y desenvolverse socialmente. Estos casos corresponden a enfermos que han pasado largos periodos de tiempo —años— en un estado mental descontrolado durante los cuales no recibieron medicación: Esther y Miguel.
- b) *Deterioro cognitivo medio*: capacidad para sostener la atención, retener y comprender informaciones sencillas que se les comunica; iniciativa para realizar

tareas sencillas, no de manera regular en todos los enfermos y requiriendo cierta supervisión; baja habilidad para interactuar con las personas y manejarse fuera del hogar. Casos de Esperanza, Teresa, Carlos, Sofía y Adela.

- c) *Deterioro cognitivo bajo*: sus déficits cognitivos son bajos o nulos; iniciativa propia, continuidad y buen desempeño, sin llegar a la normalidad, en la realización de trabajos domésticos y productivos; capacidad, sin llegar a ser normal, para relacionarse con las personas y desenvolverse fuera del ámbito familiar. Casos de Natalia, Lorena, Lucía y Marcos —Marcos, al ser el único enfermo que ha logrado superar la enfermedad tras una única crisis psicótica, presenta unas capacidades cognitivas normales, si bien muestra ciertas deficiencias en el trabajo productivo—.

La recuperación cognitiva estimulada por la medicación, junto a la reintegración más o menos limitada de los enfermos en la vida familiar y social, se traduce en una notable mejoría en la capacidad de orientarse en el tiempo —día, mes, año—, así como de la gestión del tiempo en la realización de las actividades cotidianas o la asistencia a reuniones o eventos sociales. Los más deteriorados cognitivamente —Esther, Miguel y Carlos—, sin embargo, perdieron la capacidad de saber el día, el mes y el año en que están viviendo, y su manejo del tiempo cotidiano debe ser supervisado por sus cuidadores. Del mismo modo, casi no recuperaron sus habilidades psicosociales para interactuar con las personas y desenvolverse fuera del hogar, habilidades que los demás enfermos recobraron en diferentes grados.

La recuperación cognitiva también supone una considerable mejoría en sus capacidades de atención, comprensión y memorización de lo que se les dice, de lo que deben hacer y cómo deben hacerlo, de lo que sucede a su alrededor. Las personas enfermas son capaces de recordar, al menos en parte, las visiones que veían, las voces que escuchaban, las sensaciones táctiles durante los periodos de descontrol mental; en algunos casos, como Esperanza, Sofía o Carlos, muy vívidamente, tan vívidamente que estaban convencidos de que sus experiencias sensoriales fueron reales —no así en el caso de Marcos, quien, aun recordando con gran detalle sus alucinaciones y delirios, consideraba que habían sido fruto de la enfermedad—. Recuperando un pasaje anterior en el que Azucena relatara las explicaciones que su hermano Carlos, ya controlado mentalmente mediante medicación, le diera acerca del hostigamiento de los seres que él podía ver, escuchar y sentir táctilmente:

Y dice él: y la gente cree, dice, que uno está loco, decía, pero no está loco. Que uno está viviendo esa vida, lo está uno viendo, dice, está uno platicando con esas personas. Así me decía.

Si bien casi todos pueden acordarse total o parcialmente de las visiones que han visto y las voces que han escuchado, a excepción de Marcos, las personas enfermas no recuerdan o recuerdan vagamente lo que hicieron o lo que dijeron durante los episodios de crisis psicótica que se prolongaron en el tiempo, y son sus familiares quienes les cuentan

sus comportamientos y cómo los manejaron, haciendo énfasis en sus conductas anómalas, como el hablar solo y su agresividad verbal y física. Natalia explicaba que era su esposo, don Alfonso, quien le describía lo que decía y lo que hacía una vez que se había calmado:

Pero, cuando está mal, ¿escucha voces?

Sí, sí, estoy escuchando, pero no escuchado bien. No escuché bien cuando estoy enferma. Yo no pienso también qué hago yo, pues.

¿No se da cuenta?

No, yo no me da cuenta. No sé, no sé qué hago, pues, no sé. Nada más dice Alfonso, luego me habla Alfonso cuando estoy mejor [risas].

Todas las personas enfermas, aún las más deterioradas cognitivamente, tienen la capacidad de reconocer a las personas por sus nombres, sean parientes cercanos o lejanos, amigos o vecinos. Asimismo, todas son capaces de recordar los trayectos que deben realizar para desplazarse de un lugar a otro por las calles de la localidad. Sin embargo, salvo en los casos de Marcos y Lucía, los enfermos presentan incapacidad o grandes déficits para asimilar las informaciones proporcionadas en las charlas grupales o en las conversaciones que no estén centradas en ellos, más si estas informaciones presentan una cierta complejidad, como, por ejemplo, seguir unas instrucciones para comprar y tomar medicamentos o realizar una gestión administrativa.

Los enfermos con un deterioro cognitivo alto y medio tienen dificultades para retener la lista de los productos cuando sus familiares les mandan hacer la compra, de modo que o se les pide un mandado sencillo de una a tres cosas o, como ocurre en el caso de Carlos, frecuentemente deben volver a la tienda a comprar lo que se le había olvidado. No obstante, para sorpresa de sus parientes, Esther continuaba acordándose de los cantos católicos que había aprendido en la iglesia y que, de vez en cuando, entonaba ella sola. El esposo de Sofía también reseñaba que su mujer tenía facilidad para aprender y acordarse de las alabanzas y los himnos que cantaban en la iglesia evangélica a la que asistía la familia. En cambio, Esperanza era consciente de que no era capaz de recordar bien los cantos y los rezos católicos que había aprendido en su infancia:

Como yo no puedo, rosario no puedo nada, no puedo hablar, canto, no puedo cantar nada, ahorita no me siento [capaz de] cantar.

¿Pero por qué dice que no puede cantar?

Ya no me da cuenta cómo se canta ahorita, yo no me da cuenta mi cabeza, nada, nada. Está duro como... duro.

¿No se acuerda?

No se acuerda nada. Cuando hace oración, no me acuerdo nada ahorita. Nada más vivo como una chiquita, sí.

Finalmente, los síntomas cognitivos, incluida la afectación que sufre su lenguaje, su capacidad para comunicarse con sus semejantes, provocan que los enfermos se retraigan socialmente, que pierdan tanto el interés como la habilidad de interactuar con las personas y de discernir entre las conductas sociales adecuadas y las inadecuadas. Al mismo tiempo, debido a la sintomatología perceptiva, emocional y conductual de la enfermedad, las personas rehúyen la interacción con ellos, de modo que sus relaciones interpersonales, con sus grandes limitaciones, acaban circunscribiéndose a sus cuidadores y familiares cercanos. Este aislamiento social aparece en todos los casos durante los periodos de descontrol mental y, aunque la medicación mejora notablemente la capacidad de comunicación y relación con los demás, el círculo de relaciones interpersonales continúa restringido a los cuidadores y los familiares cercanos principalmente, salvo en los casos de Marcos, Lorena, Natalia y Lucía, que recuperaron las habilidades cognitivas y emocionales necesarias para llevar una sociabilidad cercana a la normalidad.

Síntomas perceptivos y cognitivos

Persona enferma	Fase padecimiento	Visiones de personas no hostiles	Visiones de personas hostiles	Visiones de personas difuntas	Visiones de seres o entes sobrenaturales	Visiones de animales	Visiones de cosas
Esperanza	<i>Descontrol</i>	✓		✓	✓		
	<i>Medicación</i>	✓					
Lorena	<i>Descontrol</i>	✓	✓				
	<i>Medicación</i>						
Natalia	<i>Descontrol</i>	✓	✓		✓		
	<i>Medicación</i>						
Esther	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>	✓	✓	✓		✓	
Miguel	<i>Descontrol</i>	✓	✓				✓
	<i>Medicación</i>						✓
Teresa	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓		✓	
	<i>Medicación</i>						
Lucía	<i>Descontrol</i>						
	<i>Medicación</i>						

Síntomas perceptivos y cognitivos

Persona enferma	Fase padecimiento	Visiones de personas no hostiles	Visiones de personas hostiles	Visiones de personas difuntas	Visiones de seres o entes sobrenaturales	Visiones de animales	Visiones de cosas
Marcos	<i>Descontrol</i>	✓	✓		✓		✓
	<i>Medicación</i>						
Carlos	<i>Descontrol</i>	✓	✓		✓	✓	
	<i>Medicación</i>						
Sofía	<i>Descontrol</i>	✓			✓		
	<i>Medicación</i>						
Adela	<i>Descontrol</i>	✓			✓	✓	
	<i>Medicación</i>						

Síntomas perceptivos y cognitivos

Persona enferma	Fase padecimiento	Delirios de persecución y daño	Delirios de control de pensamiento y conducta	Delirios de tratar con parientes	Delirios extraños	Delirios de daño al ver o interactuar con otras personas	Delirios de acusaciones de infidelidad	Delirios somáticos
Esperanza	Descontrol	✓		✓	✓	✓	✓	✓
	Medicación	✓			✓	✓	✓	✓
Lorena	Descontrol	✓						
	Medicación							
Natalia	Descontrol	✓				✓		
	Medicación	✓						
Esther	Descontrol	✓	✓	✓		✓		✓
	Medicación	✓						✓
Miguel	Descontrol	✓						
	Medicación	✓						
Teresa	Descontrol	✓	✓	✓	✓			
	Medicación							
Lucía	Descontrol	✓						✓
	Medicación							

Síntomas perceptivos y cognitivos

Persona enferma	Fase padecimiento	Delirios de persecución y daño	Delirios de control de pensamiento y conducta	Delirios de parientes	Delirios extraños	Delirios de daño al ver o interactuar con otras personas	Delirios de acusaciones de infidelidad	Delirios somáticos
Marcos	Descontrol	✓	✓					✓
	Medicación							
Carlos	Descontrol	✓	✓		✓	✓		
	Medicación							
Sofía	Descontrol	✓	✓		✓	✓		✓
	Medicación	✓	✓		✓			✓
Adela	Descontrol	✓					✓	
	Medicación							

Síntomas perceptivos y cognitivos

Persona enferma	Fase padecimiento	Percepciones táctiles de personas	Percepciones táctiles de animales	Percepciones olfativas	Ausencia de conciencia de enfermedad	Pérdida de significación del lenguaje	Empobrecimiento del lenguaje	Hablar solo
Esperanza	<i>Descontrol</i>	✓		✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>	✓		✓		✓		✓
Lorena	<i>Descontrol</i>				✓	✓		✓
	<i>Medicación</i>							
Natalia	<i>Descontrol</i>		✓		✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>		✓					
Esther	<i>Descontrol</i>	✓	✓		✓	✓		✓
	<i>Medicación</i>	✓	✓			✓		✓
Miguel	<i>Descontrol</i>	✓		✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>			✓		✓	✓	✓
Teresa	<i>Descontrol</i>	✓			✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>							
Lucía	<i>Descontrol</i>		✓		✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>							

Síntomas perceptivos y cognitivos

Persona enferma	Fase padecimiento	Percepciones táctiles de personas	Percepciones táctiles de animales	Percepciones olfativas	Ausencia de conciencia de enfermedad	Pérdida de significación del lenguaje	Empobrecimiento del lenguaje	Hablar solo
Marcos	<i>Descontrol</i>	✓			✓	✓		✓
	<i>Medicación</i>							
Carlos	<i>Descontrol</i>	✓			✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>						✓	
Sofía	<i>Descontrol</i>	✓			✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>	✓				✓		
Adela	<i>Descontrol</i>				✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>							

Síntomas perceptivos y cognitivos

Persona enferma	Fase padecimiento	Déficits en atención	Déficits en memoria	Déficits en comprensión	Déficits en orientación en el tiempo	Déficits en funciones ejecutivas	Déficits en cognición social
Esperanza	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>		✓	✓	✓	✓	✓
Lorena	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>					✓	
Natalia	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>					✓	✓
Esther	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Miguel	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Teresa	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>		✓	✓	✓	✓	✓
Lucía	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>					✓	

Síntomas perceptivos y cognitivos

Persona enferma	Fase padecimiento	Déficits en atención	Déficits en memoria	Déficits en comprensión	Déficits en orientación en el tiempo	Déficits en funciones ejecutivas	Déficits en cognición social
Marcos	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>					✓	
Carlos	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Sofía	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>		✓	✓	✓	✓	✓
Adela	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>		✓	✓		✓	✓

Capítulo 20

Síntomas a nivel emocional

En las fases de descontrol mental, como se ha comentado en la exposición de los síntomas perceptivos y cognitivos, las manifestaciones emocionales predominantes en las personas enfermas son la ira, la tristeza y el miedo, en algunos casos también los celos, emociones inducidas por las visiones que ven, las voces que escuchan, las percepciones táctiles que sienten y las ideas delirantes que piensan y creen. Otra manifestación emocional característica es su frialdad afectiva y su indiferencia hacia quienes están a su alrededor, pues tanto su capacidad de sentir y expresar afecto como de sentir empatía es muy limitada o nula. No obstante, en ciertos momentos, pueden experimentar estados de alegría, a veces repentinamente, que suelen manifestarse de una forma exagerada o extraña: riendo a carcajadas, cantando en voz alta, bailando solos. Los cambios súbitos en el estado de ánimo sin motivo aparente, pasando de la cólera o la tristeza a la alegría, fueron reportados en todas las mujeres enfermas, a excepción de Adela. La extrañeza de los vaivenes emocionales fue explicada así por don Augusto, el esposo de Sofía:

Quando está enojada, repite palabras y canta, durante una hora u hora y media, coritos de la iglesia [cantos religiosos del culto evangélico]. Después de un coraje tremendo, de una agresividad tremenda, se pone a cantar con alegría, empieza a clamar, a decir cosas. No es congruente, si yo me enojo, ¿cómo puedo estar alegre?

Su estado de ánimo y su expresividad emocional mejoran cuando toman la medicación psiquiátrica y se reintegran, en mayor o menor medida, a la vida cotidiana familiar y comunitaria: su tendencia al enojo, la tristeza, el miedo y los celos disminuye sensiblemente, al mismo tiempo que aumenta su capacidad de sentir empatía y su capacidad de sentir amor y de expresar cariño y alegría.

A pesar de la mejoría, salvo Lucía y Marcos, las personas enfermas siguen presentando déficits a nivel emocional aun tomando sus medicamentos. Algunas mujeres cuyo padecimiento no puede ser bien controlado a través de los psicofármacos —Esperanza, Natalia, Esther y Sofía— padecen fluctuaciones en su estado de ánimo según periodos, incluso, según momentos en un mismo día. Además, siguen mostrando una gran sensibilidad hacia las problemáticas de los familiares cercanos, sean convivientes o hayan emigrado, sensibilidad que altera su equilibrio psicoemocional sumiéndolas en la tristeza y

la angustia. Carlos y Miguel, aunado a su baja capacidad de comunicación y su lenguaje empobrecido, se caracterizan por un estado de ánimo marcado por la seriedad, la baja empatía y el embotamiento afectivo.

1. La ira

La irritabilidad y el enojo, muchas veces desencadenando conductas de agresividad verbal y, a veces, de agresividad física hacia familiares o vecinos, están muy presentes en los periodos de descontrol mental en todos los enfermos, sean hombres o mujeres. Estas reacciones de ira y agresividad son provocadas por las ideas delirantes y el hostigamiento que sufren las personas enfermas al tener visiones, escuchar voces y sentir tocamientos y golpes de personas o seres sobrenaturales que las molestan, les pegan, hablan mal de ellas, las calumnian, las amenazan con hacerles daño, las amenazan con matarlas y también con matar a sus familiares. Esta tensión nerviosa lleva a que, en ciertos momentos, los enfermos reaccionen gritando, recriminando lo que les dicen o les hacen, diciendo groserías, maldiciendo a las personas y los seres que los hostigan, agarrando un cuchillo o un machete para defenderse de sus amenazas. Estas conductas iracundas pueden darse en el día y también en la noche.

En las fases de descontrol mental, la ira era una manifestación emocional predominante en el ánimo de los hombres —Miguel, Marcos, Carlos—, pero también en el ánimo de varias mujeres —Esperanza, Natalia, Sofía, Adela—. En el caso de Miguel, durante los años que estuvo mentalmente descontrolado, su tendencia a la irritabilidad y, sobre todo, a la agresividad verbal y física se agudizaba cuando tomaba aguardiente y se emborrachaba, momentos de embriaguez que suscitaban precaución y temor entre los parientes que vivían con él en la misma vivienda o en el mismo patio: sus padres y la familia de uno de sus hermanos.

El enojo y las reacciones agresivas de las personas enfermas también pueden responder a estímulos externos, como la violencia proyectada en las películas y las series de televisión o la reprobación que les suscitan ciertos comentarios y comportamientos de sus familiares. Cuando no estaba medicado, Carlos no podía ver escenas bélicas ni escenas violentas, pues enseguida se alteraba y le decía a su madre que iba a romper la televisión. Al igual que Esperanza, Natalia y Lucía, Carlos también tendía a molestarse y enojarse cuando sus parientes le pedían que hiciera algo que no deseaba hacer, le señalaban que no había actuado correctamente, le contradecían sus argumentos o le interrumpían preguntándole con quién estaba hablando. Su madre, doña Julia, sabía que no debía dirigirse a él cuando estaba hablando solo, pues tendía a estar enervado e irritable:

Hay gente que me ha dicho no, dice, pues está loco, ya está perdido su mente, ya no sabe lo que dice. Cuando le viene, este, esa fuerza, le digo, de hablar, de hablar,

de hablar, cuando alguien le ordena su mente: di esto, di estas cosas, habla esto, se empieza a enojar, ¿no?, con lo que ve, con lo que oye, se empieza a enojar. Pero, a veces, yo le digo: ¿Con quién hablas, con quién hablas, hijo? No, con nadie. Con nadie. Bueno, cállate, ¿no? No me interrumpas, estoy aquí. Y ya no lo molesto, porque sé que ya se va a empezar a enojar, y ya no quiero molestarlo, ya lo dejo ahí, lo dejo que esté hablando, que esté hablando. Yo en mi mente por un lado y estoy pidiéndole a Dios: Señor, ayúdame, porque a veces se golpea muy feo también.

Don Augusto explicaba que su esposa se había vuelto muy celosa y se enfadaba cuando regresaba de viaje por la tarde noche tras haber mantenido una reunión de trabajo en la ciudad de Tuxtepec o en la cabecera de un municipio vecino. Debía cuidar su forma de contestar y sus respuestas, procurando no contrariarla a fin de evitar que Sofía reaccionara violentamente.

Si toma su medicación, ¿también se enoja?

No, no, ya no es tan frecuente cuando toma su medicamento, como que se controla, pues, se controla, pues. Pero sí, cuando no, por ejemplo, anoche que llegué, pues yo venía pensando ya, porque le hablé, ¿no?, para que dejara abierto, o sea, que no cerrara esta parte de aquí. Pero llegué y ya estaba abierta la puerta, estaban encendidas las luces, estaba esperando. Pero llegué y ya su rostro no era, o sea, había cierto enojo. Y báñate y no sé qué. Ahorita viene bien caliente mi cuerpo, viene bien caliente mi cuerpo, le digo, porque vine parado y, además, tengo mucho polvo. Ahorita que me enfríe un tantito, ya me baño. No, báñate. Con esa actitud, ¿no?, de enojada. Sí, le digo, ahorita. Pues ya, pues me bañé y ya. Como que se compuso, no se descontroló. Y en la mañana, estaba yo todavía durmiendo cuando oí que ya se estaba bañando. Pensé que se estaba tirando el agua y me levanté corriendo, y era ella que se estaba bañando.

Le digo que llegué y todo estaba más o menos. Me sorprendió anoche. Ahorita no ha barrido la casa. Y, este, ya empezó a sacar las chanclas y todo eso. Pero estaba con una actitud, este, de romper el esquema, ¿no? Cualquier cosa, si yo le hubiera contestado, si yo le hubiera exigido, si yo le hubiera dicho, pues empieza la tensión. No le dije nada.

Esperanza, como Sofía, aun tomando su medicación, experimentaba recurrentes fluctuaciones en su estado de ánimo, tendiendo a la tristeza o al enojo, debido a que seguía escuchando voces, viendo visiones, teniendo ideas delirantes o experimentando percepciones olfativas desagradables.

Y usted, ¿se enoja a veces?

Sí, sí me enojo.

¿Cuándo se enoja?

Hoy.

¿Hoy se enojó? ¿Por qué se enojó?

Porque yo pensé que huele como orina de persona borracha la ropa de mi hija, huele como orina. Por eso me enojé.

¿Se enojó usted con ella?

No, solita.

¿Usted sola se enoja?

Sí. No sé por qué le pasa así. ¿Por qué viene, huele borracho como mi ropa?

En el caso de Natalia, su tendencia a la irritabilidad persistía estando medicada, aunque en una intensidad y una asiduidad mucho menor, reaccionando con enojo cuando había problemas en la convivencia familiar o cuando los niños se peleaban entre sí o no obedecían lo que les ordenaba. Y se volvía a acentuar a los pocos días en cuanto dejaba de tomar sus medicinas. Pero, en los periodos en que se descontroló mentalmente, sus reacciones iracundas y agresivas, muchas veces repentinas, eran muy frecuentes:

Sí, se enojaba, sí, se enojaba, y, de repente, se calmaba. Se enojaba, y ahorita la veías muy enojada, y hasta uno le daba miedo, ¿no?, su mirada y cómo nos miraba y todo.

¿Y por qué se enojaba?

No sé, por cualquier cosita se enojaba. A veces la veías bien, riéndose ahorita, y de repente se enojaba. (Luisa, hija primogénita)

2. El miedo

Las visiones, las voces, las sensaciones táctiles de ser tocados, tironeados o golpeados, la convicción de que hay personas o seres sobrenaturales que los acechan, los persiguen, les quieren hacer daño, incluso matarlos o matar a algunos de sus familiares, generan una realidad que suscita intensas emociones de miedo en todos los hombres y las mujeres enfermos durante los periodos de descontrol mental, especialmente en los comienzos de la enfermedad —Natalia, Miguel, Marcos, Carlos— o cuando las fases de descontrol mental se prolongan en el tiempo —Esther, Teresa, Sofía—.

Esther y Sofía manifestaron sentir una gran angustia y mucho miedo las veces que se les aparecía el Diablo, gritando y gritando que saliera de sus casas, gritos que estremecían incluso a sus familiares convivientes. Las reacciones de miedo pueden ser suscitadas por las visiones de seres sobrenaturales, pero también por las visiones de seres humanos acechantes. En forma similar a la mayoría de los enfermos, en el inicio de la enfermedad, Natalia comenzó a manifestar inquietud, saliendo y entrando a la vivienda continuamente,

a mostrarse asustada, pues había un hombre que la perseguía y quería matarla. Luisa recordaba la permanente atención que exigió la conducta inquieta y temerosa de su madre:

Así empezó ella, así empezó ella, que tiene miedo, que le perseguía alguien. Y así, y así, pasó un mes cuidándola así, día y noche, día y noche.

El miedo aparecía en ciertas mujeres enfermas, aunque estuvieran medicadas. Tanto Natalia como Lucía sentían temor e inseguridad cuando tenían que salir a la calle, pues pensaban que las personas se les quedaban mirando y hablaban mal de ellas —ideas de daño—. En el caso de Natalia, este miedo era un síntoma que aparecía cuando no tomaba regularmente sus medicamentos, y, en el caso de Lucía, apareció en los primeros meses de medicación para luego desaparecer tras unos ajustes en su tratamiento.

Debido a las visiones, al igual que en el caso de Esther, aun estando medicada, Esperanza mencionaba que sentía mucho miedo cuando veía mujeres, hombres o niños cerca de la casa, especialmente cuando los veía al levantarse en la noche para ir al baño. Una madrugada vio a un mariachi caminando por la calle tocado con su gran sombrero charro:

Cuando yo me levanta temprano, a las cinco, a las cuatro, yo veo personas que andan como unos mariachis, trae su sombrero largo así, hacen como niños. Por eso, ya no me levanta en la mañana, porque me da miedo para ver, este, pero se hace así mi cabeza, hace así.

3. La tristeza

La tristeza es una manifestación emocional frecuente en las fases de descontrol mental y, al igual que la ira o el miedo, se trata de una reacción anímica al hostigamiento que infligen las visiones, las voces, las sensaciones táctiles, las ideas delirantes. Bien es cierto que es un sentimiento más asiduo en las mujeres que en los hombres —la excepción es Carlos, que mostraba una marcada tendencia hacia el enojo—, así como en aquellas mujeres que, aun tomando medicación, no logran tener una buena estabilidad emocional: Esperanza, Lorena, Natalia, Esther, Sofía. En los casos de Esperanza, Natalia y Esther, los conflictos con vecinos o los problemas que sus hijos puedan tener con otras personas les provocan un gran desequilibrio psicoemocional, sumiéndolas en la tristeza y el decaimiento anímico.

Durante los periodos en que se encontraban mentalmente descontrolados, algunos hombres —Miguel y Marcos— y algunas mujeres —Esperanza, Lorena, Esther, Natalia—, en ciertos momentos, experimentaban una profunda tristeza debido a todo lo que las voces les decían. Con mayor asiduidad en las mujeres, estos enfermos rompían a llorar,

porque “la gente hablaba mal de ellos”, “la gente los odiaba”. Así lo expresaba Luisa, señalando, además, que las manifestaciones de tristeza de Natalia, su madre, continuaban aun estando medicada, a veces recordando a familiares fallecidos:

¿Y qué más le sucede? Como que se pone triste o...

Ajá, sí se pone triste. A veces llora, llora cuando está sola porque la gente habla mal de ella, porque la gente la odia. Ella se siente así, pues. Pero le dije: ¿quién te odia? Nadie, le dije, cómo crees. Y le da vergüenza así cuando dice no, que no sé qué, por qué me pasó así, por qué yo no, bueno, piensa muchas cosas. Y llora cuando está acá, cuando está solita. No sé qué piensa ella, no sé qué piensa, pues. Y llora por su papá, por mi abuelo, por su papá.

Lucía lloró en las ocasiones que sentía como le salían “bichitos” de las orejas y recorrían su cabeza y su espalda. Natalia, de repente, hablaba y lloraba sola. Se iba a sentar a un lugar apartado del patio y comenzaba a llorar y a hablar en voz alta. Según contara Luisa, lloraba mucho recordando a su bebé, fallecido años antes poco después de nacer.

Y siempre lloraba y lloraba. A veces, se sentaba hasta por allá y a llorar sola, y a veces arrullaba así, ¿no?, como un bebé. Y fue cuando le pregunté y le dije: ¿por qué lloras? Es que estoy llorando por mi hijo, me decía, llorando por mi hijo, dice, porque yo lo quería mucho. Y, a veces, se sentaba hasta allá y lloraba y lloraba, lloraba mucho.

¿Pero eso fue cuando enfermó?

Cuando se enfermó. Lloraba y se acordaba y lloraba, y decía: mira, ya está mi hijo jugando.

En el caso de Esther, durante sus prolongados periodos de descontrol mental, a la dura realidad de las voces, las visiones, las percepciones táctiles y las ideas delirantes, se sumaba la desesperación que le causaba el estar encerrada en su cuarto sin apenas poder salir. Todo ello le provocaba una gran tristeza y un profundo abatimiento anímico, y frecuentemente se ponía a llorar repentinamente, por lo que veía, por lo que escuchaba, por lo que sentía en su cuerpo, por su propia situación vital. Mientras estuvo medicada, su estado anímico mejoró, mostrando una mayor alegría y una mayor capacidad para sentir y expresar cariño; pero seguía manifestando una tendencia anímica al decaimiento y la tristeza cuando aparecían síntomas psicóticos o temblores musculares causados por los antipsicóticos, cuando sus familiares o determinadas personas no le brindaban la atención y el afecto que ella esperaba.

El abatimiento anímico estaba también muy presente en Teresa y Lucía cuando se descontrolaban mentalmente; en Teresa, sobre todo, en el comienzo de la enfermedad y en aquellas fases de descontrol mental que se dilataban en el tiempo. Teresa y Lucía sentían una gran tristeza, lloraban asiduamente, perdían la motivación por comunicarse con los demás y colaborar en el trabajo doméstico. A veces, tal era su decaimiento que pasaban la mayor parte del día acostadas.

Los sucesos marcados por la conflictividad y la violencia, fueran familiares o vecinales, proyectados en películas o en series de televisión, alteraban mucho psicoemocionalmente a Teresa, sumiéndola en la angustia y el llanto. La misma alteración y la misma reacción anímica manifestaba cuando, en sus visiones, veía a familiares ensangrentados tirados en el suelo o cuando estaba convencida de que, en ese momento, unas personas estaban matando a su hermano y su padre ya fallecidos.

Una vez que tomaban sus medicamentos, la mejoría de Teresa y Lucía era muy notable, volviendo a mostrar un ánimo alegre y comunicativo, así como una mayor motivación por realizar las tareas domésticas que les asignaban sus familiares. Sin embargo, aunque tomara sus medicamentos, Teresa, al igual que Natalia y Esperanza, reaccionaba con gran preocupación y gran tristeza ante las problemáticas que sus familiares cercanos podían tener, bien vivieran en la comunidad, bien hubieran emigrado a la ciudad, especialmente las relacionadas con sus hijos: conflictos con vecinos, problemas matrimoniales, problemas económicos, etc.

El estado de ánimo de Esperanza, como ya se ha mencionado, aun tomando sus medicamentos, experimentaba frecuentes fluctuaciones, unas veces manifestando enojo, otras veces, sintiendo tristeza, pues, si bien en menor grado, las voces, las visiones y las ideas delirantes seguían presentes. Así, por ejemplo, Esperanza podía escuchar que habían matado a uno de sus hijos, lo que le entristecía y le hacía llorar:

A veces me llora, me llora solita cuando me siento triste. Pero cuando aquí viniste antes, me llora, me llora, pero me escucho voz, me escuché voz, pero ahorita no, ya no me escucho.

¿Y ya no está triste?

Ya no. Pero, fíjese, me escucha voz que lo mató persona a mi hijo en Oaxaca, dice, dice persona, pero...

Esperanza, además, solía padecer a menudo fuertes dolores musculares y de cabeza que, en ciertos momentos, la arrastran igualmente hacia el desánimo y el llanto. Aunque tomara sus medicamentos, Natalia también se sentía decaída y lloraba cuando sufría sus recurrentes y fuertes dolores de cabeza que la limitaban a la hora de trabajar y cuidar a sus niños. Así lo expresaba:

Sí, soy triste cuando yo piensa, yo piensa por qué me duele tanto mi cabeza, pues. Yo estoy triste, yo estoy llorando nomás. Cuando llora, pues, hasta Alfonso [esposo] está llorando, si estoy llorando, pues, sí, sí. Estoy hablando, pues, por qué me hace así, pues, por qué me hace así. Dile, dice Alfonso que va a sanar, pues, para sanar, cuando se sana, dice, dile a Dios que lo cuida a tú, dice. [...] Por eso no puede decir, tú piensas mucho, pues. Mucho pienso yo por qué duele mi cabeza. Quién va a trabajar, pues, quién va a dar a los chamacos de comer. Yo pienso, estoy llorando, ¿por qué no tengo nada?

Los sentimientos de desesperación y tristeza aparecían asimismo en algunas mujeres, como Esperanza, Esther o Sofía, por estar siempre enfermas y no poder curarse. En el caso de Esperanza y Sofía, se aunaba además la frustración de no ser capaces de hacer o hacer bien las tareas domésticas o las acciones de otra índole cuando se disponían a hacerlas. Don Augusto relataba en estos términos la tristeza y la frustración de su esposa Sofía:

Pues sí porque, a veces, se pone triste porque dice que por qué está enferma. Sí, sí le repercute... en el sentido emocional, ¿no?, por qué no se quita, por qué lo tiene y todo eso, es lo que reclama a veces. Inclusive reclama por qué ella está enferma, por qué no la dejan en paz, o sea, los personajes con quienes convive, porque le hablan, le hablan, escucha voces. Ése es el problema.

[...] Pero ella no se explica por qué no hace bien las cosas. Y llora a veces. Ayer estaba llorando, pero enojada, ¿no?, enojada. Está llora, llora y llora. Ya después solita se contenta también a veces.

4. Los celos

Entre las personas enfermas, hubo tres mujeres —Esperanza, Sofía, Adela— que manifestaban celos desmedidos como consecuencia de los pensamientos delirantes o de las voces que escuchaban durante los periodos de descontrol mental. En el caso de Esperanza, estando medicada, también tuvo algún episodio de celos y acusaciones de infidelidad a su marido en momentos de crisis.

Esperanza y Adela estaban convencidas de que sus maridos les eran infieles con otras mujeres de la comunidad; Sofía, en cambio, controlaba incesantemente la conducta social de su esposo ante sus sospechas de que podía serle infiel. Sus celos y sus convicciones firmemente arraigadas de que estaban sufriendo una infidelidad, o de que podían sufrirla, provocaban frecuentes conflictos en la relación matrimonial, incluso, pudiendo llegar a agredir físicamente a sus esposos en los casos de Sofía y Adela. Mientras Esperanza y Adela recriminaban a sus maridos su conducta adúltera, Sofía ejercía una obsesiva y agresiva supervisión de las salidas de su esposo para evitar que pudiera coquetear o tener relaciones sexuales con las maestras, sus compañeras de trabajo, sobre todo cuando salía de viaje para asistir a las reuniones.

Entonces, usted, digamos, sí siente miedo.

Pues realmente miedo, no, sino que, este, empezó la mente, lo que hace es cuidarme, pues a lo mejor me hace algo, ¿no? Y como que ya me acostumbré al ritmo que llevo. Ya sé, este, si está enojada, pues ya sé qué es lo que me espera. Entonces, le digo me voy a ir a jugar. No me contesta. Hasta el rato dice está bien. Entonces, yo ya me voy a jugar. Ya regreso al rato, regreso y ya... No se predice nada,

¿no? Al rato ya está mejor. Porque a veces me llevo la sorpresa de que, cuando salgo, por ejemplo, cuando, últimamente, le ha dado mucho el asunto de los celos en extremo, ¿eh?, en extremo. Que, este, yo he tenido, pues, el pendiente de que no sea que vaya a venir a la escuela y vaya a agredir a una de mis maestras, ¿no?, en la calle o que venga a la escuela porque... Si yo llego ahorita tarde, dice que por qué llegaste tarde, qué hiciste, con quién estabas, todo es una bronca. Si vengo en la tarde a la escuela, que a qué fuiste, que adónde fuiste, con quién estuviste. Es un problemón. Le tengo que explicar que fui a esto, que estaba fulano y todo eso.

¿Sí acepta las explicaciones?

A fuerzas, no se convence. No está convencida, porque es lo mismo, otra salidita y es lo mismo. Últimamente he notado eso, porque antes no me decía eso. No me decía dónde vas, con quien vas y a qué horas vas. Eso es de este tiempo, de este año que pasó, que he sentido más presión respecto a las salidas. Inclusive, cuando voy a Tuxtepec a mis reuniones, a Ojitlán, adónde vas, a qué horas te vas. Y ha habido días, ella misma dice que me ha seguido hasta la casa de mi papá para ver con quién me voy, si me voy con una maestra o con quién, y por qué te vas a las cinco, por qué a las seis. Y llego, ¿no? ¿Y por qué llegas tarde? ¿Por qué llegas a esta hora? O sea, está con ese pendiente.

¿Se enoja?

Sí, enojada, muy enojada. Eso lo he notado más en ese último año. Ahorita ya, ahorita que acabé de salir, mira voy a salir, como me llevo a mi hijo, no te preocupes, le digo, voy a mi reunión, voy a hacer esto y me voy con el niño. Ya no dice nada. Pero cuando salgo solo, que adónde vas, que a qué horas regresas, por qué regresaste tarde. (Don Augusto)

Síntomas emocionales

Persona enferma	Fase padecimiento	Enojo	Miedo	Tristeza	Celos	Embotamiento afectivo	Fluctuaciones emocionales
Esperanza	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>	✓	✓	✓	✓		✓
Lorena	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓		✓	✓
	<i>Medicación</i>			✓			
Natalia	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓		✓	✓
	<i>Medicación</i>	✓	✓	✓			✓
Esther	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓		✓	✓
	<i>Medicación</i>	✓	✓	✓			✓
Miguel	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓		✓	
	<i>Medicación</i>					✓	
Teresa	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓		✓	✓
	<i>Medicación</i>						
Lucía	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓		✓	✓
	<i>Medicación</i>						

Síntomas emocionales

Persona enferma	Fase padecimiento	Enojo	Miedo	Tristeza	Celos	Embotamiento afectivo	Fluctuaciones emocionales
Marcos	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓		✓	
	<i>Medicación</i>						
Carlos	<i>Descontrol</i>	✓	✓			✓	
	<i>Medicación</i>					✓	
Sofía	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	<i>Medicación</i>	✓		✓		✓	✓
Adela	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓	✓	
	<i>Medicación</i>						

Capítulo 21

Síntomas a nivel conductual y psicomotriz

Las visiones, las voces y los sonidos, las percepciones táctiles y olfativas, los delirios, las alteraciones en el lenguaje, los déficits cognitivos provocan que, durante los periodos de descontrol mental, las personas enfermas manifiesten conductas anormales marcadas por la conflictividad, la agresividad, la agitación psicomotora, el desorden, la extrañeza, las acciones erróneas, la tardanza, el infantilismo. En la mayoría de los casos, estas conductas desaparecen cuando los enfermos toman su medicación regularmente, manteniéndose una tendencia a la conflictividad y la agresividad, en un grado sensiblemente menor, en ciertas mujeres enfermas que no están del todo bien controladas a través de los medicamentos —Esperanza, Natalia, Esther, Sofía—.

1. Las conductas conflictivas y agresivas

Todas las personas enfermas, salvo Lorena, mostraron un comportamiento conflictivo y agresivo durante los periodos en que se descontrolaban mentalmente. Las conductas conflictivas y agresivas están asociadas a manifestaciones emocionales de ira y celos y, al igual que éstas, son reacciones a los síntomas perceptivos y cognitivos que experimentan —sobre todo visiones, voces e ideas delirantes— o a los comportamientos de las personas con las que interactúan —señalarles acciones incorrectas a fin de que las corrijan, impedirles que provoquen conflictos o agredan—.

1.1 La agresividad verbal

Las conductas marcadas por la conflictividad y la agresividad verbal hacia los familiares y los vecinos son conductas frecuentes cuando los enfermos se hallan mentalmente descontrolados, así como hacia las personas o seres sobrenaturales que ven, cuyas voces escuchan o que los tocan, los molestan, los agreden. La agresividad se manifiesta verbalmente en forma de elevación del tono de voz, gritos, maledicencia, insultos, expresiones groseras, amenazas, acusaciones de hacerles daño, de infidelidad o de haber matado a un hijo.

a) La agresividad verbal hacia los familiares cercanos

Esperanza, aun estando medicada, mostraba una gran tendencia hacia la conflictividad y la violencia verbal, aunque en su caso se canalizaba mayormente hacia personas no pertenecientes a su núcleo familiar. Un día, tras ver el pantalón corto de uno de sus hijos varones sobre el catre, Esperanza fue a reclamar airadamente a su cuñada a la casa contigua, donde vive su suegra, acusándola de haber matado a su hijo y amenazándola con matarla. Su hija Elena contó que no era la primera vez que expresaba esta idea delirante, la de acusarla de haber matado a un hijo suyo.

¿Tú como ves a tu mamá? ¿Cómo está?

Pues hoy está un poco más mejor que ayer, sí, sí, está un poco mejor, no tanto. Ayer sí dijo cosas, pues, mi tía, ella llegó apenas con mi tío, y le dijo que ella mató a su hijo. Y no, no, no es cierto, pues.

¿A qué hijo había matado?

A mi hermano más menor que yo. Y también una vez fue ahí en la tienda de ella que, bueno, mi hermano ya aprendió a manejar, pues, mi tío le enseñó. Entonces, como él, mi hermano, nada más se vino a cambiar, se puso un short y se fue al río, cuando dejó el carro, pues. Salió y entonces vio nada más el pantalón de él ahí en su catre. Entonces, mi mamá salió sin saber nosotros, pues, fue a ver a mi tía, entonces le dijo a mi tía que, hm, iba a matar a ella, porque ella fue que mató a mi hermano, por eso no estaba. Yo no sabía, y al rato mi abuela me contó, pues, que fue mi mamá ahí, hm, hm.

A menudo mostrando repentinas reacciones de enojo, con frecuencia Adela agredía verbalmente a su esposo, acusándolo de serle infiel con otra mujer, y a su hija mayor y uno de sus hijos varones, culpándolos de estar aliados con los vecinos y hablar mal de ella. La agresividad verbal, la maledicencia, el habla grosera también iban dirigidas hacia su esposo y sus hijos en el caso de Natalia, no sólo cuando se hallaba mentalmente descontrolada, sino también cuando no tomaba diariamente sus medicamentos. Su marido, don Alfonso, se molestaba y le recriminaba que fuera tan grosera:

Alfonso: Habla como quiere palabras, no sirve para nada lo que habla.

Dice groserías.

Alfonso: Sí [risas de Natalia y mías].

Natalia: Cómo habla como quiera, dice [risas suyas y mías]. Ya, dice, cállate, dice, vete a caminar a la calle, dice [risas de ambos]. Así dice Alfonso cuando estoy hablando así, dice. Luego estoy sentada calladita, dice, cuando hablo así, dice.

Alfonso: ¡Cómo habla! Habla muy mal.

Habla cosas feas.

Natalia: Sí [risas de Natalia y mías].

¿Y usted qué hace?

Alfonso: Nada [risas de todos].

Natalia: Está enojado Alfonso también, dice, cuando estoy enferma así. Ya, dice, ya cállate, siéntate en un lugar, dice. Y luego me voy a acostar, dice. Me voy afuera, estoy, está mirando, dice. No más estoy mirando yo, pues, no, no hago nada. Sí.

Mientras estuvo mentalmente descontrolado, cuando su estado mental empeoraba o cuando estaba ebrio, Miguel hablaba solo y, en un tono irritado, alzaba la voz, a veces gritaba, decía groserías, increpaba a sus familiares y también a sus vecinos. Su padre y su madre, en cuya casa vivía tras la ruptura de su matrimonio, procuraban hablarle lo mínimo posible y no contrariarlo dada sus reacciones iracundas y agresivas. Cuando la comida no le gustaba y estaba enojado, la tiraba e increpaba a su madre, y más de una vez amenazó a sus padres con golpearlos o matarlos.

También era frecuente que Teresa se enojara, gritara y discutiera con su madre y sus hermanas con las que vivía, unas veces por cuestiones nimias, como no gustarle la comida que le ofrecían, otras veces acusándolas de sujetarla para que las personas que la hostigaban pudieran pegarle.

Frecuentemente, Sofía reaccionaba echando a su padre o a su madre cuando iban a verla a su casa, situada en el mismo patio, y cerrando violentamente la puerta, especialmente si pretendían que tomara sus medicamentos o si su madre quería ayudarla a lavar los trastes o limpiar la casa. Igualmente, se mostraba impositiva, dura y agresiva en el trato con sus hijos, lo que aunado a su incapacidad para asumir su crianza hizo que fueran criados por sus abuelos maternos. Así, el enojo, el alzamiento de la voz, los gritos, los regaños, los insultos de Sofía se enfocaban mayormente hacia su esposo, durante sus crisis psicóticas y por otras dos razones: los celos ligados a su convicción de que le era o podía serle infiel y el señalamiento por parte de su esposo de que no estaba actuando correctamente.

Sofía padecía unos celos extremos que la llevaban a supervisar obsesivamente las salidas del hogar de su esposo, siguiéndolo a fin de saber dónde iba y si se veía con una mujer e interrogándolo a su regreso al hogar. Cuando don Augusto volvía de trabajar a una hora tardía, Sofía le preguntaba enojada y en tono desconfiado dónde había estado, con

quién había estado, por qué había llegado tarde, especialmente cuando viajaba fuera de Usila para asistir a sus reuniones de trabajo.

En los periodos de crisis, se acentuaban su pensamiento obsesivo y su conducta compulsiva y repetitiva, de modo que tardaba mucho tiempo en realizar una tarea, como podía ser lavar los trastes o darse un baño. Sofía reaccionaba agresivamente, gritando y contestando de malas maneras cuando su esposo le decía que se bañara más rápido para evitar que se resfriara y no gastase tanta agua o que no se bañara a altas horas de la noche:

Pero cuando uno se va a bañar, báñate rápido porque el agua está fría. Pero, cuando ella se va a bañar, se tarda horas. Hay un tanque allí de un metro cúbico, pues que no se baña con toda esa agua, a jicarazos, dos, tres, cuatro horas afuera, hasta que se acaba el agua del tanque.

¿Y así todas las veces?

No, no, a veces, cuando está en su momento más problemático. Y no le hables porque te va a regañar, pues, va a reaccionar y va a gritar y no le importa quién sea, va a gritar. Y, a veces, en la noche se baña, inclusive dentro de la casa, en la regadera, dos, tres, no hay horario para ella, dos, tres de la mañana se va bañar, aunque le digas que no se bañe. No es que yo me voy a bañar. Si quieres ya, duérmete.

Digamos que generalmente no hace eso.

No, de vez en cuando, y, a veces, también muy rápido, ¿no?, se baña y ya. Digo: báñate una vez no más, le digo, dos ya es... No es que yo me baño bien, es que me baño bien, y bañarse bien es dos o tres veces. Y su ropa toda sucia. Así está el asunto. (Don Augusto)

En tres o cuatro ocasiones, Sofía comentó a su esposo que Elías, una de las voces que le hablaban, le había dicho que lo iba a matar y que lo iba a matar a hachazos en la cabeza. Cuando don Augusto le preguntó si iba a ser capaz de hacerlo, Sofía contestó que no.

Un día dijo que me iban a matar a hachazos. Así me dijo una vez, porque la entrevisté bien. Tengo tres grabaciones, lo que le comenté la vez pasada, no más que no he podido traducirlo, están en chinanteco. Tres o cuatro grabaciones en donde, este, menciona que Elías le ha dicho que me va a matar, y va a ser a hachazos en la cabeza. Así me ha dicho. Y le dije si se iba a atrever a hacerlo, y me dijo que no. Eso es lo que me dicen, dice.

Dado que pasaba la mayor parte del tiempo encerrada en su cuarto, la agresividad verbal de Esther se manifestaba durante sus soliloquios. En los momentos en que su ánimo se alteraba y enervaba, alzando el tono de voz, Esther maldecía, insultaba, hablaba groseramente mencionando a su padre, su madre, sus hijos, su ex esposo, su ex suegra, sus cuñadas, sus hermanas.

Mientras estuvo mentalmente descontrolado, Carlos acusaba a su madre y a su hermana de entrar en su cuarto, romperle sus cosas, querer hacerle daño, incluso, en el

comienzo de la enfermedad, de querer matarlo, lo que le llevaba a reaccionar agresivamente hacia ellas. En el inicio de la enfermedad, Carlos insultaba a su madre, por ejemplo, llamándola "perra" o "hija de puta".

Su hermana Azucena trabajaba haciendo la ropa que le encargaban otras personas. Carlos la molestaba continuamente y, cuando le pedía que la dejara trabajar tranquila, Carlos se enojaba, le respondía que "se callara la boca", la amenazaba con pegarle, le decía que se fuera de la casa. Las discusiones eran, pues, constantes.

Había mucho pleito en la casa.

Mucho pleito, mucho pleito, todos los días, todos los días, todos los días era lo mismo.

¿Y por qué era? O sea, ¿qué hacía Carlos?

Bueno, porque él se enojaba por algo nada más. Quitate de aquí porque me estorbas, vete por allá, que no ves que aquí es mío, este, tú ya no debes de estar aquí, o vete para otro lado, o vete a la calle si quieres. Y empezaba a hablar groserías y todo lo que viniera, y él no era así. Ajá, todo, todo. Si no te vas, dice, aquí te voy a matar, y con este palo te voy a dar. Así decía, hm, hm.

[...] Por ejemplo, si yo estaba en mi máquina cosiendo, iba y, de repente, jalaba el cable de la máquina y lo aventaba hasta por allá. Quitate, dice, porque ése es mi lugar. Y, si no te quitas ahorita, rompo tu máquina y te la tiro, y voy a romper todo lo que tiene. Y sí, todo hasta abajo, todo, todas las telas, tijeras, salía todo hasta por allá. Y a mí me daba mucho coraje. Porque yo le decía a mi mamá: así yo no puedo trabajar y no le estoy haciendo nada, le decía a mi mamá. Y que no puede venir y decir que te quites, ¿no? Pero él viene con coraje, le digo, y aventando todo. Y mi mamá le decía: ¿Por qué haces eso, Carlos? Dice, ¿es que no te das cuenta? No, dice, que todos se me salen de aquí y se me van porque, si no, ahorita, y agarraba una escoba, ¿eh?, que venía a pegarme.

Cuando su hermana se casó y salió del hogar para vivir con su esposo, su madre, doña Julia, fue quien pasó a sufrir todos sus reclamos, sus malas contestaciones, sus amenazas, una conducta violenta marcada muchas veces por las voces que escuchaba.

Pero mi hijo se ponía muy pesado, pesado, pesado. Aquí venía: te voy a pegar, te voy a pegar. ¿Por qué, hijo? Yo no te estoy haciendo nada. No, que tú viniste ahorita a mi cuarto, que este y por qué me pasó, me golpeé con la pared. Yo no sé, no me dijo qué fue lo que vio, qué oyó o qué cosa le ordenó el que le estaba ordenando cosas. No sé qué cosas, no me dijo.

Pero Carlos también se enojaba cuando su madre no accedía a sus pretensiones, cuando le pedía que realizara una acción que él no quería hacer o cuando le señalaba que su conducta no era correcta. Había ocasiones en que Carlos se enojaba y le reprochaba a su madre que no le comprara los alimentos que él deseaba. Igualmente, reaccionaba con

enojo y agresividad cuando le decía que no desperdiciara la comida que le traía. Otras veces se enfadaba y hablaba mal cuando su madre le pedía que se bañara o se cambiara de ropa, pues, mientras estuvo mentalmente descontrolado, fue muy reacio a mantener una higiene personal.

Asimismo, Carlos también se enfadaba y la mandaba callar cuando hablaba solo y su madre le hacía preguntas o intentaba interactuar con él:

Hay gente que me ha dicho no, dice, pues está loco, ya está perdido su mente, ya no sabe lo que dice. Cuando le viene, este, esa fuerza, le digo, de hablar, de hablar, de hablar, cuando alguien le ordena su mente, di esto, di estas cosas, habla esto, se empieza a enojar, ¿no?, con lo que ve, con lo que oye, se empieza a enojar. Pero, a veces, yo le digo: ¿con quién hablas, con quién hablas, hijo? No, con nadie. Con nadie. Bueno, cállate, ¿no? No me interrumpas, estoy aquí. Y ya no lo molesto porque sé que ya se va a empezar a enojar, y ya no quiero molestarlo, ya lo dejo ahí, lo dejo que esté hablando, que esté hablando. Yo en mi mente por un lado y estoy pidiéndole a Dios. Señor, ayúdale, que no, éste, porque, a veces, que se golpea muy feo también. (Doña Julia)

b) La agresividad verbal hacia los vecinos, otras personas y seres sobrenaturales

En los momentos de descontrol mental, Esperanza salía a la calle a recriminar, gritando y diciendo groserías, lo que le decían las voces que escuchaba, a menudo increpando y queriendo pelear con los vecinos o las personas que la hostigaban. Había vecinas que comprendían que era una persona enferma y no respondían a sus increpaciones, sin embargo, como explicaba su hija Elena, otras contestaban a Esperanza y se enzarzaban en violentas discusiones.

Así es también, a veces me da dolor de cabeza cuando dice cosas feas que no son. Hasta me dijo, cuando les dice a los vecinos eso, lo que no es, porque, bueno, la vecina de ahí ya está acostumbrada, porque dice que mi mamá está enferma, por eso dice. Pero las otras de ahí al lado, no. Si a mi mamá la ven así gritando estando ahí, le devuelven todo, todo lo que ella dice, pues. No, son así y ya, son así... no piensan, pues, que mi mamá está enferma y sigue igual, habla igual que mi mamá, pues. No se calma y...

Cuando su ánimo estaba calmado, Esperanza era consciente de que su comportamiento agresivo y grosero, así como el hablar sola, era una manifestación de su enfermedad mental:

Ajá, otra vecina que vive aquí delante.

Sí. Ella no hace nada cuando yo me hablo solita, porque así lo hace enfermedad, porque pasa enfermedad nomás. Sí, por enfermedad lo pasa así, lo habla. Todas personas que tiene [enfermedad] mental hablan solita, hablan groserías, hablan

todo, sí. Muy groserías lo que habla personas también, las que tienen enfermedad mental. A veces, no me hablé groserías, antes no me hablé groserías. Nada más solita me hablé groserías, nada más este año.

¿Y por qué habla groserías?

Vienen solitas.

El impulso de salir a la calle para recriminar y pelear con los vecinos o las personas hostiles que ellos percibían, increpándolas, diciéndoles groserías, por todo lo que les decían las voces que escuchaban, también se manifestaba en Marcos, Adela, Natalia y Teresa. Marcos, una vez sanado, era consciente del comportamiento conflictivo que había tenido durante su descontrol mental:

Hacía yo mucho escándalo en la casa, hacía yo muchas cosas, quería yo pelear con la gente, quería yo atacar, o sea, muchas cosas vi, pues.

¿Atacar a los vecinos?

No, no, a los vecinos no, sino atacar a las voces que me escuchaba, pues, que me hacían... Muchas cosas hice.

La segunda vez que se sumió en el descontrol mental, Adela escuchaba voces, provenientes de vecinos y vecinas de la colonia, que hablaban mal de ella, la amenazaban con matarla y también con matar a sus hijos. En esos momentos, Adela se enojaba, decía groserías, les gritaba que no iba a permitir que hicieran daño a sus hijos ni que los mataran y, en más de una ocasión, agarrando un cuchillo o un machete, les decía que los iba a matar. Podía enojarse, recriminar y maldecir estando en casa, pero muchas veces fue a las casas de las vecinas a reclamarles, a increparlas, a amenazarlas.

En los periodos de descontrol mental, Natalia clavaba su mirada dura e iracunda hacia quienes se le quedaban mirando, pensando que se estaban burlando de ella; su mirada y su agresividad verbal y física causaban temor en los vecinos.

Sí, se enoja, y no le gusta que alguien le esté mirando así, porque ella siente que aquél se está burlando, y ya, y ahí va con la gente. Y los vecinos ahorita ya le tienen miedo.

Tienen miedo los vecinos.

Ajá, cuando ella está enferma, porque ella mira feo. (Luisa, hija primogénita)

Teresa acusaba a los vecinos de jalarle el cabello, de regañarla, de querer pegarle. En una ocasión, la conflictividad de Teresa con los vecinos llegó a tal punto que fue encarcelada por la autoridad municipal debido a que "correteaba y buscaba pleito con la gente, hablaba y reclamaba cosas".

En los periodos que su estado mental empeoraba o cuando tomaba aguardiente, Miguel hablaba solo expresando enojo, elevando el tono de voz, a veces gritando, diciendo

groserías, increpando a sus vecinos, acusando a tres vecinos de echarle pintura de colores sobre su cabeza y su cuerpo.

Carlos, al igual que Teresa y Adela, solía enojarse y discutir diciendo groserías a la hora de comer, pues veía y sentía que había personas adultas o niños que lo molestaban, lo tocaban, ensuciaban o metían sus manos en el plato, le querían quitar su comida.

Otra vez, quítate, ¿qué vienes a hacer acá en mi comida? Te dije, dice, quítate, es mi comida, me lo dieron a mí, no a ti. ¿Quién anda ahí? Y ya después entré, mucho después entré yo ahí. ¿Qué pasa, hijo? No, nada, dice. Come tranquilo, hijo, le digo, come tranquilo. Sí, sí, sí, dice. Empezó a comer. (Doña Julia)

En el caso de Esther, debido a su encierro, la agresividad verbal aparecía cuando hablaba sola en su cuarto, lo que solía suceder a menudo tanto en el día como en la noche. En los momentos de exaltación, unas veces gritaba y maldecía al Diablo —como en el caso de Sofía—, al que solía ver con frecuencia, para que se fuera de su cuarto, al igual que hacía, aunque con menor pavor, con las personas, las víboras y los tlacuaches que también veía. Otras veces, durante sus soliloquios, elevando el tono de voz, maldecía, insultaba, hablaba groseramente mencionando a vecinos.

Sí, habla de la gente también. Mentando madre de la gente, pero desconozco la gente, habla solita así nomás.

Cuando habla de la gente, ¿qué cosas dice?

Dice madre con la gente, otra cuenta conozco, ¿no? Habla mal ella, chingada madre, chingada madre, puta, otra se llama nombre, eso. Nomás dice así. Nooo, la enfermedad, sí, está así, ¿no?, la enfermedad de ella. Así es la enfermedad de la gente. (Don Francisco, padre)

Al igual que Esther, Carlos solía mostrar enojo y agresividad verbal cuando hablaba solo en el día o en la noche. Enojado se dirigía a las personas, los niños y los seres sobrenaturales que él veía, escuchaba y sentía, pidiéndoles que dejaran de molestarlo, amenazándoles con pegarles, empleando expresiones groseras como “pinche madre”, “chingada madre”, “puto”. Por otra parte, si bien nunca llegó a la agresión física, a veces, Carlos mencionaba a los vecinos diciendo que les iba a pegar con un palo e, incluso, que los iba a matar.

1.2 La agresividad física

En los periodos de descontrol mental, las agresiones físicas o los intentos de agresión física son reacciones frecuentes entre los enfermos y, al igual que sucede con la agresividad verbal, están dirigidas, sobre todo, hacia los familiares convivientes y los vecinos que viven cerca de la casa familiar, pero también hacia las personas cuyas voces hostiles escuchan o

hacia quienes sienten que los fastidian y los agreden. La agresividad se manifiesta físicamente de diversas formas: empujones, tirones de cabello, mordiscos, arañazos, bofetadas, puñetazos, golpes con un palo u otro objeto, patadas, tirar piedras, arrojar objetos, empuñar o blandir una varilla metálica, un cuchillo o un machete. En todos los casos, los familiares reportan que tanto los hombres como las mujeres, cuando se hallan mentalmente descontrolados, poseen “muchísima fuerza”, una fuerza tan grande que se hace difícil poder contener su agresividad.

a) La agresividad física hacia los familiares cercanos

En el caso de Esperanza, en cuanto dejaba de tomar los medicamentos durante un día, incluso unas horas, su estado mental se descontrolaba y enseguida manifestaba una propensión hacia la agresividad verbal y física. Su esposo, don Eusebio, lo explicaba así:

Cuando un día no tomar nada medicamentos y... la enfermedad pasó fuerte, sí. Pero no tomar nada medicamentos, un, dos, tres horas pasó así no más, no tomar nada de medicamentos, pero hasta tres horas vino la enfermedad fuerte así, viene así, fuerte, fuerte, sí. Ya no quiere tomar medicamentos, ya no, no más quiere pelear, cualquier gente así, puta la madre, fuerte, sí.

Cuando está así, ¿sí pelea con usted?

Sí, puta, ella quiere agarrar cómo se llama, agarrar machete.

¿Para golpearlo a usted?

Ajá, pah su me..., ya no quiere, ya no quiere cualquier gente y pica con eso, ya no quiere nada. No hay, sus manos fuerte p'allá, y gente viene y jala p'allá. Así habla. Ah su mecha, quiere camino, salió de casa y se fue en la calle y, ah su, camina así.

Quiere salir de la casa.

Ajá, sí.

¿Pero empuja a la gente o...?

A la gente, a la gente, la gente que la quiere amarrar a ella, pues. No quiere amarrar.

Esperanza solía agredir o intentar agredir a su esposo con la mano, el puño o un palo. Del mismo modo, cuando se descontrolaba aun medicada, Esperanza quería agredir a su suegra, hacia la que sentía una gran animadversión, pues la acusaba de haberle provocado un aborto tras ofrecerle una infusión de plantas a la que había echado tierra del panteón.

Y también quiere golpear a mi abuela, porque ella dice que cuando estaba embarazada, ajá, porque perdió a un bebé que iba, nació Gabriel [su penúltimo hijo], y ahí estaba embarazada y perdió a ese bebé. Y ella dice, cuando se enferma, dice que mi abuela le dio, este, es hoja, pues, vitamina, que mi abuela le echó tierra, tierra de así que está en el panteón, pues. Ahí le convidó mi abuela, dice mi mamá, pero no es cierto. Y ella se tomó eso y por eso perdió a su bebé. Eso es lo que dice

ella, pues, cuando se enferma, pero no, no es cierto, ajá. Por eso desde ahorita odia a mi abuela, pues, cuando se enferma, como se encuentra ahorita, siempre en la mañana quiere ir por ella a golpearla, pues, siempre. Si no estamos ninguno, ahí va. Pero por eso mi hermano mejor ya no, se queda en casa, ya no quiere ir a escuela por lo que mi mamá hace, pues, ajá. (Elena, hija)

En varias ocasiones, coincidiendo con que el padre no se hallaba en la casa, Esperanza agredió a su hija y a uno de sus hijos varones cuando trataban de impedir que realizara actos incorrectos, tales como querer salir de la casa para acompañar a una vecina que iba a hacer una visita a una familia, empeñarse en quemar los vasos y romper los platos, convencida de que su suegra estaba quemando sus trastes, o pretender cortarse el cabello ella misma con unas tijeras. En esos momentos, Esperanza reaccionaba agresivamente contra sus hijos, empujándolos, tirándoles piedras o golpeándolos con un palo, una tabla, una escoba o una barra.

Sí, está difícil, ¿verdad?

Hm, hm. Más se hizo cuando mi hermano no estuvo, cuando fue en Oaxaca. Siempre quiso golpearme, pero yo sí me defiendo, hasta me golpeó con una tabla. Se, cómo te digo, se me hinchó la mano.

¿Paraste el golpe?

Ajá, por el golpe que recibí, pues. Me dolió mucho.

¿Y eso cuándo fue?

Hm, como... antes de la Semana Santa.

O sea, hace poco.

Ajá, hace poco. Así, quiso golpear, pero mi papá estaba trabajando, quiso tirar todos los platos que yo tenía ahí. Mejor lo guardé para que ella no los rompa, pues. Ajá, lo guardé. Ella quería quemar los vasos, porque dice que mi abuela estaba quemando sus cosas y mejor que las queme ella, dice. Ajá, hasta metió un vaso en la lumbre. Mejor guardé las cosas para que no las queme. Y los trastes, los guardé también.

¿Y por qué te quiso golpear?

Por guardar las cosas, ajá, por guardar las cosas, por eso me quiso golpear. Y la otra vez que me tiró una piedra fue cuando le quité la tijera, quería cortarse el cabello. Ajá, quería, y la tijera la tiré en la lámina. Hm, lo tiré ahí.

¿Ella quería cortarse el cabello?

Ajá, ella quería cortarse el cabello. Mejor, le quité la tijera, pues, la tiré en la lámina, y ella me tiró una piedra y la escoba quedó, ni regresé, pues, para levantarla, porque se acostó en el suelo. Yo no la tiré, sino que se acostó por su enojo, creo. Hm, hm, la escoba que estaba a su lado, la agarró y me golpeó con la escoba, con esa escoba.

¿Te golpeó en la pierna o...?

No, en la espalda.

En la espalda.

En la espalda, sí. Quité la escoba y entré adentro, pues, para buscar la otra tijera, para que no la encontrara y con la esa, cómo se dice, con la herramienta de mi papá, pues, se cortó el cabello. Ajá. (Elena)

Su gran irritabilidad y su tendencia a reaccionar con violencia llevaban a Natalia a agredir físicamente tanto a su esposo como a sus hijos. A su esposo, además de agredirlo con el puño, también le lanzaba patadas. Su hija Luisa explicaba que muchas de sus reacciones iracundas eran repentinas y desembocaban en maltrato físico hacia sus hijos sin que nadie supiera el motivo.

No sé por qué, de repente se enojaba, y de repente se enojaba, y quería pegar ya a mis hermanos sin hacer nada. Ellos no están haciendo nada. Hasta le decía yo: ellos no están haciendo nada, ¿para qué les vas a pegar? No, tú cállate también, porque yo también te voy a dar. Y así. Y yo mejor me quedaba callada.

Pero a ti nunca te golpeó.

Sí, muchas veces.

Una vez, incluso, con un cuchillo en la mano, Natalia llegó a amenazar de muerte a Luisa.

Entonces, se enojaba con los vecinos porque pensaba que hablaban mal de ella...

Pues ni cuándo ni vecino, a veces ni estaba. Y ella quería ir a su casa a decir un montón de cosas, a pelear, pues. O agarraba machete y que dice que lo iba a matar, y yo tenía miedo, con mi abuelita, yo escondía todos los cuchillos y todo lo que teníamos en la casa, y sí. Porque una vez estaba agarrando el cuchillo y me decía que iba a matarme a mí. Y le dije: pues mátame, yo soy tu hija, mátame, le dije, haz lo que quieras.

Al igual que en la mayoría de los casos, la agresividad física de Teresa se canalizaba sobre todo hacia sus familiares convivientes, su madre y sus hermanas, a las que golpeaba, cacheteaba, empujaba en las discusiones o cuando trataban de impedir que hiciera algo indebido, como cortar cañas o palos en el patio con un machete.

En el ámbito familiar, Esther agredió a su madre y su padre en numerosas ocasiones. Una vez, estando en la terminal de autobuses de Oaxaca, agarró los testículos de su padre con tanta fuerza que varias personas tuvieron que intervenir para que lo saltara. Cuando don Francisco limpiaba su cuarto, siempre pedía ayuda a alguien para que estuviera pendiente de abrirle la puerta en caso de que quisiera pegarle, pues Esther “tenía mucha fuerza” y él solo, ya anciano, no podía contenerla. A veces, cuando don Francisco reprobaba su conducta diciéndole que no tirara piedras al tejado de la casa o dejara de escarbar los

blocks de cemento de las paredes de su cuarto, Esther podía reaccionar maldiciéndole, aventándole excremento o tirándole un trozo de block.

En el pasado, Esther también agredió a su hija primogénita, criada por sus padres y una de sus hermanas, doña Pilar, tras separarse de su marido. Llegaba a la casa de su hermana, golpeaba a su hija con un palo en el brazo o en la espalda y se marchaba.

Cuando yo no estaba, luego mi hermana venía y la golpeaba. Un día llegué, tenía el brazo aquí todo golpeado, su brazo. Y como mis hijos, la niña estaba chiquita, ¿no? Le pregunté a mi sobrina cuando vi su brazo, le digo: ¿qué te pasó, hija? Dice es que me pegué con un palo, tía, dice. ¿Y adónde te pegaste, con qué? Enséñame. Y la niña sale y dice: mami, dice, vino tía Esther y le pegó, dice, le pegó, dice, a mi prima. Con un palo vino y le hizo así.

¿Le golpeó en el brazo?

Sí, en el brazo, en la espalda.

En la espalda también.

Le dije a mi sobrina: ¿qué te pasó, hija?, le digo, vino tu mamá y te pegó, ¿verdad? Y ya empezó nada más a llorar, escurrió lágrimas por sus ojos, pero no me dijo. Déjame, tía, dice. (Doña Pilar)

También agredía a su hermana, pegándole y jalándole sus cabellos, y a sus hijos. A una sobrina le dio una cachetada sin más razón que haberle hecho una pregunta. En dos ocasiones, una vez a una sobrina y otra vez a un sobrino, Esther se acercó a ellos con la intención de arrojarles una gran piedra sobre su cabeza, piedra que sostenía en alto con sus dos manos. Finalmente, no lo hizo porque su hermana intervino ante las llamadas de sus hijos.

Así era ella. Si agarraba piedra para, este, aventarles a mis hijos. A mi hija, la que vive aquí, mi hermana ya andaba así, con una piedra, para aventarle a la niña. Mi niña estaba jugando aquí en el patio y, de repente, aparece. Así también andaba correteando a mi hijo. Pero hacía así: vvvvv, vvvvv. Así hacía, pero bien feo. Cómo espantaba, fíjate, ¿eh?

Como que si tuviera mucha rabia.

Síii, ajá, así hacía. Y mi hijo corre, corre, dando vueltas. Pues esa vez una señora que vino de Jalapa [localidad de un municipio colindante], me estaba enseñando una blusa que estaba vendiendo, y que entra mi hijo corriendo. Dice: ahí viene mi tía Esther, mami, está persiguiéndome. Y cuando pasó mi hermana enfrente de mí, hacía así: vvvvv. Así hacía, ¿tú crees? Oye, hermana: ¿qué le haces a mi hijo?, le digo. Lo bueno que el mío se fue corriendo, andaba el chamaco con mi otro sobrino. (Doña Pilar)

Adela también se enojaba y agredía a sus familiares: a su esposo, a su hijo y su hija adolescentes, aunque nunca a sus dos niñas pequeñas. En una ocasión, como trataba de

impedirle que saliera a la calle, mordió a uno de sus hijos varones en el antebrazo. Varias veces, agarró del cabello a su hija mayor y le pegó acusándola de estar aliada con los vecinos y hablar mal de ella. También recriminaba a su marido serle infiel con una mujer viuda, vecina de la colonia, y lo golpeó con las manos y los puños en varias ocasiones.

La irritabilidad y la agresividad física también estaban presentes en el comportamiento de Miguel mientras estuvo mentalmente descontrolado, una tendencia que se acentuaba cuando tomaba aguardiente y se emborrachaba. El maltrato físico y las amenazas de muerte se tornaron tan asiduas que, dos años después de enfermar, su esposa acabó separándose de él definitivamente y llevándose a los niños consigo a la casa de su madre. Sin embargo, aun estando enfermo, Miguel nunca pegó a sus hijos.

Ya bajo el cuidado de sus padres, en el hogar paterno, golpeó a su padre y a su madre varias veces, golpeó y jaló de las orejas a una de sus hermanas, con tanta violencia que “del susto enfermó de diabetes”, y, en dos ocasiones, provocó violentas peleas con su hermano ultimogénito, la segunda reclamándole que le correspondía la mitad del solar paterno. Las peleas eran tan violentas que, avisado por vecinos, su otro hermano debía acudir a la casa paterna y, con la ayuda de varios vecinos, reducir y amarrar a Miguel. No había otra forma de pararlo en esos momentos de furia. Durante las peleas, Miguel golpeaba no sólo a su hermano ultimogénito, sino también a su otro hermano, su padre, su madre, su hermana, a todo aquel que pretendiera calmarlo o interviniera en la riña. Ambas veces, los policías municipales lo encerraron en la cárcel donde permanecía unos días hasta ser trasladado al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca.

Sofía agredió físicamente a su esposo en muchas ocasiones cuando estallaban sus crisis. Era frecuente que le tirara de los cabellos de la cabeza, le intentara pegar o le pegara, le intentara arañar o le arañase, incluso llegó a querer golpearlo con un paraguas en la cabeza, pero, si bien don Augusto logró esquivar el golpe, al impactar contra la torre del ordenador, el paraguas se quebró. En esos momentos, como el resto de enfermos, Sofía, además de volverse muy agresiva, tenía mucha fuerza:

Sí, yo estuve revisando por qué decía eso, por qué, este, iba a reprender al Diablo, pues tenía la espada. Entonces ya, cuando dice la espada, pues hay que estar más atento, ¿no?

¿Ella dice que está aquí en la casa?

Ajá, sí, que entra en la casa, y que en su casa no quiere que esté un mal espíritu ni un maligno, ¿no? Por eso le digo que cuando, ahorita no, pero ha habido veces en que, pues, hay una tensión bastante, un este, como si fuera una vibra, ¿no?, mala, una vibra.

Sí, me imagino. Sí, ella lo está viviendo.

Hm, hm, y adquiere fuerza, ¿eh?, tiene mucha fuerza, tiene mucha fuerza. Me golpeó así esa noche.

¿Un puñetazo?

Sí, sí, empezó a tirar golpes. (Don Augusto)

El descontrol mental había provocado que Sofía se pusiera extremadamente celosa. Un día que don Augusto estaba trabajando en la casa que alquilaba a personas foráneas, de repente, se presentó Sofía enojada y le reclamó por qué no había llegado todavía. Lo intentó agredir con un paraguas y, aunque don Augusto esquivó la agresión, Sofía montó un gran escándalo en plena calle. La gente estaba mirando. Desde el teléfono de la casa, llamó a su suegro para que le ayudara a calmar a Sofía. También vino la madre de don Augusto junto con su hermano.

En otra ocasión, su esposo se encontraba en la escuela reunido con los maestros y las maestras cuando Sofía irrumpió violentamente y comenzó a agredirle. Todos los maestros y maestras se fueron y él solo tuvo que manejar la situación y regresar a la casa con Sofía ante la mirada de los vecinos, que contemplaban la escena y los intentos de agresión de su esposa. Se había enfurecido cuando, al preguntar por don Augusto, un niño le dijo que estaba con una maestra. Aunque le había explicado muchas veces que tenía que tratar con maestros y maestras, pues así lo requería su trabajo, Sofía no podía evitar sentir desconfianza y celos.

Durante los años que estuvo mentalmente descontrolado, con alternancia de periodos de mayor y menor intensidad, el ánimo y el comportamiento de Carlos estuvieron marcados por el enojo, el enervamiento y la agresividad. Su agresividad física se manifestaba siempre en forma de reacciones repentinas e inesperadas.

En el inicio de la enfermedad, Carlos agredió a su madre y su hermana. Un día, su madre estaba en la casa bordando una servilleta junto a su hija y una muchacha, sin mediar palabra, Carlos entró en la casa con un palo en la mano y la golpeó dos veces en la espalda. Otro día, su hermana estaba jugando con otra niña cuando, de pronto, Carlos arrancó un pedacito de madera y se lo clavó en la espalda, si bien el pedacito de madera se rompió.

Unos años después, preparando comida en la casa de su madre cargando a su bebé en brazos, Carlos se acercó hacia ella, tomó unas pinzas metálicas que había colgadas cerca del fogón, las retorció rompiéndolas en dos y agarró una de las mitades. Su hermana gritó pidiendo ayuda a su madre y enseguida se dirigió hacia su cuarto llevando a su niño en brazos, pero Carlos la siguió con intención de agredirla llevando la mitad de la pinza en la mano. Su madre se interpuso entre ambos y, al preguntarle por qué hostigaba a su hermana, Carlos contestó que lo había molestado. En realidad, su hermana se había acercado a su cuarto para dejar la carriola de su niño mientras hacía la comida. Azucena se asustó mucho en aquella ocasión:

Fui a ver la comida, ¿no?, si ya estaba, cuando eso que se levanta. Pero un ruidazo que hacía cuando se levantaba, no un así, sino como que fuera, ahora sí, un animal que de repente sale, pues, así como que lo corretearan, porque era un fondo feo. Se levantó y me quedo así, y que se levanta, pero va derecho donde estaba el clavo y donde está la pinza gruesa esa, y que la agarra y bien enojado que la hace así. No la rompió de donde está agarrado con otro fino, sino que la torció totalmente,

¿usted cree? Lo hizo pedazo. Y yo me espanté y me di la vuelta. Ya venía atrás de mí para picarme en la espalda y que le grito a mi mamá porque yo traía el bebé. Me espanté mucho, le grité. Mi mamá, como pudo, se metió en medio. Y él estaba así [con la mano levantada agarrando la mitad de la pinza]. Mi mamá: vete, vete, vete, dice, y me fui a la otra puerta, y se metió mi mamá de espaldas y le cerré. Porque mi mamá le gritó: ¿qué vas a hacer?, le dijo mi mamá, ¿qué crees que vas a hacer?, dice, y dame eso. Y poco a poco nos metimos, cerramos, y mi mamá. Y él creo que se fue. Estaba bien enojado.

Una vez que su hermana se fue del hogar tras contraer matrimonio, Carlos intentó agredir a doña Julia en varias ocasiones, sin conseguirlo, inducido por las voces que escuchaba o convencido de que le había molestado o hecho daño. Aunque doña Julia lo enfrentaba para que desistiera de su intención de agredirla, en esos momentos sentía mucho temor.

En el comienzo de la enfermedad, un día, en el instante que doña Julia prendió la luz tras un breve apagón, Carlos apareció junto a ella con la mano levantada en la que empuñaba un cuchillo. Con voz recia, le pidió que soltara el cuchillo; Dios estaba observando lo que estaba haciendo y era un pecado muy grave matar a la madre. Cuando bajó la mano, doña Julia salió corriendo de la casa. En otra ocasión, Carlos se acercó a ella repentinamente con una varilla de soldar en la mano diciéndole que le iba a pegar porque había entrado en su cuarto. Doña Julia enseguida se metió a su cuarto pidiéndole que dejara esa varilla, pues la usaba para encender la lumbre. Meses después, estaba peinándose cuando vio que Carlos se le acercó con una varilla de hierro en la mano. Doña Julia salió rápidamente de la casa rumbo a la calle. Carlos no la siguió, permaneciendo un rato en la puerta de entrada.

En algunas ocasiones, Carlos reaccionó hacia su madre con una agresividad física aún mayor. Una tarde, doña Julia estaba en su cuarto doblando ropa. Paco tocó su puerta pidiéndole que le abriera para matarla. “Julia, sal, te voy a matar”, le dijo. Al no hacerlo, comenzó a golpear la puerta fuertemente con un palo, a gritarle groserías e insultos como “hija de tu chingada madre”. “Sal, te voy a matar, de hoy no pasa”, volvió a vociferarle. La puerta metálica de su cuarto temblaba con los golpes. Doña Julia salió por una puertecita que daba al cuarto de su hijo y seguidamente por la puerta de la cocina. Al verla pasar corriendo, Carlos le arrojó el palo.

Tiempo después, Carlos volvería a tirarle un palo. Doña Julia estaba desramando los árboles que hay junto a la fachada de su casa y arrancando las malas hierbas. Estaba recogiendo las ramas que había cortado cuando Carlos salió a la calle y le preguntó qué estaba haciendo. Doña Julia le contestó que iba a comprar unos alimentos para la cena y, entonces, como iba a ponerse a preparar la comida, Carlos dijo que se iba a su cuarto. Pero poco después regresó a la calle con un palo que había agarrado en el montón de leña que había en la cocina y se le quedó mirando fijamente. Su madre le preguntó que hacía con ese palo en la mano, debía dejarlo en el montón junto a la otra leña. Había vecinos mirando

lo que estaba haciendo. Entonces, Carlos le aventó el palo. Doña Julia reaccionó rápidamente, corriendo para esquivarlo y metiéndose en la casa de una vecina.

Otras veces, sus reacciones violentas se debían a que no quería hacer lo que su madre le estaba solicitando. Carlos podía reaccionar agresivamente cuando le pedía que se metiera a la casa después de estar hablando solo en la calle durante un buen rato. Una vez le dijo que la policía municipal podía pasar y llevárselo; Carlos se enfadó, agarró una piedra y la tiró contra la ventana desde donde le había hablado su madre. Al ver que cogía una piedra, doña Julia enseguida cerró la hoja metálica, y la piedra rebotó en la ventana cerrada.

También se molestaba cuando su madre le insistía en que debía bañarse, pues Carlos era muy reacio a hacerlo. Una vez se enojó tanto que agarró un barretón y se le quedó mirando iracundo con el hierro en la mano. Su madre le pidió que se calmara y le avisó que Dios la protegía y estaba viendo todo lo que estaba haciendo. Al insistir que Dios estaba presente y la protegía, Carlos no hizo nada. Años atrás, Carlos había hecho ademán de aventarle unas piedras. Se estaba bañando en el arroyo que pasa cerca del pueblo de sus abuelos y, como se estaba tardando, su madre le apresuró para que terminara de bañarse. Carlos la mando callar y agarró unas piedras con la intención de tirárselas.

b) La agresividad física hacia los vecinos y otras personas

Cuando escuchaba las voces decir que la iban a matar o que iban a matar a sus hijos, o cuando sentía que había personas cerca de su cama por las noches, Adela, colérica unas veces, atemorizada otras, agarraba el machete o un cuchillo y gritaba que no iba a permitir que le hicieran daño o hicieran daño a sus hijos y que iba a matar a quienes, en ese momento, estaban amenazando con matarla o matar a sus hijos.

Acusándolos de hablar mal de ella, hacerle maldad, quererla matar, en varias ocasiones, Adela salió de su casa para increpar y amenazar a ciertas vecinas con un machete o un cuchillo en la mano. Así, estas mujeres la demandaron ante la sindicatura municipal, no habiendo consecuencias hasta que, tras increparla y agredirla, tuvo una violenta pelea con una vecina en la calle. Su esposo tuvo entonces que pagar una indemnización a la señora.

Cuando salía a la calle a recriminar a los vecinos, en ocasiones, Natalia llegaba a agarrar el machete y amenazaba con matarlos. Otras veces, por las noches, salía de la casa empuñando un cuchillo para defenderse del hombre que la acechaba y la perseguía. Teresa también llegó a agarrar el machete varias veces, una de ellas gritando que quería matar al hombre que había atropellado a su tío, falleciendo días después de sufrir el accidente. Otras veces, Teresa, al igual que Carlos, lanzaba golpes con la mano y patadas contra las personas y los seres que la molestaban y le agredían.

En el caso de Esther, en varias ocasiones, arrojó piedras a los niños estando en la calle, si bien es cierto que, la mayoría de las veces, era una reacción de enojo ante unos niños que se burlaban de ella y la llamaban loca. Pero también tiró piedras a personas adultas, o

tuvo la intención de hacerlo, como la vez en que una de sus sobrinas intervino para que no lanzara una piedra a una mujer a la que Esther reclamaba haberla golpeado unos días antes.

Durante el tiempo que estuvo mentalmente descontrolado, Marcos veía visiones y escuchaba voces de hombres que lo amenazaban con matarlo o raptarlo. Además de suscitarle miedo, también le llevaban a enojarse y a reaccionar con agresividad, reclamando furiosamente y queriendo pelear con los hombres que lo amenazaban.

Y luego vino mi hermana, que vive en [una ciudad del estado de Veracruz], a sacarme de aquí, porque yo le decía a mi familia de aquí que yo tenía que salirme de aquí, pues. Y vino ella así con lluvia, ah su, bastante lluvia, llegó ella aquí, pues. Ah su, yo veía visiones. En el momento que yo salí, le dije: necesitamos dos policías para cuidarme. Pero ella luego, luego entendió, pues, que necesitaba la Palabra de Dios, a Jesús para que me protegiera, pues. Y yo le dije así: oye, necesitamos dos policías, le dije, para sacarme de aquí, porque yo veo que, veo, pues, siento que la gente me quiere matar. Luego, luego ella entendió, pues, la voz que yo hablé, porque sabía qué es lo que necesitaba yo para llegar a donde ella vive.

En el transcurso del camino, padre, vi bastantes, este, visiones. Vi que la gente me mataba, con una metralleta me tiraba balas por la espalda. Así me sentía yo, pues. Mi hijo me llevó así, abrazado en el camino, todo el camino. Luego aquí, en Usila, quería yo bajarme para enfrentar la voz de ellos, pues, quería pelear con la gente, pues, lo que yo escuchaba y no me dejaba. Si quieres, pues, peleamos. O sea, yo escuchaba las voces extrañas, pues, y yo quería pelear con ellos ya en forma física, ¿no? y todo era...

¿Qué le decían?

Que querían matarme, que querían hacerme daño en diferentes formas. Eso es lo que yo escuché. Y en el transcurso del camino, ah su, todo el camino yo sentía, pues, que me estaba tirando metralletas por la espalda. O sea, así me sentí, pues.

En uno de los trayectos, cuando pararon en una gasolinera, las voces le dieron la orden de matar al mecánico que estaba reparando una de las ruedas de la camioneta.

Y llegamos a una gasolinera en la noche. Era como las once o las diez de la noche, llegamos a la gasolinera. Hijo, ahí lo checó el amigo su camioneta. Por poco se salió su llanta, pues. Pero totalmente escuchaba voz extraña y ahí escuchaba muchas voces, me sentía. Y yo me acuerdo que yo le dije: voy a agarrar este mazo para matar a este hombre. Así le dije. Y me decía: no, no, no lo hagas. Y yo quería, yo vi malo, pues, para pegar al mecánico, porque las voces me estaban ordenando que hiciera esa tontería. Y luego las voces me decían: ay, pobre, pobre, pobre, decía, escuchaba yo, pobre.

c) La agresividad física hacia los objetos, los vehículos y las casas

La agresividad física de los enfermos también puede dirigirse hacia determinados objetos, hacia vehículos o hacia la vivienda familiar o las viviendas de los vecinos, rompiendo los objetos arrojándolos contra el suelo, tirando piedras a los vehículos o a las casas, incluso, como en el caso de Miguel, llegando a quemar su propia casa.

Miguel, estando tomado, entró un día en el patio de una casa contiguo al solar de su suegra y, reclamando que su esposa lo hubiera abandonado, rompió una batea de cemento arrojándola contra el suelo varias veces. Adela, en sus reacciones de ira, podía aventar cosas al suelo o contra las paredes, llegando a romper un ventilador y una licuadora.

Un día Esperanza estaba acostada en su cuarto cuando escuchó una voz, la voz de la señora que había encargado una silla a su marido, de oficio carpintero. Esa voz pidió al electricista, que estaba trabajando en la casa vecina de su suegra, que bajara la silla recién encolada que su esposo había colocado sobre la mesa de trabajo. Sin decir nada, Esperanzase levantó de su catre, fue hacia la mesa de trabajo y tiró la silla contra el suelo. El estruendo alertó a sus familiares y enseguida fueron a ver qué había sucedido: las diferentes partes de la silla se habían desprendido unas de otras.

Ajá, mi mamá se altera así, en un momento nada más y se calma.

¿De repente?

De repente, viene, no sé en su cabeza, y se calma. Pero ella estaba dormida, pues, se levantó directamente a por la silla. Estaba dormida cuando salí a lavar. Hm, hm.

¿Estaba dormida?

Ajá. Estaba dormida ella, ella estaba dormida aquí, en el cuarto.

Aquí en el cuarto. Y se paró y...

Se paró y vino a romper la silla y se volvió a acostar. Por eso se salió, pues, porque mi papá fue a verla en el cuarto para preguntar por qué rompió la silla, pues. (Elena)

En una ocasión, estando en la calle, Esther arrojó piedras a una camioneta que transportaba ventanas. Una de las piedras impactó en un cristal y lo rompió, y su padre tuvo que indemnizar con 1.000 pesos al conductor que fue a reclamar a la familia. No había sido la primera vez que había tirado piedras a los vehículos. Anteriormente, su padre había tenido que indemnizar a otro conductor con 500 pesos después de que Esther tirara una piedra a su coche y abollara una de las puertas.

Esther, en las noches, a menudo tiraba piedras desde su cuarto al tejado de la casa paterna, que resonaban en las láminas de aluminio, porque en el tejado veía víboras, tlacuaches y otros animales. El estado mental de Esther fluctuaba a lo largo del día, alternándose momentos de calma con momentos de exaltación y agresividad verbal y física, gritando y golpeando la puerta de su cuarto, a menudo como respuesta a las visiones que veía y las voces que escuchaba, pero también por la desesperación de querer salir de su encierro.

Al igual que en los casos de Adela y Teresa, cuando Esperanza salía a la calle gritando y diciendo groserías, reclamando a los vecinos lo que le decían las voces que escuchaba, a veces, arrojaba piedras contra las casas de los vecinos. Igualmente, cuando su estado mental empeoraba y se mostraba enojado, Miguel tiraba piedras a las casas de unos vecinos, a los que acusaba de echarle pintura, y, sobre todo, a la casa de un familiar suyo con el que había tenido un pleito a causa de los límites del terreno. Su pariente no se atrevía a reclamarle nada, al igual que los demás vecinos, debido a que tenía miedo a sus violentas reacciones.

Dos años después de enfermar, la frustración y la cólera llevaron a Miguel a quemar su propia casa. Tras regresar de uno de sus internamientos hospitalarios y comprobar que su esposa había abandonado el hogar conyugal llevándose a sus hijos, a media mañana, prendió fuego a la vivienda, una vivienda tradicional, construida con postes y tablas de madera y tejado de zacate. Toda la casa, así como todos los enseres que había en su interior, incluidos los costales de frijol que había cosechado, ardieron y fueron reducidos a cenizas.

Un día, en plena crisis psicótica, Sofía agarró un machete y, con gran violencia, se puso a golpear un mueble y las paredes de la sala, para luego salir de la casa y asestar machetazos a la tierra y a un montón de hierros que había en el patio. Sofía había recibido el orden de agarrar el machete para defenderse y asustar a los enemigos que la acosaban. Afortunadamente, no había nadie más en la casa en ese momento.

Pues, como la vez pasada, sacó el machete porque recibió la voz de que tenía que hacerlo, pues sacó el machete. Golpeó la casa, golpeó la tierra ahí enfrente de la casa. Yo acababa de salir. Pues no sé qué hubiera pasado si yo estuviera ahí también. Mi machete está filosisimo, porque, pues trabajo con el machete cuando venimos a limpiar acá [la escuela donde trabaja]. Siempre está filoso el machete.

¿Eso fue en diciembre?

No, fue antes. Y ya, pues, se escuchó a los lados, y ya llegó mi hermano. Yo estaba en la casa de mi suegro avisándole de que, este, de que le dijeran que se tomara su medicina, ¿no?, que me ayudaran, que le dijeran que tomara su medicina. Entonces, que salió ahí con el machete. Es la primera vez que sale así con el machete. Y según dijo que era para asustar a los enemigos [risa], para asustar a los enemigos. (Don Augusto, esposo)

2. Las alteraciones psicomotoras y el querer salir de la vivienda

La mayoría de los enfermos —Esperanza, Natalia, Esther, Miguel, Teresa, Carlos, Sofía, Adela—, durante los periodos de descontrol mental, padecen inquietud psicomotora, un

estado de agitación que, en ciertos momentos del día o de la noche, les hace ir continuamente de un lado a otro de la habitación, la casa o el patio, o salir y entrar a la vivienda una y otra vez.

Otro síntoma conductual es querer salir de la vivienda a caminar por las calles, ir al río o a la iglesia, meterse en las casas de familiares, conocidos y vecinos, regresando al hogar y volviendo a salir varias veces en un mismo día. Esta conducta, generalmente vinculada a la escucha de voces hostiles u ordenantes, aunque también a la inquietud psicomotora en algunos casos, apareció en Esperanza, Natalia, Esther, Lucía, Miguel, Teresa y Marcos. En todos los casos, estos síntomas desaparecen cuando las personas enfermas toman su medicación.

2.1 La inquietud psicomotora

Cuando caía en el descontrol mental, en determinados momentos del día, Esperanzano paraba de caminar en el patio de un lado a otro, en el espacio que había entre las paredes exteriores de dos cuartos de la vivienda; en las noches, insomne caminaba de un lado a otro en el interior de la casa. Así hacían también Miguel, Carlos y Adela, sobre todo por las noches, en las que no podían dormir presas del insomnio: mientras hablaban solos, caminaban de un lado a otro en el interior de la vivienda y, en el caso de Miguel, también lo hacía de un lugar a otro en el exterior, en el patio o en la calle cerca de la casa.

La inquietud psicomotora en Teresa aparecía repentinamente. Entonces no paraba de moverse, de ir de un lado a otro de la casa o del patio, de mover su cabeza, sus brazos y sus manos, de revolver las cosas que había en la vivienda, de cambiarlas de lugar, de querer lavarse las manos, de querer lavar trastes, de querer cambiarse continuamente de ropa.

En los casos de Natalia y Esther, la enfermedad comenzó a manifestarse con un estado de agitación psicomotora que las llevaba a entrar y salir de la casa continuamente, caminar de un lugar a otro en el patio y, en el caso de Esther, también a salir a la calle a visitar a sus parientes, retornando y volviendo a salir constantemente.

Porque mi hermana no se estaba quieta, quería salir y salir. No más un ratito se sentaba y se levantaba y se iba. Si no iba uno tras de ella, ella se iba.

Se iba, pero ¿qué hacía?

Sí, pues no hacía nada más, caminaba.

¿Pero iba a algún lugar?

Sí, a casa de mis tíos, a casa de mis tías, así iba, donde estaban mis familiares. Nada más un ratito y se regresaba otra vez. Se quedaba un ratito en mi casa y otra vez.

¿Pero no hacía nada?

No hacía nada. Ahí mi mamá y yo andábamos tras de ella, pues. Ahí iba mi pobre mamá tras de ella, cuidándola. (Doña Pilar, hermana)

De modo similar, en el comienzo de la enfermedad, Miguel cogía su ropa y otros enseres de su casa y se dirigía a la casa de sus padres; al poco tiempo regresaba a su hogar y así sucesivamente.

2.2 Querer salir de la vivienda a caminar por las calles

Cuando Esperanza se descontrolaba mentalmente, además de cantar y hablar verborreicamente, como explicó su esposo, manifestaba una tendencia a querer salir de la vivienda y regresar al cabo de un rato, caminando por las calles, yendo al río, yendo a la iglesia, así varias veces al día.

Mi casa salió, mi señora salió de mi casa y directamente salió hasta iglesia. Hace oraciones y canta, Palabra de Dios habla, habla, cuántas veces, y al ratito viene y, en unas dos horas o media hora, está en la casa. También otra vez salió, directamente hasta la iglesia.

[...] Viene y va, viene y, ah su, cuántas veces, cuántas veces en un día. Como seis, siete veces. Camina en la calle, camina sola, derecho y en medio de la calle. Viene carro y va carro y viene, ah su, mucho peligro, viene carro y... Muchos problemas, muchos problemas. (Don Eusebio)

Como reconocía la propia Esperanza, el impulso de salir a la calle buscaba escapar de las voces que escuchaba en esos momentos:

Así salgo cuando estoy enferma también. Salgo corriendo, dice, y regresa, dice mi hija.

¿Y por qué sale corriendo?

Como yo escucho voz cuando estoy enferma, quiero salir rapidito si nadie está comiendo.

Al igual que en el caso de Esperanza, Lucía y Marcos salían de sus casas a caminar por las calles motivados por la escucha de voces. La primera vez que se descontroló mentalmente, Lucía salía de la casa corriendo hacia la calle, huyendo de las voces, temiendo que esas personas pudieran hacerle daño. Marcos, por su parte, escuchaba voces que le ordenaban salir de la casa y caminar por las calles hacia un determinado lugar:

Pero yo ya estaba enfermo de vuelta, bien enfermo, ah su, ahí sí me perdí todo, yo hice como lo que hace un loco. Ella me cuidó mucho, mi hija. Iba tras de mí, o sea, vio lo que yo hice, todo, todo. Por allá fui a un pueblo porque así escuchaba yo voces, pues. Luego anduve otra avenida hasta allá abajo fui. Y así me regresé.

¿Y por qué andaba?

Porque tenía que salirme, pues, por la locura que yo tenía.

¿Pero alguien, alguna voz le decía?

Alguna voz me decía. Por eso me salía.

¿Tenía que ir a algún sitio?

Ajá.

¿Y hacer algo o no?

Sí, sí, hacer algo, pues, pero todo negativa, unas voces negativas, pues no es... Y así me pasó.

Cuando estuvo mentalmente descontrolada la primera vez, Natalia salía de su casa para entrar en las viviendas de las familias vecinas, donde permanecía mirando en silencio, hasta que le ofrecían comida. También salía por la noche huyendo de un hombre que merodeaba por la casa y la seguía, un hombre que ella veía, no así sus familiares que le señalaban que nadie la perseguía. Tal era su miedo que no dormía por las noches y, a veces, agarraba un cuchillo para defenderse de ese hombre. Un día salió de la vivienda con sus niños pequeños para buscar refugio en la casa de su padrino. Como allí no sentía miedo, estuvo viviendo con su padrino unas semanas, hasta que superó su temor y regresó al hogar conyugal.

Las salidas de Esther para caminar por las calles o ir a visitar parientes, conocidos y vecinos para conversar y pedirles comida, bebida o ropa fueron muy frecuentes a lo largo de sus años de enfermedad, aun en los periodos que tomaba psicofármacos. De hecho, los problemas que acarrearón sus continuas salidas, incomodando a algunas familias vecinas al meterse en sus casas, tirando piedras a los niños o a los vehículos, escapándose hasta comunidades vecinas, incluso perdiéndose en los cerros durante cinco días en una ocasión, motivaron que sus cuidadores decidieran encerrarla en un cuarto. Pero Esther siempre manifestó un gran deseo por salir de su encierro, y la construcción del cuarto, que se hallaba en el solar paterno, tuvo que ser reforzada varias veces, pues Esther conseguía escaparse, trepando por las paredes y deslizándose por la estrecha abertura que había entre la parte superior de las paredes y las láminas de aluminio del tejado o doblando la parte inferior de la puerta de entrada, también de aluminio.

Miguel salía todos los días a pasear por el pueblo, iba al río o al terreno que su padre tenía en el cerro, pero, al contrario que Natalia y Esther, no entraba en las casas ajenas. A pesar de que estuvo varios años sin tomar medicación, nunca lo tuvieron que encerrar ni supervisar, pues siempre volvía a casa a las horas de comer. A quien sí tenían que vigilar sus familiares, cuando se descontrolaba mentalmente, era Teresa, ya que salía a deambular por las calles y había riesgo de que acabara tomando un camino que conducía a otra comunidad.

3. No respetar la propiedad ajena

En los periodos de descontrol mental, los déficits en la cognición social se manifiestan en los enfermos en forma de comportamientos que transgreden los valores y las normas que rigen las relaciones sociales en la comunidad, no discerniendo, por tanto, entre las conductas socialmente correctas y las incorrectas. Algunos enfermos tendían a no respetar la propiedad ajena, lo que solía provocar incomodidad, temor y, en ciertas ocasiones, conflictos con los vecinos.

Uno de esos comportamientos, en los casos de Teresa, Esther y Natalia, era entrar en las casas sin pedir permiso y hacerlo asiduamente. A veces, Teresa se metía en las casas de los vecinos persiguiendo a las personas que la hostigaban. Natalia, en cambio, entraba en las casas vecinas y se quedaba en silencio observando a sus moradores. Esther era más comunicativa y trataba de conversar con quienes estaban en la vivienda en ese momento —Esther, aun tomando medicación, siguió yendo a las casas, si bien iba a visitar a parientes y personas conocidas que la recibían con amabilidad—. La presencia de estas mujeres enfermas en los hogares ajenos generaba incomodidad y temor, y los vecinos enseguida les daban comida o bebida con el fin de que se fueran: refrescos, tamales, panes dulces, fruta, pollo asado, tamales, comida que estuvieran preparando, etc. Así lo explicaba doña Pilar, una de las hermanas de Esther:

Y todo lo que la gente le regala cuando se sale así, se escapa, pues. Luego la gente le da pan, le da refrescos, jitomate, huevos, sopa, pollo hasta le da la gente, así como se lo dan, se lo lleva para la otra casa, ¿eh? Así ella lo regalaba también o lo aventaba nada más así, dice la gente.

Se lo daban para que se quedara tranquila.

Sí, o que se regresara, pues. La gente le da las cosas no por ser buena, pues, por miedo, le digo, para que uno se vaya, pues.

Para que se vaya y no haga nada.

Así, no, no, porque la gente, uy, qué buena gente, no. No más le daban para que mi hermana se fuera de su casa. Solamente así se salía de ahí. Porque incluido viene una señora una vez, dice que Esther fue a meter mano en su caldo de pollo que había hecho. O sea, que para vergüenza nunca [risas].

Otra de las conductas era recolectar frutos, plantas o leña en patios y milpas ajenos. Muchos vecinos comprendían que su enfermedad mental llevaba a los enfermos a no actuar normalmente y nada les decían, otros no decían nada por miedo a sus reacciones violentas, pero algunos sí se enojaban y les reclamaban sus hurtos.

Una vez Esther agarró un machete y fue a cortar la hierba que un vecino había sembrado en su terreno. También, al igual que Teresa, se llevaba alimentos de las tiendas de abarrotes. En el tiempo que dejó de tomar medicamentos, Natalia, acompañada por uno de sus nietos pequeños, salía a la calle con un machete y cortaba los frutos de cacao

de los árboles vecinos, así como flores y plantas. Un día, tras haber cortado varios frutos de cacao en el solar de una familia vecina, el hombre enojado fue a la casa de Natalia, agarró una pala que había en el patio, la golpeó en la espalda y se llevó la pala como compensación por haberle robado el cacao.

Teresa, igualmente, tenía tendencia a llevarse leña, verduras y frutas de los árboles que se hallaban en terrenos vecinos. En una ocasión, yendo al cerro a buscar leña, Teresa recolectó una treintena de elotes en una milpa ajena. En el camino de regreso, el propietario de la milpa la estaba esperando, le reclamó los elotes robados y, en medio de la discusión, le dio un “fajazo” con el machete en la espalda.

En una ocasión, Miguel alambró un camino comunitario por donde pasan los campesinos con intención de desviarlo hacia otra dirección. Avisados por unos vecinos y sin decirle nada, Maura, una de sus hijas, su hermano y un yerno de su hermano fueron a quitar las estacas y el alambre que había colocado en la mañana. Al día siguiente, Miguel fue temprano a ver su obra; cuando regresó a la casa, no comentó nada, ni tampoco volvió a alambra nuevamente el camino.

4. Cambiar de sitio y desordenar las cosas en la vivienda y el patio

En varios casos, los familiares se quejaban de que las personas enfermas tenían conductas que creaban desorden en el espacio doméstico de la vivienda y el patio. En el comienzo de la enfermedad, Esperanza tuvo una temporada en que cambiaba frecuentemente la ubicación del fogón, hasta que su esposo construyó un cuarto dedicado a la cocina para evitar que se ennegrecieran las paredes de la casa.

Ajá, también quiso venir, puso la cocina ahí también, también puso, cambiaba de cocina, pues. Puso en el cuarto de allá también, también puso acá. De ahí mi papá construyó una casa ahí para que sea de cocina, pues, porque sí produce, cómo te diría, se pone negro el block, mejor puso una cocina allá. Cada, cada, cada no sé, cada cuánto cambiaba de cocina, pues. Primero puso ahí, acá, ahí, en esa esquina, pues, de ahí se fue allá. (Elena, hija)

Esther entraba en el cuarto de su padre y desordenaba y tiraba sus cosas al suelo. Esta tendencia a desordenar también estaba presente en Teresa. Sus familiares se quejaban de que, en la casa, Teresa todo lo “revolvía”: revolvía los papeles, revolvía la basura, revolvía la ropa, mezclando la ropa limpia con la sucia o tirando la ropa donde había orinado. Asimismo, “todo se lo acababa” y “todo lo agarraba”: el cepillo dental, la pasta de dientes, el gel para el cabello, etc., y “rápido se lo acababa”. Teresa también arrancaba las plantas de olor y otras plantas comestibles sembradas en el patio —algunas veces se las comía— y desordenaba y volvía a ordenar las cosas y las piedras que estaban en el solar.

Entresaca el cilantro. Cuando uno se despista, ya está haciendo algo. Mueve las piedras, las mueve, aunque estén pesadas, de un lugar a otro. Las desacomoda, las vuelve a ordenar y las vuelve a desacomodar. (Doña Rosario, hermana)

Durante una temporada, cuando su estado mental empeoraba, después de terminar su baño, Miguel llegaba a la casa de sus padres con grandes piedras sobre el hombro procedentes del arroyo en el que se bañaba. Según explicaba a quienes le preguntaban, estaba acarreado grandes piedras porque su hijo iba a construir una casa.

En el caso de Carlos, su comportamiento desordenado se manifestaba en no mostrar cuidado por la limpieza de la vivienda, por ejemplo, escupiendo al suelo o esparciendo la tierra de sus zapatos cuando, tras haber estado en la calle, regresaba a la casa en los días de lluvia. Aunque su madre le dijera que no escupiese en el piso o se limpiara los zapatos antes de entrar, Carlos lo seguía haciendo. Por otra parte, le gustaba desarmar relojes, lámparas, aparatos electrónicos, como un discman, una radio o un teclado de ordenador, para ver los componentes que había en su interior. Los aparatos siempre acababan desarmados, pues Carlos no sabía volver a ensamblar sus piezas.

Un caso particular era el de Sofía. Había dos áreas en la casa que constituían su espacio, la cocina y un cuarto, en cuyo ordenamiento y limpieza nadie podía intervenir, salvo ella o la muchacha a la que permitía limpiar, aunque la mayor parte del tiempo reinara el desorden y la falta de limpieza. Sin embargo, Sofía consentía que su esposo pudiera ordenar y limpiar las demás áreas de la vivienda siguiendo su criterio: la sala, el dormitorio matrimonial y el baño. Estando ya medicada, aun siendo celosa de su orden, Sofía accedió a que su hijo ultimogénito se instalara en el cuarto cuando, ya adolescente, salió de la casa de sus abuelos maternos para vivir en el hogar paterno.

5. La renuencia a tomar los medicamentos y guardar las dietas

Las personas enfermas, cuando se halla mentalmente descontroladas, pero también cuando están medicadas en ciertos casos, presentan déficits en la capacidad de tomar consciencia de su enfermedad, de la necesidad de tomar regularmente la medicación —aunque aquí interviene también el factor de los efectos adversos—, de la necesidad de seguir una determinada dieta.

5.1 La renuencia a tomar los medicamentos

Más de la mitad de las personas enfermas —Esperanza, Esther, Miguel, Carlos, Sofía y Adela— mostraron renuencia a los medicamentos en, al menos, ciertos periodos de

descontrol mental. La aversión podía llegar al grado de que los enfermos tiraran los medicamentos al suelo cuando sus cuidadores insistían o trataban de hacérselos tomar. Así lo reconocía Esperanza cuando estaba mentalmente controlada:

Así es esa enfermedad. Así me pasa a mí a veces, ya no quiero tomar medicinas, lo tiro, dice Eusebio, cuando me siento muy enferma.

Esta renuencia proseguía en los casos de Miguel y Sofía, cuando tomaban su medicación, debido a los efectos adversos de los psicofármacos y a su convicción de que ya “estaban bien” y no necesitaban medicinas. Ello hacía que tomaran dosis menores a las prescritas por los psiquiatras e, incluso, que volvieran a recaer en el descontrol mental. Así explicaba don Augusto las dificultades para que Sofía, su esposa, tomara regularmente la medicación.

¿Enfermó por eso la segunda vez?

Sí, por eso sí, por no querer tomarse los medicamentos. Allá me habían recomendado que, si, este, era difícil que se tomara los medicamentos, entonces le tenían que inyectar. La inyección era la forma, ¿no? Inyectándola se asegura para un mes, de ahí otra vez. Pero, este, como cambiaron, ah, como [sus familiares] no quisieron que se inyectara porque era muy pesado y que no sé qué, ah, eso de la droga, que era pura droga y que, este, se compraron los medicamentos tomados cuando el psiquiatra lo recetó.

Y, este, pues sí se controla, se controla. Pero ella, pues no pone, dice su mamá, ¿no?, no pone de su parte. Si yo sé que estoy enfermo, voy a tomar el medicamento para estar bien. Pero, a veces, el razonamiento es yo no estoy enferma, el enfermo eres tú. Tómalo tú si quieres. O sea, en esos términos.

En cambio, Esperanza, Esther, Carlos y Adela tomaban sus medicinas sin ninguna resistencia una vez controlados mentalmente a través de la medicación psiquiátrica. En los demás casos —Lorena, Natalia, Teresa, Lucía y Marcos—, los familiares no reportaron ningún problema de conducta relacionado con la toma de medicamentos, ni siquiera cuando caían en el descontrol mental.

5.2 La falta de control en la ingesta de alimentos y bebidas

Durante los periodos de descontrol mental, la mayoría de las personas enfermas —Esperanza, Natalia, Esther, Miguel, Teresa, Carlos, Sofía— manifestaban falta de control sobre la ingesta de alimentos y bebidas, generalmente tendiendo a comer mucho, a comer fuera de las horas de las comidas y a mostrar una gran predilección por los alimentos y las bebidas dulces.

Miguel tomaba aguardiente con cierta asiduidad mientras estuvo descontrolado mentalmente, pues, según él, le ayudaba a calmar sus dolores de cabeza. Teresa podía también comer plantas que crecían en el patio, aunque no fueran comestibles, y Esther, en algunas ocasiones, comer tierra agarrándola con sus manos, al igual que hacía Natalia. Sin embargo, las dos primeras veces que se descontroló mentalmente, Natalia no quería comer, apenas ingería alimentos, hasta el punto de que adelgazó ostensiblemente.

A comer tierra, y comía, y le decía yo: estás loca. Déjame, déjame, decía. Ya después de que [el bebé] nació, pues ya hacía más. Comía tierra, andaba recio, y hacía las cosas, y ella no podía hacer nada. Pero, en ese tiempo, ella no comía, se enfermó, se enflacó bastante, pero flaca, flaca, flaca, pues.

Y cuando tú le decías que no comiera tierra, ¿qué decía ella?

Ella decía: ay, quítate, a ti qué te importa, y se molestaba. (Luisa, hija)

La mayoría de las personas enfermas, una vez controladas mentalmente, conseguía controlar su alimentación siguiendo las indicaciones de sus cuidadores. La pauta alimentaria establecida por los médicos del Hospital Psiquiátrico de Oaxaca consistía en evitar el consumo de alimentos y bebidas excitantes del sistema nervioso —chile, café, Coca-Cola— y, en caso de padecer diabetes, evitar los alimentos y las bebidas azucaradas —galletas, pan dulce, refrescos, etc.—, pues un índice glucémico elevado desestabiliza el estado mental del enfermo y resta eficacia a los psicofármacos.

Sin embargo, las dificultades para controlar la alimentación seguían presentes en tres mujeres enfermas aun estando medicadas: Esperanza, Natalia y Sofía, quienes, además de su trastorno psicótico, padecían diabetes. Sus familiares reportaban que consumían pan dulce, galletas, chile, café, refrescos, Coca-Cola, etc., en definitiva, todo lo que resultaba contraproducente para su salud mental y orgánica. Elena, la hija de Esperanza, lo explicaba con estas palabras:

Pero, cuando toma café, se siente mal también, le duele la cabeza. El doctor le dice que no debe de tomar café, pero ella no, no hace caso a nosotros, se enoja cuando le decimos que no vaya a tomar café, se enoja. Y tampoco puede comer pan y ella no nos hace caso. Se siente mal, pues, porque todo, cómo le diré, su medicamento ya no funciona si come pan, porque pan contiene, este, está con la [grasa] de cochino, pues. Por eso no, no le funciona. Y ella no hace caso. Come pan y toma, este, café.

6. Las afectaciones a la imagen personal, el aseo y la higiene

Las personas enfermas, cuando están mentalmente descontroladas, manifiestan una pérdida de interés por el cuidado de su imagen personal, por su aseo y por la higiene del espacio donde viven —estos síntomas conductuales desaparecen cuando toman la medicación psiquiátrica en todos los casos—. Este desinterés por su imagen personal los lleva a descuidar su aseo, el corte de cabello y su peinado, el corte de las uñas, su forma de vestir. Elena comentaba que Esperanza, su madre, salía a la calle sin importarle si estaba despeinada o si estaba bien vestida.

Y se salía a la calle también. Cuando está mal, pues, se sale a la calle, no le importa, aunque esté fuerte el Sol. Andaba despeinada, no quería peinarse, pues, ni vestir, nada. Aunque ahorita, cuando sale a la calle, sí, sí se viste y se peina.

En los casos de Esperanza, Natalia y Esther, el descuido de su imagen personal llegaba, incluso, a perder la vergüenza de mostrarse desnudas ante los demás en plena calle. Cuando se descontrolaba mentalmente, además de una conducta marcada por la agresividad, Natalia perdía el pudor. En varias ocasiones, salió a la calle totalmente desnuda, a veces con un machete en la mano.

Le da miedo y corre, se quiere salir a la calle. Cuando la primera vez que se enfermó, andaba así encuerada en la calle. [...] Tres veces hizo así cuando estaba yo en Tuxtepec. Y no tiene mucho, tiene como dos años también que hizo así, que andaba ella ahí toda encuerada, que andaba sin nada con su machete, que quería pelear con la gente. (Luisa, hija)

El enfermo puede mostrar una pérdida de pudor sin llegar a salir a la calle “encuerado”. Miguel, que a menudo se bañaba en el río, cuando tomaba aguardiente, lo hacía completamente desnudo sin importarle si había mujeres u otras personas cerca de él. Teresa, en ocasiones, hacía sus necesidades en el interior de la vivienda y, cuando iba al patio, no le importaba si los vecinos la podían ver o no.

Otra manifestación común entre las personas enfermas era el descuido por su aseo personal, lo que hacía que sus cuidadores tuvieran que insistirles en que se asearan diariamente, pues podían pasar varios días sin querer bañarse¹⁶¹. La excepción era Miguel. Al contrario que los demás, Miguel se bañaba frecuentemente en casa o en el río para aliviar el calor que sentía en su cabeza y su cuerpo cuando su estado mental empeoraba, tanto en el día como en la noche. También se bañaba asiduamente porque se quejaba de que la gente le echaba pintura o grasa de víbora, lo que le llevaba, además, a lavar su ropa manchada en el río.

La renuencia a bañarse, en los casos de Teresa y Sofía, iba acompañada de una falta de control sobre el tiempo en la realización de su aseo. Teresa demoraba entre tres cuartos

¹⁶¹ Hay que tener en cuenta que San Felipe Usila tiene un clima caluroso y húmedo que provoca una abundante sudoración corporal.

de hora y una hora en bañarse y empleaba mucha agua, pues se enjabonaba, se enjuagaba con agua y volvía a enjabonarse. Si no le quitaban el jabón, no paraba hasta que lo acababa.

Esta falta de control sobre el tiempo del baño era más exacerbada aún en Sofía debido a su trastorno obsesivo compulsivo y a las instrucciones que le daban las voces que escuchaba. Sofía se bañaba por partes, repitiendo varias veces las acciones de enjabonarse, frotarse y enjuagarse la cabeza o una determinada parte del cuerpo. Después permanecía de pie, sin moverse, y así podía pasar mucho tiempo con el agua corriendo por la regadera del baño o por la llave del tanque de agua que había en el patio. Su esposo, don Augusto, se quejaba de que no tenía conciencia de la hora a la que se bañaba, pudiendo hacerlo a altas horas de la noche, ni de la cantidad de horas que pasaba, incluso en los días más fríos del invierno, ni del elevado gasto de agua que empleaba cada vez que se bañaba.

Mucho gasto de agua. Gasta todo el tanque en su baño, un tanque de un metro de alto por un metro de ancho. No le importa, está en su espacio. Cuando se baña, se lleva la silla, se queda sentada, se lava, pero siempre con la llave dada y el agua corriendo. Se pasa dos o tres horas bañándose. Cuando comienza a las 11 de la noche, acaba a las 2 de la mañana, lo que hace que no pueda descansar bien, ya que me levanto a las 6 de la mañana. A veces me contesta bien, otras veces me agrade: estoy en mi casa y hago lo que quiero. Vive en su mundo, no le importa.

En ciertos casos, el descontrol mental unido al deterioro cognitivo les hacía perder casi por completo el sentido de la higiene y, en el caso de Carlos, el control sobre sus necesidades urinarias y escatológicas, especialmente en la noche cuando se quedaba dormido. Esther orinaba y defecaba al lado del catre donde dormía —posteriormente, le harían una cama de cemento—, en vez de hacerlo en el área de baño que había en su mismo cuarto, y utilizaba su ropa para limpiarse y limpiar los orines y los excrementos que había en el suelo. Una vez ensuciada, arrojaba la ropa fuera de su cuarto a través de los barrotes de la ventana de la puerta. Como también rompía su ropa casi diariamente debido a que veía “animalitos” en ella, ello provocaba que, a menudo, Esther estuviera semidesnuda o desnuda. Y, en algunas ocasiones, así salía a la calle cuando conseguía escaparse de su cuarto.

Parece un niño, no sabe quehacer, la enfermedad de ella, ella no hace nada, no puede hacerlo. Y la ropa está rompiendo, ¿no? Y ahí está cagando en su lugar donde estaba, ¿no? Como yo le dije hace rato, yo le hice el baño, ya está listo el baño, pero no quiere entrar ella en el cuartito, no más quiere donde está la cama y eso. Ahí tiene un catre allá y lo mismo está ahí, orinando en mismo lugar y la misma casa también. La ropa, lo mismo, tiene ropa y ropa, ensuciar de mañana, ¿no? Se vuelve a poner otra, ¿no?, de nuevo, vaya. Ayer compré una nueva de ella, pero ahora no sirve. Bien sucia está, orinando y cagando y todo eso, así es la enfermedad de ella. Pues ni modo, no se puede hacer nada, vaya. (Don Francisco, padre)

Carlos eran tan reacio a asearse que podían pasar tres o cuatro semanas hasta que su madre lograba que se bañara y le permitiera cortar el pelo y las uñas y rasurarle la barba. Su deterioro cognitivo provocó que estuviera varios años sin tener control sobre sus necesidades de orinar y defecar, sobre todo en la madrugada, pues, al padecer insomnio, cuando le vencía el sueño, quedaba profundamente dormido. Su ropa, por tanto, se ensuciaba de sudor, orines y excrementos y se tornaba maloliente, pero su madre sólo conseguía que Carlos se mudara de ropa una vez a la semana. Cuando doña Julia insistía en que debía asearse, bien se enojaba, bien le contestaba argumentos que no guardaban una relación lógica, pensamientos inducidos por el espíritu maligno que lo dominaba y lo engañaba.

No se baña porque luego dice que le rompen los tenis o que le hacen maldades. Bueno, ésa es la razón de que no quiere bañarse.

¿Pero quién le hace maldades?

Me imagino que alguien que ve, como alucina, alguien que ve. Luego dice que fulano, que zutano, que en la fábrica de España ya no va a haber zapatos, ya no van a mandar zapatos para acá, que se va a quedar sin zapatos, y que yo voy a tener la culpa si le sigo insistiendo en que se bañe. Bueno, son cosas que le vienen a su propia mente, ¿no?, que el Enemigo le engaña de esa manera para que no se pueda bañar.

7. Las conductas compulsivas y repetitivas

Las conductas compulsivas y repetitivas se presentaron en tres casos: Carlos, Teresa y, sobre todo, en Sofía —quien, además de sufrir un trastorno psicótico, padecía un trastorno obsesivo compulsivo—.

El comportamiento compulsivo se manifestó en Carlos durante dos etapas concretas dentro del largo periodo en que permaneció mentalmente descontrolado. Durante una temporada que se prolongó varios meses, rompía frecuentemente sus pantalones porque los desgastaba de tanto frotar sus muslos con las manos. Anteriormente, poco antes de que su enfermedad se manifestara y empezase a hablar solo, Carlos se puso a escribir y dibujar en cuadernos y hojas, escribiendo y dibujando sin parar frases y dibujos extraños.

Así empezó primero: escribiendo, dibujando. Y se la pasaba escribiendo y dibujando, no un cuaderno ni otro, ni otro, porque yo no lo veía así, como yo digo, ¿no? A veces, a uno le gusta agarrar un cuaderno y dibujar, entretenerse, ¿no?, escribir. Pero él siempre dibujaba helicópteros, dibujaba el mundo, dibujaba las montañas, dibujaba los muñequitos por acá, los soldaditos por allá con sus armas.

Así empezó. Pero no hablaba, ¿eh? Él no hacía ademanes, nada. Así empezó, dibujando, dibujando, dibujando.

Pero, ¿y dibujaba mucho tiempo?

Mucho tiempo. Se la pasaba dibujando.

Así, ¿libretas y libretas?

Sí, sí, sí, dibujando todo lo que encontraba, y dibujando y dibujando y dibujando y escribiendo. Ajá.

¿Y qué escribía?

Pues escribía del Universo, de que la guerra, de un montón de cosas, puras cosas así de pleitos, de desastres, cosas que ni yo entendía a veces. Ajá. Yo le decía me da flojera ver tu cuaderno, porque así era yo también, ni le ponía atención. ¿Qué tanto, qué tanto dibujas?, le decía yo. ¿Vas a ser un dibujante o qué? Nada más le decía yo. Dibujaba, dibujaba. Cuando ya pasó el tiempo de dibujar, ya paró de dibujar, entonces fue cuando empezó a hablar [solo], cuando vio la luz. Ahí fue el primer día. Ahí sí me acuerdo clarito, clarito. (Azucena, hermana)

En el caso de Teresa, las acciones repetitivas aparecían solamente mientras estaba mentalmente descontrolada y estaban vinculadas a su agitación psicomotora. Además de enjabonarse y enjuagarse una y otra vez hasta gastar el jabón si sus familiares no estaban pendientes de ella, se lavaba las manos continuamente y, cuando fregaba la vajilla, podía lavar un traste, enjuagarlo, posarlo en la batea, volverlo a lavar, volverlo a enjuagar y así sucesivamente. También tenía propensión a mudarse de ropa varias veces al día.

La conducta compulsiva y repetitiva seguía presente en Sofía aun medicada, pero se volvía muy notoria en los periodos de descontrol mental, pues no sólo se agudizaba su trastorno obsesivo compulsivo, sino que su pensamiento y su comportamiento estaban dominados por las indicaciones y las órdenes de las voces que escuchaba. La compulsión y la repetición se manifestaba en acciones cotidianas como salir y entrar de la casa, cerrar la puerta de entrada, abrir y cerrar cajones, encender la luz, encender la televisión, barrer la casa, limpiar la estufa de la cocina, lavar los trastes, lavar la ropa, lavarse las manos, bañarse.

Antes de salir de la casa, Sofía iba y venía 2 o 4 veces desde la puerta a la raya que había en el suelo de cemento de la sala de estar. A la hora de entrar en la vivienda, subía el escalón, se quedaba de pie en el umbral de la puerta, descendía el escalón, lo volvía a subir y entraba en la casa. Siempre subía y descendía el escalón al menos 1 vez, pero frecuentemente lo hacía 3 veces seguidas, pudiendo quedarse inmóvil en el umbral de la puerta durante un buen rato. Cuando quería cerrar la puerta de entrada, la cerraba y la abría 3 veces con estruendo, y lo mismo sucedía cuando abría y cerraba los cajones del mueble. Cuando cogía un vaso, lo elevaba un poco y lo posaba, y volvía a repetir esta secuencia de acciones 3 o 4 veces una detrás de otra. En el momento de encender la televisión, una vez que estaba encendida, enseguida la apagaba, y así 3 veces seguidas. Cuando prendía la luz, pulsaba el apagador 2 veces con cada dedo de ambas manos, y

encendía y apagaba la luz 3 o 4 veces. Estando en la casa, podía mover los pies hacia adelante dando pequeños pasos y, a continuación, volver sobre sus pasos.

Las acciones compulsivas y repetitivas hacían que tardara mucho tiempo en realizar las tareas de limpieza. Al limpiar la casa, solía barrer el mismo espacio, la sala o un cuarto, dos o tres veces. Cuando limpiaba la estufa de la cocina, lo iba haciendo por partes, siguiendo un determinado orden y una serie de acciones que hacía, deshacía y volvía a hacer, lo que motivaba que demorara varias horas en terminar. A la hora de lavar la ropa, sacaba y metía las manos en el agua con jabón 3 o 4 veces seguidas, lavaba y enjuagaba cada prenda 3 veces, etc. En el lavado de los trastes, Sofía lavaba cada traste 10 veces y, después de lavarlo, lo enjuaga 10 veces, y volvía a repetir la operación de lavar el traste 10 veces y enjuagarlo 10 veces. Además, seguía un orden determinado en el lavado: tazas, vasos, platos, cucharas, sartenes, ollas; el orden que su madre le había enseñado. Cuando su estado mental mejoraba, no lo hacía 10 veces, sino 3 veces: lavaba el traste 3 veces con jabón y luego lo enjuaga 3 veces. En otras ocasiones, contaba hasta 6 cada vez que lavaba un traste y cada vez que lo enjuagaba siguiendo las instrucciones de Sara, la voz que le hablaba:

Sara dice cómo debo de lavar mis trastes. Cuento 1, 2, 3, 4, 5, 6, cuando lavo mi taza, y cuento 1, 2, 3, 4, 5, 6, cuando enjuago mis trastes, las tazas, los trastes, las cucharas, el vaso. Así hago cuando lavo mis trastes, lavo mi sartén, las ollas, cuento hasta 6. Como no gasto bastante agua, así lavo.

Sofía se lavaba las manos realizando unos ciertos movimientos un cierto número de veces en un cierto orden: primero se frotaba las palmas de las manos, luego, cerrando los puños, se tallaba el lateral de una mano contra la palma de la otra mano y, a continuación, giraba la mano y la tallaba contra la palma de la otra mano. Cada movimiento era realizado 3 veces seguidas.

La repetición, la compulsión y, por ende, la tardanza aparecían también en el momento de bañarse. Sofía demoraba entre dos y tres horas en terminar su baño, convirtiéndose en un momento de gran desesperación y angustia en los periodos de crisis psicótica. Al igual que en las tareas de limpieza, se enjabonaba y enjuagaba por partes siguiendo un determinado orden, contando en voz alta hasta 4, hasta 6 o hasta 10 utilizando los dedos de las manos y repitiendo cada acción de enjabonado y enjuagado un determinado número de veces que podía variar: 2, 3, 4, 6 o 10 veces. Además, Sofía permanecía de pie inmóvil durante largos ratos después de haber terminado una secuencia. La ejecución de las diferentes acciones seguía las indicaciones de las voces que le hablaban, en especial la voz de Sara:

Dice ella [Sara] que así debo de bañarme. Me baño rápido. Primero me mojo la cabeza, cuento hasta 10: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, y luego termino rápido. ¿Sabe cómo dice ella? Mi cabello lavo con champú dos veces. Mojo mi cabello, echo champú y enjuago con agua de regadera. Y luego otra vez. Dos veces me tallo, tallo

mi cuerpo con estropajo. Me echo jabón, tallo mi cuerpo, enjuago, y otra vez me echo jabón, tallo mi cuerpo y enjuago.

8. Cantar, aplaudir, bailar, saltar

Las conductas de cantar, aplaudir, bailar o saltar en el interior de la vivienda, en el patio o en la calle, fuera de un contexto social apropiado, se manifestaron en un hombre —Marcos— y en la mayoría de las mujeres —Esperanza, Lorena, Esther, Teresa, Sofía, Adela— durante los periodos de descontrol mental.

Marcos, como se ha referido anteriormente, cantaba, tocaba la guitarra y bailaba con gran habilidad siguiendo los mandatos de las voces que escuchaba, llegando incluso a bailar sosteniendo todo su cuerpo sobre el dedo gordo del pie.

Y chale, estaba yo bailando con un pie, con un dedo gordo y luego otro así. Tzs, digo, pero no sé. Y mi esposa se huyó ese día de la casa, se fue, se fue. Y luego empecé a cantar también música, porque así se estaba proyectando mi cerebro, pues, cantaba cosas. Sí, son cantos que yo aprendí en la escuela, como El pajarito Oaxaqueño, así yo estaba cantando, ¿no? No sé si ha escuchado esa canción. Pajarito oaxaqueño, pajarito, así me enseñaron en la escuela, pues, y esa canción se revivió cuando yo estaba enfermo. Estaba yo cantando y, según, que yo estaba tocando guitarra también. Porque sí estaba, así me estaba pasando, pues, y sí estaba yo escuchando voces, por eso yo lo estaba actuando, pues. Pero no, no es algo bonito, sino es algo raro, porque estaba yo enfermo, loco, ¿no?

Si bien no inducida por las voces, en el comienzo de la enfermedad y posteriormente, Esperanza cantaba y bailaba, a veces también aplaudía, como hacía igualmente su hermana Lorena.

Cuando Esperanzase descontroló mentalmente, ¿ella qué hacía? ¿Qué decía?

Que la gente le odia, que la gente habla muy mal de ella, y que hay que tener mucho cuidado con la gente porque son malos, quieren hacer maldad, quiere hacer daño. Y empezaba a cantar cantos de la iglesia, y cantaba muy bien. No se equivocaba, pues. Cantaba muy bien.

¿Y qué más hacía?

Hay veces que se ponía a bailar, se ponía a bailar de vez en cuando. [...] Hay veces que aplaudía también. (Don Rafael, hermano)

Años después, Esperanzase puso a bailar en la calle, entre las dos hileras de puestos que habían montado los tianguistas con motivo de las fiestas de Usila, al son de la música

que sonaba por los altavoces. Avisada por unas vecinas, su hija Elena fue a buscarla para traerla a la casa.

Adela, al igual que Sofía, cantaba alabanzas, danzaba, levantaba los brazos y aplaudía en la casa, así como lo hacía cuando alababa a Dios en los cultos de la iglesia evangélica a la que pertenecía. Teresa entonaba cantos religiosos católicos, a veces pidiendo perdón a Dios, pero también cantaba canciones, bailaba y saltaba en el patio de la casa cuando escuchaba música o mientras estaba pendiente de la comida que se estaba cocinando en la lumbre.

Encerrada en su cuarto, Esther se ponía a cantar, muchas veces a voz en grito, cantos religiosos de la Iglesia católica, así como la canción mexicana de cumpleaños “Las Mañanitas”, el Himno Nacional de México o el Himno de Usila. Sus déficits cognitivos no le permitían recordar y cantar las estrofas coherentemente. Además, como explicaba su padre, su estado mental y anímico fluctuaban, y el cantar podía intercalarse entre los griteríos, la agresividad verbal y el llanto.

Porque hace, ¿no? Está gritando y habla mal, habla y todo eso, está cantando sus canciones y tanto eso. Así lo hace. Y dice así, ¿no? No más otra cosa, no más que dice, no más mentando madre y otra cosa, sí, y luego cantar como estaba ahorita, cantar, ¿no?, canciones y canto, todo eso. Lo mismo está ahorita cantando el canto de anoche cuando viene cantar, y luego llorar mala, ¿no?, luego chinga a su madre, mentada madre [risas]. Luego viene otra vez el cantar, ¿no?, un canto de la iglesia. Un rato bien, un rato nooo. Después dice: chinga su madre, dice [risas]. Pero está mala, ¿no? Por eso no puede cantar bien, ni cuenta sabe ella lo que está cantando, ¿no? Cantando como enferma eso. (Don Francisco)

9. Los comportamientos infantiles

La aparición de comportamientos infantiles, como jugar, hacer berrinches, querer jugar con los niños y las niñas, a veces con sus propios hijos pequeños, fueron referidos por los familiares de varias mujeres enfermas: Esperanza, Natalia, Teresa y Adela.

Elena explicaba que su madre se comportaba como una niña y jugaba con los niños vecinos, emulando las actividades de rehabilitación que había realizado durante su internamiento hospitalario: cantar, bailar, jugar con un balón. Esperanza era consciente de que había actuado infantilmente en esas ocasiones.

Elena: Cuando regresó allá, cuando fue a Oaxaca, aquí caminaba corriendo. Corre aquí, pues, viene para acá y va para allá corriendo. Y cuando ve una pelota, agarra y juega acá, y más si están los chamacos jugando en la calle, ahí va, se siente como niña, pues.

¿Eso antes de ir a Oaxaca?

Elena: No, cuando regresó allá de Oaxaca, porque me dijo que en Oaxaca jugaba, cantaba, bailaba, hacía dinámica allá, pues. Y ella, cuando regresó aquí, practicaba todo eso. Y, como son los chamacos, se burlan. Por eso mejor la llevamos para acá, y ella se enoja y grita.

Esperanza: Antes también bailado, bailaba la música, porque así lo quiere, me da cuenta. Jugamos con niños chiquitos, está así también. Cómo sube él en la casa, porque así quiere Jesucristo.

Elena: [risas] Ella le decía al niño ese que subiera ahí, y ella lo sigue subiendo allá, en la casa esa que está ahí de madera. Y ella subía, subía ahí, y el niño también. Primero le dice al niño que se sube, pues, y ella lo sigue [risas de todos].

Esperanza: No sabe el niño que estoy enferma.

Elena: Y juega con el niño. Porque antes le odiaba el niño, no, no. Cuando el niño estaba viendo ahí, le saca la lengua, ajá, le saca la lengua, y al niño le dio miedo. Y de ahí, cuando se recuperó de nuevo y habló con el niño, de ahí se hicieron amigos, y de ahí se volvió a enfermar también. (Esperanza y Elena)

Natalia también se comportaba como una niña: no se preocupaba de cumplir sus responsabilidades, no quería comer, tiraba el plato, hacía berrinches, lloraba, jugaba con sus hijas pequeñas. Una vez Natalia y sus dos niñas pequeñas sacaron toda su ropa limpia para jugar en el patio.

Y ya no comía, y ya nada, ya no tenía hambre, y yo le daba de comer y tiraba la tortilla. Y jugaba como si fuera un niño, pues, jugaba. Y después empezó a sentar y a llorar, a llorar y, como mi abuelita tenía la casa más para allá, y venía hasta por acá a llorar, a llorar, y a veces iba a sentar allá, y a comer tierra.

[...] Porque el primer mes, ¡ah, su mecha!, ya no, ya no sabía qué hacer, porque parecía una niña chiquita mi mamá, pues. No sé, no, totalmente se le perdió la memoria.

Pero cuando dices que era como una niña chiquita, ¿qué hacía?

Pues jugaba tierra, jugaba así, como un niño, como los chamacos, pues, como Edith [hermana pequeña] ahorita que juega, así que no piensa nada. No piensa qué hora comer, y yo le daba de comer y no quería. Hacía como berrinche, aventaba el plato por allá, no quería. Y yo le decía a mi abuela, cómo le doy. Mientras que [el bebé] está llorando allá, y le digo voy a ver el niño, fíjate de mi mamá. (Luisa, hija)

Cuando está mentalmente descontrolada, “Teresa es como si fuera una niña”. Le gusta mucho relacionarse y jugar con los niños y las niñas. Un día llegó a la escuela donde trabajaba su hermana y se puso a correr en la cancha, a jugar y saltar en los juegos infantiles con gran habilidad.

Adela se ponía a reír y jugar con las personas que le hablaban. Como explicaba uno de sus hijos varones, además de dejar de asumir sus responsabilidades como mujer adulta, fue mostrando comportamientos extraños, propios de los niños, como querer ir a recolectar nanches o naranjas con sus hijas pequeñas o recoger leña menuda cuando iba al cerro. Emmanuel, uno de sus hijos varones así lo explicaba:

Y ya fue así, poco a poco, que cuando ya me di cuenta ya quería ir a recoger nanches con mis hermanitas, así cosas que hacen los niños. Ya no le daba pena salir a hacer esas cosas, a recoger nanches o a cortar naranjas, de esas cosas. Y ya, cuando iba a traer leña, ya no traía leña así muy buena, sino que cualquier palito que encontraba en la calle ella recogía; sino que se enfocaba más en comer, quería naranjas, nanches, o cualquier cosa que encontraba ahí, ya lo recogía.

Síntomas conductuales y psicomotrices

Persona enferma	Fase padecimiento	Desordenar y cambiar de sitio las cosas	Renuencia a tomar medicamentos	Falta de control sobre la comida y la bebida	Afectaciones a imagen e higiene	Compulsión y repetición	Cantar, aplaudir, bailar, saltar	Conductas infantiles
Esperanza	Descontrol	✓	✓	✓	✓		✓	✓
	Medicación			✓				
Lorena	Descontrol						✓	
	Medicación							
Natalia	Descontrol			✓	✓			✓
	Medicación			✓				
Esther	Descontrol	✓	✓	✓	✓		✓	
	Medicación							
Miguel	Descontrol	✓	✓	✓	✓			
	Medicación		✓					
Teresa	Descontrol	✓		✓	✓	✓	✓	✓
	Medicación							
Lucía	Descontrol							
	Medicación							

Síntomas conductuales y psicomotrices

Persona enferma	Fase padecimiento	Desordenar y cambiar de sitio las cosas	Renuencia a tomar medicamentos	Falta de control sobre la comida y la bebida	Afectaciones a imagen e higiene	Compulsión y repetición	Cantar, aplaudir, bailar, saltar	Conductas infantiles
Marcos	Descontrol						✓	
	Medicación							
Carlos	Descontrol	✓	✓	✓	✓	✓		
	Medicación							
Sofía	Descontrol	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
	Medicación		✓	✓		✓		
Adela	Descontrol		✓				✓	✓
	Medicación							

Capítulo 22

Alteraciones del sueño, apatía, malestares físicos y efectos adversos de los medicamentos

Además de los síntomas perceptivos, cognitivos, emocionales, conductuales y psicomotrices, las personas enfermas y sus cuidadores reportaban insomnio en la noche y sueño en el día, apatía, malestares físicos, como dolores de cabeza y dolores musculares y articulares, y efectos adversos provocados por los psicofármacos: somnolencia, falta de vitalidad, diabetes, aumento de peso, movimientos involuntarios, temblores en manos, brazos, piernas y otras partes del cuerpo.

1. Alteraciones del sueño y apatía

El insomnio en la noche afectaba a todos los enfermos durante los periodos de descontrol mental, y la única forma de regular el sueño, de conseguir que volvieran a dormir por la noche, era recurrir a la medicación psiquiátrica. En palabras de Esperanza:

Seis años me acosté, siete, ocho años me acosté en la cama, y levanté este año. Siete años, siete años, creo, me acosté, pero los siete años ni quería trabajar. Elena [hija] lo lavó ropa, lo lavó trastes, nada más lo hago la comida, lo echa un poco de tortilla, a veces, pero Eusebio [esposo] lo compró tortillas, lo compró todo de comer chamacos, lo compró tortillas. Ahorita me trabaja un poco porque tomo la mitad medicina de dormir, la mitad, ya no tomo el [otro] medio. Si tomo el medio, ya no me siento dormir. Si tomo un cuarto y, si tomo la mitad, sí me duerme la noche. Cuando tomo un cuarto, no puedo dormir. Puro medicina me duermo. Si ya no hay medicina, no me voy a dormir. Sí, no me voy a dormir si no hay medicina.

En unos casos, el sueño se regulaba con la toma de antipsicóticos —Lorena, Natalia, Miguel, Lucía, Carlos, Sofía¹⁶²—, pero en otros era necesario que tomaran, además del antipsicótico, un sedante hipnótico —Esperanza, Esther¹⁶³, Teresa, Adela—. Marcos, una vez sanado, volvió a dormir normalmente.

Mientras estaban mentalmente descontroladas, las personas enfermas solían dormir entre dos y tres horas por las noches, sin que tuvieran un horario regular de sueño. En ciertos casos, como el de Natalia y Carlos, dormían aún menos. Doña Julia comentaba que Carlos, su hijo, sólo dormía entre media hora y una hora; algunos días, cuando ya le vencía el cansancio, podía conciliar el sueño durante dos o tres horas seguidas.

Se metió, se fue allá adentro, se puso a hablar otro poco, ay, hasta en la madrugada, se durmió un ratito no más, como una hora o media hora. En el día no duerme y, si duerme mucho, no sé qué día durmió tres horas o dos horas y media, es lo máximo que duerme. Más horas ya no va a dormir y en el día no duerme. No sé cómo no se ha enfermado. Creo que su mismo, un demonio le está ayudando a mi hijo, su mentalidad que tiene, no muy allá, pues. Este, a veces, digo: ay Señor, no sé qué hacer.

Durante las noches de insomnio, las personas enfermas hablaban solas, escuchaban voces, veían visiones, se mostraban inquietas caminando de un lugar a otro del cuarto o de la casa o, como en el caso de Natalia y Adela, querían salir de la vivienda: Natalia, huyendo del hombre amenazante que merodeaba por la casa y la perseguía; Adela, para recriminar a los vecinos que hablaran mal de ella y la amenazaran. Como relató Elena, la hija de Esperanza, las conductas de los enfermos insomnes impedían que los familiares pudieran descansar adecuadamente en las noches.

¿No duerme bien en la noche?

Sí, sí, ya duerme ya, porque antes hablaba en la noche, despertaba, a cada rato iba al baño. Se levantaba mucho, pero ahora ya, ya duerme.

¿Duerme seguido en la noche?

Duerme, duerme así, pues, bien, ya no se levanta. [...] Cuando mi papá le dice si se va al baño, entonces sí, ella sí se despierta. Nada más ahí y se vuelve a dormir. Porque antes sí se despertaba a cada rato, cada rato, no nos dejaba dormir.

En los periodos de descontrol mental o cuando el padecimiento mental no estaba bien controlado debido a una toma irregular de la medicación, al mismo tiempo que padecían

¹⁶² El insomnio fue un síntoma que padeció en ciertos periodos, como en el comienzo de la enfermedad y otros posteriormente, aunque el trastorno del sueño que prevalecía en Sofía cuando estaba mentalmente descontrolada era la somnolencia en el día.

¹⁶³ El estado mental de Esther nunca llegó a estar del todo bien controlado a través de la medicación. La toma de psicofármacos le permitía dormir unas cuatro horas seguidas y, cuando se despertaba en medio de la noche, permanecer tranquila en su cuarto hasta el amanecer. Al contrario de lo que sucedía en las noches durante los periodos de descontrol mental, cuando estaba medicada, Esther podía hablar sola y tener visiones, pero no se enervaba, no se enojaba, no gritaba, ni manifestaba agresividad verbal y física.

insomnio en la noche, varias mujeres enfermas padecían somnolencia y “flojera” en el día: Esperanza, Lorena, Natalia, Esther, Sofía y Adela. La somnolencia y la apatía, junto a los déficits cognitivos, provocaban que no cumplieran o cumplieran deficientemente sus obligaciones domésticas en sus respectivas familias.

Si no toma medicamento, no puede trabajar.

No, yo no puedo trabajar, sí, si no toma yo. Quién sabe. Necesita más, le dije yo. Quién sabe. Yo pienso, pues.

¿Pero cómo se siente? ¿Se siente cansada?

Sí, como cansada. Sí, a dormir yo a la cama también.

Duerme mucho.

Sí, cómo dormí, mucho, dormí mucho. No sé por qué. Tengo sueño, tengo sueño.

¿Cuándo, cuando no toma el medicamento?

Ajá, cuando no toma, sí. Tengo sueño, duele mi cabeza, duele mi cabeza, no quiero trabajar también. A la fuerza hago un poco, sí. (Natalia)

En el caso de Sofía, la somnolencia era muy acusada. Pasaba mucho tiempo durmiendo durante el día y, como explicaba su esposo, carecía de horario para levantarse o hacer una determinada actividad:

Le digo que para ella no existe el tiempo, no existe. Tanto, por ejemplo, si se pasó todo el día durmiendo, pues se despierta a las cuatro, cinco de la tarde, si hay que comer, come. Si se despierta a las ocho, si hay que bañarse, se baña. Si despertó a las diez, no digamos que ya es tarde, que hay que dormir, ¿no?, descansar. (Don Augusto)

2. Malestares físicos

Esperanza, Lorena, Natalia, Teresa, Sofía, Miguel y Marcos padecieron fuertes dolores de cabeza durante los periodos de descontrol mental —en el caso de Sofía los dolores de cabeza se manifestaron en el comienzo de la enfermedad y, posteriormente, de cuando en cuando—. En los años que estuvo mentalmente descontrolado, para aliviar sus dolores de cabeza, además de bañarse con agua fría, Miguel bebía aguardiente. Afirmaba que, cuando tomaba aguardiente, generalmente una vez a la semana, su dolor de cabeza y sus dolores en el cuerpo desaparecían. Durante más de un mes, Marcos sufrió constantes y fuertes dolores de cabeza, localizados sobre todo en la zona frontal, dolores acompañados de una intensa calentura tanto en la cabeza como en el cuerpo. Los dolores de cabeza persistieron después de recuperarse, remitiendo poco a poco, convirtiéndose en dolores repentinos y

punzantes asociados a una sensación de calor ardiente en la frente, hasta que desaparecieron al cabo de unos dos años.

Y de repente me llegaba un dolor, no sé, no sé adónde, nada más me sentía dolor en la cabeza, pero es por dentro, no sé adónde, pero, de repente, se me inyectaba un dolor, ay, y yo decía: ay, Dios mío, perdóname. O sea, siempre yo hablaba así, pues.

Era como un dolor punzante.

Ajá, algo así, pero, gracias a Dios, hasta esta altura ya se me quitó, aunque durante, ah su, como dos años estuve así desde que yo me enfermé.

¿Dos años?

Dos años.

¿Todos los días?

Todos los días, día y noche.

En los casos de Lorena, Teresa, Sofía y Miguel, los dolores de cabeza desaparecían cuando tomaban adecuadamente su medicación psiquiátrica. Sin embargo, Esperanza y Natalia siguieron padeciendo frecuentes y fuertes dolores de cabeza aun tomando sus medicamentos.

Aunque tomaba su medicación con regularidad, Esperanza sufría dolores de cabeza asiduamente, en ocasiones, dolores muy fuertes, especialmente en los meses calurosos, y asociados a una sensación de calor, de tener la cabeza caliente “como una piedra que está en el fuego”. Su dolor podía localizarse en la zona frontal, la zona occipital o en las zonas parietales, pero podía extenderse a toda la cabeza, y se calmaba o desaparecía recurriendo a analgésicos y refrescando su cuerpo con baños de agua fría —al contrario de lo que sucedía en el caso de Natalia, que sólo podía aliviar el dolor tomando psicofármacos—. A veces, sentía mareo y cierta dificultad para mantener el equilibrio, sobre todo cuando trataba de mirar hacia un lado. En los días en que el dolor de cabeza era muy agudo, Esperanza perdía las ganas de trabajar en el hogar:

¿Cómo está?

Pues no me siento bien todos los días. A veces me despierto, que me lava traste, a veces me acuesto. Pero me da dolor fuerte mi cabeza.

¿Sigue con el dolor de cabeza?

Sí, ahorita tengo mucho dolor mi cabeza, bastante. Ayer y antier no quise trabajar. Pero cuando estoy bien, no estoy así, pero bien trabajo cuando estoy bien. Pero apenas yo no quiero trabajar por enfermedad, creo, porque dolor mi cabeza se siente muy fuerte.

Natalia también padecía habitualmente dolores de cabeza aun estando medicada, un dolor que abarcaba las áreas de las sienas y desde la frente hasta la coronilla o la nuca.

Cuando dejaba de tomar sus medicamentos durante varios días seguidos, además de padecer insomnio en la noche y somnolencia en el día, los dolores de cabeza, a veces acompañados por una sensación de calor, se volvían tan agudos que, al igual que a Esperanza, le quitaban las ganas de realizar las tareas domésticas. Había momentos, especialmente en los días muy calurosos, que no le apetecía hablar con nadie y buscaba sentarse aparte y permanecer en silencio. Además, cuando sufría estos fuertes dolores de cabeza, tenía la sensación de que su cabeza aumentaba de tamaño y se volvía muy pesada.

Me duele, pero está grande mi cabeza, tengo calor mi cabeza, grande, pero pesa, pesa, pesa, pesa, pesa, está grandote. Estoy hablando, estoy hablando con Alfonso [esposo], pues, y enseguida lo busca dinero porque quiere me voy a estar tomando medicina, pues. Sí, lo busca dinero. Si no estoy tomando esa medicina como ocho días, como diez días nomás, así lo estoy bueno. No tengo calor, pues, no tengo calor en mi cabeza como quince días, como ocho días así, así hace. Si tengo calor, no puede dormir, yo no puedo dormir, sí.

Otro malestar físico presente en Esperanza, Lorena y Natalia, aun medicadas, y en Miguel, Teresa y Marcos, estando mentalmente descontrolados, era experimentar mucho calor. Todos ellos, con frecuencia, sentían mucho calor en su cabeza y su cuerpo, lo que les llevaba a bañarse varias veces al día con agua fría a fin de mitigar su intensa sensación de calor. En el caso de Miguel, era frecuente que se refrescara yendo a bañarse al río.

Esperanza y Natalia, además de sufrir dolores de cabeza y sensaciones de calor en cabeza y cuerpo, padecían dolores musculares y articulares¹⁶⁴. Esperanza padecía frecuentemente rigidez y dolores musculares en los brazos, las manos, las piernas, los pies, la espalda; dolores en las articulaciones de los hombros, los codos, las muñecas, las rodillas, los tobillos, independientemente de que hiciera frío o calor.

Pero a veces me da un fuerte dolor en todo mi cuerpo. No sé por qué. Un día nada más se me pasa y otro día me pasa bien, y el otro día no me siento bien, pero yo sentirme mejor. Voy a hacer oraciones en la iglesia. Voy a pedir al Señor para que me sana, porque todavía están chiquitos mis hijos, no están grandecitos.

Natalia, a veces, se quejaba de que le dolía la espalda, otras veces, le dolía todo el cuerpo, hasta el punto de que le impedía dormir en las noches. Cuando le dolía la cabeza, sentía rigidez y dolor en los brazos, además de experimentar pérdida de fuerza. También sentía rigidez y dolor desde las caderas hasta las piernas.

¹⁶⁴ La rigidez muscular y los dolores articulares y musculares podían ser efectos adversos de los psicofármacos, así está recogido, pero no fueron identificados como tales por estas mujeres enfermas ni por sus familiares. La excepción fue Marcos, quien se había percatado de que la medicación le provocaba rigidez muscular en su cuerpo.

3. Efectos adversos de los medicamentos

Los psicofármacos provocan aplanamiento vital y somnolencia, efectos adversos presentes en la mayoría de los enfermos: Esperanza, Natalia, Esther, Miguel, Teresa, Lucía, Sofía y Carlos. Sofía explicó cómo tomaba un cuarto de tableta de antipsicótico en lugar de media tableta o una tableta completa para evitar padecer mucho sueño.

Sofía: Cuando tomo uno, cómo dice, una pastilla me da sueño, me da sueño. Y cuando tomo la mitad, cuando tomo la mitad, me da sueño también. Pero si tomo un poquito nada más, ya no me da sueño, un poquito, la mitad.

Don Augusto [esposo]: una cuarta parte.

Sofía: Corto con, corto con el cuchillo un poquito nada más. Ya no me da sueño, ya no me da sueño. Nada más tomo un poquito, a veces.

[...] *¿Sí tiene sueño, ¿eh?*

Sofía: Sí, es que tomé la pastilla también. Tomé la mitad, hice, tomé la mitad, hice dos, hice dos pedazos, corté con el cuchillo. Ayer tomé la mitad, corté dos pedazos también, dos pedazos a la mitad, pero luego me da sueño. Si tomo un poquito nada más, un poquitito así, un poquitito así, no me da sueño. La mitad tomé hace rato, por eso me da sueño. (Sofía y don Augusto)

En los casos de Esther, Miguel, Teresa, Sofía y Carlos, el acostumbramiento a la medicación, el ajuste de las dosis o la administración de otros psicofármacos corregían en gran medida estos efectos adversos, no así en los casos de Esperanza y Natalia.

Esperanza sólo conseguía dormir y realizar ciertas tareas domésticas si tomaba su medicación, pero, al mismo tiempo, esta medicación le causaba somnolencia y apatía. Esperanza se quejaba a menudo de que padecía mucho sueño y falta de vitalidad, lo que le provocaba una gran “flojera”, que no tuviera el vigor necesario para realizar las tareas domésticas. Le costaba levantarse temprano por la mañana y, después de levantarse, trabajaba un poco y volvía a acostarse, pues enseguida sentía cansancio y mucho sueño. En la tarde le sucedía lo mismo. Había veces que no podía trabajar nada y se pasaba casi todo el día acostada.

En mayo, yo me sentí que me voy a morir también otra vez. Hasta me caigo al suelo, hasta me caigo. Ya no puedo trabajar nada, nada, nada, nada. Tenía flaca mi barriga, tenía flaquita mi mano también, ya no me aguanto trabajar. Y ahora sigue adelante, no puedo trabajar diario. Yo quiero trabajar, nada más no puedo trabajar.

¿Por qué no puede trabajar?

Me da sueño. Y ahora quiero bordar, porque yo vendía una servilleta para comprar una medicina, para ayudar a mi esposo, sí. Pero ahorita no, ya no puedo trabajar. Sí quiero trabajar, ya no me da gana.

[...] Yo me sentí en la mañana que no quiero trabajar nada, nada. Me dormí, hace ratito me levanté. Antes cómo limpiaba mi cuarto, pero ahorita ya no me da gana para limpiar.

Las dos primeras veces que se descontroló mentalmente, debido a las medicinas que tomaba, Natalia padeció mucha somnolencia y se pasaba el día durmiendo. No se responsabilizaba de nada ni tampoco de sus hijos. No se preocupaba de darles de comer, ni se despertaba para amamantar a su bebé cuando lloraba, hasta que, pasados unos meses, se acostumbró a la medicación. Posteriormente, la somnolencia y la baja vitalidad no eran tan agudas como en el comienzo de la enfermedad, pero eran síntomas que se manifestaban con asiduidad y que dificultaban su desempeño en el trabajo doméstico.

Otro de los grandes efectos adversos era la aparición de temblores continuos en las extremidades y otras partes del cuerpo o, como en el caso de Miguel, de movimientos involuntarios. Miguel, a principios de 2013, tras ser nuevamente medicado después de varios años de descontrol mental, presentó durante unos meses un balanceo involuntario de la cadera hacia adelante y hacia atrás y ligeras genuflexiones en las piernas —estos movimientos involuntarios desaparecieron al cambiar el antipsicótico—.

Los temblores eran leves en Esperanza —brazos y manos— y Sofía —piernas—, al contrario que Esther, quien sufrió este efecto adverso agudamente en diversos periodos de su vida, provocando que los psiquiatras le tuvieran que cambiar el antipsicótico en diversas ocasiones. La última vez que sufrió estos efectos extrapiramidales, entre finales de 2012 y finales de 2013, además de una abundante salivación, Esther experimentó un acentuado temblor en brazos, manos, piernas, laringe, boca, lengua, hasta el punto de que beber o llevar la comida a su boca con la mano, retener la comida en la boca y masticarla se convirtieron en acciones dificultosas y necesitaba que le dieran de comer. También experimentó alteraciones en la marcha: caminaba con el torso encorvado hacia adelante, a veces su paso se aceleraba sin control y terminaba cayendo al suelo sin tener la reacción de protegerse con sus manos. Después de varios meses, el cambio de antipsicótico redujo considerablemente los efectos extrapiramidales, ciñéndose a un leve, aunque constante, temblor en brazos y manos.

Otros efectos adversos que las personas enfermas constataron fueron resequedad en los labios y la boca —Miguel, Sofía—, desarreglos menstruales —Lucía—, aumento de peso —Teresa, Lucía, Carlos—, controlado a través de la dieta, y diabetes —Esperanza, Natalia, Esther, Sofía—, no bien controlada mediante medicamentos antidiabéticos¹⁶⁵.

¹⁶⁵ Los médicos psiquiatras eran conscientes de que los psicofármacos alteraban el metabolismo de los pacientes y podían provocar aumento de peso y diabetes. Así, cada vez que los enfermos acudían a su cita en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, el personal de enfermería los pesaba y les medía su índice glucémico.

Alteraciones del sueño, apatía y malestares físicos

Persona enferma	Fase padecimiento	Insomnio	Somnolencia	Apatía	Lozana de cabeza	Lozana musculares y articulares	Sensaciones de mucho calor
Esperanza	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓		✓
	<i>Medicación</i>				✓	✓	✓
Lorena	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓		✓
	<i>Medicación</i>						✓
Natalia	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓		✓
	<i>Medicación</i>				✓	✓	✓
Esther	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓			
	<i>Medicación</i>	✓					
Miguel	<i>Descontrol</i>	✓			✓		✓
	<i>Medicación</i>						
Teresa	<i>Descontrol</i>	✓			✓		✓
	<i>Medicación</i>						
Lucía	<i>Descontrol</i>	✓					
	<i>Medicación</i>						

Alteraciones del sueño, apatía y malestares físicos

Persona enferma	Fase padecimiento	Insomnio	Somnolencia	Apatía	Lorena de cabeza	Lorena musculares y articulares	Sensaciones de mucho calor
Marcos	<i>Descontrol</i>	✓			✓		✓
	<i>Medicación</i>				✓	✓	
Carlos	<i>Descontrol</i>	✓					
	<i>Medicación</i>						
Sofía	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓	✓		
	<i>Medicación</i>						
Adela	<i>Descontrol</i>	✓	✓	✓			
	<i>Medicación</i>						

Efectos adversos de los medicamentos

Persona enferma	Somnolencia	Temblores y movimientos involuntarios	Alteraciones en la marcha	Resequedad en los labios y la boca	Aumento de peso	Diabetes	Desarreglos menstruales
Esperanza	✓	✓				✓	
Lorena							
Natalia	✓					✓	
Esther	✓	✓	✓			✓	
Miguel	✓	✓		✓			
Teresa	✓				✓		
Lucía	✓				✓		✓
Marcos							
Carlos	✓				✓		
Sofía	✓	✓		✓		✓	
Adela							

Quinta Parte

La incidencia del padecimiento mental en la vida familiar

Capítulo 23

La incidencia del padecimiento mental y su manejo en el matrimonio

La mayoría de las personas enfermas, 8 de un total de 11, estaban casadas cuando enfermaron mentalmente: 6 mujeres, 4 mujeres católicas —Esperanza, Natalia, Esther y Lucía— y 2 mujeres evangélicas —Sofía y Adela—, y 2 hombres, 1 hombre católico —Miguel— y 1 hombre evangélico —Marcos—. El resto de enfermos, 2 mujeres católicas —Lorena y Teresa— y 1 hombre evangélico —Carlos— no pudieron contraer matrimonio al haber enfermado siendo personas solteras.

Personas casadas y no casadas cuando enfermaron

	Familias católicas	Familias evangélicas
Personas casadas cuando enfermaron	Esperanza Natalia Esther Miguel Lucía	Marcos Sofía Adela
Personas no casadas cuando enfermaron	Lorena Teresa	Carlos

Cuando el trastorno esquizofrénico o psicótico aparece en un hombre o una mujer casada, las alteraciones en el pensamiento, la emocionalidad y la conducta afectan a diferentes dimensiones de su relación matrimonial: el cumplimiento de los roles conyugales, la convivencia, el apoyo mutuo, la relación psicoemocional y afectiva, la comunicación, la vida social de la pareja, la sexualidad reproductiva, la estabilidad del

vínculo matrimonial. La afectación es máxima en los periodos de descontrol mental y, una vez que la persona enferma es medicada, la incidencia disminuye en mayor o menor grado en función de su apego al tratamiento, la eficacia de la medicación en el control de los síntomas y los efectos adversos de los psicofármacos.

1. El incumplimiento o el cumplimiento deficiente de los roles conyugales

La aparición de la enfermedad psicótica en el esposo o la esposa repercute negativamente en el cumplimiento de sus roles conyugales. El hombre deja de poder realizar o realizar adecuadamente las tareas agrícolas de la milpa o de desempeñar un trabajo remunerado y, por ende, de garantizar la manutención de su familia, así como las tareas domésticas que le corresponden. La mujer, por su parte, deja de poder hacer o hacer adecuadamente las labores del hogar, las tareas relacionadas con la crianza de los niños y de cumplir con los requisitos del programa social PROSPERA, y deja de realizar las tareas productivas que solía asumir.

En los periodos de descontrol mental, la enfermedad provoca un incumplimiento total de los roles conyugales, pues los enfermos experimentan una pérdida gradual o abrupta de la motivación por el trabajo y del sentido de la responsabilidad, que se suma a una discapacidad cognitiva resultado de los déficits que aparecen en la atención, la memoria, la comprensión y el razonamiento, y de los déficits que afectan a las funciones de planificación, ejecución y evaluación de las acciones. En el caso de los hombres —Miguel, Marcos—, al abandonar su actividad productiva y doméstica, la manutención de sus mujeres e hijos es asumida por su familia paterna, que cuenta con la cooperación de los hermanos varones. Cuando las mujeres¹⁶⁶ —Esperanza, Natalia, Esther, Sofía, Adela— se descontrolan mentalmente, son sus hijas y/o sus madres quienes asumen las tareas del hogar y el cuidado de los niños que las enfermas dejan de poder llevar a cabo. También la suegra puede implicarse en las tareas domésticas relacionadas con el hogar y la crianza de los niños, como en los casos de Esperanza y Esther.

Algunas personas enfermas, cuando toman regularmente su medicación, vuelven a asumir sus roles en el matrimonio, si bien con ciertas deficiencias. Una vez sanado, Marcos volvió a trabajar vendiendo mojarras y camarones, pero acabó abandonando ese comercio para dedicarse a arreglar zapatos y vender tepejilote durante la temporada que crece en los cerros, actividades que requieren una menor dedicación y, por consiguiente, una menor exigencia. Como sus ingresos no eran suficientes para mantener a su familia, la suegra los acogió en su casa y el hijo primogénito, que trabajaba en la ciudad, les enviaba dinero.

¹⁶⁶ Un caso excepcional es el de Lucía, pues no hubo necesidad de que nadie asumiera los trabajos domésticos y productivos que ella realizaba ni el cuidado de sus hijos al haber enfermado cuatro días después de contraer matrimonio.

Las labores del hogar y el cuidado de los niños pueden ser asumidos por Natalia y Adela, siempre que las acciones no exijan cierta complejidad cognitiva como orientar psicosocialmente a sus hijos, asistir a las reuniones de padres en la escuela, supervisar el cumplimiento de las tareas escolares de los niños, comprar materiales escolares, etc. No realizan tampoco tareas productivas y, al igual que Esperanza y Sofía, su participación en el programa federal PROSPERA es limitada, siendo las hijas quienes realizan las gestiones y quienes las acompañan en las reuniones, los eventos y el cobro del dinero, muchas veces, cuando no se encuentran mentalmente bien, asistiendo en su lugar —en el caso de Sofía, es su madre quien la acompaña—.

Esperanza y Sofía, en cambio, no son capaces de asumir sus obligaciones conyugales normalmente debido a sus déficits cognitivos y a que los psicofármacos no consiguen controlar bien su estado mental, además de los efectos adversos de desvitalización y somnolencia que les provocan, y sus labores, con mayores limitaciones en Sofía, se ciñen principalmente a preparar comida, barrer la casa y lavar su ropa, aunque no de forma regular. En los casos de Esther y Miguel, la enfermedad mental comportó la ruptura de sus respectivos matrimonios, siendo una de las razones su discapacidad cognitiva, que no les permitía seguir desempeñando los roles propios de la vida marital.

2. La incidencia en la convivencia matrimonial

La conflictividad se torna muy alta en el comienzo del padecimiento mental, así como en los demás periodos de descontrol mental, siendo uno de los factores principales el incumplimiento o el cumplimiento deficiente de los roles conyugales.

Durante los primeros años de matrimonio, hasta que la enfermedad no se manifestó claramente en forma de insomnio y conductas extrañas, es decir, hasta que su esposo y sus familiares no identificaron que Sofía había enfermado mentalmente, la falta de responsabilidad en el cumplimiento de las tareas del hogar y la crianza de los niños, su somnolencia, sus frecuentes y largas ausencias del hogar marital para estar en la casa de sus padres y su actitud burlona provocaban en don Augusto una gran frustración y un gran enojo, frustración y enojo que desembocaban en frecuentes discusiones y en episodios de violencia física ligados a la ebriedad.

¿Usted recuerda más o menos el año en que Sofía comienza a estar mal?

Sí, sí, sí, recuerdo bien, este, nos casamos en el 86. Entonces, a partir de ahí, este, como vivíamos en la casa de mis padres, entonces, pues las cosas no estaban bien porque... pues yo no tenía casa. Entonces ya se presentaban algunos problemas, pero los problemas los consideraba como la incomodidad de estar en una familia, ¿no?, estar integrado en otra familia. Pero ya después, cuando nos separamos, ya empezamos a vivir aparte, no estaba terminada la casa, estaba medio techada, pero

la llevé con tal de no tener más problemas en la casa paterna. Y, este, venía de la escuela, ya teníamos una hija, llegaba de la escuela y no, o sea, había un desorden en la casa y, este, la encontraba yo durmiendo. Le preguntaba qué pasaba, pues. Me decía no más que tenía sueño y que le dolía la cabeza. Esos fueron los principios. Y, aparte de eso, de que no atendía a la niña, la descuidaba. Yo tenía que hacer algunas cosas que, bueno, decimos que les corresponden a las mujeres, ¿no? Yo hacía esas cosas con tal de sacar adelante a mi niña. Entonces tenía cinco años, iba en preescolar. Esos fueron los primeros momentos. Había desorden en la casa, estaba durmiendo, descuidaba la estufa, sus quehaceres estaban en abandono, la ropa sucia, la comida a destiempo. No había orden. Esos fueron los inicios.

Usted, cuando conversaba con ella, ¿no notaba nada extraño en la conversación?

No, primeramente, no notaba nada porque, este, para mí que ella estaba bien cuando nos casamos, estaba bien. Pero a partir de, este, se le observaba muecas, como una risa burlona, ¿no?, hacia mi persona. Yo pensaba que se burlaba de mí, que se reía de mí, que se burlaba de mí, y entonces empezaron las discusiones porque yo no sabía que estaba en esas condiciones de enfermedad. A partir de ahí fue que tuvimos problemas y, como yo también, este, salía mucho y a veces llegaba tomado, pues mayormente, ¿no?, los problemas. Pero ese era el descuido, de que, este, la casa abierta, ella durmiendo, no importa si es de día o de noche, no había un cuidado, y el abandono de sus quehaceres.

[...] Pero lo que pasa es que ella me decía, cuando estaba enojada, porque sí se enojaba. Ah, abandonaba mucho la casa. Cuando yo llegaba, ya no estaba y, este, ya sabía yo que estaba en la casa de su papá. O sea, era muy frecuente su salida de la casa a la casa de su papá, sin decirme nada, ¿no? Se iba a la casa de su papá y allí se quedaba hasta la tarde, hasta que yo iba y entonces regresaba. No le importaba mucho regresar a casa, ¿no? Estaba bien ahí y... a mí se me hacía extraño que su papá no le dijera nada, o sea, vete a tu casa, está tu marido, orientarla, ¿no? Y me amenazaba con que su papá, este, me iba a matar. O sea, me amenazaba que mi papá te va a matar y no sé... Entonces había esa amenaza y yo, en un momento dado, pensé que era cierto porque, pues, este, teníamos problemas.

Además de la problemática que provoca el incumplimiento o el cumplimiento deficiente de las responsabilidades matrimoniales, los síntomas psicóticos causan un gran estrés en la convivencia conyugal y familiar¹⁶⁷, pues los enfermos viven inmersos en una realidad hostil generada por las visiones, la escucha de voces, los delirios, las percepciones táctiles: las personas hablan mal de ellos y les quieren hacer daño, hay personas o seres que los vigilan, los hostigan, los amenazan, los quieren matar, también a sus hijos, convencimiento de que el cónyuge está teniendo o puede tener relaciones adúlteras, etc. Los hombres y las mujeres enfermos, por tanto, experimentan un marcado cambio en su manera de pensar y comportarse que se manifiesta en ideas delirantes, desconfianza,

¹⁶⁷ Nuevamente, Lucía es un caso excepcional, pues, al cuarto día de haberse casado, enfermó y salió del hogar conyugal para no volver a regresar nunca, por lo que no hubo conflictos entre su esposo y ella.

miedo, celos desmedidos, irritabilidad, conflictividad, agresividad verbal y física hacia familiares y vecinos, hablar solos, agitación motora, saliendo y regresando a la vivienda frecuentemente, deambulando por las calles, etc.

Como ya se ha expuesto, Sofía supervisaba agresivamente las salidas de su marido ante la sospecha de que podía serle infiel con sus compañeras de trabajo, mientras Esperanza y Adela estaban convencidas de que sus esposos les eran infieles con otra mujer, recriminándoles su adulterio hasta, algunas veces, llegar a agredirlos físicamente, como en los casos de Sofía y Adela. La agresividad física también estuvo muy presente en la relación matrimonial de Miguel, pegando a su mujer en numerosas ocasiones, así como en el matrimonio de Esther —aunque, en su caso, la conflictividad y el maltrato físico ya estaban presentes antes de enfermar—.

Las ideas delirantes pueden llegar al punto de provocar que el cónyuge termine en el calabozo municipal, como le sucedió a don Isidro, el esposo de Adela. Un día en la tarde, don Isidro y Adela fueron a la unidad deportiva para que su niña pequeña se divirtiera jugando en los juegos infantiles. Sin mediar palabra, Adela se dirigió hacia el Palacio Municipal, edificio que se halla enfrente de las instalaciones deportivas, y acusó a su marido de querer matarla ante los policías municipales. Por más que don Isidro negara tal acusación e insistiera en que su mujer estaba mentalmente enferma, los policías lo detuvieron y lo metieron en la cárcel. La niña se fue a su casa llorando y, al llegar al hogar familiar, contó a su hermana mayor que su papá había sido detenido y encerrado en el calabozo. La hija mayor enseguida fue a hablar con la autoridad municipal para explicarles que su madre se encontraba mentalmente enferma y las acusaciones que había levantado contra su padre eran falsas. Don Isidro fue finalmente liberado.

Una vez que el enfermo es atendido médicamente, salvo en los casos en los que se produce la ruptura matrimonial —Esther, Lucía, Miguel—, el cónyuge asume paulatinamente que se trata de una enfermedad incurable que sólo puede ser controlada mediante la toma regular de medicamentos y aprende a manejar los síntomas y sus afectaciones en el pensamiento, la emocionalidad y la conducta del esposo o la esposa medicada, incluyendo su deficiente sentido de la responsabilidad y sus déficits cognitivos, al mismo tiempo que experimenta un proceso psicológico que le lleva a resignarse ante la incidencia que el padecimiento mental provoca en su vida matrimonial. La comprensión de la enfermedad le permite cambiar la manera de afrontar el padecimiento de la esposa o el esposo enfermo, ganando en paciencia y habilidad para el manejo de las manifestaciones verbales y conductuales, dejando de desesperarse y enojarse, disminuyendo los reproches y, por ende, las discusiones en la pareja.

Así sucedió en los matrimonios de Esperanza, Natalia, Sofía y Adela. Don Augusto comprendió que no podía exigir a su esposa Sofía que preparara la comida, limpiara la casa o hiciera otros quehaceres del hogar, o que cumpliera sus promesas de cocinar un determinado guiso para cuando regresara a la casa una vez terminada su jornada laboral. Cuando salía de trabajar, solía ir a casa de su madre o de su suegra a comer, quienes conscientes de la situación, a menudo les preparaban la comida. Había aprendido a convivir

con el desorden y la falta de limpieza diaria, y había asumido que ciertas tareas de limpieza, como barrer la casa, debía hacerlas él mismo.

Lo que pasa es que yo antes era muy así, este, que quería vivir en una casa limpia, una casa más ordenada, entonces, cuando surge eso de que todo es un tiradero, pues ya no me gustaba. Pero también últimamente he pensado que eso no es lo primero. Si eso está tirado, pues ahí que esté, pues no pasa nada tampoco. Pero sí, yo tenía ese deseo de estar bien en la casa, ordenadito, la mujer barre la casa, acomodar bien las cosas, guardar bien la ropa y que las cosas no estén tiradas. Pero pues no, no funcionó así. Entonces, había que adaptarse. No pasa nada si la silla no está en su lugar, si la casa no se ha barrido, agarro yo la escoba y punto, y rápido, ¿no? No pasa nada.

En el caso de Marcos, si bien consiguió sanar, no fue capaz de asumir la completa manutención económica de su familia, aportando sólo una parte de los ingresos necesarios, deficiencia en el cumplimiento de su rol marital que fue aceptada por su esposa y suplida gracias a la cooperación de su suegra y a las remesas enviadas por su hijo primogénito.

3. La incidencia en el apoyo mutuo entre los esposos

En los periodos de descontrol mental, el apoyo mutuo entre los esposos desaparece debido a que hay una pérdida gradual o abrupta de la motivación por el trabajo y del sentido de la responsabilidad, una discapacidad en las funciones cognitivas de la atención, la memoria, la comprensión, el razonamiento y las funciones ejecutivas y una afectación de la emocionalidad en forma de embotamiento afectivo y ausencia de empatía.

La persona enferma pierde su funcionalidad, su sentido de la responsabilidad y su interés en ayudar a su cónyuge en ciertas tareas domésticas como son el cuidado de los niños, lavar la ropa en el río, barrer el patio, desgranar el maíz, desramar los árboles del patio; y en tareas económicas como la siembra y la cosecha del maíz y el frijol o atender el negocio familiar. Lo mismo sucede cuando el cónyuge enferma, pues no se responsabiliza de su cuidado, no colabora en la búsqueda de atención médica, ni brinda cuidados habituales en el hogar como supervisar la evolución de la enfermedad, preparar la comida especial que necesita o estar pendiente de que tome su medicación. El apoyo psicoemocional entre los esposos también se ve muy afectado dado que la persona enferma pierde la capacidad de escuchar y mostrar interés en las necesidades y los problemas de la pareja, así como la capacidad de aconsejar, tranquilizar o animar.

La toma regular de la medicación psiquiátrica permite la recuperación casi total de las dimensiones del apoyo mutuo entre los esposos en el caso de Marcos —una vez sanado—

y una recuperación del apoyo mutuo en los matrimonios de Natalia y Adela en las tareas domésticas y los cuidados en el hogar en momentos de enfermedad, siendo parcial en la dimensión psicoemocional dado que tienden a desequilibrarse mentalmente y sus maridos toman la precaución de no implicarlas en las problemáticas familiares que revisten cierta gravedad. En los matrimonios de Esperanza y Sofía, se produce una pérdida de las relaciones de apoyo mutuo entre los esposos, pues su padecimiento mental no puede ser eficazmente controlado mediante los psicofármacos y siguen presentando déficits a nivel cognitivo y emocional que impiden su recuperación.

A lo mejor, si ella fuera una persona normal, pues me imagino que sería otra cosa, ¿no? Sería otra cosa, porque sería un apoyo más para mí en todo, en todo, en la escuela, en la iglesia, en todo, pero, pues, no se cuenta con eso. O sea, yo no puedo contar con su persona para sacar adelante alguna cosa que a mí me pase, alguna situación en la escuela, en la vida. Ésa es la desventaja, sí.

¿En qué le gustaría que su mujer le apoyara?

Pues que estuviera conmigo. Por ejemplo, ir al río juntos, divertirnos, sin tener que estar peleando, ir a Tuxtepec, que me acompañara en la escuela, a veces, cuando algún evento, cuando hay algún evento que estuviera ahí para apoyar o alguna cosa así, sí. (Don Augusto, esposo de Sofía)

4. La incidencia en la relación psicoemocional y afectiva de la pareja

La emocionalidad y la afectividad de las personas enfermas se ven totalmente afectadas durante los periodos en los que se descontrolan mentalmente, con un predominio de las emociones de miedo, tristeza, ira, celos —con las consiguientes reacciones verbales y conductuales tendentes a la agresividad—, que se suman al embotamiento afectivo y la ausencia de empatía. La persona enferma manifiesta hacia quienes le rodean una emocionalidad dominada por la irritabilidad, la agresividad verbal y física, la frialdad afectiva, no siendo capaz de expresar amor ni afecto, y la indiferencia, mostrando un escaso o nulo interés por las necesidades, los problemas o las aflicciones de sus familiares cercanos.

Dichos síntomas emocionales y sus reacciones verbales y conductuales interrumpen la relación psicoemocional y afectiva de los esposos, incluyendo el apoyo mutuo ante las vicisitudes y los problemas cotidianos, en los periodos de descontrol mental. Cuando las personas enfermas toman regularmente su medicación, la emocionalidad experimenta una mejoría, de modo que la incidencia de los síntomas emocionales en la relación matrimonial disminuye en grados diferentes, habiendo una recuperación casi total de su emocionalidad en Marcos una vez que logró sanarse, una recuperación parcial de su emocionalidad al haber periodos de desestabilización mental aun medicadas —Esperanza y Natalia— y

presentar déficits en las expresiones de afecto y la empatía —Esperanza y Adela—, y una emocionalidad caracterizada por el embotamiento afectivo y la ausencia de empatía en el caso de Sofía.

Don Augusto reconocía que la insensibilidad y la ausencia de afectividad en su esposa Sofía, aunado a la dureza de sus desprecios y sus hirientes comentarios durante los episodios de crisis, le afectaban mucho anímicamente. A veces, sus reacciones habían sido tan “despiadadas” que lo habían sumido en la depresión y se había tumbado en la cama abatido, sin ganas de levantarse, hasta que conseguía recobrar la fuerza vital repitiéndose a sí mismo que no podía seguir acostado y debía seguir adelante.

Un día, necesitado de dinero, don Augusto fue a pedir prestado mil pesos a un conocido que accedió a concederle ese dinero. Regresó a la casa tan contento que abrazó a su esposa, pero ella lo rechazó bruscamente apartándolo con sus brazos, una reacción que le dolió mucho emocionalmente. En otra ocasión, en un periodo en que Sofía manifestaba una gran agresividad, su abatimiento anímico era tal que durante unos días retrasó su regreso al hogar permaneciendo en la escuela hasta bien entrada la tarde.

A veces, cuando estaba yo bien deprimido, este, la vez pasada que pasó eso de que, este, teníamos problemas. Pues yo pensaba, ¿no?, pues me quedo en la escuela y me voy hasta la tarde. Hubo uno o dos días que me quedé aquí. Salieron los compañeros, todos los niños, cerré el portón y ya me quedé por acá un rato. Y ya después pensé también me voy, qué estoy haciendo acá, mejor me voy a mi casa. Llego a la casa, pues es la misma situación, ¿no? Es la depresión, ¿no?, que uno siente a veces de no querer regresar a casa. Pero pues regreso.

Aun siendo consciente de que su emocionalidad estaba afectada por su enfermedad mental, don Augusto consideraba que Sofía era una mujer fría, indiferente y despiadada. No manifestaba afectividad ni interés por las necesidades o los padecimientos de su esposo y sus hijos y, además, en sus periodos de descontrol mental, mostraba una actitud muy dura hacia sus familiares y los agredía verbalmente con comentarios “despiadados”. Se había resignado y, no sin dolor, había asumido que Sofía nunca sería esa esposa cariñosa y atenta que tanto le hubiera gustado tener a su lado.

Yo me pongo a pensar qué pasaría conmigo si yo tuviera una esposa así, que fuera cariñosa, que me atendiera bien, o sea, otro cuadro, ¿no? Eso es una, cómo se dice, una utopía [risas], una utopía. Tal vez nunca vaya a pasar. A lo mejor nunca va a suceder, queda una mínima esperanza, pero no se puede esperar mucho.

Así están las cosas, están pesadas. A veces, llega su mamá y pah, la puerta. Y la mamá se queda... Soy tu madre, ¿por qué me haces así? [risas] y... no hay nada de respuesta, no le importa. Por eso digo que, a veces, como que desconoce a las personas, está en otro mundo totalmente diferente, totalmente diferente.

[...] Hace cuatro días me caí ahí. O sea, no sé cómo fue, pero me pegué ahí, me corté y me sangré acá. Así voy a tener que ir al evento. ¿Se imagina ponerse los zapatos y un pedazo de carne levantada? Me caí... y me regañó. En vez de que me dijera no,

pues, te caíste, no, me agredió [risas]. Y todo porque quería ir a ver, este, estaba muy malita, estaba muy descontrolada, y quería ir a la tienda. Le dije no vayas, que vaya el niño. No, que yo voy, que quién sabe qué. Que no vayas, que vaya el niño. No, que tenía que ir ella. Vete porque... y fue. Después regresó. Y ya en la noche me dice que me iba a curar, y sí me echó un *vaporub*, creo que se llama. Pero hay mucha, este, pues yo digo que es indiferencia cuando no te importa lo que está pasando. No hay cariño, no hay nada. Y así está, sobrellevar el asunto. Dicen que el tiempo no se detiene, no se detiene nada, hay que continuar, y, a veces, hay que mentalizarse que, este, pues lo que pasó ya pasó, y hay que avanzar, hay que avanzar, nada se queda.

5. La incidencia en la comunicación entre los esposos

En los periodos de descontrol mental, la comunicación de la pareja se vuelve muy difícil o desaparece, pues, a las alteraciones emocionales y sus reacciones verbales y conductuales mencionadas anteriormente, se suman los déficits cognitivos en la atención, la memoria, la comprensión, el razonamiento, la orientación en el tiempo, las funciones ejecutivas y la cognición social, y las alteraciones en el lenguaje en forma de empobrecimiento, soliloquios y pérdida en la asociación y la secuencia lógica de las ideas. La enfermedad provoca que el hombre o la mujer no pueda mantener una buena comunicación o no pueda comunicarse con su cónyuge enfermo, como se espera en la relación matrimonial, para compartir vivencias, problemas y padecimientos buscando apoyo psicoemocional, resolver los conflictos conyugales, conocer y tomar decisiones sobre las necesidades de los niños y los adultos del grupo familiar, las diferentes cuestiones y problemáticas relacionadas con las labores domésticas, el trabajo agrícola o el trabajo remunerado, la consecución y la administración del dinero, etc.

La comunicación entre los esposos mejora cuando la persona enferma toma regularmente su medicación, aunque, como sucede en otras áreas afectadas por el padecimiento mental, la mejoría varía en grado dependiendo de los casos, de la eficacia de los tratamientos en cada enfermo y de su apego terapéutico. Al haber conseguido sanar, la comunicación entre los esposos ha recuperado la normalidad en el matrimonio de Marcos, mientras que la recuperación ha sido parcial en el matrimonio de Natalia debido a las fluctuaciones que experimenta su estado mental aun medicada. La recuperación de la comunicación en la pareja presenta grandes limitaciones en los matrimonios de Esperanza y Adela debido a sus déficits cognitivos y emocionales y, en el caso de Esperanza, además, a su inestabilidad psicológica a pesar de tomar psicofármacos. En el matrimonio de Sofía, la comunicación entre los cónyuges no ha podido ser recuperada debido a su discapacidad cognitiva y emocional y a las fluctuaciones de su estado mental aun tomando medicamentos. En definitiva, en los matrimonios de Esperanza, Adela y Sofía, sus cónyuges

casi no pueden compartirles sus vivencias cotidianas, sus necesidades o sus problemas, ni apenas hablar y tomar decisiones conjuntas sobre las necesidades de los hijos u otros miembros de la familia, las cuestiones relativas a las tareas domésticas y productivas, los gastos, etc.

En la relación matrimonial de Sofía, sus ideas obsesivas, la rigidez de su pensamiento y sus celos impedían que don Augusto compartiera con ella cuestiones o vivencias personales, laborales o religiosas, buscando su comprensión, su apoyo psicológico o sus consejos. Su obsesión, su falta de comprensión y su desconfianza convertían lo que podía ser una plática normal entre esposos en una discusión. Don Augusto se sentía solo, aunque se había acostumbrado a no contar a su mujer lo que hacía ni lo que sentía, para evitar su incompreensión, sus reclamos, sus rígidos planteamientos, entrar en discusiones.

Porque, le digo, no la involucro a ella en mis asuntos, por lo mismo que algo puede ocurrir. Entonces para evitar todo eso, entonces mejor yo por mi lado. Pero trato de que ella también esté enterada de dónde estoy, trato de que esté enterada, simplemente, pues, este, decirle estoy acá o estoy allá, o voy a hacer esto, aunque, a veces, hay que cambiar las cosas de cómo decirle para que no haya cuestionamientos, para evitar eso.

Digamos, como que usted le gustaría compartir más vivencias...

Más vivencias, más este...

Los problemas...

Sí, sí me gustaría, pero no lo hago porque, este, algún punto que no le parezca a ella, ya sería punto de discusión, de rompimiento. Entonces, mejor no, este, no hablar de ciertas cosas porque no vamos a terminar bien. Ése es el punto.

[...] O sea, que ya no sólo problemas, sino que tampoco, por ejemplo, sobre la obra que están construyendo, no puede platicar.

Pues no porque puede ser que algo de lo que yo le esté diciendo no le parezca. Entonces, es un punto de discusión que puede llegar a un rompimiento, porque ella puede dar una opinión en la cual yo no estoy de acuerdo. Y por más que se le explique, ella siempre va a decir lo que a ella le parece.

Y si se le contradice, ella se enoja.

Pues sí, por eso llega ese punto de discusión y rompimiento. Entonces mejor, voy a ir a la escuela, este, tengo gente trabajando, se está avanzando hasta acá, a ver si tengo algunas fotografías que estoy checando acá, entonces, esto es lo que estamos haciendo. Pero entrar en detalles, no, regularmente, no, porque hay ese problema de que puede cuestionar algo a su manera. Y para decirle que eso no es, ya sé que eso va a ser para ella según su pensamiento.

¿Y cómo sule usted esa falta de apoyo, de complicidad, de compartir con su esposa sus vivencias, sus problemas?

No se supe realmente porque, pues no, no hay, no hay otra persona.

No hay.

No, pues no, simplemente es sobrellevar el asunto.

¿Y se siente usted solo?

Sí, sí, a veces, porque no puedo platicar con ella de mis asuntos, ¿no?, del trabajo, sobre todo, del trabajo, de lo que uno hace, no, no se puede. Es rara vez que le diga yo algo y esté de acuerdo. Y también, este, respecto a alguna sugerencia que pudiera dar, pues, este, está muy lejos de eso, sugerir, este, alguna acción para mejorar o para sobrellevar equis asunto, eso está por allá, lejos, no hay. Entonces, yo mejor, este, llevo mis asuntos, ya sé que no puedo contar con ella. Y yo digo que es por su situación de enfermedad, ¿no?, porque la otra parte, la persona fría que es, pues no. Por eso pienso que, pues no decirle nada. Simplemente voy a mi trabajo, regreso, hago mis documentos, todo lo que tengo que hacer de mi trabajo ahí está, pero, pues, no tengo el apoyo de ella.

6. La incidencia en la vida social de los esposos

Tanto la vida social de la persona enferma como la vida social de los esposos se ven muy afectadas por las alteraciones perceptivas —visiones, voces, delirios, percepciones táctiles—, los déficits cognitivos —la atención, la memoria, la comprensión, el razonamiento, la orientación en el tiempo, las funciones ejecutivas, la cognición social—, las alteraciones en el lenguaje —pérdida de asociación y secuencia lógica en las ideas, empobrecimiento, hablar solo—, las alteraciones emocionales —miedo, irritabilidad, tristeza, celos—, la agresividad verbal y física, la agitación motora, saliendo y regresando a la vivienda sin motivación lógica. Todos estos síntomas, que se manifiestan en los periodos de descontrol mental, impiden que las personas enfermas y sus cónyuges asistan a los cultos y los eventos de sus iglesias, a las ceremonias de bodas, bautizos y comuniones, a los eventos escolares —graduaciones, competencias deportivas, actos con motivo de la Navidad o en conmemoración del Día de la Independencia y la Revolución Mexicana—, vayan al río juntos, vayan a visitar a familiares, reciban visitas de familiares y amigos en su casa, viajen y paseen por la ciudad. Los hombres y las mujeres enfermos dejan de ser conscientes de los eventos religiosos y sociales que acontecen en la vida comunitaria y, además, pierden la capacidad de comportarse siguiendo las normas que regulan las relaciones interpersonales en este tipo de actos colectivos. Así, no sólo es que no sean cognitivamente capaces de saber a qué eventos deben acudir y cómo actuar correctamente, sino que sus cónyuges y sus cuidadores supervisan que no asistan a dichos eventos ni entren en contacto con grupos de personas para evitar que expongan públicamente su descontrol mental y entren en conflictos con los asistentes. El cónyuge,

entonces, en caso de asistir a los eventos sociales y religiosos, lo hará solo o en compañía de alguno de sus hijos.

El estado mental de los enfermos mejora sensiblemente con la toma regular de los psicofármacos, pero la vida social de los esposos sigue afectada en la mayoría de los casos, salvo en el matrimonio de Marcos, quien, tras sanar su trastorno psicótico e ir mostrando públicamente su total recuperación, ha vuelto a disfrutar de una vida social normal en la comunidad. La vida social de las demás mujeres casadas —Esperanza, Natalia, Sofía, Adela—, aun medicadas, no ha vuelto a la normalidad, asistiendo pocas veces a los eventos sociales y religiosos, siempre acompañadas por sus esposos o hijos, siendo Esperanza y Sofía quienes presentan mayores limitaciones en su habilidad para relacionarse con los demás, así como una mayor tendencia a desestabilizarse en la interacción con grupos de personas.

El padecimiento mental de Sofía, mal controlado a través de los psicofármacos, afectaba no sólo a la vida social de su matrimonio, sino también a la vida social de su esposo a nivel personal y profesional, lo que generaba una gran frustración en don Augusto. Don Augusto veía a los hombres acudir a los eventos sociales de la comunidad acompañados por sus esposas, mostrando una buena relación matrimonial, mientras él, generalmente, tenía que acudir solo y, frecuentemente, no asistía por no ir solo. Era difícil que Sofía manifestara interés y accediera a acompañarlo y, cuando estaba dispuesta a hacerlo, la mayoría de las veces se preparaba a destiempo y llegaban tarde, algo que a él le disgustaba. Sofía no tenía noción ni control sobre el tiempo.

Además, cuando nos casamos, pensé que iba a estar diferente, y la decepción viene como... un hachazo. Porque va uno a fiestas, va uno invitado a algún lugar o, pues siempre es importante, ¿no?, acompañarse de su familia. Pues hay que ir solo a veces y, a veces, no ir, porque pues no hay condiciones. Y así, son traguitos muy amargos, más amarga que la cerveza [risas], tragos amargos, así los denomino. Un traguito más, hay que seguir. La incertidumbre de lo que le corresponde a uno. Hay gente, como decía ayer un maestro, que tiene mucha suerte. El asunto de la suerte. Les va bien, pero pues a algunos no nos va muy bien que digamos, pero hay que seguir luchando. Alguien me dijo que, un día dijo qué, cómo dijo, ah, un día vas a tener una recompensa, dice. Gracias, le digo [risas]. Voy a tener una recompensa. Un médico también me dijo que se admiraba porque, este, él ha visto que ese tipo de personas, cuando hay un matrimonio, pues no logran sobrevivir, no hay sobrevivencia del matrimonio, se rompe, se rompe.

[...] Le digo que la mejor semana fue la que pasó porque le dije vamos a salir y ella dijo sí, dice, te voy a acompañar, no quiero que vayas solo, porque mi hijo no quiso ir. No, no le gustan las fiestas a mi hijo. Y cuando va, va porque le digo vamos. Y sí, se bañó rápido y fuimos. Estuvimos un buen rato. Después nos fuimos a ver a un familiar por acá y ya regresamos ya casi oscureciendo. Estuvimos platicando ahí con mi hermano. Y estuvo bien, tranquilo. Pero esto fue algo excepcional, ¿no?, a lo mejor se va a repetir no sé en qué tiempo.

[...] Ir a una fiesta es un problema porque, o sea, a veces, también me ha gustado, si es a las dos, pues a las dos vamos, ¿no? No me gusta llegar tarde. Pero, en lo que se va a preparar, pasan las dos, pasan las tres. No hay tiempo, hasta que se pueda. Entonces es el... Cuando hay una fiesta es un problema, siempre ha sido un problema ir a una fiesta. Y ahora me sorprendí porque rápido se bañó, dice: sí vamos a ir. Apúrate porque ya es tarde. Sí, dice, vamos. Ahí también con Isaías, toda esta temporada que pasó. ¿Y a cuál otra [boda, bautizo] fuimos? Nada más a esas dos. Porque primero me decía que no tenía ganas. Bueno, si no quieres ir, no hay ningún problema. ¿Pero vamos? Vamos, dice, se animó. Pero son pocas veces las que accede a ir.

Tampoco podían recibir visitas ni alojar a nadie en la casa, pues Sofía se negaba tajantemente. Así, cuando los compañeros de trabajo le planteaban ir a verle a su casa por alguna cuestión, siempre los remitía a platicar en la escuela. La enfermedad de su esposa lo llevó a tener que renunciar al ministerio de música que desempeñaba junto a otros dos fieles en la iglesia bautista, pues el tener que desplazarse a las localidades vecinas suscitaba la desconfianza y el enojo de Sofía.

Yo me dedicaba al servicio de música en la iglesia, teníamos un ministerio. Salíamos todos los domingos a todos los pueblos de aquí, de alrededor. Pues mi intención era irnos los dos, ¿no?, pero nunca se pudo. Al contrario, este, se obstaculizaron más las cosas. En vez de que, este, en vez de que contara con un apoyo, pues no era, no era así, era al revés. Y dejé también ese ministerio, pues ya no era posible seguir. Tenía que ir a los ensayos, tenía que estar una noche fuera o regresar muy de madrugada, y llegando pues era una situación que no, difícil. Como tenía que llevar ropa, pues no estaba la ropa adecuada para salir. Y así.

Usted oficiaba la música del templo.

Sí, un trío de música, y también se vino abajo. Tuve que decirles a los otros que ya no podía continuar. Era muy difícil para mí. Apenas me encontré a ellos, estaban invitándome otra vez. Les digo pues sí, está la guitarra. También me pregunto qué hubiera pasado si le hubiera seguido sin tomar en cuenta esto. Ya hubiéramos grabado, creo, unos discos, mínimamente. Sí, porque se escuchaba bien el trío.

La suspicacia y los celos excesivos provocaban que Sofía ejerciera una supervisión obsesiva y muy desconfiada sobre la conducta social de su esposo, especialmente cuando viajaba fuera de Usila por motivos de trabajo. Don Augusto debía cumplir con las obligaciones de su trabajo como director de una escuela de primaria y, al mismo tiempo, manejar los cuestionamientos y los reclamos recelosos de su esposa.

Cuando salgo a Tuxtepec, este, pues vengo en la tarde porque ella también presiona en el sentido de que a qué horas te vienes, a qué horas estás acá, como no depende de uno el traslado, entonces hay cuestionamiento en caso de que le dice uno no, pues a las siete estoy acá, y, si llego más tarde, ya es un cuestionamiento, de que por qué, por qué llegué a esa hora, con quién, en qué autobús regresé. Pues es pesadito

porque, pues, uno viene cansado y todavía estar presionado después de una jornada de trabajo, y porque uno va a su trabajo, pues. No, no, este, si uno anduviera haciendo otras cosas, pues con toda razón, ¿no?, pero uno hace su trabajo y todavía es cuestionado. Eso es pesado. Pero como hemos aprendido a sobrellevar las cosas, creo que eso nos ha ayudado.

Y supongo que es difícil razonar con ella, ¿no?

Ah, sí, es muy difícil porque se aferra. Lo que ella dice, eso es, de ahí no la cambia, de ahí no la cambia uno. Si dice que es rojo, es que es rojo. Dígale que sí.

Pero si, por ejemplo, ella le insinúa, le acusa de haber hecho algo indebido, ¿usted cómo reacciona?

Le digo que no, que está equivocada y que me está juzgando, este, injustamente. Eso es lo que le digo. No, eso no es cierto, que no tengo tiempo para andar haciendo cosas, porque mi trabajo, voy a reunión, voy a entregar mis papeles y yo estoy ocupado para, o sea, que no me da tiempo, apenas me da tiempo para regresar. Entonces, es una cosa muy injusta el que sea uno cuestionado cuando, pues, es una suposición de parte de ella.

7. La incidencia en la sexualidad procreativa

Los hijos deben nacer en el marco social de la unión matrimonial. Siguiendo la voluntad de Dios, el hombre y la mujer contraen matrimonio con la finalidad de formar una familia, procrear hijos y educarlos para que puedan desenvolverse en la sociedad y salir adelante en la vida. A la voluntad divina se aúna la voluntad de los esposos, quienes acuerdan el número de hijos engendrados, una decisión condicionada por su estatus socioeconómico, pues deben garantizar su manutención y procurarles la mayor herencia posible en el futuro. En la planificación del número de hijos, los esposos toman medidas anticonceptivas naturales, manteniendo relaciones sexuales en los días que la mujer no es fértil o practicando la eyaculación fuera de la vagina, y usando los métodos anticonceptivos femeninos dispensados por el sistema sanitario o las farmacias: las píldoras, las inyecciones anticonceptivas, los dispositivos intrauterinos y la esterilización quirúrgica.

En el caso de las mujeres, la aparición de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico determinó la aplicación de medidas anticonceptivas para que no volvieran a quedarse embarazadas, pues, salvo Adela y Lucía¹⁶⁸, las demás tuvieron uno o dos hijos después de haber enfermado: Esperanza tuvo 5 hijos, los dos últimos estando ya enferma; Esther tuvo

¹⁶⁸ Adela enfermó mentalmente en 2005 cuando tenía 28 años de edad y era madre de 3 hijos, pero consiguió sanarse y no volver a recaer hasta 2017, seis años después de que naciera su quinta y última hija. En el caso de Lucía, el hecho de enfermarse mentalmente al cuarto día de haberse casado supuso, además de la ruptura matrimonial y la pérdida del estatus de esposa, que tampoco pudiera ser madre.

3 hijos, el último tras haber enfermado; Natalia tuvo 7 hijos, los dos últimos estando enferma; Sofía tuvo 3 hijos, el último después de haber enfermado. La constatación de que se descontrolaban mentalmente durante los embarazos o después de los partos y, sobre todo, su incapacidad para asumir la crianza de sus niños o para criarlos normalmente llevaron a que Esperanza, Esther y Sofía fueran esterilizadas quirúrgicamente tras alumbrar a sus últimos hijos. En esta decisión, los esposos siguieron las prescripciones de los médicos psiquiatras, al igual que en el caso de Natalia, que no fue esterilizada quirúrgicamente, sino que se le aplicaban inyecciones anticonceptivas en el Centro de Salud.

Esperanza se descontroló mentalmente después de nacer su cuarto hijo y, cuando finalizó su internamiento hospitalario, los médicos psiquiatras prescribieron que los esposos se separaran temporalmente para que no mantuvieran relaciones sexuales y no se embarazara nuevamente. Después de una temporada en la casa de sus padres, Esperanza retornó al hogar conyugal y quedó embarazada de su último hijo. Recayó en el descontrol mental y fue trasladada al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca. Una vez allí, los médicos psiquiatras propusieron a su esposo que se le practicara un aborto para prevenir el nacimiento de un bebé con malformaciones neurológicas y físicas a causa de los psicofármacos que estaba tomando. Cuando su esposo había otorgado su permiso, Esperanza, que llevaba días sin pronunciar palabra, dijo que no quería abortar a su hijo porque era contrario a la voluntad de Dios. A partir de ese momento, ni el médico ni su esposo se atrevieron a seguir adelante. Finalmente, su hijo José nació sano. Tras el parto volvió a descontrolarse mentalmente y, ya en Oaxaca, fue intervenida quirúrgicamente para que no pudiera volver a embarazarse.

Mi mamá dice que, cuando estaba en Oaxaca, no sé si fue, ajá, si fue con su hijo, ¿no?, no me acuerdo bien quién fue, pero ella me ha contado que iban a destruir a José, pues, iban a abortar a José, ajá. Y ella no hablaba nada cuando llegó allá, se enfermó, ajá, entonces la llevó allá en Oaxaca, no sé de cuántos meses estaba embarazada de José, entonces iban a abortar a José, y ella habló, dice que habló, que lo que el doctor le iba a hacer no está bien porque Dios no quiere eso. Eso lo que ella me ha dicho, pues, que así habló ella, pero no sabe cómo fue porque ella había quedado, este, cómo te digo, ya no hablaba nada, pues, ya no podía hablar nada. Mas que dijo esas cosas cuando doctor, dice que mi papá ya había firmado el papel, que iban a abortar a José, y mi mamá le salió esas palabras estando ahí, pues ya no hablaba nada. Entonces dijo esas cosas y entonces el doctor no, no le hizo nada, pues. Ajá, por eso tuvo a José. Y cuando nació José se volvió a enfermar. Ajá, entonces mi papá de vuelta la llevó allí en Oaxaca y entonces allí sí la operaron para no tener más hijos, pues. Ajá, cada vez que ella da a luz, se enferma, por eso ya la operaron, pues, hm, hm.

[...] Porque si todavía iba, bueno, si José estando adentro, pues, dijo el doctor que iba a consumir todo lo que ella consume su medicamento, pues. Porque José no va a estar bien, no iba a nacer completo, ajá, por el medicamento, pero mi mamá dijo, habló esas cosas y el doctor ya no quiso abortar, pues. Eso es lo que mi mamá me ha dicho, pues.

¿Y tu papá sí estaba de acuerdo?

Ajá, sí estaba de acuerdo que el doctor la...

Interviniera.

Ajá, sí, sí estaba de acuerdo, dice. Y más que mi mamá dijo esas cosas ya estando sin hablar nada, nada más dijo esas cosas y volvió a quedar así en coma, coma, hm, hm. Entonces por eso no abortaron a José. Y José sí nació completo. (Elena, hija)

8. La incidencia en la estabilidad del vínculo matrimonial

Las afectaciones que el padecimiento de la esquizofrenia y otras psicosis genera en la vida matrimonial, especialmente la conflictividad, la agresividad y la pérdida de funcionalidad del cónyuge enfermo, sumadas a la carga de trabajo que supone el cuidado de la persona enferma, provocan separaciones temporales y rupturas matrimoniales entre los esposos. Los diferentes síntomas del padecimiento mental desencadenaron problemas matrimoniales en todos los casos y, de los 8 matrimonios en los que uno de los cónyuges enfermó, hubo 2 separaciones temporales —matrimonios católicos de Esperanza y Esther—, 2 intentos de ruptura matrimonial —matrimonio católico de Esperanza y matrimonio evangélico de Marcos—, y la ruptura definitiva se produjo en 3 matrimonios, todos ellos matrimonios católicos —Esther, Lucía, Miguel—.

Las separaciones temporales y los intentos de separación definitiva llevan a los familiares consanguíneos varones de la persona enferma¹⁶⁹ —el padre, un hermano— a intervenir para evitar la ruptura del matrimonio y convencer al cónyuge de que debe asumir el cuidado del enfermo —casos de Esperanza, Esther y Marcos— y, cuando se produce la ruptura matrimonial definitiva, para acoger a su familiar enfermo en la casa paterna —casos de Esther, Miguel y Lucía— y acordar la distribución de la responsabilidad de la crianza de los niños entre las familias del hombre y la mujer —casos de Esther y Miguel—. Las formas de mediar de los familiares difieren de unos casos a otros en función de la historia matrimonial, la atención médica y el control de los síntomas de la enfermedad, pudiendo hacer intervenir a la autoridad municipal, incluso a la autoridad judicial federal.

¹⁶⁹ Hay que tener en cuenta que los familiares consanguíneos varones de la persona enferma —el padre, un hermano— intervienen siempre cuando se presenta la enfermedad mental: cuando es el hombre quien cae en el descontrol mental, asumiendo la búsqueda de la atención médica y, cuando es la mujer quien enferma, ayudando al esposo a buscar la atención médica necesaria para controlar su estado mental.

Incidencia del padecimiento mental en la separación matrimonial

	Familias Católicas	Familias Evangélicas
Personas casadas cuando enfermaron	Esperanza Natalia Esther Miguel Lucía	Marcos Sofía Adela
Separación matrimonial temporal	Esperanza Esther	—
Intento de ruptura matrimonial	Esperanza	Marcos
Ruptura matrimonial	Esther Miguel Lucía	—

Cuando Marcos regresó a Usila después de haber sido internado en el hospital psiquiátrico y cuidado por uno de sus hermanos, su esposa se negó a asumir su cuidado y pretendió separarse debido al descontrol mental y conductual que había mostrado antes de ser llevado a Oaxaca. El hermano que vive en Oaxaca y había asumido la búsqueda de la atención médica de Marcos, tuvo que mediar ante su mujer y sus hijos. Reunió a toda la familia para hacer entender a su cuñada que no podía abandonar a su esposo estando enfermo, sino que debía seguir amándolo y cuidándolo hasta que sanara. Finalmente, su esposa permaneció en el hogar y no se separó de su marido, quien meses después lograría recuperarse totalmente de su enfermedad. Marcos tomó consciencia de la pérdida de valoración social que sufren las personas cuando enferman mentalmente.

Cuando uno se enferma, ya no vale nada, ya no vale, o ¿qué puede ayudar uno cuando está enfermo? Pues no sé. Nada, yo no puedo ayudar a nadie cuando estoy enfermo, pues ya no valgo, pues, tanto dentro de la sociedad o dentro de mi familia mismo.

[...] Pues también quiso irse, o sea, quería alejarse de mí, pues, porque la situación que yo llegué aquí estaba bien borracho, podemos decir, ¿no? No sé cómo lo puedo explicar, o estaba yo loco, pues.

Cuando enfermó, dice.

Pues sí, cuando me enfermé. Estuve un mes en Oaxaca, ¿no?, y me regresé al mes. Ya llegué aquí, pues, y ella quería alejarse de mí también. Pero lo bueno que llegó mi hermano, y mi hermano reunió a mi familia aquí y platicaron ahí, ahí, debajo de ese árbol de... no sé cómo se llama ese arbolito. Ahí platicamos. Mi hermano no la convenció, sino habló del amor, el amor, que ella me amara, pues. Aunque estaba yo enfermo, tenía que amarme, porque no hay otra manera de cómo... hacerla, pues, si no es amarme. Y sí, aguantó ella. Sí quería huir, se quería ir con su mamá, con su hermana, ¿no?, pero mi hermano tuvo que hablarle muy bien y sí se...

¿Su hermano?

Mi hermano, sí. Sí es cierto lo que usted dice, pues, es así, pues, es cierto, no, no lo niego. Por eso le decía, pues, cuando uno está enfermo, ya no vale nada, ya no, nada. Cuando estamos sanos, todo el mundo nos quiere, pero de diferente forma, ¿no?

Tras haber vuelto a descontrolarse después del nacimiento de su último hijo, siguiendo el consejo de los médicos del Hospital Psiquiátrico de Oaxaca donde permaneció internada unas semanas, y viendo que su esposo no le administraba adecuadamente la medicación que necesitaba, sus familiares acordaron con su marido que Esperanza permaneciera en la casa de sus padres hasta que lograra recuperarse mentalmente. Los niños habían quedado al cuidado de su padre y su abuela paterna, pero llegó un momento en que don Eusebio no quiso seguir asumiendo la crianza de sus hijos y los envió a la casa de sus abuelos maternos para que fueran cuidados por su madre. Ante su negativa a volver a asumir el cuidado y la manutención de los niños, el hermano que se encargaba de la atención médica de Esperanza viajó a Tuxtepec y demandó al padre ante el Ministerio Público para que se responsabilizara del sustento económico de sus hijos y la atención médica de su esposa. Finalmente, Esperanza y sus cinco hijos regresaron al hogar conyugal y don Eusebio asumió su manutención económica y el cuidado de su mujer.

La relación matrimonial de Esther estuvo siempre marcada por las discusiones, la violencia física y las separaciones temporales seguidas de reconciliaciones. Cuando enfermó, después de haber tenido a dos de sus tres hijos, su marido no manifestó gran interés por buscar atención médica para su esposa y fue su padre quien tuvo que asumir la iniciativa de buscar la atención médica que su hija necesitaba. Tras recuperarse mentalmente la primera vez, los esposos volvieron a vivir juntos en el hogar conyugal, pero, en 1986, cinco años después de enfermar por primera vez, el marido se negó a seguir conviviendo con su esposa y los esposos se separaron definitivamente. Esther, junto a sus tres hijos, se instaló a vivir en la casa de sus padres.

Tras haber acogido a su hija y sus nietos en su casa, don Francisco, debido a las dificultades que presentaba el cuidado de su hija enferma, acudió a la autoridad municipal para solicitar que el exmarido de Esther se hiciera cargo de la crianza de sus hijos. Llegaron al acuerdo de que los padres de Esther asumían a su nieta primogénita, mientras que la crianza de los otros dos hijos sería asumida por el padre, quien contó con la colaboración de su madre viuda, la abuela paterna de sus hijos, en cuya casa continuó residiendo.

Después de enfermar, los padres acogieron en su casa a Miguel, junto a su esposa y sus dos hijos, para ayudar económicamente a la familia y controlar sus conductas agresivas. Allí nacieron otros dos hijos más. En 1994, a los cuatro años de haber enfermado, debido a la violencia física que Miguel había ejercido reiteradamente hacia ella, la esposa decidió separarse de su marido, dejando al hijo primogénito con su padre y sus abuelos paternos y llevándose a los demás hijos a la casa de su madre. Su suegro y sus cuñados, que habían mediado en numerosas ocasiones para que Miguel dejara de maltratar a su mujer, aprobaron que la esposa fuera a vivir a la casa de su madre hasta que su marido lograra recuperarse mentalmente. Pero la separación matrimonial terminó siendo definitiva, pues la mujer no regresó al hogar conyugal y emprendió una relación sentimental con otro hombre de la que nacieron otros dos hijos más.

El caso de Lucía constituye una excepción, pues, a los cuatro días de contraer matrimonio, llegó mentalmente descontrolada a la casa paterna y ya no volvió a regresar con su marido. La enfermedad mental provocó la ruptura matrimonial definitiva sin que los cónyuges ni sus parientes intervinieran para promover la reconciliación, acuerdo tácito inducido por la total falta de interés del esposo por el estado de salud de su mujer enferma y por el hecho de no haber procreado hijos, de manera que nadie debía asumir la responsabilidad de su crianza.

A pesar de que su vida matrimonial le generaba un gran sufrimiento psicoemocional, don Augusto no consideraba que separarse de su esposa fuera una decisión correcta moralmente ni beneficiosa para sus hijos y su mujer. El bienestar de sus hijos y el deseo de que cursaran estudios universitarios y salieran adelante en la vida constituían su prioridad. La separación iba a provocar que la familia se desintegrara aún más, pues ya dos de sus tres hijos vivían y estudiaban en el estado de México, y saldría perjudicada económicamente al tener que repartir su salario entre su esposa y sus hijos. Sofía no iba a poder sobrevivir sola con la parte del salario que le iba a corresponder y no podía abandonarla sabiendo que padecía una enferma mental tan discapacitante.

Además del perjuicio familiar, la opción de la separación matrimonial no concordaba con su fe religiosa. Él profesaba la religión evangélica, creía firmemente en que el matrimonio se contraía delante de Dios y era para toda la vida. También estaba convencido de que Dios le ayudaba a sobrellevar su situación matrimonial. Don Augusto deseaba continuar viviendo con su esposa hasta que llegara al límite de su aguante, aunque, cada vez que ese umbral estaba a punto de sobrepasarse, siempre conseguía superarlo y aumentar un poco más su capacidad de aguante. Gracias a su fe, había logrado acostumbrarse y sobrellevar la forma de vida que le había deparado el padecimiento mental de su esposa.

Nosotros creemos en Dios y pues ponemos en práctica lo que nosotros hemos aprendido en relación a Dios, de que Dios manda, de que Dios es el que tiene el control de todas las cosas y que nada sucede sin su consentimiento, y que Él es el que da la fuerza para sobrellevar este asunto. Él es quien da la fuerza, el ánimo para seguir adelante y, si algo grave pasó, pues eso ya pasó. Entonces, hay que vivir de nuevo el

día, empezar de nuevo, pero, pues, sí, hay que confiar en Dios. En esto creo que se sustenta mi relación con ella. Por eso digo que le aseguro de que no está en mi mente el separarme de ella por tantos problemas y, mucho menos, como le digo, por mis hijos, mucho menos.

En los matrimonios de Esperanza, Natalia, Sofía y Adela, y también en el matrimonio de Marcos hasta que logró sanarse, el cónyuge se convierte en el cuidador primario de su esposa o esposo enfermo, ayudado por una hija en edad de poder desempeñar este rol y, en el caso de Sofía, también por la madre de la mujer enferma al vivir en el mismo patio. El padecimiento mental y el cuidado del enfermo promueven un proceso en el que el cónyuge cuidador aprende a conocer, comprender y manejar el padecimiento y sus síntomas cuando está medicado y cuando está mentalmente descontrolado, así como las acciones de cuidado necesarias para atender médicamente la enfermedad y procurar que su esposa o esposo no se altere emocionalmente y mantenga un estado mental lo más estable posible. Este proceso de aprendizaje va acompañado de un proceso psicológico en el que el cónyuge va resignándose y asumiendo que la enfermedad mental no es curable e inevitablemente va a afectar a su relación matrimonial de por vida, en el cumplimiento de las obligaciones conyugales, en apoyarse mutuamente a nivel psicoemocional, en la realización de tareas domésticas y productivas o en el cuidado en momentos de enfermedad, en la comunicación de la pareja, en la relación afectiva, en la vida social de los esposos.

Capítulo 24

La incidencia del padecimiento mental y su manejo en el trabajo productivo y el programa social PROSPERA

El padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis discapacita cognitivamente a los hombres y las mujeres a tal grado que no pueden continuar asumiendo los trabajos productivos que venían desempeñando antes de caer enfermos, ni tampoco asistir a las reuniones y realizar las gestiones requeridas por los programas de ayuda social implementados por el gobierno federal. Su discapacidad es total cuando se hallan sumidos en el descontrol mental, sobre todo, como consecuencia de la pérdida del sentido de la responsabilidad, de sus déficits cognitivos en la atención, la memoria, la comprensión, el razonamiento y las funciones ejecutivas —planificación, ejecución y evaluación de acciones dirigidas a conseguir objetivos— y de sus déficits en la cognición social —percepción, interpretación y generación de respuestas ante las intenciones, las disposiciones y las conductas de otras personas—. Cuando el apego terapéutico es regular o se logra la sanación, como en el caso de Marcos, su capacidad cognitiva para realizar tareas productivas o asumir las obligaciones asociadas a la titularidad de los programas sociales experimenta una recuperación que varía en grado dependiendo de las personas enfermas, de su respuesta a los psicofármacos en el control del padecimiento mental y de sus efectos adversos.

1. La incidencia y su manejo en los trabajos agrícolas y remunerados

El padecimiento de la esquizofrenia y otras psicosis afecta de diferente forma a los hombres y las mujeres en el trabajo agrícola y remunerado debido a los distintos roles que desempeñan en la vida familiar. Mientras el hombre, como cabeza de familia, debe de procurar los recursos económicos que aseguren la manutención de su esposa y sus hijos,

la mujer realiza actividades económicas que complementan los ingresos familiares y colabora en ciertas tareas agrícolas o comerciales ayudando a su esposo.

1.1 La incidencia y su manejo en los hombres

La aparición de la enfermedad mental provoca que los hombres dejen de ser los proveedores económicos principales de sus familias, temporalmente cuando la enfermedad es episódica, como en el caso de Marcos, o permanentemente cuando la enfermedad se vuelve crónica y discapacitante, como en los casos de Miguel y Carlos¹⁷⁰. Es más, cuando aparece antes de contraer matrimonio, como en el caso de Carlos, el padecimiento la esquizofrenia y otras psicosis impide que el hombre pueda casarse y formar una familia y, por ende, desempeñar el rol de proveedor económico principal en algún momento de su vida.

En los periodos de descontrol mental, los padres, contando también con la colaboración de los hermanos varones, asumen la manutención económica de su hijo enfermo y su familia, así como su atención médica, hasta que logra estabilizarse mentalmente y recuperar su aptitud para el trabajo productivo. Si su funcionalidad es recuperada parcialmente, como sucedió en Marcos, la reorganización familiar puede variar, apoyándose en la familia natal de la esposa, cuando es más solvente económicamente, y en hijos emigrantes que envían dinero a sus padres.

Marcos, tras nueve meses de enfermedad, logró sanar y pudo recuperar su rol de proveedor económico de la familia, un rol que compartía junto a su padre hasta que la ancianidad lo eximió del trabajo en la milpa en la que cultivaba maíz, frijol y verduras. Marcos le ayudaba en la época del rozo y la cosecha, pero su trabajo principal era la venta callejera de mojarras y camarones en la localidad y los ranchos vecinos, labor que compaginaba con la venta de tepejilote en los meses de invierno y la limpieza y reparación de calzado los domingos por la mañana. Al cabo de un tiempo, sin embargo, dejó el comercio de mojarras y camarones para dedicarse a la venta de tepejilote y la limpieza y reparación de calzado. Su aportación económica dejó de ser suficiente para la manutención familiar y su suegra apoyó a la familia acogiéndolos en su casa, a la vez que el hijo primogénito, que trabajaba en la ciudad, enviaba remesas de dinero regularmente. La esposa de Marcos se encargaba de preparar la comida y, junto a una de sus hijas, ayudaba a su madre a atender la miscelánea que había en su casa.

Cuando los hombres se ven afectados de manera crónica por la esquizofrenia y otras psicosis, aun estando mentalmente controlados mediante la medicación, la pérdida del sentido de la responsabilidad y sus déficits cognitivos no les permiten afrontar las exigencias de constancia, rapidez y eficacia que demandan los trabajos agrícolas y los trabajos asalariados del mercado laboral, por lo que los parientes que asumen su cuidado

¹⁷⁰ Si Carlos no padeciera una enfermedad mental, siendo soltero o casado, tendría la obligación de, al menos, apoyar económicamente a su madre separada.

reorientan su actividad hacia el ámbito familiar, hacia la realización de ciertas labores domésticas.

Miguel, a raíz de la aparición de la enfermedad, dejó de poder trabajar la milpa, su actividad económica principal, su esposa se acabó separando de él y pasó a convertirse en una persona dependiente que vivía con sus padres. Aun así, sembraba una pequeña área de maíz y frijol en los terrenos que su padre tenía en el llano y en el cerro. Tras salir de su último internamiento hospitalario en febrero de 2013, sus padres ancianos ya no quisieron seguir cuidándolo, y su cuidado fue asumido por su hermana, quien, una vez estabilizado mentalmente, le pedía que realizara algunas tareas domésticas, como barrer el patio, rajar leña o hacer compras sencillas de alimentos, bebidas y otros productos.

Tras separarse de su marido, doña Julia, la madre y cuidadora de Carlos, estuvo trabajando en varias ciudades del país durante varios años hasta que nuevamente regresó a Usila en 2008. Carlos trató de incorporarse al mercado laboral, pero no conseguía permanecer en las empresas más allá de unas semanas, pues la somnolencia provocada por la medicación le llevaba a faltar frecuentemente al trabajo. Tras estar varios años sin ser medicado, cuando volvió a estabilizarse mentalmente a finales de 2013, ante la imposibilidad cognitiva de desempeñar un trabajo agrícola o asalariado, sus familiares le atribuyeron un rol de trabajador doméstico, desempeñando labores como enjuagar y exprimir la ropa, barrer el patio, rajar leña o hacer mandados y participando en el cuidado de sus sobrinos.

1.2 La incidencia y su manejo en las mujeres

La incidencia de la esquizofrenia y otras psicosis en las mujeres es menor que en los hombres, ya que suelen realizar actividades económicas complementarias y, por tanto, la repercusión que las familias experimentan en el ámbito de la economía correspondiente al trabajo agrícola y remunerado es menor. Al igual que los hombres, su discapacidad se debe a sus déficits cognitivos y a los efectos adversos de las medicinas.

En la mayoría de los casos —Esther, Natalia, Teresa, Sofía y Adela—, las mujeres dejaron de realizar trabajos productivos tras la aparición de la enfermedad mental. Esther, que había sabido tejer los elaborados huipiles usileños en el telar de mano, no pudo seguir haciéndolo después de que apareciera su enfermedad. Natalia no podía bordar servilletas como hacía antes de enfermar porque, además de la somnolencia, reconocía padecer déficits cognitivos que, según sus propias palabras, se resumían en “no puede mi cabeza”.

Esperanza manifestaba padecer una somnolencia y una apatía que le dificultaban la tarea de bordar servilletas —la pieza más sencilla de bordar en comparación con manteles, blusas o huipiles—.

¿Por qué no puede trabajar?

Me da sueño. Y ahora quiero bordar porque yo vendía una servilleta para comprar una medicina para ayudar a mi esposo, sí. Pero ahorita no, ya no puedo trabajar. Sí quiero trabajar, ya no me da gana.

En otras ocasiones, cuando agarraba la aguja con la intención de ponerse a bordar, escuchaba voces que le decían que no lo hiciera o le decían cosas como que sentían lástima por sus hijos. En esos momentos, dejaba de bordar. A pesar de las dificultades, Esperanza conseguía a veces bordar alguna servilleta y más asiduamente solía hacer la puntilla alrededor de las servilletas que bordaba su hija. Esas servilletas bordadas, usadas generalmente para guardar las tortillas, al igual que los manteles, las blusas y los huipiles, eran vendidas a vecinas o a intermediarias, que las colocaban en el mercado regional de artesanías, a fin de obtener unos ingresos monetarios adicionales para la familia.

En el caso de Esperanza, su padecimiento mental no sólo afectó negativamente a su propio desempeño, sino también repercutió negativamente en las ventas de la carpintería familiar durante una temporada. Esperanza manifestaba cierta agresividad verbal hacia las personas que acudían a la carpintería, diciéndoles cosas extrañas y desagradables, una actitud que alejó a los clientes y, consecuentemente, redujo los encargos y los ingresos procedentes de la manufacturación y la venta de muebles.

Entonces, el dinero de la familia no alcanza para comprar medicinas.

No alcanza.

¿Y el trabajo de tu papá tampoco?

Tampoco, hm, hm. Mi papá ya, ya casi no tiene trabajo ahorita por lo de mi mamá, pues. Cuando llega la gente, le dice cosas a la gente y eso no, no le gusta a la gente, pues. Eso le digo a mi papá, que es por eso, ajá. (Elena, hija)

En una ocasión, Esperanza llegó a romper una silla de madera que su esposo estaba haciendo para un cliente, pues una voz se lo había ordenado. Don Eusebio había ensamblado y encolado las diferentes partes de una silla, dejándola sobre una de las mesas de trabajo de la carpintería. Esperanza despertó de su siesta alterada y enseguida se dirigió hacia la mesa donde estaba la silla y la tiró al suelo, diciendo que el electricista que estaba instalando la luz en la casa vecina, la casa de su suegra, no había querido bajar la silla al suelo, tal y como había pedido la señora que la había encargado. Ello motivó que su esposo se enojara con ella y le recriminara que hubiera echado a perder su trabajo y tuviera que volver a encolar las partes de la silla.

Ella le viene cosas en la mente, pues, que la gente dice mal de ella. Hasta le grita a las vecinas. Ajá, ella dice cosas. El día que rompió las sillas, en la mañana sí estaba bien, pero en la tarde, yo estaba lavando, mi papá estaba trabajando con mi hermano, y ella estaba dormida. Cuando se despertó, vino directamente a romper la silla y, cuando escuché el ruido, pues, le dije a mi papá: qué está haciendo mi mamá, pues, y mi hermano vino corriendo. No sé si iba a romper la otra silla también si no venía mi hermano. Rompió la silla. Dijo que la señora de la silla le

mandó al señor que estaba trabajando, como trabajó un señor ahí, instaló la luz en la casa de mi abuela [situada en el terreno contiguo]. Ajá, ella dice que la dueña de la silla le pidió al señor que estaba trabajando ahí, pues, que bajara la silla encolada. Eso es lo que piensa ella, pero no es así. Dijo no sé qué, qué pecado debe ese señor, dice, y mencionó a otra señora también, pero no, no me acuerdo cómo, ajá, Rosa, dijo. Esos dos, pues, qué pecado deben, dice mi mamá. Y le dije al señor, porque pensé que iba a golpear al señor que estaba trabajando ahí, y se fue corriendo para arriba. (Elena, hija)

Las excepciones eran los casos de Lorena y Lucía, quienes, tomando sus medicamentos, conseguían realizar ciertos trabajos productivos. Lorena trabajaba lavando la ropa de varias familias en una ciudad del estado de Veracruz donde vivía una de sus hermanas. Lucía, una vez estabilizada mentalmente con una baja dosis de medicación, podía realizar una actividad económica complementaria de manera autónoma. Dos o tres veces a la semana, después de haberla preparada ella misma, salía a vender comida, tamales o pozol, ofreciéndola por las casas a fin de obtener unos ingresos monetarios propios.

2. La incidencia y su manejo en el programa social PROSPERA

El cumplimiento de los requisitos establecidos en los programas sociales implementados por el gobierno federal también se ve afectado por el padecimiento mental cuando la persona titular enferma de esquizofrenia u otro trastorno psicótico. En estas circunstancias, por tanto, resulta fundamental que haya un pariente que asuma la responsabilidad o ayude a la persona enferma a cumplir con los requerimientos, de lo contrario, la familia corre el riesgo de ser penalizada económicamente, incluso, de ser dada de baja.

En el programa social PROSPERA, la titularidad recaía en la mujer de la familia, lo que le daba derecho a cobrar una cantidad de dinero bimensualmente a cambio de cumplir con las obligaciones requeridas por el programa. Los déficits cognitivos en la capacidad de fijar la atención, comprender y memorizar la información, aunados a otros síntomas como los dolores intensos de cabeza y las ideas delirantes, y, en las temporadas en que se hallan mentalmente descontroladas, la manifestación de alucinaciones, delirios, inquietud psicomotora, conductas tendentes a la agresividad dificultaban o impedían que las mujeres enfermas pudieran cumplir con las actividades y las gestiones que el programa federal PROSPERA exigía a sus beneficiarias:

- Asistir a las reuniones, entender y recordar la información que se exponía en las charlas sobre salud materno-infantil, salud femenina, diversas enfermedades o medidas de higiene en el hogar y el patio —la dificultad de comprensión

aumentaba cuando las pláticas eran realizadas por personal sanitario no usileño que se expresaba en español—.

- Participar en diversos eventos como talleres de comida saludable, en desfiles con motivo de las campañas de vacunación, la promoción de la salud bucodental o actos políticos locales como la recepción de una autoridad estatal o federal —diputado, senador— o alto cargo del sistema sanitario —Jurisdicción Sanitaria de Tuxtepec—.
- Realizar las gestiones necesarias en el Centro de Salud para certificar la asistencia a las reuniones y otros eventos, o para dar de baja a miembros de la familia que habían emigrado y ya no podían asistir a las citas médicas obligatorias.
- Procurar que los miembros de la familia acudiesen a las citas periódicas en el Centro de Salud para ser sometidos a revisiones médicas.
- Renovar las pólizas del Seguro Popular cuando estaban próximas a vencerse ante el personal de la Secretaría de Salud de Oaxaca (SSO) que llega periódicamente a la localidad desde Tuxtepec.
- Ir a cobrar el dinero que funcionarios de la SEDESOL entregaban bimensualmente en la propia localidad.

Es por ello que un familiar, generalmente una hija o la madre, cuidadora primaria o secundaria, asumía la responsabilidad de realizar las gestiones requeridas por el programa, asistir en su lugar o acompañar a la mujer enferma a las reuniones y eventos para evitar las faltas de asistencia y sufrir las consiguientes penalizaciones económicas en forma de descuentos o directamente la baja del programa. Asimismo, acompañaba a la enferma a cobrar el dinero cuando los funcionarios llegaban a la localidad.

En el caso de Esther, tras el fallecimiento de su madre, fue su padre quien asumió esta responsabilidad hasta que fue dada de baja en julio de 2017 al no admitirse ya, por disposición gubernamental, a mujeres que no fueran madres de hijos menores de edad. El rol de asumir las gestiones y acudir a las actividades lo desempeñó siempre, tanto en los periodos de descontrol mental como en los que estuvo medicada, pues el deterioro cognitivo de Esther le impedía poder cumplir con estos requerimientos.

Natalia y Adela, siempre que tomaran su medicación, podían asistir regularmente a las reuniones, aunque, debido a sus déficits cognitivos y a que no sabían leer ni escribir en español, necesitaban el apoyo de una hija a la hora de hacer las gestiones que requerían conseguir y entregar documentos oficiales o copias de documentos oficiales. Cuando Natalia estuvo mentalmente descontrolada en los inicios de la enfermedad, fue su hija primogénita, cuidadora primaria en aquellos momentos, quien asumió la responsabilidad de cumplir con las obligaciones del programa social. Posteriormente, la función de supervisar el cumplimiento de los requisitos y de apoyarla cuando era necesario sería

asumida por otra hija, la hija mayor que tuvo con su marido hasta que ésta emigrara a la ciudad de Oaxaca.

Programa social PROSPERA: beneficiarias y familiares responsables¹⁷¹

Beneficiaria	Familiar responsable	Tipo de cuidador
Esperanza	Hija	Cuidadora secundaria
Natalia	Hija	Cuidadora primaria/ fuente de apoyo
Esther	Padre	Cuidador primario
Adela	Hija	Cuidadora primaria

La segunda vez que Adela se descontroló mentalmente, ningún familiar se hizo responsable de cumplir con los requerimientos de PROSPERA, y sus reiteradas faltas de asistencia provocaron que fuera dada de baja del programa. Posteriormente, su esposo y su hijo primogénito tuvieron que realizar la gestión de darle nuevamente de alta en una oficina de la SEDESOL de la ciudad de Oaxaca, presentando la constancia médica que el hospital psiquiátrico expidió tras ser atendida en consulta por primera vez. A partir de ese momento, la mayor de las hijas, cuidadora primaria, se hizo cargo de que se cumplieran los requisitos del programa gubernamental.

Al igual que sucedía en las familias de Natalia y Adela, en el caso de Esperanza, también fue su hija quien se hizo responsable de cumplir con los requisitos del programa social mientras estuvo mentalmente descontrolada y, después estando medicada, de continuar haciéndolo en sus momentos críticos o de acompañarla cuando lo necesitaba. Pero Esperanza necesitaba mayor supervisión y ayuda para guardar la observancia de las obligaciones del programa social PROSPERA. A las deficiencias cognitivas y al recurrente fuerte dolor de cabeza, se sumaban la escucha de voces y las ideas delirantes que aparecían aun medicada, síntomas que llevaban a Esperanza a pensar que las mujeres que se encontraban a su alrededor en las reuniones hablaban mal de ella, criticándola, reclamándole ciertas cuestiones, inclusive escuchando sus voces.

Hm, hm, sí escucho voces. Porque no hablan todos, algunos sí hablan. Pero me acosté, está bien porque yo estoy enferma, no, lo que pasa que me sentí enferma porque yo me hago problemas. Dice señora por qué no he ido a la reunión de

¹⁷¹ Teresa y Lucía no eran beneficiarias del programa PROSPERA al estar incluidas dentro del núcleo familiar de sus respectivas familias natales.

OPORTUNIDADES [antigua denominación de este programa social]. Yo quería hacer adelante por apoyo de chamacos, dice, y yo hablé porque todos tienen derecho en día de reunión, ¿verdad? Todos tienen que hablar para que siga adelante, pero los demás piensan que yo soy mala, por eso me sigue adelante. Pero ahora ya no me hablo cuando voy a reunión porque no son iguales todas las personas. Por eso ya no hablo, porque no, no está bien. Los demás quieren problemas, sí.

O sea, si usted habla en las reuniones, ¿la gente quiere pleito con usted?

Sí, quiere pleito. Yo hablé para comprar, este, lo que hablé ahorita, pero yo me sentí bien mi cabeza ese día, me hablé en la junta, reunión, para comprar una a mi prójimo, para escuchar toda persona, para dar apoyo para todos, para dar un poco de dinero para comprar, para que se junte dinero, así me decía la promotora, director, ah, cómo se llama... médico Carlos Javier. Así me hablé con él. Sí, está bien, Esperanza, dice, y yo te voy a dar un poco de apoyo para usted, para todas las señoras, dice, yo te voy a anotar otro apoyo, te voy a dar otro poquito de dinero para comprar una, cómo se llama, mi prójimo, bocina, bocina se llama esto, ¿verdad?

¿Bocina?

Bocina. Y por eso lo compré ése, yo hablé el día que llegué en Oaxaca. Porque, a veces, cuando me siento un poco bien, sí me he ido a reunión. Cuando me siento dolor mi cabeza, ya no ido, me acuesta y luego va mi hija.

Cuando Esperanza escuchaba las conversaciones de las demás mujeres o veía a las mujeres conversar, pensaba que estaban hablando sobre ella y lo hacían negativamente. No decía nada, no les contestaba, pero se alteraba y se enojaba al pensar que todo lo que comentaban era sobre ella. Cuando regresaba a la casa, Elena trataba de tranquilizarla diciéndole que las mujeres no hablaban sobre ella, sino que era la enfermedad la que le inducía a tener esos pensamientos. La tendencia de su mente hacia las ideas delirantes de daño junto a la discapacidad cognitiva para centrar su atención y recordar lo que había escuchado llevaban a su hija a tener que asumir la responsabilidad de asistir frecuentemente a las reuniones y realizar las gestiones necesarias para evitar las faltas de asistencia y los consiguientes descuentos económicos o la baja del programa. Cuando la participación de la beneficiaria era exigida como obligatoria, entonces Elena acompañaba a su madre a las reuniones, al igual que en los días que las mujeres iban a cobrar el dinero que el programa social les otorgaba bimensualmente. Ese rol lo había asumido siendo una niña y, posteriormente, debía compatibilizarlo con las exigencias que conllevaban ser estudiante de bachillerato.

Cuando se reúnen mujeres de OPORTUNIDADES, ¿tú asistes a las pláticas y todo eso?

Ajá, ajá, en vez de mi mamá, pues, porque si va ella no, anda así, pues, no va a estar en un solo lugar escuchando las pláticas y por eso, cuando regresa, le pregunto, pues, qué fue lo que se dijo en la plática y ella no, no recuerda nada, pues. Mejor ella se queda en casa y así voy yo, hm, hm.

O sea, a todas las pláticas siempre vas tú.

Hm, hm, a todas. De las que tocan cuando yo estoy en clase, entonces no voy, va ella, y, cuando es por la tarde, ahí sí voy, cuando es de la tarde.

Capítulo 25

La incidencia del padecimiento mental y su manejo en el trabajo doméstico

Al igual que sucede en el ámbito del trabajo productivo, el padecimiento de la esquizofrenia y otras psicosis discapacita a las mujeres y los hombres en la realización de tareas domésticas como consecuencia de la afectación que sufre el sentido de la responsabilidad y de los déficits cognitivos que aparecen en la atención, la memoria, la comprensión, el razonamiento y las funciones ejecutivas. Cuando la toma de medicación es regular o, como en el caso de Marcos, se logra la sanación, las personas enfermas recuperan el sentido de la responsabilidad y la capacidad cognitiva para realizar trabajos domésticos en grados diversos dependiendo del propio enfermo, la eficacia de los psicofármacos en el control de su padecimiento mental y los efectos adversos que les provocan.

Las tareas domésticas abordadas en este capítulo son las pertenecientes a las siguientes dimensiones del trabajo doméstico:

1. Las tareas orientadas a la alimentación de los miembros del grupo doméstico
2. Las tareas orientadas a la limpieza y la higiene de la vivienda y los miembros del grupo doméstico
3. Las tareas relacionadas con la construcción y el mantenimiento de la vivienda y las estructuras del patio
4. Las tareas relacionadas con la administración del dinero y la adquisición de bienes y servicios en el mercado
5. Las tareas de mediación ante las instancias estatales del ayuntamiento, el registro civil, las escuelas y el centro de salud

1. La incidencia del padecimiento en los periodos de descontrol mental

En todos los casos, los familiares coinciden en señalar que, durante los periodos de descontrol mental, las mujeres manifiestan apatía y una pérdida total o casi total del sentido de la responsabilidad y de las capacidades cognitivas para realizar las labores, pues no sólo dejan de cumplir sus obligaciones domésticas, sino que también dejan de preocuparse por las necesidades cotidianas de los miembros de la familia. La hija primogénita de Natalia, Luisa, que asumió el rol de ser su cuidadora primaria la primera vez que su madre se descontroló mentalmente, lo describía de la siguiente manera:

Es que cuando ya está enferma, ya no quiere hacer nada, ya no quiere hacer nada, ya, ya, nada, pues. Pues ya no come, ya no come cuando ella se enferma, ya no quiere echar tortilla, nada. Anda así, como que no, como si fuera chamaca, pues. No piensa en nada, nada, nada. Nada más quiere hablar ahí, nada más.

Esta pérdida del sentido de responsabilidad durante los episodios de descontrol mental obliga a otras familiares cercanas, pertenecientes al mismo o a otro grupo doméstico, a asumir las tareas domésticas realizadas por la mujer enferma, generalmente otras mujeres con una edad suficiente para poder desempeñarlas: las hijas, las hermanas, la madre, la suegra, la abuela. En ocasiones, los esposos también pueden colaborar efectuando tareas domésticas que no suelen realizar normalmente.

El grado de reorganización de las labores domésticas varía en función de la composición familiar y el estatus de la mujer enferma dentro de la familia. Un caso que ejemplifica un grado bajo de reorganización del trabajo doméstico es la familia de Lucía, formada por el padre, la madre y tres hijas solteras sin hijos, en la que las tareas domésticas se reparten entre las hermanas —caso similar a los de Lorena y Teresa—. Durante el tiempo que Lucía estuvo mentalmente descontrolada, sus hermanas asumieron las labores domésticas que dejó de cumplir, es decir, aumentó la carga de trabajo, pero, salvo la enferma, la madre y las otras hermanas siguieron efectuando los quehaceres del hogar.

Cuando la mujer enferma es esposa y madre en una familia extensa, como el caso de Esther, que residía en la casa de la madre viuda de su esposo las primeras veces que se descontroló mentalmente, las labores del hogar fueron asumidas por la suegra. En cambio, cuando la mujer enferma ocupa el estatus de esposa y madre en una familia nuclear, el impacto del descontrol mental en la reorganización del trabajo doméstico es mayor debido a que muchas labores domésticas cruciales para la familia son su responsabilidad. Éstos fueron los casos de Esperanza, Sofía, Adela y Natalia.

Esperanza y Sofía enfermaron formando parte de una familia nuclear. En el primer caso, la suegra, que vivía en el terreno colindante, asumió la responsabilidad de la alimentación y el lavado de la ropa de su hijo y sus nietos mientras Esperanza estuvo descontrolada las primeras veces —aunque en lo referente al cuidado de los nietos intervendría también la madre de Esperanza—. Así fue hasta que la hija primogénita tuvo la edad suficiente para poder desempeñar esta responsabilidad en los periodos de descontrol mental de su madre, hacia los nueve años. Este rol fue siempre ejercido por la

madre en el caso de Sofía, ya que, poco tiempo después de enfermar y para facilitar su cuidado y el de los niños, ella y su familia se instalaron a vivir en el mismo solar que sus padres en una casa aparte.

La segunda vez que Adela se descontroló mentalmente, la enfermedad se fue manifestando gradualmente y fue dejando de cumplir las tareas domésticas progresivamente, hasta que llegó un punto en que perdió el sentido de la responsabilidad y la capacidad cognitiva de poder realizarlas por sí misma. Además, no podía trabajar mucho tiempo seguido, enseguida se sentía fatigada y, cuando terminaba una tarea, tomaba asiento para recuperar su cansancio. Los familiares fueron observando su falta de cumplimiento en el trabajo doméstico y sus hijas, especialmente la mayor, se encargaron de ayudar y supervisar a su madre en la elaboración de las tortillas y la preparación de la comida, así como de asumir otros quehaceres del hogar como lavar los trastes, lavar la ropa, limpiar la casa, administrar el dinero, hacer las compras.

El caso de Natalia, además de reflejar el impacto del descontrol mental en la familia nuclear cuando la mujer enferma ocupa la posición de esposa y madre, también ilustra cómo en una misma familia las personas que asumen las tareas domésticas pueden variar en los distintos episodios de descontrol mental dependiendo de cuáles sean los miembros que están presentes y están capacitados para el trabajo doméstico en ese momento.

Las dos primeras veces que Natalia se descontroló mentalmente estando embarazada o después del parto, su hija primogénita, además de ser su cuidadora primaria, realizaba los quehaceres del hogar y cuidaba de sus medio hermanos con la ayuda de la abuela materna de su madre —quien se encargó de la crianza de Natalia siendo una niña pequeña—. Una vez superado el periodo de crisis, dado que Natalia tardó varios meses en recuperarse completamente, Luisa seguía cuidando del recién nacido y sus hermanos y asumiendo la responsabilidad de realizar las labores domésticas en colaboración con su madre.

En el episodio siguiente de descontrol mental, menos grave y más corto, Luisa se hallaba trabajando en la ciudad, la abuela materna de Natalia carecía ya del vigor suficiente debido a su ancianidad, por lo que fue el esposo quien tuvo que asumir las labores domésticas y el cuidado de los niños ayudado por su hija, quien entonces era una niña de ocho años.

Si el descontrol mental discapacita a las mujeres enfermas para efectuar las numerosas y múltiples tareas femeninas que integran las diferentes dimensiones del trabajo doméstico, el descontrol mental también provoca la pérdida del sentido de la responsabilidad y discapacita cognitivamente a los hombres para realizar las tareas domésticas que les corresponden hacer en la vida cotidiana, más limitadas en cantidad y variedad, algunas de ellas compartidas entre mujeres y hombres:

1. Tareas relacionadas con la alimentación: estibar las mazorcas, desgranarlas y almacenarlas en botellas de plástico o contenedores, comprar costales de maíz y otros alimentos, secado al Sol del maíz, el frijol, el café y el chile, sacrificar y aliñar

animales domésticos, rajar leña, ponerla a secar y apilarla protegiéndola de la lluvia.

2. Tareas relacionadas con la limpieza y la higiene de la vivienda: barrer el patio, quemar la basura, desramar los árboles y los arbustos, chapear la hierba que crece en el patio.
3. Tareas relacionadas con la construcción y el mantenimiento de la vivienda y las estructuras del patio: la hechura y el mantenimiento del corredor, el área de cocina, el área de lavado, el área de baño y la letrina en el patio, la excavación de la fosa de la letrina o el baño interior, el traslado de la letrina cuando la fosa se ha llenado, el recubrimiento de una fosa llena y la excavación de una nueva fosa, colocar y ajustar las láminas de aluminio en el tejado de la vivienda o en una estructura del patio, el mantenimiento y la reparación de la instalación eléctrica y de la distribución del agua, la construcción y el mantenimiento del gallinero.
4. Tareas relacionadas con la administración del dinero y la adquisición de bienes y servicios en el mercado: compra de productos para la limpieza del hogar, el lavado de la ropa y la higiene corporal, adquisición de productos y herramientas para barrer y limpiar el patio, trabajar en el campo o desempeñar el oficio, la compra y reparación de los vehículos —bicicletas, triciclos, motos, mototaxis, coches, camionetas—, la búsqueda de atención médica.
5. Tareas de mediación ante instancias estatales: solicitar y pagar los documentos oficiales requeridos para los programas sociales y otros trámites administrativos en el ayuntamiento y el registro civil, y, en menor medida, asistir a las reuniones escolares convocadas por los maestros, los directores o los comités de padres.

2. La incidencia del padecimiento en las mujeres enfermas medicadas

En las mujeres medicadas, si bien los familiares están de acuerdo en señalar que su desempeño en los quehaceres domésticos mejora a la par que su estado mental, no vuelve a ser como antes de que apareciera la enfermedad. Las tareas domésticas se ciñen a las labores dentro del hogar, es decir, a las tareas relacionadas con la alimentación y la higiene de la vivienda y los miembros de la familia, perdiendo la capacidad de mediar y realizar las gestiones en la escuela y el Centro de Salud y, en diferentes grados, la habilidad de administrar el dinero y adquirir bienes en el mercado. La presencia de déficits cognitivos y de ciertos síntomas y malestares, como las voces, las visiones, las ideas delirantes, el dolor de cabeza, la apatía, la falta de vitalidad, el cansancio y la somnolencia, provocan un cumplimiento parcial de las labores domésticas y una discontinuidad en la realización de las mismas.

Algunas de estas mujeres son conscientes de los problemas que tienen para cumplir con sus obligaciones domésticas, reconocen su incapacidad para acometer todas las labores que realizaban antes de enfermar y para realizarlas de manera continuada y eficiente. Sus discursos hacen hincapié en las fluctuaciones que sufren en su estado de salud, los dolores de cabeza, la “flojera” que sienten o la falta de motivación y vitalidad para hacer los quehaceres, la somnolencia que padecen y el cansancio que experimentan cuando realizan una tarea, un cansancio que les obliga a detenerse para descansar, incluso tener que acostarse y dormir, antes de proseguir con otra tarea.

Las dificultades que tienen estas mujeres para efectuar las tareas domésticas necesarias para la manutención y la reproducción cotidiana de la familia suponen que otros familiares deban asumir una carga de trabajo en el hogar mayor a lo normal, que varía dependiendo del desempeño de las personas enfermas y la composición de la unidad familiar.

Natalia, una mujer mentalmente estabilizada con una dosis baja de medicamentos y, por tanto, discapacitada en un grado bajo por la enfermedad y los efectos adversos de la medicación, desempeñaba el trabajo doméstico necesario para cubrir las necesidades de su esposo e hijos cuando todos estaban presentes en el hogar. Aun así, Natalia debía manejar la afectación que sus malestares —dolor de cabeza, dolores musculares, falta de vitalidad, cansancio— y la falta de una toma regular de medicación —somnolencia, apatía— provocaban en su desempeño cotidiano: habitualmente teniendo que descansar después de realizar una tarea y, en los días o los momentos en que se sentía muy desganada y cansada, solicitaba ayuda a sus hijos, por ejemplo, pidiendo a uno de sus niños que barriera el patio o a su hija que fuera al molino a moler el nixtamal.

Normalmente, ¿no se siente cansada?

Sí, sí se cansa, se quiere sentar y así.

O sea, la enfermedad afecta a su desempeño en los quehaceres.

Pues yo creo que sí porque, cuando termina de hacer cosas, sus cosas, pues, su quehacer, se cansa y ya se duerme un rato acá, y después se para y a barrer acá, y a lavar, y se volvió a acostar. Y se vuelve a acostar, así, así se cansa. (Luisa, hija)

La propia Natalia era consciente de cómo sus malestares la discapacitaban a la hora de realizar las labores domésticas, cómo repercutían en su motivación, en su voluntad, en su energía vital para poder llevarlas a cabo:

¿Y qué más siente?

Nada más así, nada más duele, duele mi cuerpo, duele. Yo no quiero comer también, sí. Yo no hago nada también si estoy así, yo no hago nada, barrer mi casa y lavando, no, nada, nada.

¿No trabaja?

No, no quiero trabajar, sí. Si estoy un poco mejor, todo mi trabajo quiero, voy hacer, pues.

[...] *¿Se siente cansada?*

Sí, como cansada. Sí, a dormir yo a la cama también.

Duerme mucho.

Sí, cómo dormí, mucho, dormí mucho. No sé por qué. Tengo sueño, tengo sueño.

[...] Tengo sueño, duele mi cabeza, duele mi cabeza, no quiero trabajar también. A la fuerza hago un poco, sí.

Lucía y Teresa también tenían una buena respuesta a la medicación y padecían malestares que debían manejar diariamente, pero, al ser mujeres solteras que vivían en sus familias de procreación junto a sus padres y sus hermanas, el trabajo doméstico no era sólo su responsabilidad, sino que las diferentes labores se distribuían cotidianamente entre sus hermanas y ellas —la participación de sus madres, al ser ya ancianas, era baja—.

Lucía, una vez estabilizada mentalmente, se reincorporó a sus obligaciones domésticas, aunque se quejaba de que el trabajo le generaba dolores musculares en la espalda y un cansancio que le obligaba a detenerse y descansar. Teresa presentaba una mayor discapacidad debida no a los malestares sino a sus déficits cognitivos, que no le permitían realizar tareas complejas como la preparación de una comida. Aun así, era una mujer activa que ayudaba a sus hermanas y su hijo en la elaboración de las comidas, lavando los alimentos o llevando utensilios e ingredientes usados en su preparación, echaba tortillas junto a sus hermanas, calentaba tortillas para la comida, lavaba los trastes, lavaba su ropa, prendía la lumbre del fogón, apilaba la leña que sus hermanas traían del cerro debajo del fogón, etc.

El estado mental de Adela estaba bien controlado mediante la medicación psiquiátrica, lo que le permitía realizar labores domésticas relativas a la alimentación, la limpieza de la casa y el lavado de la ropa, pero sus déficits cognitivos hacían necesario que sus hijas la supervisaran y la ayudasen. También era capaz de comprar algún producto en las tiendas de abarrotes, pero siempre que las cuentas fueran sencillas. Igualmente, la medicación psiquiátrica controlaba bien el estado mental de Lorena, sin apenas efectos adversos, y, en su caso, era capaz de vivir sola en la ciudad veracruzana donde trabajaba y ser autosuficiente en el ámbito de las labores domésticas.

En cambio, en otras familias, la discapacidad de la mujer enferma, aun medicada, era tal que obligaba a los familiares a reorganizar el reparto de responsabilidades en el trabajo doméstico. Éstos eran los casos de Esther, Esperanza y Sofía.

La persistencia de síntomas como escuchar voces, tener visiones, la ideación delirante, aunados a sus déficits cognitivos, no permitieron a Esther desempeñar las tareas domésticas que socioculturalmente le correspondían como mujer. Tras acordarse la separación matrimonial definitiva, Esther regresó a su familia natal, pero la responsabilidad del trabajo doméstico recayó en su madre, hasta que, tres años antes de morir, se rompió la cadera y dejó de poder mantenerse erguida y caminar por sí sola. A partir de ese

momento, fue su padre quien asumió la responsabilidad de realizar las labores domésticas, además de cuidar de Esther y de su esposa hasta su fallecimiento a finales de 2010.

Durante varios años, entre 2007 y 2012, Esther no estuvo medicada y pasaba buena parte del día encerrada en su cuarto, pero, a partir de finales de 2013, gracias a la medicación, Esther recuperó la motivación por el trabajo y mejoraron sus capacidades cognitivas hasta el punto que volvió a realizar algunas labores domésticas sencillas. Su padre seguía asumiendo la responsabilidad del trabajo doméstico, pero, durante casi cuatro años, contó con la colaboración de Esther, que, aunque no regularmente, hacía tareas como calentar tortillas y la comida, servir la comida y el agua, preparar una salsa de tomate en el molcajete, lavar los trastes después de comer, barrer la casa, barrer el patio, lavar su propia ropa o hacer compras simples, de uno o dos productos. Incluso, era capaz de contar el dinero que le devolvían, siempre que fuera una cuenta sencilla.

Aunque el desempeño de Esperanza en el trabajo doméstico era mayor que Esther, a pesar de tomar unas dosis elevadas de medicamentos, sus familiares señalaban que mostraba despreocupación por las necesidades de su esposo y sus hijos. Elena, su hija, cuidadora secundaria, hacía esta reflexión:

¿Y por qué crees tú que está peor?

Porque ya no hace nada, pues, ya. Antes barría la casa, lavaba trastes, hacía comida así diferente cada día, pues, comida diferente, pero ahora ella ya no se preocupa nada de eso. Ya no hace nada, cada día se duerme, pues, porque ella no se dormía antes. Ella no se dormía así, sí pensaba en nosotros, pues, cuando regresamos en el receso, ella ya estaba preparando la comida para nuestro desayuno. Pues ahora ya no nos espera cuando regresamos del receso. Ya no hace nada, pues, hm, hm. Cada día dice más cosas así que se le viene en la mente, hm, hm. Por eso digo que está peor.

Su esposo, don Eusebio, también se quejaba de que Esperanza no mostraba sentido de la responsabilidad, ni manifestaba interés por procurar la alimentación de los miembros de la familia:

Como hasta las siete u ocho de la mañana no hay un poquito de café en la mañana. Y tortillas no hay también. Y comida, nada. Fuera de comida no hay nada para los niños, para que coman los niños.

¿Y quién hace el desayuno entonces?

No, nada más mi hija haciendo un huevo así nada más... Y ahora sale de la escuela y viene a las cuatro otra vez, a las cuatro de la tarde, otra vez comida.

[...] *¿La comida la hizo Elena?*

Sí, Elena.

¿Qué plato preparó hoy?

Hoy está, sí, nada más un poquito frijol, sí, frijol y poquito de salsa y, así nada más, puro, un poquito de arroz. Así todos los días.

Esperanza lograba realizar algunas tareas domésticas como preparar comidas sencillas —por ejemplo, cocer los frijoles—, lavar los trastes, lavar su ropa, hacer mandados o llevar el nixtamal al molino los días en que su hija echaba tortilla, pero las efectuaba de manera discontinua e irregular en función de las fluctuaciones en su estado de salud.

Sí hace, a veces hace y a veces no. Cuando está mal, pues, no, no tiene ganas de hacer nada. Y cuando está un poco así mejor, entonces quiere hacer cosas. (Elena, hija)

Sus familiares también señalaban déficits cognitivos en la memoria, la planificación de las tareas y la evaluación de las acciones que estaba realizando. Esperanza no era capaz de planificar las labores que debía realizar a lo largo del día, y muchas tareas no las hacía correctamente, incluso tareas sencillas como limpiar los frijoles —seleccionar los frijoles, apartando aquellos que están en mal estado antes de cocinarlos— o utilizar adecuadamente la licuadora a la hora de preparar un guiso. A veces, cuando estaba cocinando, se le olvidaba algún ingrediente y, en el momento que se acordaba, lo añadía, aunque no fuera ya el momento apropiado. Estas deficiencias en la planificación y la ejecución de las tareas llevaban a sus familiares, sobre todo a su hija Elena, a tener que supervisarlas para asegurarse de que fueran realizadas y realizadas correctamente.

¿Y qué le pasó?

Que está así, pues, ya no trabaja, ya no hace nada, pues. Nada más se levanta, come. A veces hace a la hora que ya tomó su medicamento, ya hace un poco, pues, pero de ahí se duerme, se olvida en la cabeza lavar los trastes, nada más hace eso y se acuesta.

¿Y la comida la tienes que hacer tú?

Ajá, la comida.

¿Todos los días la haces tú?

Hoy hizo, este, puso a cocer frijol, hoy, porque fui a la escuela.

¿Lo coció Esperanza?

Ajá, ella lo coció.

¿Pero todo lo demás lo tienes que hacer tú?

Hm, hm.

O sea, limpiar...

Limpiar, sí, todo, todo. A veces ella barre la casa también. Sí hace a veces, pero, a veces, depende, de vez en cuando sí lava su ropa. Eso es lo que hace. Y le digo, pues, cuando la veo que está lavando, le digo que nada más lava sus cosas y ahí lava de

mis hermanos. Y a veces también quiere lavar todo, hasta cobijas limpias quiere lavar también. Ajá, le digo que no porque nada más está gastando jabón. Hm, hm, hasta le quito la cobija.

Por estas razones la familia decidió que la hija asumiera la responsabilidad de realizar las labores domésticas. Elena debía compatibilizar las labores del hogar con sus obligaciones escolares, aunque contaba con la cooperación de su padre, que se encargaba de comprar las tortillas entre semana, pues ella sólo podía echar tortilla los fines de semana, su abuela materna, que les donaba comida o tortillas hechas a mano de cuando en cuando, y uno de sus hermanos, que en algunas ocasiones ayudaba barriendo la casa.

¿Te levantas temprano?

Sí, hoy me levanté a las seis y media porque planché la ropa de mi hermano para ir a la escuela a las siete. De ahí me acosté otro rato y levanté a las siete y media para que yo me vistiera, pues, para ir a la escuela. Pues yo entro a las ocho y mi hermano, a las siete.

¿Te levantas también a prepararle el desayuno?

No, en la mañana no estoy. Me da un café ahí, mi abuela, y ahí cuando regreso del receso, porque yo salgo más temprano que él, y así preparo la comida, porque salgo una hora. Ahí preparo la comida y mi papá compra las tortillas.

Elena tuvo que asumir la responsabilidad del trabajo doméstico que su madre no podía sacar adelante siendo una niña, a partir de los nueve años: echar tortilla, preparar la comida, lavar su propia ropa, la ropa de su padre y sus hermanos, planchar los uniformes escolares de sus hermanos, barrer la casa, etc. Fue aprendiendo las diferentes tareas paulatinamente gracias a los conocimientos que su madre y su padre le fueron enseñando.

Cuando vivías con tu abuela, te hacía la comida...

Sí, sí me hacía la comida y lavaba mi ropa y todo. Yo nada más ahí dormía, pues, comía y ahí hacía mi tarea. Y cuando regresé con mi mamá, tuve que hacer todo de... Ella me decía, pues, que tenía que lavar, ayudarle a lavar, y de ahí ella me encargó de todo, pues, lavar. Y entonces empecé a lavar de todo, toda la ropa, pues, de mis hermanos, de mi papá, de mi mamá, desde niña.

Estabas chiquita, ¿no? Tenías nueve años.

Ajá, nueve años. Ahí empecé a lavar toda la ropa, a lavar trastes. Nada más ayudaba a agarrar agua a veces. Sí, yo hacía todo eso cuando tenía nueve años. Desde ahorita lo hago, desde que regresé con ella, pues, yo trabajo, ajá, me ayudaba.

Pero antes sí hacía comida.

Sí, ella sí hacía, cuando estaba yo en quinto, lo hacía ella, ajá. De ahí me enseñó a preparar comida, pues, ajá, de ahí, y ahorita ya puedo hacer todo.

¿Desde cuándo haces tú todo?

Desde que entré en la Secundaria, ajá.

[...] *Seis años.*

De seis años. Cuando yo estaba en sexto nada más sabía hacer el frijol, cocer el frijol, pues, y echar todos los ingredientes. Eso nada más yo sabía, pero, cuando entré en la secundaria, mi mamá se volvió a enfermar, y entonces mi papá sí sabe cuáles son los ingredientes de cada comida, pues, y ahí se aburrió de comer frijol y entonces me ayudó a preparar otra comida, pues, que no sea frijol. Y entonces él me dijo cuáles son los ingredientes, pues, y ahí aprendí. Y cuando mi mamá se recuperó y ahí también, cada comida yo lo hacía, pero ella me decía cuáles son sus ingredientes. Ajá, y ahí ya aprendí a hacer, a preparar toda la comida, hm, hm. Ya, ahorita ya puedo hacer todo [risas de ambos], ya puedo hacer todo.

A partir de enero de 2011, tras el reajuste de su tratamiento y tener una mayor adherencia a los medicamentos, el desempeño de Esperanza en las labores domésticas mejoró, asumiendo parte de las tareas relativas a la alimentación y la higiene de la casa con la supervisión y la ayuda de su hija. Aun así, Esperanza reconocía que no era capaz de trabajar como lo hacía antes de enfermar debido a las fluctuaciones que experimentaba su estado de salud mental y físico, habiendo días en los que se encontraba motivada y vital y otros en los que se sentía desganaada, somnolienta y sin energía.

Sí, pero antes trabaja y hago todas las cosas, pero ahorita ya no puedo como antes. Sí me dan ganas de trabajar, pero ya no soy igual como antes.

¿Pero antes qué hacía?

Borda, lava los trastes, barre la casa, y barre mi patio, corta, corta todo ahí [la vegetación del patio], pero ahorita...

¿Qué cortaba?

Palo, lo que está afuera.

Ah, la maleza que crece.

Todo estoy limpiando antes, pero ahorita ya no soy igual. Todos los días me estoy enferma, todos los días, todos los días, pero no sé por qué. Antes, cuando estuve un poco bien, bordamos una servilleta grande, ¿lo viste?, lo hice encaje, pero ya no hago ahorita, me siento mal. Y bordamos otra, la que está, ya está apuntada flor, la bordamos, pero me sentí mucho calor cuando estoy bordando, sentí mucho calor y dolor en mi barriga, y sentí frío en mi espalda. No sé por qué.

Elena notó cierta mejoría, aunque su desempeño en el trabajo doméstico seguía siendo irregular:

Y también como que hace más cosas en la casa o más o menos igual.

Un poco más, creo, porque antes, pues, bueno, a veces quiere, le dan ganas de lavar y a veces no, no quiere lavar cosas. Sí, sí lava nada más su ropa, y a veces, cuando quiere lavar, tiene ganas de lavar, pues sí lava todo.

Esperanza, incluso, era consciente de que sus facultades cognitivas habían sufrido un deterioro a causa de su enfermedad: además de que ya no podía sazonar las comidas ni preparar guisos de una cierta complejidad como el mole, padecía déficits y dolores de cabeza que repercutían en la ejecución de tareas como echar tortillas, pues podía no darse cuenta de que las tortillas se estaban quemando en el comal.

Esperanza: Porque mi cabeza ya no me siento bien como antes. Pero antes me hago comida, ya no me da cuenta qué cosas voy a echar en comida para que sale rico. Pero rico me sale mi comida antes.

Elena: Hasta las vecinas me han dicho que mi mamá fue la que les enseñó a preparar mole, a hacer mole, ajá, y entonces me dijo que no, ellas no sabían, pues, mi mamá les enseñó eso. Que mi mamá antes hacía comidas así ricas, pues, y ellas les gustaba, y allí iba mi mamá a enseñarles. Y ahorita ya no, ya no quiere ésa, la que hacía antes, pues, dice que preparaba comidas, hm, hm, pero ahorita no. Nada más ésa, hace caldo de pollo y, bueno... todas las que yo puedo hacer, pues.

[...] *Esperanza:* Cómo se quemó mi tortilla en la mañana cuando estoy echando tortilla. Y me bañé, por eso lo quitó un poquito, y hasta ahorita, no tomé nada medicinas.

¿Pero hoy se le quemaron las tortillas?

Esperanza: Hoy se quemó.

¿Hoy en la mañana?

Esperanza: Hoy en la mañana.

¿Por qué?

Esperanza: Por dolor, ya no me da cuenta lo que está en la lumbre la tortilla, ya no me da cuenta.

Sofía tenía un bajo desempeño en el trabajo doméstico, pues presentaba un grado de discapacidad cognitiva mayor que Esperanza. Además, no mostraba preocupación por las necesidades de los miembros de su familia, ni se responsabilizaba de realizar regularmente las tareas domésticas, sino que las efectuaba esporádicamente en los momentos que se encontraba mentalmente bien, casi siempre estimulada y supervisada por su esposo, don Augusto, y generalmente de manera deficiente.

Las tareas no se hacen. Tengo que lavar, barrer. A veces se pierde mucha comida. La basura no se recoge. No se limpia la estufa, el refrigerador. No tiene la diligencia de hacer las cosas que hay que hacer. Cuando le digo que haga las cosas, responde que sí, que ahorita lo va a hacer, pero no lo hace. Es un peligro porque a veces la estufa

queda prendida. Gastamos mucho en gas y jabón para lavar. Es capaz de gastar todo un paquete cuando lava la ropa.

Sofía presentaba déficits en la memoria, la planificación de las tareas, el cálculo de los tiempos de ejecución y la evaluación de las acciones que estaba realizando, una tendencia a repetir obsesivamente las acciones y déficits psicomotrices que le llevaban a ejecutar las labores lenta y deficientemente cuando decidía hacerlas. Ello suponía que su marido tuviera que supervisar las tareas que efectuaba para asegurarse de que fueran realizadas correctamente, fueran terminadas y no se demoraran excesivamente en el tiempo. Cuando se ponía a lavar su ropa, empleaba mucha agua, mucho cloro —lejía— y jabón, y tardaba mucho tiempo tanto para lavar como para tender la ropa en los mecates del patio. Una vez tendida, la ropa podía permanecer varios días en el tendedero antes de recogerla a petición de su esposo, pues había veces que Sofía no permitía que él lo hiciera.

Y, este, le digo, le tengo que decir: mete tu ropa en la lavadora. No te cuesta nada, la lavadora está trabajando sola y tú haciendo tu trabajo.

¿Y sí lo hace?

A veces. Pero, por ejemplo, si yo le digo mete tu ropa temprano para que se asolee y se seque, pues, no, llego de la escuela, apenas va a meter su ropa, apenas va a meter su ropa. Y, si acaso, hasta la tarde va a lavar y la ropa ahí se queda, ahí se puede quedar la ropa en la lavadora sin sacarla si no le digo que la saque. Y la ropa, a veces, cuando está tendida su ropa, se queda dos, tres o cuatro días.

O sea, usted está pendiente para que haga las cosas.

Sí. A veces le tengo que recoger su ropa, porque, a veces, hay lluvia. Pero también no, no, a veces, no, cuando está enojada, no quiere que le toque nada de lo suyo. No agarres esto y no lo agarres, no se deja. Su mamá la ha apoyado mucho. Y así está la vida ahí en la casa. (Don Augusto, esposo)

Los trastes utilizados en las comidas solían acumularse en el fregadero y, cuando decidía lavarlos, invertía mucho tiempo debido a la repetición obsesiva de ciertas acciones y a que interrumpía la ejecución de la tarea para adoptar determinadas posturas y gestos.

Don Augusto: Se tarda mucho lavando sus trastes. Lava un traste y retira sus brazos hacia atrás y se queda inmóvil. Al cabo de un rato continúa.

Sofía: Tengo que lavar despacio porque, si lo hago rápido, se moja rápido y hasta creo que se va a romper.

Además de padecer obsesión y compulsión, la repetición y la interrupción de las acciones estaban regidas por las molestias de un chaneque o por los mandatos de las voces que escuchaba. A veces, en el patio, veía a un chaneque que se acercaba hasta la puerta de entrada o hasta la cocina de la casa, se le quedaba mirando o la molestaba impidiéndole trabajar cuando estaba barriendo el suelo o lavando los trastes, llegando a sentir que le tiraba del cabello hacia atrás. Cuando aparecía, a fin de que el chaneque se fuera, Sofía

siempre le decía “vete de aquí en el nombre de Jesús de Nazaret, vete de aquí en el nombre de Jesús de Nazaret”.

Otras veces, cuando lavaba los trastes, las voces le podían decir que dejara la llave abierta para que corriera el agua, que permaneciera quieta con los brazos abiertos o con los brazos hacia atrás, que contara hasta un cierto número mientras lavaba un traste, que lavase con jabón y enjuagase con agua cada traste un determinado número de veces.

Sara dice cómo debo de lavar mis trastes. Cuento 1, 2, 3, 4, cuando lavo mi taza, y cuento 1, 2, 3, 4, 5, 6, cuando enjuago mis trastes, las tazas, los trastes, las cucharas, el vaso. Así hago, como lavo mis trastes, lavo mi sartén, las ollas. Cuento hasta 6. Como no gasto bastante agua, así lavo.

La voz de Sara también le daba consejos sobre cómo realizar los quehaceres, por ejemplo, la forma en que debía lavar la ropa en la época de sequía, tratando de consumir la menor cantidad de agua posible:

Y dice también que no debo de tirar bastante agua en mi casa, en la llave de mi casa. Y dice que la gente de San Felipe Usila no debe de tirar bastante agua porque, cuando hace calor, no hay agua. Debo de lavar colcha, sábana, mi ropa, debo de lavar rápido. Cuando hace calor, debo de lavar rápido para que se seque mi ropa. Cuando hace Sol, debo de lavar mi ropa para que se seque rápido.

Don Augusto había terminado resignándose y comprendiendo que no podía exigir a su esposa que estuviera pendiente de las necesidades de la familia, tuviera un control sobre el tiempo o cumpliera cotidianamente con las obligaciones domésticas propias de su estatus de esposa y madre.

Y a veces llega uno, no hay nada, apenas, ya son las dos, apenas se va a preparar y aquí está hasta las cuatro. Y hasta esa hora ya está la comida. Y a veces, es raro que haya llegado y que haya una comida, raro. Y a veces venía con la... este, por ejemplo, en la mañana, voy a hacer esto, voy a hacer esto, voy a hacer esto. Y uno bien contento, ¿no?, pensando que voy a llegar y voy a tener esta comida. Llegas y no hay nada. Simplemente, no hay nada, pues, y así. Pero, como le digo, uno también se habitúa a ese ritmo de vida, ya lo absorbe a uno. Ya más o menos sabe uno que no va a haber y que no va a haber. Y si estás insistiendo en que lo haga, lo haga, no lo va a hacer y es bronca. Mejor, más tranquilo.

Al igual que en las demás familias afectadas por la incidencia del padecimiento mental, don Augusto buscó varias estrategias para manejar la deficiencia en la ejecución de los quehaceres y la ausencia de una realización regular de las tareas domésticas en el hogar. Cuando regresaba a la casa después de haber terminado su jornada laboral en la escuela primaria, como normalmente Sofía no había preparado comida, muchas veces su hijo y él iban a comer a la casa de su suegra o a la casa de su madre, que vivían en terrenos contiguos y les ayudaban preparándoles la comida. En los días que se encontraba estable

mentalmente, Sofía cocinaba, aunque, además de que no se orientaba en el tiempo y nunca tenía la comida lista cuando llegaba del trabajo, su esposo debía estar pendiente de que lo hiciera.

Pero, cuando está mejor, ¿sí cumple con las cosas o no?

Ah, sí, cuando está mejor, sí cocina muy rico. A mi hijo le gusta mucho cómo cocina. Hace una comida muy sabrosa. El arroz le sale muy bien. Pero, o sea, tiene la idea, a veces, vengo de la escuela y dice voy a hacer un arrocito, un arroz o algo así. Pues la decepción que llega y que no hay nada. ¿Y qué pasó con el arroz? No es que apenas. Ah, bueno, apenas. Y eso estamos hablando de que apenas va a estar hasta las tres o cuatro de la tarde.

O sea, ¿tiene el problema de que no calcula bien el tiempo?

No lo calcula, creo, porque yo le he dicho, mira, yo salgo a la una, le digo una y media, una y cuarto ya estoy aquí, porque yo soy el último en irme. Una y media ya estoy por acá, pues empíezale a las doce, ¿no? Para que, llegando, pues comamos, y sí, ¿no?, pero no.

Como Sofía a veces no cocinaba los alimentos que su esposo le traía y otras veces preparaba grandes cantidades de comida, don Augusto se encargaba de supervisar y tirar la comida que se echaba a perder, siempre aprovechando los momentos en que Sofía no estaba en la casa a fin de evitar discusiones.

Simplemente estaba enojada, pues por qué había llegado, a dónde había yo ido, por qué llegué a esa hora. Y le digo no, pues fui a mi reunión, me vine a las cuatro y media, acabo de llegar y traje mojarras. Y la decepción, ¿no?, de traer algo y no se haga. A veces traigo queso y el queso también igual, a veces se echa a perder.

Y ése es el otro problema en la casa que, cuando va a hacer comida, hace mucha comida. Entonces la comida se echa a perder, se agusana la comida, así... con gusanos. Tengo que tirar todo, cuando no está, porque tampoco deja que le agarren sus cosas de la cocina. ¿Qué vas a hacer? ¡Deja eso! Así.

Don Augusto se encargaba de lavar su ropa y algunas prendas de su hijo en la lavadora, mientras que el resto de las prendas de su hijo eran lavadas por su abuela materna. También se encargaba de tender, recoger y doblar la ropa que lavaba, barrer y trapear el suelo, limpiar el baño interior de la casa, quitar el polvo de los armarios. Posteriormente, cuando su hijo ultimogénito salió de la casa de sus abuelos maternos para ir a vivir con sus padres, cooperaba en algunas tareas domésticas como lavar su propia ropa en la lavadora o barrer y trapear el piso de la vivienda.

El lavado de los trastes y la limpieza de la cocina, en cambio, eran dominio de Sofía y no permitía que nadie se inmiscuyera y alterara el orden en que tenía dispuestas las cosas. Si su esposo o su madre intentaban lavar los trastes o limpiar la cocina, Sofía reaccionaba agresivamente. Por ello aguardaba a que ella lo hiciera o, de cuando en cuando, empleaba

a una muchacha para que viniera a lavar los trastes, limpiara la estufa, barrera y trapeara el suelo de la casa. Don Augusto se sorprendía de la actitud paciente que Sofía mostraba con la muchacha y de la precisión con la que le impartía sus instrucciones sobre cómo hacer las distintas labores.

No le gusta que usted cocine o...

No le gusta. Cuando está enojada, no le gusta que yo me meta en su cocina. Inclusive su suegra ha querido ir a lavar su, bueno, su mamá, mi suegra, pues, ha querido ayudar a limpiar la casa, la cocina, pues, más específicamente. No, vete a tu casa porque yo estoy en mi casa y... portazo. La corre. La pobre señora, pues se va. Nada más por querer ir a ayudarla a lavar los trastes. Pero le digo que va Peti y a Peti no le dice nada.

¡Qué curioso! (en voz baja)

Nada más le da órdenes: lava esto, así le vas a hacer, le vas a echar jabón. Está dando órdenes, pero unas órdenes perfectas casi. Eso sí es... Inclusive, si yo voy a hacer un trabajo, que lo vas a hacer así. Y le digo no me digas, ya lo voy a hacer, ya sé cómo hacerlo. No, pero es que así y así, como si supiera mucho de todo lo que... Y sí acierta, es acertada.

O sea, sí tiene claro lo que hay que hacer.

Sí, sí. Pero digo, este, está el Fab [líquido friegasuelos], agarra el Fab, ponle así, así tanto le vas a poner. Y una vez le dije y por qué no lo agarras tú y lo... No es que ella va a dar órdenes, ella no lo va a hacer. Y así acostumbra, así acostumbra, a dar órdenes, y da órdenes muy así, buenas órdenes, pues, sabe ordenar.

Como bien señalaba su esposo, Sofía conocía las tareas domésticas que debían realizarse en el hogar, sabía cómo hacerlas, pero su problema radicaba en la planificación y la ejecución de las acciones. Aunque generalmente no reconocía su bajo desempeño en los quehaceres domésticos, en una ocasión confesó que, a veces, evitaba realizar las labores domésticas por la angustia que le suscitaba caer en la repetición obsesiva de las acciones, y que padecía déficits cognitivos que la llevaban a no tomar decisiones adecuadas, como era recoger la ropa tendida antes de que comenzara a llover.

Se me olvidan las cosas, de la ropa tendida. Se me olvida y la recojo cuando escucho la lluvia sobre el tejado, pero ya está mojada.

3. La incidencia del padecimiento en los hombres enfermos medicados

En los hombres, la incidencia del padecimiento mental en el trabajo doméstico se manifiesta de una forma diferente a la experimentada por las mujeres. Una vez

estabilizados mentalmente mediante la toma regular de la medicación, al igual que las mujeres, los hombres recuperan parcialmente su capacidad para el trabajo, pero no en el grado de poder cultivar el campo o trabajar en el mercado laboral. Además de una deficiencia en la volición, presentan déficits cognitivos que les dificultan planificar, ejecutar y evaluar las secuencias de acciones que deben realizarse en este tipo de trabajos y, por tanto, no disponen de la capacidad para afrontar las exigencias de regularidad, rapidez y eficacia inherentes al desempeño del trabajo agrícola o el trabajo remunerado.

Los familiares encargados de su cuidado, entonces, deciden atribuir a estos hombres mentalmente controlados un rol provechoso en la esfera doméstica, asignándoles y supervisando la realización de una serie de tareas domésticas cognitivamente sencillas, menores en cantidad a las normalmente realizadas por el hombre en la familia, algunas de ellas, tareas que no realizarían cotidianamente si no estuvieran enfermos, por ser tareas generalmente realizadas por la mujer, como lavar la ropa o barrer y trapear la casa. Esto es lo que sucedió en los casos de Miguel y Carlos, pues Marcos, al lograr recuperarse totalmente de su trastorno psicótico, volvió a asumir las tareas domésticas que le correspondían hacer como hombre en la vida familiar.

En ambos casos, después de haber enfermado mentalmente, no pudieron asumir labores domésticas propiamente masculinas, las tareas relacionadas con la construcción y el mantenimiento de la vivienda y las estructuras del patio, ni las tareas de mediación ante las instancias estatales del ayuntamiento, el registro civil y la escuela. De las tareas masculinas relacionadas con la alimentación, solamente efectuaban la compra de algunos alimentos y bebidas, el rajado de leña menuda y mediana, el apilado de la leña y la colocación de las rajas de leña, las ramas y los pedazos de troncos de árboles para que se secan al Sol; de las tareas relacionadas con la limpieza y la higiene de la vivienda, podían realizar todas ellas salvo desramar los árboles y los arbustos, esto es, barrían el patio, quemaban la basura, chapeaban la hierba que crecía en el patio; y de las tareas relacionadas con la administración del dinero y la adquisición de bienes y servicios en el mercado, sólo se les encomendaba la compra de algunos productos para la limpieza del hogar, el lavado de la ropa y la higiene corporal.

Miguel, tras salir de su internamiento hospitalario a principios de febrero de 2013, tuvo que ir a vivir a la casa donde había residido antes de la aparición de su enfermedad, ya que sus padres ancianos ya no quisieron seguir asumiendo su cuidado y él se negó a ir a vivir con sus hijos a una pequeña ciudad situada en el estado de Veracruz a unas cinco horas de Usila. Miguel, al vivir solo, tuvo que responsabilizarse de lavar su ropa y los cobertores que utilizaba para dormir en el río, que quedaba cerca de su vivienda, ropa de vestir y ropa de cama que tendía en la cerca de su terreno para que se secase y que él mismo se encargaba de recoger una vez seca. Igualmente, se ocupaba de barrer su casa, barrer el patio y “chapearlo”, es decir, cortar la hierba que iba creciendo en el terreno de su vivienda.

Diariamente, en la mañana y en la tarde, Miguel acudía a la casa de su hermana, quien se encargaba de prepararle las comidas y supervisar que tomara la medicación. A cambio, su hermana le solicitaba que realizara ciertas tareas domésticas como “hacer mandados”

—ir a hacer compras de algunos alimentos, bebidas y otros productos de limpieza e higiene a la tienda de abarrotes—, barrer el patio o rajar algo de leña.

Una vez que los familiares se cercioraron de que la medicación había estabilizado su enfermedad mental y ya no manifestaba conductas extrañas ni agresivas, a partir de diciembre de 2103, Carlos fue a vivir junto a su madre a la casa de su hermana y su cuñado. Su madre hacía tiempo que vivía en la casa de su hija y su yerno debido, por una parte, a que no contaba con ninguna fuente de ingresos y debía garantizar su sobrevivencia y la de su hijo ayudando a su hija en el cuidado de los niños y la realización de las labores del hogar y, por otra, al riesgo que suponían los episodios de agresividad física que Carlos experimentaba mientras estuvo mentalmente descontrolado.

Las circunstancias económicas y la convivencia en el marco de una familia extensa llevaron a que su cuñado y su hermana aceptaran la integración de Carlos en el núcleo familiar a cambio de que participara en el cuidado de los niños y desempeñara una serie de labores domésticas: ayudar a su madre o su hermana a lavar la ropa, enjuagándola, exprimiéndola y tendiéndola, ir a hacer mandados sencillos a las tiendas de abarrotes —aunque era frecuente que olvidara alguna de las cosas que le habían pedido que comprara, de modo que debía de regresar nuevamente a por lo que se le había olvidado—, barrer y trapear la casa, barrer el patio, quemar la basura, ayudar a su cuñado a acarrear troncos y ramas cortados en el cerro, rajar leña, estibar las rajas de leña. Todas estas tareas relacionadas con los quehaceres del hogar, a diferencia del caso de Miguel, debía realizarlas todos los días y le mantenían ocupado buena parte del día, una carga de trabajo doméstico que, de no estar mentalmente enfermo, no le hubiera correspondido asumir.

Capítulo 26

La incidencia del padecimiento mental y su manejo en la crianza de los niños

Como sucede en otros ámbitos de la vida familiar, el padecimiento de la esquizofrenia y otras psicosis incide sensiblemente en la crianza de los niños, sobre todo, debido a síntomas discapacitantes que persisten en las personas enfermas aun tomando su medicación: la pérdida del sentido de la responsabilidad; los déficits cognitivos en la atención, la memoria, la comprensión, el razonamiento, las funciones ejecutivas y la cognición social; las alteraciones en el lenguaje que provocan empobrecimiento, deficiencias en la asociación y la secuencia lógica de las ideas, tendencia a hablar solo. Amén de estos déficits cognitivos, también aparecen síntomas a nivel emocional —el embotamiento afectivo, la falta de empatía, la irritabilidad— y a nivel conductual —agresividad verbal y física— que interfieren en la crianza de los niños.

El padecimiento mental, por tanto, discapacita a las madres y los padres para ejercer su rol o ejercerlo normalmente aun medicados, como sucedió en los casos de Esperanza, Natalia, Esther, Teresa, Sofía, Adela, Miguel y Marcos —en el caso de Marcos, su discapacidad fue temporal—, o prolonga de por vida la dependencia de sus progenitores y hermanos cuando las personas enferman mentalmente y carecen de un cónyuge que asuma su cuidado, bien por soltería, bien por ruptura matrimonial, como en los casos de Lorena, Esther, Teresa, Lucía, Miguel y Carlos.

La discapacitación abarca la totalidad o la casi totalidad de las diferentes dimensiones comprendidas en la crianza de los niños durante los periodos de descontrol mental, una discapacidad que se revierte parcialmente en algunas personas enfermas cuando toman regularmente su medicación psiquiátrica —Esperanza, Natalia, Adela— o cuando logran sanar —Marcos—. En los demás casos —Esther, Teresa, Sofía y Miguel—, no pudieron desempeñar sus papeles de madre y padre respectivamente en la crianza de sus hijos debido, sobre todo, a su discapacidad cognitiva y psicoemocional, a que sus síntomas no eran eficazmente controlados por los psicofármacos —Esther, Sofía— y a los largos periodos, que duraron años, en los que no tomaron ningún tipo de medicación.

1. La incidencia en la crianza cuando la madre enferma mentalmente

El padecimiento mental provoca una discapacitación cognitiva y psicoemocional grave que impide a las madres asumir la crianza de sus hijos de una manera permanente, como son los casos de Esther, Teresa y Sofía, o la pueden asumir parcialmente, con limitaciones, como en los casos de Esperanza, Natalia y Adela. Esta discapacitación cognitiva y psicoemocional supone la desatención o la atención deficiente de los niños y se manifiesta de diversas formas y en diferentes grados según las enfermas, las fases del padecimiento por las que van atravesando y los efectos adversos de los medicamentos:

- Déficits cognitivos en la atención, la memoria, la comprensión, el razonamiento y las funciones ejecutivas
- Afectación del sentido de la responsabilidad
- Tendencia a la apatía y la somnolencia
- Afectación de la capacidad de percibir las necesidades de los niños
- Afectación de la empatía
- Afectación de la capacidad emocional-afectiva
- Falta de paciencia y habilidad psicoemocional para manejar y corregir las conductas de los niños
- Tendencia a la irritabilidad y la agresividad verbal y física

Cuando una mujer deja de poder cuidar o cuidar bien a sus hijos, son siempre otras familiares femeninas quienes asumen las responsabilidades de la madre en la crianza de los niños: la abuela materna, la abuela paterna, las hermanas o las tías maternas¹⁷². La norma social establece que, si la madre enferma y no puede cuidar de sus hijos, la responsabilidad de su cuidado recae en las madres del hombre y la mujer y, por extensión, a las hermanas solteras que viven en la misma casa. Las hermanas de los niños colaboran o asumen su cuidado cuando tienen la edad o la capacidad cognitivo-emocional suficiente para hacerlo. La selección de las cuidadoras también depende de factores como la cohabitación o la cercanía residencial, la predisposición de las potenciales cuidadoras a criar a los niños, o la propia voluntad de los niños en función del trato que reciben y la posibilidad de recurrir a otra cuidadora.

El padecimiento mental, entonces, suscita una reorganización familiar en la que otras mujeres de la generación ascendente, de la misma generación o de la generación descendente a la mujer enferma asumen los cuidados que las madres dejan de realizar durante el periodo de descontrol mental o hasta que los niños se emancipan cuando la discapacitación sigue presente aun medicadas. En estos últimos casos, la abuela paterna, la abuela materna o una o más tías maternas se convierten en las cuidadoras principales,

¹⁷² Los términos de parentesco utilizados para referirse a las personas cuidadoras son nombrados en relación a los niños, no en relación a las personas enfermas.

rol que lleva a los niños a considerarlas como su madre. En aquellas familias en las que la figura paterna está presente, el padre desempeña su rol en la crianza de los niños, manteniendo la responsabilidad de proveer económicamente a su familia y participando en la educación de sus hijos en la medida en que la dinámica familiar, muy condicionada por la conducta de la madre enferma, lo permite.

1.1 La discapacitación total para desempeñar el rol de madre

La aparición de la enfermedad mental de la esquizofrenia supuso que la mitad de las mujeres dejaran de poder desempeñar su rol de madre, dejaran de poder cuidar a sus hijos por el resto de sus vidas, como consecuencia de su discapacidad cognitiva y psicoemocional. Así les ocurrió a Esther, Teresa y Sofía.

A partir del momento en que Esther enfermó mentalmente, dejó de cuidar a sus hijos. En 1986, cinco años después de haber enfermado, se produjo la ruptura definitiva de su relación matrimonial y Esther regresó a la casa de sus padres junto a sus tres hijos. La atención constante que requería Esther, debido a su inquietud motora y sus continuas salidas de la casa, propició que su padre demandara a su exmarido ante la autoridad municipal para que se responsabilizara de la crianza de sus hijos. Dada la carga que suponía el cuidado de Esther, las partes acordaron que la hija mayor, Mercedes, que en aquel entonces contaba con seis años, fuera criada por los abuelos maternos, y los otros dos hijos, una niña y un niño de cinco y tres años respectivamente, fueran criados por el padre y la abuela paterna, mujer viuda.

El maltrato psicoemocional y físico que recibía de su madre y la mala relación con su abuela materna llevaron a Mercedes a preferir vivir con doña Pilar, su tía materna, y sus primos en el solar adyacente. Su tía materna asumió su cuidado y, a cambio de su mantenimiento, ella realizaba diversas tareas domésticas como preparar la comida, limpiar la casa o hacer los mandados. Permaneció en la casa de su tía hasta que a los quince años fue a trabajar a la Ciudad de México como empleada doméstica. Durante esos años, doña Pilar fungió como una madre y Mercedes así la consideraba aun después de casarse y formar una familia, como demuestra el hecho de que, cuando estuvo gravemente enferma, su sobrina la hospedó en su casa y sufragó los gastos de su atención médica.

Y como siempre que estuvo con su mamá, mi hermana le pegaba; a veces un moretón por acá, le daba con un palo, creo. Y como la chamaca siempre vivió conmigo aquí en mi casa, pues. Con mi mamá nada más estuvo un rato, pero se vino nada más mejor conmigo, siempre se halló mejor conmigo, dice, como mi mamá también tenía un genio, y a la niña no le gustaba y venía conmigo. Siempre estaba aquí, y aquí se crio y se hizo grande, y aquí se fue a México.

¿Aquí dormía, aquí comía?

Aquí, todo, sí. Yo le compraba ropa.

[...] *Usted hizo de mamá, entonces.*

Síii. Le digo que no nada más los míos, también ella incluía conmigo. Y sí, ¿eh?, quiero mucho a la chamaca. Cuando voy, hazte de cuenta que soy su mamá. Le digo: yo no soy tu mamá, hija, ¿eh? Ya lo sé, tía, dice, mi mamá no se quiso curar, dice, pero tú no te me vas a morir cuando yo estuve allá muy grave. Anduvo conmigo para arriba y para abajo. Bien buena gente, mi sobrina.

La dureza y la agresividad con que Esther trató a su hija en su niñez contrastaría con la delicadeza y el cariño que brindara a la niña de su sobrina muchos años después. Las circunstancias familiares hicieron que una de las hijas de su hermana Pilar, que vivía en un terreno colindante al de su padre, residiera durante una temporada en la casa de su madre junto a su esposo y su niña. Entre finales de 2014 y finales de 2015, Esther fue a menudo a la casa de doña Pilar para ver y cuidar a la niña de su sobrina. Aun padeciendo un notable deterioro cognitivo, gracias a la toma regular de los psicofármacos, Esther alcanzó una estabilidad mental y una capacidad emocional y afectiva suficientes para que su sobrina le permitiera interactuar con su hija pequeña y le confiara su cuidado en ciertos momentos del día.

Teresa vivía con su madre y sus tres hermanas cuando quedó embarazada de su único hijo. Hacía cinco años que había enfermado y, dado que su discapacidad cognitiva le impedía desempeñar el rol de madre y criar a un niño, su madre y sus hermanas asumieron la crianza de Rubén. Ellas se encargaron de alimentarlo, vestirlo, velar por su salud, llevarlo a la escuela e ir a recogerlo una vez terminadas las clases, etc. En los periodos en que estaba mentalmente controlada, Teresa podía ocuparse de servirle la comida y estar pendiente de que comiera. Estos cuidados compartidos propiciaron que Rubén se dirigiera y se dirija a su madre, su abuela y sus tías maternas nombrándolas “mamá”.

Cuando nació el niño, una de las hermanas, doña Rosario, que en aquel entonces estaba trabajando en la ciudad de Veracruz como empleada doméstica, se llevó a Teresa y su bebé a vivir con ella. Teresa no amamantó ni se responsabilizó de cuidar a su bebé, así que doña Rosario, además de estar pendiente de su hermana, tuvo que encargarse de comprar la leche de fórmula, preparar y darle las mamilas, cambiarlo de pañal, etc. Al cabo de un año se trasladaron a Tuxtepec donde siguió trabajando y cuidando de Teresa y su niño. La carga que suponía trabajar y cuidar de su hermana enferma y su sobrino resultaba desgastante y, cuando Rubén contaba con tres años de edad, doña Rosario los llevó a Usila para que fueran cuidados por su madre y sus hermanas.

Doña Rosario prosiguió desempeñando el rol de proveedora económica, mandando dinero, alimentos y latas de leche infantil que compraba para el niño. Posteriormente, cuando obtuvo su plaza de maestra de primaria, registró a Rubén como su hijo para que pudiera beneficiarse de la cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), pues era un niño enfermizo que padeció asma hasta los diez años.

Además de ser la proveedora económica, doña Rosario asumió el papel de supervisar y corregir el comportamiento social de su sobrino durante su adolescencia y su juventud dada su inclinación a la vida nocturna y a derrochar el dinero en fiestas tanto cuando estaba

en Usila como cuando vivía en otras ciudades del país. Cuando estaba en Usila y llegaba tomado a la casa, Teresa mostraba preocupación por la conducta de su hijo, pero carecía de la autoridad y los recursos psicoemocionales necesarios para regañarlo, hablar con él y exhortarlo a enmendar su comportamiento propenso a la irresponsabilidad y el vicio, valores contrarios a los que deben ser inculcados en la educación de los niños usileños, como hubiera hecho en caso de ser una madre mentalmente sana.

Sofía enfermó mentalmente en 1994, un año y medio después de alumbrar a su segundo hijo. Anteriormente mostraba una tendencia a descuidar a los niños en su alimentación, su aseo, etc., un descuido mitigado por la intervención de la abuela materna en el cuidado de sus nietos, pues Sofía iba diariamente a la casa de sus padres. Después de haber enfermado mentalmente, aun estando medicada, Sofía no podía atender adecuadamente a sus hijos debido a su falta de sentido de la responsabilidad, su apatía, su discapacidad cognitiva, su embotamiento afectivo, sus ideas delirantes, sus conductas agresivas. Así, poco tiempo después de su internamiento hospitalario, teniendo en cuenta el padecimiento mental de la madre y los frecuentes viajes del padre fuera de Usila para asistir a reuniones de trabajo, los padres de Sofía donaron una fracción de su solar para que don Augusto construyera una casa y fuera más fácil supervisar la conducta de su hija y cuidar a los niños.

Los niños fueron a vivir a la casa de sus abuelos maternos para garantizar su buen cuidado y evitar que se vieran afectados psicoemocionalmente por las vivencias provocadas por el padecimiento mental de su madre. Los abuelos maternos, con la colaboración de una tía materna soltera que vivía con sus padres, se convirtieron en los cuidadores principales de los niños. Al contrario que en el caso de Esperanza, los médicos indicaron que diera pecho a sus hijos, pues la medicación que estaba tomando no constituía un riesgo para la salud del bebé. Sofía amamantó a su segundo hijo, posteriormente también a su tercer hijo, pero la abuela materna debía estar pendiente y complementar su alimentación con leche infantil, ya que su predisposición a darles pecho era irregular. La abuela materna, entonces, desempeñó el rol de madre de sus nietos y, aunque todos consideran que Sofía es su madre, debido a los cuidados recibidos durante su infancia, los nietos se dirigen a su abuela materna como “mamá”.

Una vez terminada la secundaria, con el fin de alejarlos de las continuas problemáticas familiares que suscitaba el padecimiento mental de su madre, la hija y el hijo mayor prosiguieron sus estudios de bachillerato y universidad en el estado de México donde vivían sus dos tías maternas con sus respectivas familias, que acogieron y ayudaron a su sobrina y después a su sobrino. El varón ultimogénito estudió el bachillerato en Usila, pero la relación conflictiva que mantenía con sus abuelos hizo que se fuera a vivir a la casa de sus padres en el segundo curso de la secundaria en el año 2013. Durante todos esos años y hasta su fallecimiento, a mediados de 2017, el padre continuó siendo el proveedor económico de sus tres hijos.

1.2 La discapacitación parcial para desempeñar el rol de madre

Salvo en el caso de Natalia, una vez que toman regularmente su medicación, las madres enfermas centran principalmente sus acciones de cuidado en la alimentación y la higiene —lavado de la ropa—, dejando de poder atender las demás líneas de cuidado en la crianza de sus hijos, esto es, los cuidados siguientes:

1. Cuidados orientados a procurar la buena salud del cuerpo y el alma
2. Atención médica y cuidados orientados a curar los padecimientos físicos y mentales
3. Cuidados orientados a procurar el bienestar psicoemocional
4. Cuidados relacionados con la educación de los niños
5. Cuidados relativos a la escolaridad de los niños
6. Cuidados relacionados con la educación religiosa
7. La enseñanza de conocimientos productivos y domésticos a los niños
8. Cuidados orientados a ayudar a los hijos a emanciparse económicamente
9. Cuidados relacionados con la elección del cónyuge y el matrimonio

Esperanza amamantó a sus dos primeros hijos, pero, debido a la enfermedad y a la toma diaria de psicofármacos para controlar su estado mental, no dio el pecho a sus tres últimos hijos varones, siguiendo las indicaciones que dieron los médicos del Hospital Psiquiátrico de Oaxaca. La abuela paterna y la abuela materna fueron quienes los alimentaron con leche infantil.

O sea que tu mamá no pudo cuidar de José.

No, porque ella se enfermó cuando tuvo a José, pues. Por eso no pudo cuidarlo.

Ni pecho ni nada.

Ni nada, puro, tomó leche así de lata, hm, hm. Porque el doctor le dijo que no, que no le podía dar leche de pecho porque toma mucho medicamento, pues. Ajá, por eso no, no tomó, ni Gabriel tomó leche de pecho.

Gabriel tampoco.

Ajá, Gabriel tampoco tomó, puro de lata. (Elena, hija)

Su discapacidad cognitiva y emocional, junto a la pérdida del sentido de responsabilidad, la apatía y la somnolencia, provocaron que, aún medicada, no pudiera asumir normalmente la crianza de sus hijos, ciñéndose a colaborar en la preparación de las comidas cuando su salud física y mental se lo permitía. Esperanza era consciente de su discapacidad y así lo expresaba cuando recordaba que, un Domingo de Ramos, su madre y otras personas le advirtieron que portaba a su bebé bajo la lluvia agarrado por la cabeza:

Yo caminaba por la calle, estoy agarrando bebé, dice, en la cabeza, pura cabeza bebé estoy agarrando, dice mi mamá, dice personas. Yo no me di cuenta, nada, cómo estoy agarrando mi bebé ese día, no me di cuenta. Pasamos el camino, dice, personas, estoy agarrando mi bebé, y está lloviendo, dice. No me di cuenta.

También recordaba que, en las temporadas en que estaba mentalmente descontrolada o mal controlada con la medicación, no era capaz de atender a sus niños:

Sí, porque el chamaco creció solito. Yo no hago nada cuando estoy enferma, yo no hago nada, creció solito. Lo hace comida un poquito, como tortilla con sal cuando me sentí mal, sí, cuando me sentí mal.

Esperanza y su familia vivían en un terreno adyacente al solar donde residía la madre del esposo y uno de sus hijos varones con su familia. La cercanía de las viviendas facilitó que la abuela paterna cooperara activamente en la crianza de sus nietos. Asumió la crianza de su nieta desde que tenía un año, pues Elena sentía que su abuela “la quería más” y prefería vivir con ella. La abuela paterna también se ocupó del cuidado de sus nietos Eusebio y Luis durante los diversos periodos de crisis e internamiento hospitalario que padeció la madre entre 1995 y 2009, y asumió la crianza de su nieto ultimogénito, José, a partir de los dos meses de edad. Los abuelos maternos estuvieron cuidando a José desde su alumbramiento hasta los dos meses, pero, al haber asumido el cuidado de su nieto Gabriel desde que naciera, entregaron a José a la abuela paterna. Gabriel fue criado por sus abuelos maternos hasta los seis años, edad a la que decidió ir a vivir con sus padres debido al trato que recibía y a la exigencia de los trabajos que debía realizar: hacer mandados y ayudar en las labores del campo. José aún hoy, después de haber terminado sus estudios de secundaria y trabajar en la carpintería de su padre, sigue viviendo en la casa de su abuela paterna a la que considera su madre.

A la edad de nueve años, Elena regresó con sus padres para colaborar en el trabajo doméstico que su madre no podía asumir regularmente debido a su discapacidad y a la somnolencia que le causaba la medicación. A partir de 2004, año en que comenzó los estudios de secundaria, Elena se encargó cotidianamente de preparar la comida, lavar los trastes, lavar la ropa de su padre y sus hermanos, barrer la casa, es decir, de garantizar su alimentación y la higiene de su ropa y de la casa. La abuela paterna les ayudaba preparándoles frecuentemente comida, hasta que en 2006 su otro hijo varón se casó y trajo a su esposa a vivir a la casa.

El padre se encargó de la manutención económica de sus hijos, salvo en el caso de Gabriel mientras vivió con sus abuelos maternos. Durante el tiempo que Elena y José fueron criados por su abuela paterna, don Eusebio colaboraba en su sustento y bimensualmente le entregaba el dinero del programa social PROSPERA correspondiente a José, descontando los gastos de las matrículas semestrales y los materiales escolares. Asimismo, asumía la responsabilidad de proporcionar atención médica y comprar los medicamentos necesarios cuando los niños caían enfermos.

Natalia vivía con su esposo y sus cinco hijos en el terreno que su abuela materna les donó para que construyeran su vivienda. Su abuela materna fue quien asumió su crianza cuando la madre se unió a un hombre y formó otra familia, de modo que se convirtió en la madre de Natalia y en la abuela de sus hijos. Natalia tuvo dos hijas con sendos hombres antes de casarse con su marido, Luisa y Elvira, y su abuela materna las cuidaba cuando Natalia iba a trabajar a los campos como jornalera o a buscar leña. Luisa vivió con su madre y su media hermana en la casa de su abuela materna hasta que Natalia se casó y se trasladó a vivir con su esposo en una vivienda aparte en el mismo solar. Después de enfermar Natalia por segunda vez, Elvira fue a vivir con una prima de su madre, maestra de preescolar, cuando tenía ocho años de edad, quien asumió su manutención a cambio de que le ayudara en las labores domésticas. Natalia procreó con su esposo dos hijas y tres hijos varones.

La abuela materna vivía en el terreno adyacente junto a su nieta Luisa, y ambas cuidaron a Natalia y a los niños la primera vez que se descontrolló mentalmente. El esposo, don Alfonso, les ayudaba a cuidar a Natalia y sus hijos cuando regresaba de trabajar, pero pasaba la mayor parte del día laborando en el campo como jornalero. Teniendo en cuenta que el descontroll mental apareció en los primeros meses del embarazo y no fue medicada hasta después del parto, el periodo de cuidado abarcó el tiempo en que Natalia estuvo mentalmente descontrollada hasta su atención médica y, una vez medicada, el tiempo que tardaba en acostumbrarse a la medicación y volver a ser capaz de asumir las labores del hogar y el cuidado de sus niños. Así lo explicaba, Luisa, su hija primogénita:

Y ya cuando mi mamá empezó con esa pastilla, ya se dormía más, se dormía, pero todo así, todo así estaba como, se apendejaba un poco con la pastilla. Por septiembre tenía estar así, así como que, no sé, no pensaba nada ni nadie de los chamacos, pues, ni su hija la mayor de su papá. Entonces, ese tiempo así pasó. Yo cuidé a los chamacos.

Ambas se iban turnando para cuidar a Natalia en el día y en la noche y, mientras la abuela materna se centraba en la realización de las labores domésticas, Luisa se encargaba principalmente de cuidar al bebé y a sus hermanos menores. Hasta que no recibió atención médica, debido a sus alucinaciones y delirios, Natalia se mostró muy irritable y agresiva, y tanto Luisa como su abuela debían estar muy pendientes de que no regañara y pegara a los niños sin motivo. A veces, incluso, tenían que amarrarla para que se calmara y no agrediera a sus hijos.

No sé por qué, de repente se enojaba, y de repente se enojaba y quería pegar ya a mis hermanos sin hacer nada. Ellos no están haciendo nada. Hasta le decía yo: ellos no están haciendo nada, ¿para qué los vas a pegar? No, tú cállate también, porque también te voy a dar, y así. Y yo mejor me quedaba callada.

Pero a ti nunca te golpeó.

Sí, muchas veces. (Luisa)

La primera vez que se descontroló mentalmente, poco antes de que fuera llevada al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, Natalia y su esposo acordaron donar el recién nacido a una prima de Natalia que no había podido embarazarse tras dos años de matrimonio. Luisa no aceptó la decisión, así que unas horas después fue a la casa de la familiar y, sin decir nada, entró en la vivienda, recuperó al bebé y se lo trajo de vuelta al hogar para encargarse de su cuidado.

Luisa se responsabilizó de preparar y dar la mamila a los bebés, comprar la leche de fórmula, lavar y cambiarles los pañales de tela, vestirlos, bañarlos. Y también se ocupó, junto con su abuela, de brindar los cuidados necesarios a sus otros medio hermanos: alimentación, vestido, higiene personal, lavar la ropa, etc. Tras ser atendida en el hospital psiquiátrico, durante varios meses, Natalia padecía mucha somnolencia y apatía y pasaba buena parte del día durmiendo debido a las medicinas que tomaba. No se responsabilizaba de los quehaceres del hogar ni tampoco de sus hijos, no se preocupaba de darles de comer ni se despertaba para amamantar a su bebé en las noches. Los dos hijos varones que nacieron en ese periodo fueron amamantados los primeros meses, y Luisa fue quien se responsabilizó de alimentarlos con leche infantil y, a partir de los nueve meses, de empezar a darles comida sólida. A medida que Natalia fue acostumbrándose a la medicación, fue implicándose gradualmente en el cuidado de sus hijos.

Cuando Natalia volvió a descontrolarse mentalmente en el embarazo de su última hija, don Alfonso y Blanca, su hija mayor, asumieron la responsabilidad de cuidar a Natalia y a los niños, así como de realizar las labores del hogar, pues Luisa se encontraba trabajando fuera de Usila y la abuela materna ya era demasiado anciana para afrontar la carga del trabajo doméstico. El grado de descontrol en esa ocasión fue leve y, una vez que tomó su medicación de control, su estado mental se estabilizó en unas semanas.

Tras el nacimiento de su hija ultimogénita, Natalia no volvió a descontrolarse mentalmente y desempeñó su rol de madre en la crianza de los hijos procreados con su esposo, rol que pudo desempeñar tomando con cierta regularidad el medicamento antipsicótico que controlaba sus alucinaciones, sus delirios y su conducta agresiva. Si bien padecía limitaciones producto de sus déficits cognitivos y, en ciertos periodos, de la ausencia de una toma diaria de medicación, sus acciones de cuidado iban más allá de las líneas de la alimentación y la higiene y el aseo, abarcando también los cuidados orientados a procurar la buena salud del cuerpo y el alma, la atención médica, curar los padecimientos de los niños y la supervisión de ciertas cuestiones relativas a la escolaridad, como estar pendiente de que los niños fueran a la escuela y regresaran a la casa una vez terminasen las clases o de inculcarles que estudiaran e hicieran las tareas que los maestros les encomendaban.

Aun así, sus limitaciones en la crianza de los niños eran percibidas por sus familiares y también por ella misma. Su hija primogénita, Luisa, consideraba que su madre no tenía suficiente paciencia ni capacidad de diálogo para criar adecuadamente a los niños, tendiendo a enojarse, regañar y pegar frecuentemente a sus hijos, irritabilidad y afectación a su capacidad comunicativa y emocional que se acentuaban cuando no tomaba diariamente su medicamento. La propia Natalia era consciente de sus limitaciones como

madre y, a menudo, oraba a Dios, pidiéndole que la ayudase a estar bien mentalmente y a cuidar de sus niños:

Yo le digo a Dios: Tú cuidas todos mis hijos, porque Tú sabes cómo estoy. Cuida de mis hijos, cuídate de mí.

Las dificultades en la crianza de los niños aumentaron a raíz de la muerte de su esposo, don Alfonso, en mayo de 2014, pues sus déficits cognitivos y psicoemocionales aumentaron al haber un menor apego terapéutico. Por otro lado, la manutención económica de la familia fue asumida durante unos años por su hija primogénita y su mala relación con sus medio hermanos propiciaron la disgregación familiar, de modo que, a medida que fueron terminando la secundaria, todos ellos emigraron a la ciudad en busca de un trabajo asalariado.

La segunda vez que Adela enfermó mentalmente, en la primavera de 2017, el grado de dejación de sus obligaciones domésticas y de cuidado de los niños fue aumentando a medida que aumentaba su grado de descontrol mental, llegando a un punto en que la desatención de las necesidades de la familia fue casi total. La discapacitación cognitiva y la ausencia del sentido de responsabilidad perduraron durante varios meses después de haber sido atendida en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, hasta que sus familiares tomaron consciencia de que era necesario supervisar que Adela tomara diariamente su medicación.

Adela dejó de realizar las tareas domésticas y, por ende, de atender las necesidades de los niños relacionadas con la alimentación, el aseo, el lavado de la ropa, el lavado y el planchado de uniformes escolares, la supervisión de la salud, etc. La condición de familia nuclear llevó a las hijas a asumir la responsabilidad de realizar las labores que la madre había dejado de hacer. La hija mayor, que trabajaba en una pizzería local, se encargaba de preparar y servir la comida y lavar la ropa, mientras que sus dos hermanas menores, a veces con la colaboración de la madre, echaban tortillas y lavaban los trastes. Una vez estabilizada mentalmente con la toma regular de la medicación, ayudada por sus hijas, Adela retomó las tareas de cuidado relacionadas con la alimentación y el lavado de la ropa.

2. La incidencia en la crianza cuando el padre enferma mentalmente

En las familias en las que el padre enferma mentalmente, como son las de Miguel y Marcos, se produce una reorganización familiar para afrontar la manutención económica de los niños y la madre. En ambos casos, la familia de origen del hombre, con la cooperación de los hermanos varones, asume la atención médica del enfermo y la manutención económica de los miembros de su familia con la intención de que logre controlarse mentalmente y vuelva a desempeñar su rol de proveedor económico. Esto supone que, si se trata de una familia nuclear que no vive en el solar de los padres del

esposo, todos sus integrantes vayan a residir a la casa de los padres del hombre hasta que el enfermo vuelva a estabilizarse mentalmente.

Esta reorganización familiar puede ser temporal, como en el caso de Marcos, que logró curarse de su enfermedad, o puede desembocar en el cuidado permanente del hijo enfermo cuando el padecimiento mental lo discapacita crónicamente y se produce la ruptura de su matrimonio, como en el caso de Miguel. A raíz de enfermar mentalmente de esquizofrenia, Miguel no pudo seguir desempeñando su rol de padre ni su rol de proveedor económico de la familia debido a su discapacidad cognitiva y psicoemocional, a la ruptura de su matrimonio y a los largos periodos de tiempo en los que estuvo mentalmente descontrolado al no estar medicado.

En el comienzo de la enfermedad, debido a su descontrol mental y a su internamiento hospitalario, Miguel, su esposa y sus dos hijos, un niño y una niña, se trasladaron a vivir a la casa de los padres del enfermo. Uno de los hermanos, que vivía en otra colonia con su familia, se encargó de que recibiera atención médica en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca. Durante la convivencia de las familias, los abuelos y una tía paternos colaboraron en la manutención y el cuidado de los niños teniendo en cuenta que la madre se embarazó y alumbró a su tercer hijo.

Posteriormente, Miguel y su familia regresaron a su casa donde fue concebida su cuarta y última hija. El estado mental de Miguel, sin embargo, no acababa de estar bien controlado y poco tiempo después del nacimiento de la niña, tras numerosos episodios de violencia física, su esposa tomó la decisión de separarse definitivamente. Era el año de 1994, cuatro años después de que Miguel hubiera enfermado por primera vez. La mujer se trasladó a vivir con sus hijos a la casa de su madre, dejando al hijo primogénito a cargo de su tía y sus abuelos paternos, que también asumieron el cuidado de Miguel. El hijo varón permaneció en la casa de sus abuelos paternos hasta que terminó la primaria y después se fue a vivir con su madre y sus hermanos. En el año 2005, la madre y todos los hijos se trasladaron a vivir a una localidad de Veracruz, situada a unas cinco horas de Usila, en busca de trabajos asalariados.

El trastorno psicótico que Marcos padeció durante un mes le impidió trabajar y sostener económicamente a su familia, así como de proveer los cuidados propios del padre en la crianza de los niños, discapacidad que se prolongó durante casi un año, hasta que logró recuperarse totalmente. Durante ese periodo, el padre de Marcos, que formaba parte de la unidad familiar, siguió cultivando la milpa y aportando el maíz y otros alimentos cosechados a la familia. Uno de los hermanos se responsabilizó de buscar la atención médica que Marcos necesitaba en la ciudad de Oaxaca, ciudad en la que residía y trabajaba, realizando las gestiones para su internamiento hospitalario y yendo a buscarlo una vez que le dieron el alta. Su hijo primogénito, avergonzado por el comportamiento de su padre en las semanas que estuvo descontrolado mentalmente, se fue a vivir a la casa de su abuela materna durante un año.

¿Cómo vivió su familia el tiempo que usted estuvo enfermo?

Desesperados. Porque uno de mis hijos salió de mi casa por un año, salió de aquí, porque tengo seis hijos, pues, que para él que no quería pelear con sus hermanos y por eso salió un año aquí de mi casa, fue a vivir con su abuelita. O sea, ellos vivieron ya desordenadamente, pues, por la enfermedad que yo tuve, o sea, pensaron que ya, ya. Porque él no quería que yo regresara a la casa también. Él quería que yo fuera de vuelta al hospital y yo le dije, pues, si el doctor ya me dio de alta, pues, cómo voy a regresar así de vuelta, o sea, me decía mi hijo mayor, pues. O sea, él estaba desesperado, creo, porque él me vio cómo me enfermé, pues, cómo estuve enfermo. Él vio desde un principio cómo me pasé el momento que me enfermé, sí, por eso, él se quedó desesperado, pero ahora ya está conmigo también. Sí, así es.

Al cabo de un año, Marcos volvió a poder trabajar y asumir nuevamente su rol de proveedor económico de la familia, pero dos años después abandonó la venta de mojarra y camarones y se dedicó a la limpieza y la reparación de zapatos y a la venta de tepejilote en la temporada que crece en los cerros. Como sus ganancias resultaban insuficientes para cubrir las necesidades de su familia, su esposa y sus hijos fueron a vivir a la casa de la abuela materna donde tanto Marcos como su padre iban a comer diariamente, contando, además, con el apoyo económico del hijo primogénito que les enviaba remesas de dinero con regularidad.

La recuperación parcial de su rol de proveedor económico una vez sanado fue acompañada de una recuperación igualmente parcial de su función en las líneas de cuidado relacionadas con la educación, la escolaridad y la educación religiosa de sus niños, por ejemplo, ocupándose de asistir a las reuniones que los directores y los maestros convocaban en las escuelas a las que asistían sus hijos, encargándose de realizar las gestiones administrativas relacionadas con la escolarización de los niños, tratando de orientar a sus hijos para que tuvieran comportamientos socialmente correctos en la vida, supervisando que cumplieran con sus deberes religiosos y buscaran a Dios según la fe evangélica.

3. La incidencia en la crianza cuando el hijo o la hija enferma mentalmente

Cuando la enfermedad mental afecta a un hijo o una hija solteros provocándoles una discapacidad cognitiva y psicoemocional permanente, el hijo o la hija no podrá contraer matrimonio y formar una familia y los padres deberán de alargar su rol de cuidadores principales hasta su ancianidad, generalmente ayudados por alguna hija que reside en la misma vivienda o en una vivienda cercana. Éstos son los casos de Teresa y Carlos. La prolongación de la responsabilidad de cuidado de los hijos enfermos también se da cuando el padecimiento mental provoca la ruptura de su matrimonio y quedan sin la cobertura de cuidado de sus cónyuges, como sucedió en los casos de Esther, Miguel y Lucía.

Si bien es cierto que el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis discapacita a los hijos y les impide alcanzar la madurez social y valerse por sí mismos en la vida cotidiana, o trunca el estatus social de personas adultas para devolverlos a la dependencia de sus cuidadores, los cuidados que los padres y las hermanas brindan son los cuidados propios que requiere un enfermo mental, no los otorgados en la crianza de los niños a excepción de los cuidados de alimentación y supervisión de la higiene personal.

Un caso excepcional es el de Carlos, quien, una vez controlado mentalmente, acabó convirtiéndose en uno de los cuidadores de los niños de su hermana junto a los padres y la abuela materna. Carlos era un muchacho adolescente cuando enfermó por primera vez y su padecimiento mental le discapacitó cognitiva y psicosocialmente para asumir un trabajo productivo, contraer matrimonio y formar una familia. Esta discapacidad permanente lo convirtió en un hombre dependiente cuyo cuidado fue asumido por su madre, quien debió de prolongar así el rol de cuidadora de su hijo por el resto de su vida. Su padre, que tiene otra familia y al que Carlos había ido a visitar a la ciudad de Tuxtepec en diversas ocasiones antes de enfermar, se desentendió totalmente de su hijo.

Una vez que Carlos se controló mentalmente en 2013, su discapacidad cognitiva para poder realizar un trabajo productivo, junto a la ausencia de ingresos de su madre separada, lo llevó a participar en la crianza de los niños de su hermana, un rol que no le hubiese correspondido desempeñar de ser un hombre sano y económicamente independiente, ni siendo padre hubiera asumido ese tipo de cuidados hacia sus hijos. Cuando sus familiares se convencieron de que la medicación controlaba su estado mental y ya no había riesgo de que fueran agredidos físicamente, Carlos fue a vivir a la casa de su hermana y su familia donde ya vivía su madre desde hacía unos años. Además de realizar diversas labores domésticas, se convirtió en uno de los cuidadores de sus sobrinos mientras fueron niños pequeños, encargándose diariamente de entretenerlos, jugar y ver con ellos la televisión y las películas de caricaturas, pasearlos por el patio montados en su carriola, sacarlos en su carriola o en su coche a pasear por la calle o a comprar botanas, yogures o chucherías para consentirlos o calmarlos en los momentos que se emberrinchaban. También les brindaba cuidados relacionados con su escolaridad, pues a menudo acompañaba a sus sobrinos a la escuela y los iba a buscar a la hora de la salida.

4. La incidencia en los cuidados escolares y la escolaridad de los niños

El padecimiento mental provoca una reorganización familiar a fin de que uno o más parientes, mayormente mujeres, asuman los cuidados relativos a la escolaridad de los niños que el padre o la madre no puede brindar o brinda parcialmente. Además, en varias de las familias, el padecimiento mental incide negativamente en el desempeño escolar de los niños, incluso, se puede convertir en un factor que desaliente el continuar estudiando debido al estrés psicoemocional que genera la convivencia con el progenitor enfermo.

4.1 La reorganización familiar para afrontar los cuidados escolares de los niños

La forma en que la familia se reorganiza para afrontar los cuidados escolares que requieren los niños depende de si el progenitor discapacitado es el padre o la madre y del grado de discapacidad cognitiva de la persona enferma. En las familias donde la madre es quien está total o severamente discapacitada para desempeñar tal función en la crianza de sus hijos, otras parientes femeninas, pertenecientes al mismo o a otro grupo doméstico, asumen dicho rol; mientras que, en las familias donde la madre está parcialmente discapacitada, sus deficiencias en los cuidados escolares son cubiertas en el mismo grupo doméstico por el esposo y las hijas.

a) Cuando la discapacidad para asumir los cuidados escolares es total o severa

Cuando, aun medicados, el padecimiento mental provoca una discapacidad cognitiva severa y permanente, la madre o el padre no puede asumir ningún o casi ninguno de los cuidados escolares que le corresponden —casos de Esperanza, Esther, Teresa, Sofía y Miguel—. Entonces, los cuidados femeninos son asumidos por la abuela paterna o materna y las tías maternas cuando hay una convivencia conjunta o una colindancia entre los terrenos de las viviendas, o por alguna hermana cuando adquiere la capacidad de asumir este tipo de cuidados. Cuando está presente en la familia, como en los casos de Esperanza, Esther y Sofía, el padre desempeña su rol de proveedor económico en los gastos y los materiales escolares, participa en la supervisión del cumplimiento de las obligaciones escolares y la corrección de las conductas contrarias al buen desempeño escolar, asiste a las citaciones y a las reuniones convocadas por el director o los maestros y coopera en las fatigas, los trabajos colectivos realizados por los padres en las escuelas.

En el caso de Miguel, su discapacidad cognitiva no le permitió asumir ninguna responsabilidad como padre y fue la madre quien asumió los cuidados escolares que necesitaron sus hijos. Antes de la separación matrimonial, dada la convivencia conjunta en la vivienda de los padres de Miguel, los abuelos paternos colaboraron económicamente en los cuidados relacionados con la escolaridad. Una vez que la mujer decidió separarse de Miguel y trasladarse a vivir con sus hijos a la casa de su madre, el varón primogénito fue atendido por sus abuelos paternos y una tía paterna hasta que terminó la primaria y se fue a vivir con su madre.

Dada la discapacidad cognitiva y psicoemocional y las reacciones agresivas de Sofía, los abuelos maternos asumieron la crianza de sus nietos y se ocuparon de los cuidados relativos a la escolaridad. La abuela materna se encargó de acompañarlos a la escuela e ir a buscarlos una vez terminadas las clases y llevarles su desayuno mientras fueron niños pequeños. Durante el tiempo que los hijos estudiaron en la comunidad, el padre asumió las responsabilidades escolares anteriormente mencionadas y, una vez que sus hijos mayores fueron al estado de México a proseguir sus estudios de bachillerato y universidad, se encargó de su manutención. Ya en el estado de México, la hija se responsabilizó de supervisar el rendimiento escolar de su hermano, cinco años menor, preocupándose de

que se matriculara semestralmente, realizara sus tareas y estudiara lo necesario para superar los exámenes.

A raíz de la separación matrimonial de Esther, cinco años después de enfermar, dada su incapacidad para asumir el cuidado de sus hijos, los abuelos maternos y una tía materna asumieron la crianza de la hija primogénita, mientras que el padre y la abuela paterna se responsabilizaron de cuidar a los otros dos niños. Los cuidados relacionados con la escolaridad de la hija primogénita fueron asumidos por la tía materna; la abuela paterna y el padre fueron quienes se ocuparon de brindar esos mismos cuidados a los otros dos niños.

La responsabilidad de los cuidados escolares del hijo de Teresa corrió a cargo de la abuela y las dos tías que vivían en la casa materna, mientras la otra tía materna, doña Rosario, que trabajaba fuera de Usila, se encargaba de la provisión económica. La abuela materna fue quien se encargó de llevarlo a la escuela e ir a buscarlo a la salida durante la primaria, incluso en los primeros años permanecía sentada en el aula hasta que terminaba la jornada escolar para que su nieto aceptase asistir a las clases. Los demás cuidados, como lavar y planchar el uniforme, comprar el material escolar, asistir a las reuniones o realizar las gestiones administrativas, fueron cubiertos por sus tías maternas.

En el caso de Esperanza, los cuidados relativos a la escolaridad de los niños fueron asumidos por el padre y la abuela paterna hasta que Elena tuvo la capacidad de tomar esa responsabilidad. En esta dimensión de la crianza, Esperanza se limitaba a asistir a las ceremonias de graduación de sus hijos, siempre acompañada por su hija, y, en algunas ocasiones, a ir a la escuela para que le entregaran los certificados requeridos por el programa social PROSPERA.

Cuando cursaba la secundaria, Elena se responsabilizó de realizar el seguimiento escolar de sus hermanos, especialmente de los más pequeños, Gabriel y José, supervisando junto a su padre que asistieran a la escuela, hablando con ellos para que hicieran sus tareas escolares, estudiaran y sacaran buenas calificaciones en los exámenes, ayudándoles a hacer las tareas, lavando y planchando sus uniformes escolares, yendo a las reuniones escolares, hablando con los maestros sobre el comportamiento y el desempeño de sus hermanos, realizando las gestiones y los pagos de las matrículas semestrales y los títulos de graduación, comprando el material escolar necesario con el dinero que le daba su padre.

Elena intentó convencer a sus hermanos Eusebio y Luis para que continuaran estudiando el bachillerato una vez que terminaron la secundaria, pero prefirieron ir a la ciudad de Oaxaca a trabajar. No aguantaron psicológicamente la conducta de su madre, quien frecuentemente hablaba sola, tenía alucinaciones y delirios, se mostraba agresiva verbalmente y, a veces, también físicamente. Asimismo, estuvo pendiente de que su hermano Gabriel terminara la primaria, pero finalmente abandonó los estudios cuando cursaba quinto grado debido a sus dificultades en el aprendizaje y a que le daba vergüenza relacionarse con niños menores que él. José acabó la secundaria, pero, al igual que sus

hermanos mayores, no siguió el consejo de su hermana de continuar estudiando el bachillerato y se puso a trabajar en la carpintería de su padre.

b) Cuando la discapacitación para asumir los cuidados escolares es parcial

Cuando la medicación modera el grado de discapacidad cognitiva, como en los casos de Natalia y Adela, la madre puede asumir parte de los cuidados relativos a la escolaridad, y solamente requiere la ayuda de su esposo y de alguna de sus hijas. Las madres pueden realizar las tareas domésticas asociadas a la escolaridad como preparar el desayuno o lavar y planchar los uniformes escolares, aunque no irán a la escuela a llevar el desayuno a sus niños en la hora del receso.

Natalia, cuando tomaba la medicación regularmente y se hallaba mentalmente bien, podía corregir las conductas que se desviaban del buen desempeño en la escuela —supervisar que asistieran a clase o que hicieran las tareas—, acompañar a los niños en las graduaciones y los eventos escolares, incluso, hablar con ellos para concienciarlos de la importancia del estudio, pero no estaba capacitada para ayudarles a hacer las tareas escolares, ni para realizar gestiones administrativas en la escuela, ni tampoco para asistir a las citaciones o las reuniones convocadas por el director o los maestros de la escuela.

Aunque alguna vez iba acompañada por una vecina que enviaba a sus hijas a la misma escuela, Natalia no solía asistir a las juntas de padres porque, aparte de no poder comprender y asimilar la información que se proporcionaba, una vez terminadas, sentía un gran dolor de cabeza. Por ello, a estas reuniones solía asistir su esposo, don Alfonso.

Porque no, no está fuerte mi cabeza, pues, no está bien mi cabeza, pues. Por eso se va Alfonso porque no puedo.

Entonces, casi siempre va don Alfonso.

Sí, sí, sí, porque no puede bien mi cabeza. Me va a doler mucho.

Los cuidados que no pueden ser realizados por las madres, dado que son familias nucleares, son asumidos por el padre y alguna hermana. En ambos casos es el padre quien iba a las reuniones escolares y realizaba las gestiones administrativas. En la familia de Adela, una de las hijas, con una edad de 9 años, supervisaba y ayudaba a hacer las tareas a su otra hermana, tres años menor, que iba a la misma escuela de primaria. Durante el periodo en que la madre estuvo mentalmente descontrolada, también estaba pendiente de que su hermana pequeña se levantara a tiempo para ir a la escuela, y la hermana mayor, que tenía 15 años y trabajaba en una pizzería, se ocupaba de prepararles el desayuno en la hora del receso. Una vez que se controló mentalmente, Adela volvió a realizar las tareas domésticas relativas a la escolaridad —preparar el desayuno, lavar y planchar el uniforme escolar—, pero la niña continuó supervisando el rendimiento escolar de su hermana menor y se encargaba de comprar los materiales que tanto ella como su hermana necesitaban para hacer las tareas escolares.

4.2 La incidencia en el grado de escolarización de los niños

El padecimiento mental de uno de los progenitores puede convertirse en un factor que incide negativamente en el grado escolar máximo alcanzado por los hijos, de modo que el número de hijos que terminan el bachillerato y la universidad es menor que en las familias que no cuentan con una persona enferma.

Grado de escolarización máximo alcanzado por los hijos según sexo, religión y presencia de persona enferma (2020)

Familias	Primaria			Secundaria			Bachillerato			Universidad		
	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Católicas	3	3	0	6	5	1	7	4	3	4	1	3
Protestantes	0	0	0	4	3	1	6	2	4	3	2	1
Católicas-Enf	4	3	1	12	8	4	0	0	0	1	0	1
Protestantes-Enf	1	0	1	9	4	4	1	1	0	4	3	1

En las 4 familias católicas, el número de hijos que habían concluido o estaban concluyendo sus estudios era de 20 —13 hombres y 7 mujeres—. El número de hijos que habían superado el bachillerato eran 7 —4 hombres y 3 mujeres— y 4 hijos habían terminado o estaban cursando la universidad —1 hombre y 3 mujeres—. En las 5 familias católicas que presentan una persona enferma¹⁷³ en la segunda generación, el número de hijos que habían terminado o estaban terminando era 18 —11 hombres y 7 mujeres—, de los cuales ninguno superó el bachillerato y 1 terminó la universidad —1 mujer—.

¹⁷³ Las familias de Lucía y Lorena no son tenidas en cuenta debido a que no engendraron hijos.

Familias católicas y protestantes sin personas enfermas

Grado de escolarización máximo alcanzado por los hijos según sexo y religión (2020)

		N° Hijos			Primaria			Secundaria			Bachillerato			Universidad		
Familias		Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Católicas	Álvaro	9	7	2	3	3	0	4	4	0	1	0	1	1	0	1
	Anselmo	9	5	4	—	—	—	—	—	—	6	4	2	3	1	2
	Rodrigo	2	1	1	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	—
	Gregorio	2	1	1	1	0	1c	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Protestantes	Leandro	3	3	0	1	1c	0	—	—	—	1	1	0	1	1	0
	Ricardo	6	4	2	1	1c	0	4	3	1	1	0	1	—	—	—
	Tomás	1	1	0	—	—	—	1	1c	0	—	—	—	—	—	—
	Felipe	7	2	5	—	—	—	1	0	1	4	1	3 (1c)	2	1	1

c: cursando

Familias católicas y protestantes con personas enfermas cuyos hijos forman o han formado parte de la unidad doméstica

Grado de escolarización máximo alcanzado por los hijos según sexo y religión (2020)

		N° Hijos			Primaria			Secundaria			Bachillerato			Universidad		
Familias		Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M	Total	H	M
Católicas – Enf	Esperanza	5	4	1	1	1	0	3	3	0	—	—	—	1	0	1
	Natalia	5	3	2	1	0	1	4	3	1	—	—	—	—	—	—
	Esther	3	1	2	—	—	—	3	1	2	—	—	—	—	—	—
	Teresa	1	1	0	1	1	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Miguel	4	2	2	1	1	0	3	2	1	—	—	—	—	—	—
Protestantes – Enf	Marcos	6	4	2	1	0	1	4	3	1	1	1	0	—	—	—
	Sofía	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2c	1
	Adela	5	2	3	1	0	1c	3	1	2 (1c)	—	—	—	1	1c	0

c: cursando

Un fenómeno similar se presenta en las familias protestantes¹⁷⁴ respecto al número de hijos que culminan el bachillerato. El número de hijos es 14 en las 4 familias protestantes —7 hombres y 7 mujeres— y 14 en las 3 familias protestantes que cuentan con una persona enferma¹⁷⁵ —8 hombres y 6 mujeres—. Mientras en las primeras 6 hijos superaron el bachillerato —2 hombres y 4 mujeres— y 3 terminaron la universidad —2 hombres y 1 mujer—, en las segundas solamente 1 hombre completó el bachillerato y 4 terminaron o estaban cursando una carrera universitaria —3 hombres y 1 mujer—.

Si bien el número de hijos que habían cursado o estaban cursando estudios superiores era similar en las familias protestantes con y sin presencia de persona enferma, es importante señalar que, de las 4 personas que habían terminado o estaban estudiando en la universidad en las familias evangélicas con una persona enferma, 3 eran hermanos —2 hombres y 1 mujer, hijos de Sofía— pertenecientes a una familia cuyo padre fue director de una de las escuelas de primaria que hay en la localidad hasta su fallecimiento en 2017, y siempre habían contado con el apoyo de los familiares de su madre para poder estudiar, tanto de los que viven en Usila —abuelos maternos y una tía materna— como de los que viven en el estado de México —tías maternas—, estado en el que cursaron o estaban cursando sus estudios universitarios.

Partiendo del factor estructural de la pobreza presente en la inmensa mayoría de las familias usileñas, teniendo presente que los bajos recursos económicos de estas familias condicionan la trayectoria educativa de los hijos, propiciando que se pongan a trabajar una vez que han terminado la secundaria o el bachillerato, el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis es otro factor que puede incidir en un menor grado de escolarización de los hijos, fundamentalmente por tres razones que pueden combinarse:

- La primera es que los bajos recursos económicos de las familias dificulta que los padres estimulen los estudios superiores de sus hijos, más cuando una parte de los ingresos familiares es destinada a la atención médica de la persona mentalmente enferma.
- La segunda es que esta falta de recursos económicos se acentúa cuando es el padre quien enferma mentalmente y queda discapacitado total o parcialmente para desempeñar un trabajo productivo —Miguel, Marcos—, en los casos en que se produce la ruptura matrimonial —Esther, Miguel— o cuando la madre es soltera —Teresa—.
- La tercera es que el malestar psicológico-emocional que la conducta de las personas enfermas genera en la vida familiar incide negativamente en el desempeño escolar y lleva a los hijos a querer salir del hogar paterno y emigrar en busca de trabajo tras terminar la secundaria.

¹⁷⁴ Las familias protestantes engloban las familias evangélicas y la familia que profesa la religión de los testigos de Jehová.

¹⁷⁵ La familia de Carlos no está presente entre las familias protestantes porque tanto él como su hermana terminaron sus estudios de secundaria antes de que apareciera la enfermedad.

Esta tercera razón influyó en la decisión que tomara Mercedes, la hija primogénita de Esther, cuando tenía 15 años de edad. Finalizada la secundaria, debido a los escasos recursos económicos de la familia y la conducta de su madre, especialmente su agresividad, Mercedes decidió emigrar a México a trabajar. No obstante, si bien el padecimiento de la esquizofrenia intervino en su decisión de salir del hogar materno, no resultó crucial en su decisión de no continuar estudiando, pues a principios de la década de 1990 muy pocos eran los jóvenes usileños que accedían al bachillerato o a la universidad. Los hermanos criados por el padre y la abuela paterna, siendo menores que ella, tampoco estudiaron el bachillerato tras terminar la secundaria.

En las familias de Teresa, Miguel y Marcos, la falta de recursos económicos fue la causa principal que motivara que, salvo el primogénito de Marcos, ninguno de los hijos estudiara más allá de la primaria —2 hombres— o la secundaria —4 hombres y 4 mujeres—, en su caso, pudiendo haber cursado el bachillerato al pertenecer a generaciones que accedían comúnmente a los estudios medio superiores en Usila.

En la familia de Natalia, cuatro de los cinco hijos procreados con su esposo, don Alfonso, emigraron una vez que finalizaron la secundaria entre 2015 y 2018: la hija fue a trabajar a la ciudad de Oaxaca, los hijos varones, a Ciudad de México. Las vivencias familiares relacionadas con su irritabilidad y su agresividad, sobre todo cuando no tomaba su medicación o no lo hacía regularmente, se sumaron a otros factores socioeconómicos e intrafamiliares: el grado de pobreza extrema de esta familia y la disgregación familiar provocada por las relaciones conflictivas que fueron surgiendo entre los hijos que Natalia procreó con su marido y Luisa, su media hermana, quien, entre finales de 2013 y finales de 2016, se erigió en la jefa de familia a raíz de la enfermedad y el posterior fallecimiento del esposo de su madre.

El impacto negativo en la escolaridad de los hijos debido a las vivencias cotidianas relacionadas con los síntomas del padecimiento mental de la madre se evidenció también en la familia de Esperanza, sin embargo, no incidiendo de la misma forma en todos los hermanos. La continua tensión psicológica-emocional presente en la vida familiar provocada por la audición de voces y las ideas delirantes relativas a vecinos y personas que pasaban cerca de la casa, que inducían a Esperanza a pensar que dichas personas hablaban mal de ella o le transmitían mensajes hostiles, así como la aparición de comportamientos agresivos en momentos puntuales, influyeron en los hijos varones, Eusebio y Luis, en su decisión de no seguir estudiando después de terminar la secundaria, salir del hogar paterno y emigrar a la ciudad de Oaxaca en busca de trabajo.

En abril de 2009, Elena y su hermano Luis impidieron que su madre saliera a la calle a fin de evitar que pudiera discutir con los vecinos y no manifestara conductas inapropiadas en público, impedimento que enfureció a Esperanza y la llevó a reaccionar violentamente contra su hijo, que se había tropezado y caído al suelo, golpeándolo mientras exclamaba que “lo quería matar”.

Porque tu mamá, digamos, les decía a ellos algo, groserías o...

No, groserías, no. Aahh, una vez nada más hizo, le digo, que quería matar a Luis. Una vez nada más fue. Y en septiembre, mi mamá se enfermó en abril, ajá, en abril, creo, en abril, cuando le dijeron, pues, que ahí estaban... Como en el tianguis, pues, vienen a vender discos, y ahí estaba, este, no sé quién estaba comprando su disco, pero sí había música ahí en el tianguis, pues, y entonces se puso a bailar mi mamá, dice. Y ya, pues, de regreso ya estaba mal, estaba mal, pues, y ya unos días después quería matar a mi hermano, y de ahí vino un familiar de mi abuela que está viviendo en Oaxaca. Entonces, mi hermano se fue con él. Cuando regresó en diciembre, le estaba diciendo a mi mamá que por eso se fue, porque mi mamá, este, le quería matar, pues. Y eso riendo [risas].

[...] No, es que ella quería salir, pues, ella quería salir. Ella quería salir y no, no la dejamos, pues, y, entonces, nos quería pegar, pero a Luis. Luis no sé qué hizo esa vez. Esa vez me andaba tirando piedras de ellos.

Ah, ¿fue aquella vez?

Ajá, esa vez fue, hm, hm. Y ya empezó a odiarme, pues, más después. Me tiraba piedras cuando yo la llevaba adentro, pues, para que no se fuera. Fue por eso también creo que quería matar a mi hermano.

¿Pero ella qué decía?

No, no dijo nada, pero nada más, llegó así nada más, y mi hermano se cayó, se cayó al suelo, y ella... no sé qué empezó a hacer, pero quería matar a mi hermano.

[...] *¿Y tú crees que Luis se traumó y por eso se fue?*

Hm, hm. Además, ya no quería estudiar, pues, así como está mi mamá. Creo que por eso se fue. Bueno, me ha dicho, pues, que por el problema de mi mamá ya no quiere estar aquí, pues.

¿Y tú crees que también dejó de estudiar por eso?

Hm, hm. Él, pues, ya tenía edad, le daba pena de estar en la secundaria con los niños, pues, ni modo que, porque creo que es por eso también, no nada más por la enfermedad de mi mamá. (Elena, hija)

Eusebio también salió del hogar paterno un año después que su hermano porque “ya no aguantaba” las vivencias cotidianas en torno al padecimiento mental de su madre. Los comentarios burlones e hirientes sobre su madre enferma que debía aguantar en la escuela en boca de algunos compañeros, aunado al malestar psicoemocional que le causaba la conducta de su madre en el hogar familiar, lo llevaron a marcharse de Usila y emigrar a la ciudad de Oaxaca. Su hermana Elena trató de hacerle entender que no debía permitir que lo ofendieran, ni reaccionar violentamente a sus faltas de respeto, sino que debía adoptar la misma actitud paciente y serena que ella misma mostraba en la escuela ante las burlas y las ofensas de sus compañeros. Al contrario que sus hermanos, Elena no se avergonzaba de la enfermedad de su madre.

¿[Tu hermano] también se quiere ir?

Ajá, se quiere ir para Oaxaca, no quiere seguir estudiando. Está sufriendo, dice. Le digo ir aguantando, pues, desde primaria, primero, como yo he aguantado. Ellos no soportan lo que les dicen, pues, porque la otra vez mi hermano golpeó a una chamaca por la enfermedad que tiene mi mamá, pues. Se avergüenza él porque es hombre. Que digan lo que digan, pues, no debe de hacer eso. Ajá, eso lo que digan. Mis compañeros dicen cosas, pero no les hago caso, porque así, les digo, así es la enfermedad, pues.

[...] *¿Qué te dicen?*

Que mi mamá es una loca, que anda en la calle encuerada, todo, todas esas cosas. Pero le digo, gracias, le digo, por decirme, pero no, no, uno no lo espera, pues, lo que la enfermedad, lo que le viene, pues, no viene tan así. Igual viene una señora cuando yo estaba en la primaria todavía. Su nieta es una huérfana, pues, vive con su abuela y me dijo cosas igual. Pero yo no sentí nada de eso en la primaria, no, igual, pues, no me avergüenzo de lo que mi mamá tiene porque es una enfermedad. Y el profe, el maestro de ahí de la primaria me dijo que no, no le hagas caso. Ella dice lo que no, cómo te diré, no sabe lo que dice, dice el maestro, pues. Le digo no, no te preocupes, le digo, igual viene, mi abuela no se enteró, pues. Todavía yo vivía con mi abuela, hace poco que regresé con mi papá. Yo vivía con mi abuela y, como yo iba en el mismo grupo con mi prima, vino la señora a decirle, a contarle a mi abuela lo que pasó en la escuela, pues. Porque la señora fue a decir en la escuela y mi abuela lloró. Y le digo no, que no llore, pues, no me avergüenzo, le digo, quien se avergüenza son mis hermanos. Ajá, yo no me avergüenzo. Igual le digo a mi amiga, tengo una amiga que me aconseja, pero no, no le hago caso a los que dicen mal.

¿Hay muchos compañeros que te dicen cosas feas o son unos pocos?

Son pocos nada más.

¿Los demás no te dicen nada?

No, los demás no.

[...] *¿Está en la secundaria?*

Ajá, en la secundaria. Ya termina ya.

Hm, hm. Bueno, pero ya no le molestan.

Ajá, ya no, ya no. Le digo, pues, porque es hombre, debe de estudiar. Pero él ya no quiere estudiar porque ya no aguanta, dice. Ya tiene dolor de la cabeza.

¿Por lo que le dicen?

No, por la enfermedad de mi mamá, pues, porque sale, no entiende, pues, dice cosas así a diario, pues, dice cosas que le viene a la mente, que ella piensa que la gente le dicen cosas, pero no.

¿A ustedes les dice cosas feas o no?

Ella, ajá, le dice a mi papá, le cuenta a mi papá, pues, lo que le viene en la mente. Que, por ejemplo, un señor pasa, ¿no? y, si el señor está riendo o platicando con otro que le viene acompañando, pues ella piensa que los señores están diciendo mal de ella y ella le dice a mi papá. Por eso mi hermano se enoja, hm, hm.

Elena aguantó las burlas y los comentarios ofensivos de los compañeros en la escuela, sobrellevó las vivencias familiares relacionadas con las voces, los delirios y las conductas de su madre y, después de terminar el bachillerato, continuó estudiando en la universidad. La falta de dinero para poder estudiar en una universidad pública, que exige escolarización completa, y la responsabilidad de cuidar a su madre, la llevaron a cursar la licenciatura de Psicopedagogía en régimen sabatino en una universidad privada situada en una pequeña ciudad de Veracruz cercana a Tuxtepec. No obstante, como muchos otros universitarios de la región, no ha podido ejercer su profesión. Se casó con un hombre de una comunidad perteneciente al municipio de San Felipe Usila y, tras ir a vivir a la casa de sus suegros, regresó al hogar paterno con su hija cuando su esposo emigró a los Estados Unidos.

La enfermedad de su madre la afectó a nivel escolar siendo una niña, pero de una forma diferente a la de sus hermanos. Cuando cursaba segundo de primaria, su madre y el hermano de su madre, apoyados por otros familiares maternos residentes en la ciudad de Tuxtepec, demandaron a su padre para que asumiera el cuidado de su esposa y sus hijos. El litigio hizo que permanecieran en Tuxtepec unos tres meses, ya no pudo recuperar el atraso escolar acumulado y se vio obligada a repetir segundo de primaria en el curso siguiente.

El hijo ultimogénito, José, criado por la abuela paterna en su casa, no continuó estudiando el bachillerato después de terminar la secundaria, sino que decidió aprender el oficio de carpintero junto a su padre. Las vivencias ocasionadas por el padecimiento mental de la madre no fue un factor significativo en su decisión de no proseguir sus estudios, al igual que en el caso de su hermano inmediatamente mayor. Gabriel manifestaba escaso interés por el estudio y dificultades cognitivas en el aprendizaje, como atestigua que a la edad de 14 años se encontraba cursando 4° de primaria y todavía no había aprendido a leer ni escribir. Gabriel no quería ir a la escuela y, cuando su padre lo llevaba, en cuanto regresaba a la casa, salía del aula y permanecía todo el tiempo en el patio. Tampoco manifestaba interés por aprender el oficio de carpintero y ayudar a su padre en la carpintería. Finalmente, abandonó los estudios en quinto de primaria y emigró a la ciudad de Oaxaca a trabajar.

5. La incidencia en la educación religiosa de los niños

La incidencia del padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis en la educación religiosa de los niños depende de varios factores que pueden combinarse en número variable dependiendo de las familias: el grado de discapacidad cognitiva de la madre, el padre o el hijo enfermo, la presencia de uno o más cuidadores que asuman la responsabilidad de supervisar el cumplimiento de los deberes religiosos de los niños —los mismos cuidadores encargados de su crianza—, la propia voluntad de los niños y los recursos económicos de la familia para sufragar los gastos de la educación religiosa, especialmente entre las familias católicas.

5.1 La incidencia cuando la madre o el padre enferma mentalmente

En la familia de Natalia había un incumplimiento casi total de los deberes religiosos en los niños, pues ninguno iba regularmente a la iglesia católica ni recibió los sacramentos, ni siquiera el bautismo. Natalia no era cognitivamente capaz de asumir la responsabilidad de la educación religiosa de sus hijos, pero el padre tampoco promovió que sus hijos cumplieran con los deberes rituales de la religión católica debido a la pobreza extrema en que vivía la familia y a que ninguno de los cónyuges contaba con el apoyo de padres o hermanos —Natalia fue criada por su abuela materna desde que era niña a raíz de que su madre formase otra familia, y don Alfonso era originario de un municipio colindante y carecía de parientes en Usila—. Carecían de los recursos económicos, por tanto, para afrontar los gastos asociados a las celebraciones de la primera comunión y la confirmación de sus cinco hijos. A pesar de que la hija mayor y sus tres hermanos varones manifestaron el deseo de bautizarse y hacer la primera comunión, los padres no accedieron ante la falta de dinero y la carencia de una red familiar de apoyo. No obstante, como muchos niños católicos, asistían a eventos religiosos como las Posadas Guadalupanas y a las Posadas de los Santos Peregrinos que se celebraban en el mes de diciembre, también motivados por el aire festivo de estas celebraciones y la oportunidad de saborear la bebida dulce del popo.

La falta de cumplimiento de las prescripciones eclesiásticas está también presente en la familia de Miguel, aunque los dos primeros hijos procreados antes de que enfermara fueron bautizados. Posteriormente, su discapacidad para ejercer el rol de padre, la ruptura de su matrimonio y que la madre concibiera y criara dos hijos más con otro hombre llevaron a que los hijos de Miguel no asistieran a misa ni a la catequesis, ni recibieran los santos sacramentos católicos.

En los casos de Esperanza, Esther y Teresa, aparece la figura de una o más cuidadores que procuran que los niños cumplan con sus deberes religiosos. En la familia de Esperanza, el padre y la abuela paterna se encargaron de bautizar a todos los niños. Posteriormente, al contrario que sus hermanos, Elena asistió a las clases de catequesis y realizó la primera comunión y la confirmación. En el momento que asumió el seguimiento escolar de sus hermanos más pequeños, trató de impulsar que fueran a la catequesis e hicieran su

primera comunión, aunque sólo consiguió convencer a su hermano ultimogénito. Elena no sólo supervisó que su hermano fuera a la catequesis e hiciera las tareas del catecismo, sino que se encargó de buscar los padrinos para la ceremonia y de bordar el mantel que la familia del ahijado entrega siempre a los padrinos.

Los tres hijos de Esther fueron bautizados, los dos primeros antes de que apareciera la enfermedad. Una vez que Esther enfermó mentalmente y quedó discapacitada para ejercer el rol de madre, la educación religiosa de la hija primogénita fue asumida por la abuela y la tía maternas, quienes se encargaron de que fuera a misa, asistiera a la catequesis y recibiera los sacramentos de la primera comunión y la confirmación. El hijo y la hija ultimogénita también cumplieron con sus deberes religiosos guiados por su padre y su abuela paterna.

Un caso similar a los niños de Esther fue el hijo de Teresa, cuya educación religiosa corrió a cargo de su abuela y sus tías maternas. Ellas se responsabilizaron de bautizarlo, llevarlo a misa, supervisar que fuera a la catequesis e hiciera su primera comunión. Después Rubén ya no quiso continuar con su formación religiosa y no realizó la confirmación.

En la familia de Sofía, el padre, los abuelos y una tía maternos cuidaron que los tres niños cumplieran los deberes religiosos evangélicos en todo momento. La discapacidad cognitiva de la madre fue suplida por el alto grado de compromiso de los cuidadores con las prescripciones eclesiásticas, ya que el abuelo materno es pastor evangélico en la comunidad. Los tres niños fueron presentados ante Dios en la iglesia, fueron a las escuelas dominicales y asistieron regularmente a los cultos, no sólo mientras estuvieron en Usila, sino también cuando salieron de Usila. La hija y el hijo mayor que fueron a estudiar al estado de México asistieron a los cultos y a la escuela dominical de la iglesia a la que acudían sus tías maternas. Estas dos tías maternas, entonces, se encargaron de tutelar su educación religiosa en la ciudad.

La educación religiosa de los hijos de Marcos siguió el curso normal de la fe evangélica, asistiendo semanalmente a los cultos y a la escuela dominical de su iglesia, bautizándose llegando a la adolescencia, pues el padecimiento mental de su padre afectó a la vida familiar durante un año para seguidamente ir normalizándose una vez sanado su trastorno psicótico.

5.2 La incidencia cuando el hijo enferma mentalmente

La incidencia del padecimiento mental es bien diferente cuando es el hijo quien está enfermo, pues le discapacita no sólo para cumplir sus deberes religiosos, sino también para

comprender creencias fundamentales como son las ideas de Dios y de Jesús. Éste es el caso de Carlos¹⁷⁶.

Carlos, al igual que su hermana, fue educado en la religión evangélica, aunque no mostraba gran interés por ir a los cultos ni a los eventos evangélicos antes de enfermar. Aun medicado, el deterioro cognitivo, provocado por su padecimiento mental y los varios años en que estuvo mentalmente descontrolado por falta de medicación, le impide entender y tomar conciencia de la necesidad de cumplir con los preceptos religiosos, por ejemplo, asistir a los cultos y los actos de su iglesia o a las campañas evangélicas, o realizar una práctica común en la religiosidad evangélica como es la oración. Incluso presenta dificultades para comprender las ideas de Dios como el Creador de todo cuanto existe en el Universo o de Jesús como el Hijo de Dios que sacrificó su vida para salvar las almas de los seres humanos.

Aun así, a pesar de su discapacidad, doña Julia, su madre, continuó inculcándole la fe religiosa y la búsqueda de Dios para sanarse mentalmente, especialmente durante los años en que Carlos estuvo sumido en el descontrol mental, pero también para salvar su alma y evitar que se perdiese debido a su falta de fe en Dios y en Jesús.

O sea, ¿sí cree en Dios?

Carlos, bueno, cuando le conviene, como le platicué, cuando le conviene, a veces, dice, con Dios no se juega, ¿eh?, porque Dios te va a mandar derechito al Infierno. Cuando está platicando con ese ser invisible, así habla él, ajá. Por eso le digo yo: ¿cómo puedes decir así? Porque realmente sabes que sí, así es, pues por lo mismo también debes pensar que Dios sí te puede sanar y te puede ayudar, y ajá. Y tú le dices, si tú razonas, le dices: mira, Señor, yo no tengo dinero para medicinas, porque él dice yo no tengo nada, no tengo nada. Como no tienes nada, de todos modos, le debes decir: Señor, sáname, aquí estoy, sáname, ayúdame, necesito tu ayuda, necesito que Tú me perdones si yo te he ofendido. Perdóname, no me doy cuenta en qué te he fallado, pero perdóname. Nada más, así.

No sé, y así, así. A ver, le digo, como lees todos los periódicos, le digo, tienes tiempo para eso. ¿Por qué no agarras la Biblia? Entérate de lo que Jesús vino a hacer aquí en la Tierra, entérate de lo que Él, este, hizo con sus discípulos, a dónde fue, en qué lugar anduvo, qué es lo que hizo, se portó mal, este, no sanó a los enfermos, les pegó a los discípulos. Qué fue lo que hizo. Entérate por ti mismo, fíjate. Ah no, no me hace caso.

Y cuando le platica sobre Dios, ¿él que dice?

¿Cuando yo le platico sobre Dios? No, nada, no va. A veces le digo vamos a la iglesia.

¿No le contesta nada?

¹⁷⁶ Carlos es el único caso porque se hace referencia a los hijos que no se habían emancipado antes de que apareciera su enfermedad mental.

Dice que no, que no, no quiero ir. No, no voy, para qué voy, para qué voy, me dice, que no quiere ir. Así. Y, este, pero yo le estoy rogando mucho a Dios. No porque realmente yo quiera, ¿no?, que esté a fuerza ahí, no, sino porque yo digo, este, pues yo creo en Dios, y pues yo no quiero que mi hijo se pierda, ¿no? Que sea salvo él y que sane. Porque en la Biblia dice, pues, si creyeres en Dios, serás salvo, ¿no?, y, si no creyeres, serás condenado, ¿verdad?, dice clara la Biblia, y yo no puedo ir en contra de esa Palabra.

6. La incidencia en los niños y en las relaciones entre padres e hijos

Aparte de suscitar una redistribución de las tareas de cuidado entre los familiares a fin de afrontar la crianza de los niños con la menor afectación posible, el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis incide negativamente en la vida familiar, pues la convivencia con la persona enferma genera frustración y estrés psicoemocional en los niños, y la conflictividad y el distanciamiento psicoemocional marcan las relaciones entre los hijos y la madre o el padre enfermo.

Todas estas problemáticas no afectan a todos los niños por igual. Los niños pueden reaccionar de distintas formas ante el padecimiento mental de la madre o el padre en función de su edad, su personalidad, el nivel de agresividad de la persona enferma o el grado de interacción cotidiana con la persona enferma, si bien los varones tienden a verse más afectados que sus hermanas. En varios casos, la ausencia o la debilidad del vínculo afectivo con la madre es sustituido por el vínculo afectivo con la abuela paterna, la abuela materna o una tía materna que asume la crianza del niño o la niña y se convierte en su “mamá”. No sucede lo mismo cuando el enfermo es el padre, pues el rol del padre no es sustituido por otro familiar varón y los niños son criados sin la referencia de una figura paterna —caso de Miguel—.

El padecimiento mental puede provocar la disgregación temprana de la familia, como en los casos de Esperanza, Natalia y Sofía, la salida anticipada de los hijos del hogar paterno para evitar las vivencias cotidianas relacionadas con las conductas de la persona enferma. En otras familias, como las de Esther y Miguel, la disgregación del grupo familiar se produce como consecuencia de la ruptura matrimonial, de modo que, a la discapacidad cognitiva y psicoemocional para cuidar a los niños, se aúna la inexistencia de una interacción cotidiana con los hijos desde su infancia y, por ende, la falta de una relación afectiva entre los niños y sus progenitores.

6.1 La incidencia cuando la madre enferma mentalmente

Salvo en el caso de Teresa, que mantenía un vínculo afectivo cercano con su hijo a pesar de no haber podido ejercer su rol de madre, en las demás familias, el padecimiento mental provoca que los niños desarrollen un vínculo psicoemocional débil o nulo hacia sus madres. Dicho distanciamiento psicoemocional es consecuencia de la baja empatía y el bajo interés que las madres muestran por conocer y cubrir las necesidades de los niños, de su frialdad emocional y afectiva, del estrés psicoemocional que genera la conducta anormal de la madre, especialmente si tiende a la agresividad verbal y física, o de la escasa o nula interacción cotidiana entre las madres y los hijos como consecuencia de una ruptura matrimonial —caso de Esther— o a fin de evitar de las problemáticas de una convivencia conjunta —caso de Sofía—.

El padecimiento mental de Esperanza generó una relación distante con casi todos sus hijos salvo con el penúltimo. Esperanza sentía un especial cariño por Gabriel, “había sufrido igual que ella”, dado que, durante su embarazo, se había descontrolado mentalmente. Era su hijo preferido, así como Gabriel era el hijo que más quería a su madre. Antes de que emigrara a la ciudad, Gabriel era quien más se ocupaba de su madre cuando entraba en una crisis psicótica, ya que era el único miembro de la familia al que hacía caso y seguía sus indicaciones.

El padecimiento mental de Esperanza no afectó psicoemocionalmente de la misma manera al resto de sus hijos. Elena y José apenas se vieron afectados al tener un mayor vínculo afectivo con su abuela paterna, su cuidadora principal durante su infancia. José, el varón ultimogénito, consideraba a su abuela paterna como su mamá dado que lo había criado desde que era un bebé, desde los dos meses de edad, y se negaba a vivir con Esperanza, su madre biológica, debido a su padecimiento mental y, sobre todo, a sus conductas agresivas.

Él está viviendo con mi abuela, ya tiene once años ya, sí. Pero él no quiere regresar, aunque mi mamá diga, le obliga, pues. Él no quiere regresar aquí por la enfermedad de mi mamá, pues, porque nos golpea a veces. Hm, hm, por eso mi hermano no quiere regresar. (Elena, hija)

Elena, la hija primogénita, consideraba que la principal repercusión que el padecimiento mental de su madre generaba en la familia era de carácter económico. Su padre había tenido que invertir mucho dinero en su atención médica y la compra de medicamentos, y esto no sólo la había afectado a ella sino a toda la familia. Si su madre no hubiese enfermado, la casa hubiera podido terminarse mucho antes, los hermanos hubieran podido vestir mejor, ella hubiera podido cursar sus estudios en una universidad más prestigiosa, que exigiera a sus alumnos una dedicación completa. Elena fue criada por su abuela paterna hasta los nueve años y manifestaba que el padecimiento mental de su mamá apenas le había afectado a nivel psicoemocional.

¿No sentiste que faltaba tu mamá?

No, porque yo, bueno, yo crecí con mi abuela, pues, desde niña, no, no, no estuve con mi mamá, pues. No, bueno, casi no sé, no sentí nada. Bueno, después sí porque yo tuve que hacer todo ahí en la casa. Sí hice todo cuando mi mamá se fue a la internada, sí hice. Pero no, no me sentí así, pues, sola.

Los hijos varones que vivieron con sus padres, Eusebio y Luis, en cambio, se vieron afectados psicoemocionalmente por el padecimiento mental de su madre. En su infancia, ellos se entristecían y lloraban las veces que su madre se descontrolaba mentalmente y era internada en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca. Ya en su adolescencia, trataban de pasar el mayor tiempo posible con sus amigos fuera del hogar, porque su madre a menudo mostraba una conducta inquieta y delirante y ello les causaba sufrimiento, vergüenza, enojo, tristeza. A veces, llegaban a llorar.

Quien se enoja es mi hermano Eusebio, pues, hm, hm. Él es el que se siente mal, pues, cuando oye a mi mamá decir esas cosas, hm, hm. Dice que le duele la cabeza y le digo por qué. Sí, está un psicólogo ahí, ¿no?, en el Centro de Salud, te llevo, pues, vamos para que platiques con él. Y él no, no quiere nada, pues.

[...] Le digo que a mi papá le ha contado, pues, que le da dolor de cabeza cuando ve a mi mamá diciendo esas cosas, pues, hm, hm. Le digo que te llevo con el psicólogo, pero él no, no quiere, pues, no quiere. Es mejor que él sale a jugar con sus amigos así, para quitarse el dolor en la cabeza y distraerse un poco, luego se sale con sus amigos a jugar. Por eso casi no está en la casa, pues, ajá. (Elena)

Y para no seguir sufriendo esa situación familiar, ambos hijos emigraron a la ciudad de Oaxaca a trabajar cuando terminaron la secundaria. El padecimiento materno, por tanto, contribuyó a la disgregación familiar, pues, si su madre no hubiera estado enferma, sus hermanos Eusebio y Luis hubieran permanecido más tiempo en Usila y probablemente hubieran estudiado el bachillerato.

Si tu mamá hubiera estado bien, ¿qué crees tú que hubiera cambiado? ¿Qué cosas serían diferentes?

Que nuestra casa estaría terminada, y que hubiéramos vestido más [risas] que una cobija, pues.

[...] *¿Y algo más cambiaría?*

Y pues que yo ya estuviera yo estudiando si ella estuviera bien, y mis hermanos no estarían allá si mi mamá estuviera bien, pues.

Tus hermanos estarían acá.

Hm, hm. Seguirían estudiando. Por eso Luis se fue allá porque, no sé, se sentía mal cuando mi mamá se enferma cada vez, pues. Igual mi hermano Eusebio, pues, se siente, se altera, no sé, cómo sufre, pero sí llega a llorar cuando mi mamá se pone así.

[...] *O sea, para ellos era muy dura la situación que había en la casa y por eso se fueron.*

Hm, hm. Dice que así está más tranquilo, pues, cuando no está cerca de mi mamá, pues, se siente más así. Cuando ven a mi mamá haciendo cualquier cosa, haciendo algo, pues, se ponen tristes, se ponen...

¿Y por qué ellos y no tú?

No sé cómo, pero no, no, bueno, pues, yo no siento nada, ya estoy acostumbrada, pues. Pero ellos sí, sí, sí, sí lloran, se sienten tristes así cuando mi mamá se enferma.
(Elena)

Además de su conducta extraña y delirante, en varias ocasiones, Esperanza mostró agresividad física hacia sus hijos. Durante los años 2009 y 2010, los hermanos tenían miedo de ser agredidos físicamente por su madre. En abril de 2009, Luis fue golpeado duramente por su madre, mientras le gritaba que lo iba a matar, al tratar de impedir que saliera a la calle para acompañar a una vecina que había preguntado por una de sus tías. Tras ese episodio de violencia física, Luis se fue a la ciudad de Oaxaca a trabajar. Su hermano Eusebio le seguiría poco tiempo después.

Un día, cuando ella se alteró tanto... cuando ella, mi papá, fue así de noche, así, estando así, mi papá fue a hacer la receta con el doctor. Entonces, nada más estábamos yo y Luis. Ajá, sí, entonces, yo y Luis quisimos amarrarla, pues. Entonces ella quitó todo eso y agarró a Luis, ajá, porque Luis estaba así al lado de ella, pues. Entonces, yo me fui por no sé cuál, no me acuerdo muy bien por qué cosa me fui, entonces Luis me gritó, pues, gritó, me llamó. Entonces fui, por eso soltó a Luis. Ajá, y así golpeó muy feo a mi hermano. Entonces, él ya no quiere regresar. Sí se preocupa por mi mamá, pero, así como ella se encuentra, pues ya...

¿Pero por qué la quisieron amarrar?

Que ella quería llevar, vino una señora que, pues, vivía más abajo, y el hijo de la vecina de mi tía se cortó, se cortó no sé, en su mano o algo así, ajá. Y esa señora vino aquí, pues, ella no sabe que mi abuela vive allá, ajá, y pensó que aquí estaba mi tía. Y así mi mamá estaba enferma, pues, y, entonces, quiso ir con la señora y yo la traje, le dije, pues, que la señora estaba preguntando por mi tía, pero mi mamá no me hizo caso. Entonces, yo la traje para acá, pero ella me empujó, pues, me empujó y casi me caigo. Entonces salió corriendo. Entonces, fui con Luis a traerla de nuevo y entonces la quise amarrar, porque ella ya no se controlaba, pues, se puso muy mal y, entonces, y así golpeó a mi hermano, hm, hm. Por eso la quisimos amarrar ese día. (Elena)

Esperanza no reaccionaba agresivamente con todos sus hijos. Como explicaba Elena, se calmaba y contenía sus reacciones cuando Eusebio, su segundo hijo, estaba en la casa, debido a que le tenía cierto temor. Hacia Gabriel, en cambio, al sentir un cariño especial

por él, no sólo nunca hizo ademán de querer pegarle, sino que siempre atendía y obedecía todo lo que él le decía.

¿Te golpea más a ti?

Ahora me está golpeando más a mí que a Eusebio también, hm, hm. Porque mi hermano casi no está en la casa, pues, por eso me golpea. Cuando él regresa, se calma mi mamá. Le tiene miedo a mi hermano, pues, pero a mí no me tiene miedo. Ella se calma cuando él regresa. Le digo que no salga, pues, porque qué tal si ella me mata así estando sola, pues. Como ahorita mi papá no está, él tampoco. Gabriel está, pero no, no tiene fuerza, pues, hm, hm. Hay veces que nada más estoy yo y ella, pues.

¿Y a Gabriel lo golpea?

No, a Gabriel no. Nunca ha golpeado a Gabriel porque dice que Gabriel es el único que, Gabriel, ella dice, cree que Gabriel es el único que ella ama al igual que él. Ajá, Gabriel sí quiere a mi mamá, pues, igual que ella. Por eso no, no lo golpea, sí obedece todo lo que Gabriel le dice. No, no le golpea porque dice que sufrió igual que él, pero no sé por qué dice esa cosa. Eso dice, por eso no, no golpea a Gabriel, pues.

El padecimiento mental de Esther provocó la ruptura matrimonial y una temprana e irreversible desintegración de la familia. Además de una total despreocupación por el bienestar de su niña, Esther manifestaba una tendencia a la agresividad física. Aun viviendo en casa de doña Pilar, su hermana, en varias ocasiones Esther golpeó a su hija con un palo.

Y cómo le pegaba mi hermana a su hija, ¿eh?, cuando estaba aquí conmigo, cuando ella estaba chica, sí. Mira todo aquí le traía un palo y le daba. A veces yo, este, cuando se bañaba la niña, decía: ay, hija, ¿qué te pasó? Dice me choqué con la puerta, me dice. No es cierto, ¿qué pasó? Y mis hijos estaban chiquitos, mi [hija] estaba chiquita así: no es cierto, mami, vino mi tía Esther, traía un palo y le pegó a mi prima, dice.

[...] Y me dice: no, tía, me pegué ahí con la puerta, me dice. No es cierto, le digo, porque si uno no se pega con la puerta, pues cómo te pegaste. No, dice, es que me choqué así, dice, y ya. Y dice la niña, la chiquita, pues, dice: no es cierto, mami, dice, vino la tía Esther y le pegó a mi prima con un palo. Vino, dice, mi prima estaba cocinando y, de repente, que viene mi tía Esther y que le pega, dice. Y mi sobrina nada más empezaba a llorar, pues. Sí, tía, dice, vino a pegarme mi mamá hasta aquí. ¿Qué te dijo?, le digo. No dijo nada, nada más entró y salió, dice, nada más entró, dice, me pegó y se fue. Se fue, me dice.

La falta de atención y la agresividad de Esther provocaron que su hija primogénita se distanciara emocionalmente de su madre y considerara a su tía materna como su mamá. La frustración apareció nuevamente años después cuando constató que, además de no

desempeñar su rol de madre, tampoco iba a desempeñar su rol de abuela. Esther no mostraba ningún interés por conocer y relacionarse con su nieto.

Mi hermana no sabe que tiene un nieto. A veces ni se le, desde que nació el bebé, yo le traje un cuadro así de la foto del bebé. Le dije: mira, hermana, le digo, ya tienes tu nieto, el hijo de tu hija, le digo, de tu Mercedes. Mira, le digo, está bonito el niño. Digo: componte, le digo, toma tu medicina para que vayas a ver a tu nieto. Ve a cuidarlo y, este, a estar con él, lo cambias de pañal, es bien bonito, le digo. Mejor se salió y se fue, ni quiso ver la foto del niño. Mira, hermana, le digo, ¿no estás contenta?, ya tienes un nieto, le digo. Y mi sobrina nada más llora porque su mamá no puede ver a su hijo, no lo puede cuidar. Ella no puede estar con su mamá porque está enferma. Qué más quisiera, tía, dice, convivir con mi mamá, que mi madre estuviera aquí conmigo. (Doña Pilar)

El distanciamiento entre Esther y los hijos criados por el padre y la abuela paterna fue absoluto, hasta el punto que nunca mostraron interés ni participaron en el cuidado de su madre enferma. Consideraban que su madre los había abandonado siendo unos niños y que nunca se preocupó por sus necesidades. Para ellos su madre era su abuela paterna, la mujer que los crio.

A pesar de que ella no los crio, no lo hizo porque ella no quiso, pues es porque estaba enferma, porque está enferma, pues. Porque a veces su hijo venía a reclamarle: es que tú no me cuidaste, no supiste si tenía hambre, si quería una moneda o algo. Así vino su hijo un día a reclamarle. Y ella que no está en su, este, ella no está de decir no, hijo, no lo hice porque yo estaba enfermaba, no lo hice, pues. No, no lo sabe ni sabe lo que le dice aquél.

De hecho, ella no reconoce que está enferma.

Pues no, es que sus hijos, no, porque para ellos su abuelita les dijo que su mamá los abandonó, pues, nada, hasta ahí. (Doña Pilar)

En el caso de Sofía, el padecimiento mental no sólo impidió a la madre criar a sus hijos y a los niños recibir los cuidados de su madre, sino que también provocó la disgregación de la familia y, por ende, una escasa interacción entre padres e hijos. La desintegración fue parcial mientras los niños estuvieron viviendo en la casa de sus abuelos maternos y se hizo más profunda cuando la hija y el hijo mayor fueron a estudiar al estado de México tras terminar la secundaria, perdiéndose el contacto cotidiano entre los padres y los hijos.

Entrando al tema ese de que [mis hijos] se fueron precisamente para evitar que estuvieran aquí, este, sí, influenciados por la situación de su mamá. Más bien por eso se fueron. De inicio yo no me había dado cuenta porque, este, pues simplemente sus abuelitos dijeron que se iban con su tía, ¿no? Y yo no, no había pensado por qué habían actuado así, pero yo accedí porque, pues, tenían mejores condiciones para que aprendieran más en la escuela en México. Pero después, pues, me di cuenta de que era por eso, para evitar que estuvieran acá. Por eso se fueron,

para evitar que estuvieran acá, este, viendo los problemas, viendo las situaciones que constantemente prevalecían. Por eso es que se fueron y ya se acostumbraron y allá están. Entonces, perdí contacto con ellos en cuanto a la cuestión familiar. De hecho, cuando se fueron, sentí que no, que no había estado con ellos mucho tiempo, que fue mínimo el tiempo que estuve con ellos. (Don Augusto, esposo)

El rol de cuidadores principales que desempeñaron los abuelos maternos durante la infancia de los niños, la falta de contacto cotidiano una vez que se marcharon al estado de México, así como el resentimiento hacia su padre al considerarlo culpable de la enfermedad de su madre por el maltrato físico que le dispensara antes de enfermar, provocó un distanciamiento en la relación entre el padre y sus hijos mayores, aunque mantenía la autoridad sobre ellos dado que siempre se encargó de su manutención. La relación de don Augusto con Esaú, su hijo ultimogénito, en cambio, fue más cercana, pues a los 13 años fue a vivir a la casa paterna y permaneció en Usila hasta terminar el bachillerato, unas semanas después de que falleciera su padre.

¿Y sus hijos qué le dicen?

Me han reclamado. Ése es otro problema, ¿no? Una vez, este, llegué, necesitábamos un dinero, creo, para, no me acuerdo para qué, pero la cosa es que necesitábamos un dinero. Entonces ya había conseguido el dinero y regresé contento a la casa. Y, cuando regresé, ella estaba llorando. Su mamá la había agredido verbalmente.

¿Su hija?

Ajá. Yo llegué, la abracé para consolarla, ¿no?, y me rechazó. No que quién sabe qué, que tú tienes la culpa y... discutimos. Ya después me dijo que teníamos que hablar porque se había pasado. No hay problema, le digo, este, estabas enojada. Pero está latente, así como digamos, como si fuera un resentimiento, ¿no?

El otro no me ha dicho nada. El otro, cuando llegaba, como que no me veía bien, el chavo, y, este... Como le hablo, estamos en contacto por teléfono todo el tiempo, y le he explicado también que... pues que tenemos ese problema y tenemos que seguir, nada se detiene, le tenemos que continuar. Porque, cuando ve que su mamá está mal, pues reclama, ¿no? Bien, pero no es mi culpa. Y como sus abuelitos le han dicho antes, porque yo la golpeé, que yo tengo la culpa, entonces hay ese pequeño sentimiento.

Sí, nos llevamos muy bien, me llevo muy bien con mis hijos, pero, de repente, surge eso, como algo que está... en cualquier momento va a salir, pues. Entonces, este, es estar contra la pared. Argumentar para convencer, pues, a lo mejor, sí, pero hay eso.

El hijo ultimogénito era más consciente de lo que suponía convivir con el padecimiento mental de su madre, de lo que decía, de cómo se comportaba, y de cómo reaccionaba su padre ante estas situaciones. Él se daba cuenta de que no era su padre quien provocaba las conductas de su madre, y que su padre no respondía a la violencia que

su madre ejercía contra él cuando sufría un episodio de crisis. Esaú no le reclamaba que fuera el culpable de la enfermedad de su madre, sino que, en los momentos de descontrol mental y agresividad, trataba de calmarla.

¿Y su hijo, digamos, cómo vive eso cuando lo ha visto?

No, pues él dice que, este, él no, no me reclama. Le habla a su mamá para que se calme y todo eso, pero, pues, no, no, a ese tipo de personas por más que se le habla, no le hace caso a nadie hasta que pasa. A nadie le hace caso hasta que pasa todo lo que tiene que pasar. (Don Augusto)

El padecimiento mental también había afectado a la relación que la madre mantenía con sus hijos debido a su incapacidad psicoemocional para brindarles la atención y el amor que hubiesen necesitado recibir de su mamá. A su indiferencia y su frialdad afectiva se sumaba, además, su irritabilidad y su agresividad verbal.

Creo que la palabra indiferencia es la más aplicada acá. Hay indiferencia, hay frialdad, este, no hay, este, el asunto de afecto, cariño, amor. Nunca le he escuchado que le diga a su hijo que amorcito, papacito, mi vida. No hay esos, en el cuadro no están esas palabras.

¿Con los demás hijos?

Con nadie.

¿Nunca?

No, casi nunca.

¿Abrazarlos?

No, yo le tengo que decir, cuando se van mis hijos, dales un beso, abrázalos, diles que les vaya bien.

Pero antes tampoco, antes de que enfermara...

No.

Desde que...

Desde que tiene familia. Todavía me pongo a pensar en cómo no, pues yo ando mucho, ¿no?, y escucho a las mamás cómo les dan cariño a sus hijos, que mi gordo, que mi chaparro, que mi vida, que mi cielo. No, en el cuadro no están esas palabras de afecto. Y quién sabe por qué, ¿no?, porque pues toda mujer teóricamente tiene ese sentimiento. Y es, al contrario, es de rechazo, es de agresión, es de regaño, de insultos. Sin compasión. Cuando veo que pasa, pues a mí me duele mucho porque no debe ser así. Sin piedad, pues, igual con su mamá que conmigo. Pero yo atribuyo eso a su estado de salud. (Don Augusto)

Los niños, aunque se preocupaban por su estado de salud, no mantenían una buena relación con Sofía, no tenían confianza ni respetaban su autoridad como madre. Su

pensamiento desordenado, su incapacidad para escuchar y dialogar normalmente y su agresividad verbal provocaban frecuentes desencuentros con el hijo ultimogénito y con los hijos mayores cuando llegaban a Usila durante los periodos vacacionales. Don Augusto debía supervisar que no surgieran conflictos y, cuando surgían, mediar y explicarles que la enfermedad provocaba este tipo de comportamientos a fin de que trataran de comprender a su madre y evitaran contestar y entrar en discusiones. A su hijo pequeño le había indicado que, cuando él no estaba presente y su madre mostraba una conducta agresiva, debía evitar enfrentarse a ella e ir a refugiarse a la casa de sus abuelos maternos. A pesar de que su padre hablaba con ellos para hacerles comprender la situación y aconsejarles cómo debían reaccionar, los niños no podían evitar entristecerse y sentirse dolidos con su madre.

Cuando vienen tengo que estar muy, muy, este, muy alerta, ¿no?, para no provocar, o sea, que estén muy tranquilos, y estar muy pendiente de alguna situación que se pudiera presentar, pues sí, ella no tiene mucho tacto como para tratar con ellos. Pues no, no tiene, es muy drástica, como si no tuviera sentimientos.

¿Es un trato duro?

Sí, cruel, fría.

¿Con ellos?

Sí, un trato frío. No hay una buena relación que, digamos, de confianza, ¿no?, de confianza, de amor. No se ve mucho.

¿Y sus hijos cómo ven a su mamá?

Pues ya se acostumbraron también. Pues ellos se preocupan mucho por su mamá porque, cuando hablo por teléfono, siempre preguntan cómo está. Pues yo les digo que está bien, aunque a veces no está tan bien que digamos, pero, para no distorsionar su mente, pues les digo que está bien. Pero también ellos están conscientes de que su mamá está así. Porque sí saben, han visto algunas escenas muy tristes.

Pero ellos sí la consideran su mamá.

Ah, sí, sí, no, sí, sí, sí se preocupan por ella, pero muy poco pueden hacer cuando hay alguna situación problemática porque, para empezar, ella no se presta, no se presta. Es fría, pues no, no hay otra palabra más que eso, o indiferente.

O sea, no hay una relación de confianza que vayan y platicuen sus cosas.

No, no, no, no hay, no, definitivamente, no, no se presta. No se da, además, que digamos que tener una plática así, como estamos platicando, que esté aquí, que esté allá, dar algunos puntos de vista, opinar. No duramos ni cinco minutos platicando cuando ya hay un rompimiento porque ya entran otras cosas. O sea, no se puede platicar.

No se puede poner en común las vivencias, los problemas, no.

No, no, no se puede. Entonces, muchas veces cuando queremos platicar algo, mejor lo hacemos aparte porque no vamos a lograr nada. Sabemos que ya no vamos a lograr nada, respecto a algunos temas, ¿no?, algunos asuntos, no en todo.

Todas estas vivencias relacionadas con el padecimiento mental de la madre afectaron psicoemocionalmente a los niños, más a los hijos varones, que manifestaron conductas problemáticas en determinados periodos de su vida. En el primer año de primaria, el varón ultimogénito, se mostraba desobediente con las maestras, agresivo con sus compañeros y apático en las tareas. El padre tuvo que hablar con las maestras y explicarles la situación familiar para que comprendieran el comportamiento del niño y tuvieran paciencia con él.

Cuando cursaba el bachillerato, el hijo mayor cayó en la adicción a la marihuana y su hermana estuvo pendiente de vigilar que no consumiera drogas, se matriculara en el instituto y no descuidara el estudio. El problema se agudizó y su padre y su hermana acordaron que fuera a Usila y viviera en la casa paterna hasta que superara su adicción, pero, al cabo de unos meses, viendo que el control de su conducta era aún más complicado, regresó al estado de México bajo la supervisión de su hermana. Finalmente, logró superar su problema de adicción, terminó el bachillerato y continuó estudiando en la universidad la carrera de arquitectura.

La segunda vez que se descontroló mentalmente, las conductas delirantes y la agresividad verbal y física de Adela hacia su esposo y su hija mayor generaban un gran estrés psicoemocional en la familia, afectando especialmente a las niñas pequeñas, que contaban con 9 y 6 años de edad, pero también a la hermana mayor de 15 años. Los hijos varones estaban trabajando en la ciudad de Oaxaca y, al no estar conviviendo con su madre, se vieron menos afectados psicoemocionalmente.

En lo referente a los cuidados afectivos y de orientación psicosocial, sin embargo, los niños no se vieron muy afectados. Ninguno de los cinco hijos, ni tan siquiera las niñas pequeñas, notaron una gran diferencia cuando sobrevino la enfermedad de su madre, pues no había sido una madre cariñosa, ni tampoco propensa a escuchar sus problemas, consolarlos o darles consejos. La comunicación entre la madre y sus hijos se ceñía fundamentalmente a las necesidades materiales, el mismo tipo de relación que mantenían con su padre.

¿Ustedes platicaban con su mamá antes? ¿Su mamá mostraba mayor interés por ustedes, los llevaba a la escuela, los ayudaba a hacer las tareas, les daba un abrazo, escuchaba sus problemas?

Este, hasta ahora creo que en ese caso sigue igual, sigue igual porque casi no le platicaba mis problemas. Igual así hemos sido desde pequeños, no acostumbramos así a platicarles o a contarles lo que nos pasaba. Todo lo guardamos, no decimos nada. (Emmanuel, hijo)

6.2 La incidencia cuando el padre enferma mentalmente

En las familias en que el padre enferma mentalmente, el padecimiento mental provoca igualmente que los hijos desarrollen vínculos psicoemocionalmente débiles hacia el padre, por las mismas razones, un alejamiento que supone una pérdida de autoridad paterna sobre los niños, en el caso de Miguel, una pérdida absoluta.

El distanciamiento entre padre e hijos se agudiza cuando los déficits cognitivos son permanentes y severos y se pierde la interacción cotidiana como consecuencia de la ruptura matrimonial, como en el caso de Miguel. La separación matrimonial y la posterior emigración de los hijos a una ciudad del estado de Veracruz, los varios años en que estuvo sumido en el descontrol mental, su incapacidad cognitiva para trabajar y ocuparse de la manutención económica de los niños, su escasa capacidad comunicativa y su tendencia a la agresividad física alejaron a los hijos de su padre durante muchos años, años en los que no tuvieron ningún tipo de relación con su padre.

La situación cambió a raíz de la demanda que el padre y los hermanos de Miguel interpusieron ante la sindicatura municipal en 2013 tras su internamiento hospitalario, que obligó a los hijos a cooperar económicamente en la atención médica de su padre a cambio de convertirse en los herederos del solar paterno. Finalmente, en agosto de 2018, debido al deterioro físico que sufrió la hermana que cuidaba de Miguel, sus hijos vinieron a Usila a buscar a su padre y lo llevaron a la ciudad veracruzana donde residían, asumiendo su cuidado desde entonces.

El descontrol mental, además de incapacitarlo para el trabajo productivo, llevó a Marcos a tener un comportamiento dentro y fuera del espacio doméstico que avergonzaron tanto a su esposa como a hijos. Su conducta extravagante durante ese periodo, aunada a una conducta social incorrecta antes de enfermar y a un cumplimiento deficiente de su rol de proveedor económico una vez recuperado, provocó que sus hijos se alejaran psicoemocionalmente de su padre y perdiera parte de su autoridad, ya no tuviera la misma ascendencia sobre ellos. Marcos era consciente de la pérdida de autoridad que había experimentado en su familia.

Las dos partes, las dos, yo sí me acercaba a ellos antes, pero la tontería que yo hacía, ¿no?, pues era diferente, o sea, tontería. Ahora hago cosas buenas, ¿no? Ya no hago lo mismo. Mi vida se ha cambiado. ¿Por qué? Porque sigo, voy a la iglesia, el consejo que dan ahí, pues, lo acopio, o cómo se dice.

El hijo más afectado por el comportamiento de su padre fue el varón primogénito. Se avergonzó tanto de la conducta de su padre que decidió ir a vivir a la casa de su abuela materna, una mujer viuda que vivía con una hija soltera. Tras más de un año, regresó al hogar paterno y, una vez terminado el bachillerato, emigró a la Ciudad de México en busca de trabajo.

Capítulo 27

La incidencia del padecimiento mental y su manejo en la religiosidad

El deterioro de las facultades cognitivas, la afectación en las capacidades de atención, memoria, comprensión y razonamiento, la falta de una adecuada orientación en el tiempo para tener consciencia de los días en que se celebran los rituales, la dificultad para calcular los tiempos y estar preparado a la hora que comienzan los eventos religiosos, aunados a la apatía, la baja vitalidad, los malestares físicos, el mal control de los síntomas a través de los medicamentos en ciertos enfermos, el surgimiento o la acentuación de ideas delirantes y alucinaciones como consecuencia del contacto con grupos de personas o la interpretación de los acontecimientos llevan a las personas enfermas y, en ciertos casos, a sus cuidadores, a no poder sostener una religiosidad normal, a no poder cumplir normalmente con los deberes personales y rituales vinculados a la búsqueda de Dios.

En la religiosidad usileña, como ya se expusiera, buscar a Dios supone tener fe en Dios y en su Hijo Jesús como salvador de los seres humanos, seguir unas pautas de conducta acordes con los mandamientos de la Ley de Dios y hacer buenas obras, evitando, por tanto, caer en el pecado, comunicarse con Dios a través de la oración, asistir a la iglesia para adorar a Dios y escuchar su Palabra, recibir el Espíritu Santo cumpliendo con las prescripciones rituales de las iglesias —sacramentos católicos, bautismo evangélico y testigo de Jehová, matrimonio religioso—, estudiar la Biblia o la Palabra de Dios y educar a los niños en el camino que conduce a Dios y a la salvación eterna del alma.

Durante los periodos de descontrol mental, la afectación que sufre la religiosidad de las personas enfermas es total, pues todas las dimensiones que integran la búsqueda de Dios son interrumpidas. En estas fases de descontrol mental, la persona enferma puede, incluso, mostrar una conducta religiosa incongruente, como asistir a los cultos de una iglesia profesando una religión diferente. Éste fue el caso de Esperanza que, siendo católica, en alguna ocasión acudió a una iglesia evangélica, lo que suscitó que sus familiares vigilaran sus salidas del hogar:

Yo he ido a la iglesia evangélica antes, pero después he ido católico primero. He ido evangélico, y ya no me levanté para ir evangélico otra vez. Me cambié cuando estoy

muy enferma; he ido católico otra vez. Por eso ya no quieren los chamacos que yo me voy a la iglesia ahorita, porque yo ando en una sola iglesia.

A excepción de Marcos, que logró sanarse y retomó una práctica religiosa normal, una vez medicados, aunque estén controlados mentalmente, todas las personas enfermas presentan, en diferentes grados, déficits cognitivos para leer y comprender la Biblia, para recordar o recordar con precisión los rezos —el Padrenuestro, el Avemaría, el Credo— o los cánticos religiosos, para sostener la atención durante los rituales religiosos y entender lo que en éstos predica el sacerdote o el pastor de la iglesia. La asistencia de los enfermos a los cultos semanales de adoración a Dios y otros rituales de las iglesias varía dependiendo del grado de control que la medicación ejerce sobre los síntomas, del nivel de deterioro cognitivo que presenten, de la afectación que causen a su equilibrio psicoemocional estos eventos y también del compromiso de sus cuidadores por procurar que vayan a la iglesia.

1. La incidencia del padecimiento mental en los hombres medicados

Antes de enfermar, Carlos no solía ir a la iglesia y solamente se prestaba a acompañar a su madre en algunas campañas organizadas por las iglesias evangélicas, aunque no participaba activamente en la adoración a Dios, cantando u orando, sino que se limitaba a observar permaneciendo sentado. Durante los años que estuvo mentalmente descontrolado, Carlos tampoco quería asistir a los cultos evangélicos y argumentaba que Jesús le hacía daño e iba a venir a pegarle o a echarle algo en la comida. Su madre trataba de hacerle entender que no era Jesús quien lo molestaba, no era Jesús quien le pegaba o le echaba algo en su comida. Jesús no le podía hacer ningún daño, pues Jesús había muerto en la cruz para salvar su alma, y dependía de él aceptar a Jesús en su corazón, reconocer que era un pecador y pedir perdón a Dios en caso de ofenderlo. Pero por más que insistiera, sus déficits cognitivos no permitían a Carlos poder comprender los argumentos que doña Julia exponía.

Pero yo le digo que no, no es, este, no es Jesús. Porque si fuera Jesús, no hace eso. Jesús no va a andar pegándote o echándole algo a tu comida o, este, haciendo algo, pues, no, sino que Jesús vino, le digo, a salvar, vino a, este, pues ya murió en la cruz, le digo, para salvarte. Ahora depende de ti, tú tienes que reconocer que eres pecador, aceptarlo en tu corazón y pedir perdón a Dios, si lo has ofendido, pedirle perdón a Dios. Nada más. Y Dios te perdona porque tú reconoces, ¿no?, que eres pecador y lo estás aceptando como tu único salvador. Es bien sencillo, bien fácil, sólo que tú quieras, pues. Pues, si no quieres, no te hace ningún mal. No porque me hace esto, me hace mal, dice. ¿Pero sí sabes, le digo, que Dios existe? Dice que sí. Y, entonces, ¿cómo no crees? Pero como está en su mente así, ¿no?, porque otra cosa fuera si estuviera en sus cinco sentidos, me imagino.

Doña Julia le explicaba que, aunque él no lo conociera y no supiera bien quién era, Dios existía y nos daba la vida. No debía hacer caso al espíritu maligno que le hablaba y dominaba su pensamiento. Dios era bueno, nos ayudaba y perdonaba nuestros pecados. Animaba a Carlos a asistir a la iglesia y a orar a Dios, explicándole que debía hacerlo mostrando una actitud respetuosa y humilde, si bien era consciente de que su padecimiento mental, los déficits cognitivos que le causaban, le impedía comprender quiénes eran Dios y Jesús realmente y la necesidad de pedirles en oración en favor de su sanación. Carlos “vivía en su propio mundo”.

A veces se molesta cuando yo le digo así, por ejemplo, ¿no? Cómo se molesta cuando le digo báñate. Le digo mira, este, báñate, vamos a la iglesia. Aunque tú no sepas orar, no sepas cantar, Dios va tomar en cuenta de que tú estás, cuando menos tú estás parado ahí, tu persona está ahí, y Dios va a tomar en cuenta eso y te va a servir. Y si tú ni siquiera quieres nada con Dios, yo sé por qué no quieres nada con Dios, porque el Enemigo te pone en contra de Jesús. Pero Jesús no es malo, Jesús, al contrario, vino a dar buenas nuevas, vino a dar palabras de vida, pero, claro, que mucha gente también lo odiaron a Él porque hablaba en contra del pecado. Pero si supiera la gente, le digo, que era bien para ellos, porque el que lo pierde sí está bien, pero el que no, pues que no, ¿no? Pero tampoco debe de molestarse. Le digo: ¿tú por qué te molestas? No, que Él me está haciendo daño, que Él, y si Él está ahí, por qué no, no oye lo que digo, por qué no me quita, este, no sé qué cosa. Le digo no, no es que no, tampoco se pide así, ¿no?, ¿sabes qué? Dame esto y ya, ¿no? Y yo voy y le digo una casa, y no, ¿sabes qué? Esto es mío, dámelo y ya, o si tú no me lo quieres dar. No va a llegar así, sino decir: oye, ¿sabe qué?, quiero un favor bien grande, así con buena forma, pues, no enojada. [...] Tiene uno que humillarse, pero en la situación que él se encuentra, yo me doy cuenta que no le entra, no le entra lo que le digo. Y por eso, a veces, no sé ni qué hacer.

Después de tomar regularmente su medicación y controlarse mentalmente, al igual que en el caso de Miguel, Carlos continuó sin asistir a los cultos religiosos ni manifestar interés por buscar a Dios, pues, más allá de su propia inquietud religiosa, su deterioro cognitivo no le permitía tomar conciencia de la necesidad de buscar a Dios para alcanzar la salvación eterna de su alma, ni sostener la atención durante el tiempo que duraba un ritual o un evento religioso, ni comprender el significado de las oraciones, los cánticos que cantaban los fieles o los sermones que predicaban los pastores evangélicos.

Marcos, por el contrario, una vez sanado, retomó con gran fervor el camino de la búsqueda de Dios de acuerdo a su fe evangélica, corrigiendo su conducta de acuerdo a los mandamientos divinos, asistiendo a los cultos y los eventos religiosos de su iglesia, leyendo y estudiando la Biblia, orando diariamente a Dios para agradecer su sanación, para pedir su ayuda, su orientación, la bendición de su familia.

2. La incidencia del padecimiento mental en las mujeres medicadas

La incidencia del padecimiento de la esquizofrenia y otras psicosis en las mujeres medicadas es más variada que en los hombres, pues, sin llegar a la normalidad, hay mujeres que retoman la asistencia a la ritualidad religiosa, haciéndolo con cierta frecuencia —Teresa, Lorena, Lucía, Adela y Sofía—, otras mujeres que asisten esporádicamente —Esperanza y Natalia— y otras, como Esperanza y Esther, que iban por su cuenta a la iglesia católica fuera de los horarios de misa.

Cuando Teresa, Lorena, Lucía, Adela y Sofía se hallaban mentalmente controladas, acudían con cierta asiduidad a la iglesia: Teresa, Lorena y Lucía, a la iglesia católica acompañadas por sus respectivas hermanas; Adela, a la iglesia evangélica acompañada por sus hijas; Sofía, a la iglesia bautista acompañada por su marido cuando lograba estar lista a tiempo. Cuando don Augusto vivía, su asistencia a la iglesia era irregular debido a sus crisis psicóticas y a que, cuando se hallaba mentalmente estable, su falta de control sobre el tiempo impedía muchas veces que se preparase a la hora para acudir a los cultos. Tras el fallecimiento de su esposo a mediados de 2017, gracias a un mejor control de su estado mental asociado a un mayor apego terapéutico, su madre y su hermana se encargaban de acompañar a Sofía a los cultos dominicales celebrados en la pequeña iglesia evangélica que pastoreaba su padre.

Natalia, mientras vivió su marido, asistía a misa de cuando en cuando, siempre llevando a su niña pequeña como acompañante. Tras enviudar a mediados de 2014, sin embargo, las circunstancias familiares hicieron que ninguno de sus hijas e hijos se preocupara de acompañarla y dejó de acudir a la iglesia católica, aunque hay que tener en cuenta que, salvo su hija primogénita que se había bautizado, ninguno de ellos había cumplido con los sacramentos católicos —los padres no habían procurado la educación católica de sus hijos debido a que vivían en una situación socioeconómica de pobreza extrema—.

Al igual que en el caso de Natalia, Esperanza ha asistido a misa en muy pocas ocasiones desde que enfermara mentalmente, casi siempre acompañada por su hija Elena, pues su propensión a pensar que las personas que están a su alrededor hablan mal o se ríen de ella y a experimentar sensaciones corporales extrañas, como sentir que su corazón se calienta al tomar la hostia, provoca que sus familiares procuren no exponerla a eventos donde se congregan decenas de asistentes.

Cuando fuimos a la iglesia un día, por eso yo no ido a la iglesia, por lo mismo, al comer la hostia, me sentí cómo se calentó mi corazón. Caliente, caliente mi corazón, como quemado mi corazón. Por eso ya no ido a la iglesia. Y me caí así, así, así, así estoy yo.

¿Allá en la iglesia?

La iglesia. Por eso ya no ido.

[...] Sí, cuando estoy sentada, sí. Cuando me paré, cuando estoy para hacer oraciones, Padre, me sentí así, así, así, vuelta y camina, viene atrás y viene adelante. Por eso ya no ido. Ido un día cuando tenía mi corazón que voy a perdonar a la iglesia, porque yo tengo pecado, creo.

Más allá de las sensaciones corporales y sus ideaciones de daño, su escasa asistencia a la iglesia se debía también al cansancio, los malestares físicos y su tendencia a escuchar voces, a pesar de estar tomando medicación, que le afectaban negativamente a su equilibrio psicoemocional. En ocasiones, cuando Esperanza iba a la iglesia, las voces le decían que le iban a pegar, incluso, que la iban a matar. Otras veces escuchaba una voz que le reclamaba que no iba a la iglesia porque no quería dar dinero en el momento que pasaban el cestillo.

Me escuchado voz, me escuchado voz. No sé por qué. Porque así me dijo doctor antes, cuando yo me enfermé. Me decía doctor que yo me escucha voz, tiene que cambiar medicina, dice doctor. Voy a cambiar tu medicina para quitar, para que no vas a escuchar voz, dice doctor. Sí lo cambié, lo cambió medicina. Pero antes ya no me escuchaba, ahorita ya me escucha. No sé por qué, no sé por qué me escucha voz otra vez. No salgo por la iglesia ni salgo ningún lado, porque me escucha voz que va a matar gente a mí cuando yo me salgo por la iglesia, me escucha voz, y lo va a tirar la iglesia cuando yo me entra por la iglesia. Así dice la gente, escucha voz. Pero yo quiero ir a la iglesia a veces. A veces viene voz que yo no voy a la iglesia, porque yo no voy entrar a la iglesia, porque yo no doy dinero por la iglesia, dice la gente. Yo no doy dinero para la iglesia, pero... si uno está enfermo, ¿verdad? Porque Jesús no cobró a los enfermos antes, no cobró nada. Les lavó la cabeza, y los ojos metió su dedo y abrió, abrió ojos de personas. No, no le dio nada los enfermos dinero, no le dio nada de dinero. Sí, porque ya tiene años que estoy enferma. ¿Adónde voy a agarrar dinero? Y no tengo nada, no tengo nada en dinero, pero...

Aun así, Esperanza, al igual que Esther, sorteando el control familiar, iba sola a la iglesia católica de vez en cuando, fuera de los horarios de misa, y permanecía un rato sentada en su interior, en silencio, orando a Dios para pedir su ayuda, su sanación o perdón por sus pecados. Esther fue sola a la iglesia en muchas ocasiones mientras pudo salir de su cuarto y pasear por la localidad, esto es, hasta junio de 2018, fecha a partir de la cual volvió a un encierro casi permanente.

Sexta Parte

El cuidado de los enfermos

Capítulo 28

El cuidado de enfermos crónicos

19. El grupo doméstico como núcleo fundamental en el cuidado de enfermos

El cuidado de los enfermos, como he planteado anteriormente, es una de las dimensiones que integran el trabajo doméstico cuando es definido como el trabajo de cuidados que busca satisfacer las necesidades biológicas, sociales y personales de los miembros de la unidad doméstica en la vida cotidiana. El grupo doméstico constituye, por tanto, la unidad social que mantiene de forma estructural el mayor número y tipo de relaciones con los procesos relacionados con la salud, la enfermedad y el cuidado de los enfermos (Menéndez, 1993: 133-135):

- El grupo doméstico es la unidad donde aparecen con mayor frecuencia y recurrencia las enfermedades.
- Es en el grupo doméstico donde de forma directa o mediadora se constituyen y operan los principales determinantes de la morbilidad y la mortalidad, especialmente en niños menores de cinco años. Entonces, es el grupo doméstico, y no el individuo, la unidad que mejor predice las pautas de desarrollo patológico.
- Es donde se inicia la trayectoria del enfermo y donde se produce el mayor número de detecciones, diagnósticos y acciones de cuidado.
- El grupo doméstico constituye la unidad en la que se articulan las diferentes formas de atención a la enfermedad, pues es en ella donde se toman las decisiones relativas a la enfermedad y el enfermo en función de la accesibilidad y las características socioeconómicas y culturales del grupo doméstico.
- A partir de la unidad doméstica se generan y se articulan las redes sociales de apoyo respecto a los procesos de salud, enfermedad y cuidado.
- En el grupo doméstico repercuten de manera directa las consecuencias de las crisis económicas y las políticas de ajuste.

- Por todo ello, el grupo doméstico constituye la microestructura que mayor influencia ejerce en las representaciones y las prácticas de los individuos respecto a los procesos de salud, enfermedad y cuidado.

El cuidado de los niños y los adultos que enferman en el seno del grupo doméstico, trabajo de cuidados que Menéndez denomina autoatención, presenta un carácter estructural dado que se trata de una actividad básica en los procesos relacionados con la salud, la enfermedad y el cuidado de los enfermos. La autoatención requiere entonces un conjunto de saberes y prácticas que las personas, a nivel individual y colectivo, utilizan para “diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa o intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención” (2005: 54-55).

La autoatención puede ser diferenciada, desde un punto de vista metodológico, en dos niveles que darían lugar a sendas definiciones, una en sentido amplio y otra en sentido restringido. La autoatención, en sentido amplio, sería el conjunto de actividades orientadas a asegurar la reproducción biológica y social de la unidad doméstica y que comprenden no sólo la prevención, atención y curación de padecimientos sino también la alimentación —preparación, distribución, amamantamiento—, la limpieza y la higiene —cuerpo, ropa, vivienda, obtención y uso del agua, tipo de fecalismo—, así como las pautas relacionadas con la muerte —cuidado del moribundo, tratamiento del cadáver— (Menéndez, 1992a: 154-156, 1992b: 29, 2005: 55). En la autoatención también habría que incluir las redes sociales informales —y que incorporan a parientes, amigos, compadres, compañeros de trabajo o estudio, vecinos y otros— que se activan y articulan desde el grupo doméstico y que otorgan apoyo en los episodios de enfermedad (Haro, 2000: 114 y 119).

En sentido restringido, la autoatención es definida como el conjunto de representaciones y prácticas que son aplicadas en los episodios de enfermedad del grupo doméstico. Dentro de esta definición restringida de autoatención, se distingue lo que se denomina automedicación, un proceso que supone la decisión de prescribir y administrar un tratamiento para aliviar o solucionar un padecimiento o daño a la salud. Este tratamiento puede consistir en la utilización de medicamentos de patente producidos por la industria farmacéutica, pero también en el uso de remedios tradicionales —infusiones, preparados, cataplasmas—, acciones físicas tales como masajes o procedimientos psicológicos (Menéndez, 1992a: 155, 2005: 55-56). Y dentro de la autoatención también está presente el autocuidado, las prácticas cotidianas que una persona lleva a cabo para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y promocionar aspectos favorables de la salud (Haro, 2000: 114; Menéndez, 2005: 56).

La autoatención presenta un carácter estructural, pero, aun siendo estructural, debe ser pensada como un proceso y, por ende, en continua transformación. El primero de los factores que fundamenta la dimensión estructural de la autoatención es la frecuencia, recurrencia y continuidad de los episodios de enfermedades o daños a la salud que afectan a los miembros de los grupos domésticos. Ello lleva a los grupos domésticos a desarrollar

saberes y prácticas destinados a prevenir, atender y curar con el fin de aliviar o solucionar los padecimientos, o propiciar el manejo y el mantenimiento del enfermo en casos de padecimientos crónicos (Menéndez, 1992a: 155-156, 2005: 57).

Al igual que en las demás tareas englobadas en el trabajo doméstico, generalmente, las acciones desarrolladas en la autoatención recaen fundamentalmente en la mujer en su rol de madre y esposa o en algún miembro femenino de la familia —abuelas, hermanas, hijas mayores—, mientras el hombre suele involucrarse en episodios de enfermedad graves, acompañando al familiar enfermo, transportándolo o buscando un medio de transporte hasta la institución sanitaria, o buscando atención médica— (Campos, 1992: 198; Haro, 2000: 104; Menéndez, 1992a: 156-157, 2005: 58; Módena, 1990; Osorio, 2001, Robles Silva, 2001, 2007a).

El rol femenino en los problemas de salud y enfermedad de la unidad doméstica es constatado igualmente en aquellas sociedades en las que se ha producido la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, pues, aunque pueda delegar parcialmente en la seguridad social o en la familia, manifiesta una mayor sensibilidad, disposición y actuación en el ámbito de la salud y la enfermedad domésticas. El papel de la mujer en el cuidado de los enfermos se debe a la alta morbilidad que afecta a los niños menores de cinco años y al elevado riesgo de mortalidad que amenaza a este grupo etario, y por la responsabilidad estructural que la mujer desempeña en el proceso de reproducción social y biológica del grupo doméstico (Menéndez, 1992a: 156-159). Es por ello que, en todos los contextos socioculturales, la mujer es el principal informante del médico y del sistema sanitario a la hora de elaborar los perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad (Menéndez, 1993: 139).

La mayoría de los padecimientos y daños a la salud son agudos, leves y transitorios, y son atendidos, aliviados o curados por la mujer en el seno de la unidad doméstica. Los padecimientos tratados en el ámbito doméstico abarcan “una extensa variedad que va desde dolores episódicos de cabeza, dolores musculares leves, temperaturas poco elevadas, resfriados o escozores transitorios, a dolores del alma, estados de tristeza, ansiedades o pesares momentáneos” (Menéndez, 2005: 59). Pero las enfermedades respiratorias y gastrointestinales, muy frecuentes en la vida de los niños menores de 5 años, también son atendidas y tratadas por las madres, así como es el grupo doméstico quien se hace cargo de los cuidados de aquellos miembros discapacitados o afectados por enfermedades crónicas o degenerativas, siendo estos cuidados clave para la supervivencia y la calidad de vida de este tipo de enfermos. Además, entre los estratos sociales pobres de las sociedades latinoamericanas, también son atendidos los padecimientos tradicionales, los denominados síndromes culturalmente delimitados, como el susto, el empacho o el mal de ojo (Campos, 1992: 198; Menéndez, 1992a: 156; Módena, 1990; Robles Silva, 2004; Osorio, 2001).

La autoatención constituye el primer nivel real de atención de las enfermedades, ya que es en el grupo doméstico donde se detectan, diagnostican, tratan, alivian y curan la mayoría de los padecimientos (Menéndez, 1992a: 156, 2005: 58). Asimismo, es en el grupo doméstico donde se toma la decisión de acudir a un curador profesional, y esta decisión,

así como las acciones realizadas tras la consulta y establecidas por la prescripción médica, también forman parte del proceso de autoatención. Tras acudir a una determinada instancia curativa, el cuidador puede decidir recurrir a otra instancia distinta secuencial o simultáneamente, de modo que el proceso de autoatención incluye a los curadores que participan en la trayectoria de atención del enfermo, erigiéndose así en el principal nivel de articulación de las diferentes formas de atención (Campos, 1992: 199; Menéndez, 2005: 58-59; Módena, 1990; Osorio, 2001).

La demanda y articulación de las diferentes formas de atención viene condicionada, entre otros factores, por la gravedad de la enfermedad, las formas de atención existentes en el medio social y geográfico en el que vive el grupo doméstico y por los recursos socioeconómicos —accesibilidad a la seguridad social, a instancias privadas, a instituciones sanitarias públicas que requieren desplazamiento— y culturales —representación de las formas de atención que condiciona su preferencia, nivel educativo— de sus miembros (Menéndez, 2005: 59; Osorio, 2001).

En definitiva, la necesidad de desarrollar saberes y prácticas para afrontar, atender y curar las enfermedades, el hecho de que la mayoría de éstas sean atendidas y curadas en la unidad doméstica y la constatación de que resulta ser el primer nivel real de atención y el núcleo articulador de las diferentes formas de atención llevan a la autoatención a ser un proceso estructural. Pero aún hay una razón más: la autoatención constituye la estrategia de supervivencia más racional, es decir, supone una relación costos-beneficios favorable no sólo en términos económicos, sino también en términos de tiempo empleados por el grupo doméstico en los procesos relativos a la salud, la enfermedad y el cuidado de enfermos (Menéndez, 2005: 59; Osorio, 2001).

20. El cuidado de enfermos crónicos

La aparición de una enfermedad crónica, sea física o mental, supone que la persona se convierta en un sujeto discapacitado y dependiente de los cuidados que le brindan en su grupo doméstico, discapacidad y dependencia que varía en función del tipo de enfermedad y de las fases que se van sucediendo a lo largo de la trayectoria del padecimiento. La cobertura de sus necesidades biológicas, sociales y subjetivas en el día a día requieren de la ayuda de uno o más cuidadores, que deben de desplegar un conjunto de tareas destinadas a proporcionar los cuidados y conseguir y producir los bienes y servicios necesarios para garantizar su supervivencia y su bienestar físico y psicoemocional teniendo en cuenta los síntomas, los malestares y las discapacidades físicas y mentales provocados por su padecimiento crónico¹⁷⁷. Entonces, como sostiene Robles Silva, el

¹⁷⁷ Las necesidades de las personas que padecen enfermedades crónicas no sólo se centran en manejar y aliviar los síntomas, los malestares y las discapacidades causados por su padecimiento, sino que también siguen manifestando necesidades sociales y psicoemocionales, muy vinculadas a las pérdidas sufridas en su biografía. Así lo señalan diferentes

cuidado es un trabajo que transforma recursos materiales, sociales, simbólicos y afectivos para satisfacer las necesidades del enfermo crónico y, por ende, supone un consumo de tiempo y energía durante largos periodos de tiempo (2003, 2007a: 24-26).

20.1 El trabajo de cuidados a un enfermo crónico

Los cuidados a un enfermo crónico, siguiendo la propuesta de Corbin y Strauss (1985, 1987), se divide en tres dimensiones o líneas de trabajo: el trabajo en la línea del padecimiento, el trabajo en la línea del hogar o la vida diaria y el trabajo biográfico. Cada línea de trabajo engloba un conjunto de acciones de cuidado con determinados fines comunes, y la combinación de las tres líneas de cuidados busca cubrir las diferentes necesidades de la persona enferma¹⁷⁸.

a) El trabajo de cuidado en la línea del padecimiento

La línea de cuidado del padecimiento tiene como objetivo afrontar y resolver las necesidades relativas al propio padecimiento y su atención médica, y está integrado por tareas relacionadas con cuatro áreas: el diagnóstico, la prevención y el manejo de crisis, el manejo y la atención de los síntomas, las prescripciones terapéuticas (Corbin y Strauss, 1985: 226).

En el cuidado de enfermos diabéticos, el trabajo en la línea del padecimiento persigue cuatro fines: a) prevenir y ofrecer solución a la aparición de las molestias y las crisis de la enfermedad, b) supervisar el estado de salud del enfermo, así como el tipo, la eficacia y la calidad de los servicios médicos de atención a la enfermedad, c) manejar los tratamientos terapéuticos en función de las necesidades del enfermo, y d) proporcionar los recursos terapéuticos necesarios para la atención de la enfermedad (Robles Silva, 2007a: 210, 2010: 283).

Para lograr estos fines, las acciones de cuidado se agrupan en cuatro áreas: el establecimiento de un diagnóstico, el manejo de las molestias y las crisis, el manejo de los tratamientos terapéuticos y la atención médica del padecimiento (Robles Silva, 2003: 80-81, 2004: 621, 2007a: 210-213, 2010: 283-287).

estudios sobre padecimientos crónicos (Corbin y Strauss, 1985, 1987; Estroff, 1989; Gergel y Iacoponi, 2017; Robles Silva, 2007a, 2010), y así he podido constatarlo en las mujeres y los hombres usileños que padecen esquizofrenia u otra psicosis.

¹⁷⁸ La propuesta de Corbin y Strauss es seguida y adaptada por Robles Silva (2003, 2004, 2007a, 2010) en su investigación sobre el cuidado de enfermos diabéticos en familias pobres de la ciudad mexicana de Guadalajara. El contenido del trabajo de cuidados a enfermos crónicos expuesto a continuación se basa en las investigaciones de estos autores y, por tanto, las tres líneas de cuidados corresponden al cuidado de enfermos crónicos que padecen enfermedades orgánicas, no al cuidado de personas que padecen enfermedades mentales.

- Las acciones de cuidado correspondientes al área del diagnóstico definen y nombran lo que le sucede al enfermo en términos de empeoramiento, agravamiento, recuperación, control, crisis, estancamiento o agonía, con el fin de identificar las causas y orientar la toma de decisiones sobre lo que se debe de hacer, cuándo, cómo y dónde se debe de hacer y quién lo debe de hacer.
- Los cuidados del área del manejo de las molestias y las crisis buscan aliviar o disminuir las molestias originadas por el padecimiento o los efectos adversos de los medicamentos, así como evitar la aparición de un agravamiento o una crisis de la enfermedad.
- Los cuidados relativos al manejo de los tratamientos terapéuticos incluyen que el enfermo cumpla total o parcialmente con los regímenes prescritos por los médicos, modificar alguna o todas las indicaciones terapéuticas dependiendo de la mejoría o el empeoramiento en el estado de salud o de la eficacia terapéutica, y combinar o no los tratamientos provenientes de varios terapeutas o sistemas médicos.
- El área de atención a la enfermedad engloba acciones de cuidado destinadas a proporcionar al enfermo todas las posibilidades de atención médica que se hallen al alcance de la familia, organizar las opciones de atención de acuerdo a las necesidades del enfermo, garantizar que pueda acceder a éstas y valorar la calidad y la eficacia de la atención médica recibida.

b) El trabajo de cuidado en la línea del hogar o la vida diaria

La línea de cuidado del hogar o la vida diaria está orientado a crear un ambiente doméstico propicio para poder llevar a cabo las acciones de cuidado de las otras líneas y, al mismo tiempo, garantizar la reproducción social de los miembros del grupo doméstico. Esta línea de cuidados, según Corbin y Strauss, comprende las tareas domésticas relacionadas con las áreas de la alimentación y la higiene, la crianza de los niños, la relación marital, el trabajo profesional, la limpieza y el mantenimiento de la vivienda (1985: 226).

Los fines del trabajo en la línea del hogar en el cuidado de enfermos diabéticos son tres: “a) proporcionar los recursos materiales y simbólicos necesarios para asegurar la reproducción social del enfermo, b) crear condiciones propicias para la continuidad de la vida cotidiana del enfermo, y c) integrar el cuidado al funcionamiento del hogar para permitir un orden doméstico del cuidado y del hogar” (Robles Silva, 2007a: 214). Estos fines determinan cuatro áreas de cuidado: el apoyo económico, el trabajo doméstico, los cuidados personales y la organización de un ambiente de cuidado (Robles Silva, 2003: 81-82, 2004: 621, 2007a: 214-216, 2010: 287-291).

- El área de apoyo económico busca cubrir los gastos ocasionados por la enfermedad y su atención, la manutención del enfermo y las modificaciones realizadas en la vivienda.

- Los cuidados relacionados con el trabajo doméstico tienen como objetivo crear un ambiente adecuado para el enfermo en los aspectos de aseo y ordenamiento de la vivienda, los enseres personales del enfermo y su alimentación.
- El área de cuidados personales son acciones destinadas a cubrir las limitaciones físicas causadas por el padecimiento, ayudando total o parcialmente a que el enfermo pueda comer, vestirse, asearse, moverse o desplazarse fuera del hogar.
- La organización de un ambiente de cuidado pretende crear las condiciones más apropiadas en el hogar para facilitar las acciones de las otras dos líneas de cuidado y satisfacer las necesidades del enfermo, organizando los tiempos del hogar y la atención médica, creando un ambiente familiar favorable para el enfermo, organizando el cuidado respecto a lo que hay que hacer y cuándo hay que hacerlo.

c) El trabajo de cuidado en la línea biográfica

La enfermedad crónica provoca un gran impacto a nivel orgánico y/o mental cuya naturaleza discapacitante trastorna la vida personal y social de las personas enfermas. Esta disrupción biográfica, estudiada por diversos autores en relación a enfermedades físicas y mentales (Bury, 1982; Corbin y Strauss, 1987; Charmaz, 1983; Estroff, 1993; Mercado, 1996; Masana, 2015), ha sido también constatada entre las mujeres y los hombres usileños que padecen esquizofrenia u otras psicosis y expuesta en los capítulos correspondientes a la incidencia del padecimiento mental en la vida familiar. La disrupción biográfica causada por la enfermedad crónica requiere una serie de cuidados específicos a fin de que la persona enferma pueda asimilar e integrar en su identidad personal los cambios experimentados tanto en sus capacidades físicas y mentales como en su vida.

En el cuidado de enfermos diabéticos, el trabajo biográfico tiene tres grandes finalidades: a) ayudar al enfermo a reconstruir su identidad integrando su padecimiento crónico, b) ayudar al enfermo a reconstruir su vida personal y social dando continuidad a su vida cotidiana, y c) crear una nueva relación entre el cuidador y el enfermo en la que el cuidado sea su eje central. Estas finalidades son cubiertas a través de cuatro áreas de cuidado: apoyar la reconstrucción de la identidad del enfermo, evitar su aislamiento social, dar continuidad a la vida cotidiana del enfermo y establecer una relación de cuidado con el enfermo (Robles Silva, 2003: 83-84, 2004: 621-622, 2007a: 216-220, 2010: 291-293).

- El apoyo a la reconstrucción de la identidad del enfermo busca facilitar que el enfermo recupere o mantenga la percepción de ser una persona autónoma que puede controlar su vida y su padecimiento, respetando su autonomía, apoyando sus decisiones, dándole ánimo, consuelo o apoyo espiritual.
- Los cuidados orientados a evitar el aislamiento social del enfermo tienen la finalidad de mantener las relaciones sociales del enfermo cuando ya no es capaz de hacerlo por sí mismo, facilitando los contactos con miembros de su red social

y sosteniendo sus actividades sociales acompañándolo, conversando con él, invitándolo a reuniones o a actividades recreativas.

- Ayudar a que la vida del enfermo tenga una continuidad supone sustituirlo total o parcialmente en sus roles familiares y laborales a fin de que pueda seguir cumpliéndolos en mayor o menor medida.
- La creación de una relación con la persona enferma tiene como objetivo incorporar el cuidado a la vida biográfica y social del enfermo y el cuidador, estableciéndose una relación interpersonal entre ambos diferente al resto de sus relaciones sociales. El cuidador se convierte en la persona más cercana al enfermo, siendo su fuente de información, su confidente, compartiendo y solidarizándose con sus experiencias, con los cambios que acontecen en su vida, con sus pensamientos y emociones.

Según Corbin y Strauss, la línea de cuidado biográfica está enfocada a reconstruir la biografía del enfermo, la concepción de sí mismo, su vida individual y social, incorporando el padecimiento crónico como un elemento esencial de su vida cotidiana. El concepto de biografía engloba tres grandes dimensiones: la concepción del yo, el tiempo biográfico y el cuerpo (1987: 252-256).

- La **concepción del yo** es la identidad personal o la integración de las diversas facetas del yo que se realiza a través del cuerpo y en continua interacción con las situaciones y las acciones que se experimentan en la vida.
- El **tiempo biográfico** hace referencia al tiempo pasado, presente y futuro del curso de la vida, pues las experiencias pasadas influyen la forma en cómo se concibe el yo en el presente, mientras que las experiencias del pasado y del presente constituyen la base de la concepción del yo en el futuro. El tiempo biográfico incluye la percepción personal del tiempo y el uso del tiempo social —minutos, horas, días, semanas, meses, años—, puesto que las tareas relacionadas con los diversos aspectos del yo son siempre articuladas en el transcurrir del tiempo biográfico.
- El **cuerpo** es el medio a través del cual la concepción del yo es conformada: a través del cuerpo las personas asimilan y proporcionan información sobre el yo, el mundo, los objetos, etc.; a través del cuerpo tiene lugar la comunicación con los otros, el fundamento del poder compartir símbolos y otorgar significado a aquello que los cinco sentidos perciben y sienten; el cuerpo, como objeto, puede ser observado por los demás y suscitar reflexiones sobre sus partes, su apariencia o sus habilidades en la realización de las acciones; el cuerpo debe ser física y mentalmente capaz de realizar las tareas asociadas a la concepción del yo, y su mayor o menor éxito en el desempeño de dichas tareas es constantemente evaluado, autoevaluación que constituyen la base de los continuos cambios y la continua evolución que la identidad personal experimenta a lo largo de la vida.

El trabajo biográfico tiene como fin examinar, mantener, reparar, modificar y reintegrar las dimensiones de la biografía afectadas por el padecimiento crónico, pudiendo distinguirse cuatro tipos de trabajos biográficos: 1) la contextualización o la incorporación de la trayectoria del padecimiento a la biografía, 2) la aceptación o la consecución de un cierto grado de comprensión y aceptación de las consecuencias biográficas ocasionadas por reales o potenciales desempeños fallidos, 3) la reconstitución de la identidad o reintegración de la identidad en un nuevo concepto de totalidad teniendo en cuenta las limitaciones en el desempeño de las acciones, y 4) la remodelación biográfica u otorgar un nuevo horizonte a la biografía (Corbin y Strauss, 1987: 264-265).

El trabajo de contextualización

El trabajo de contextualización es un proceso dinámico asociado a los cambios que se producen en la trayectoria del padecimiento o en el contexto biográfico y condicionado por la evaluación que el enfermo hace de la trayectoria del padecimiento: si la trayectoria es agradable o desagradable, elegida por uno mismo o forzada, destructiva o suscitadora de crecimiento, si demanda mucha o poca cantidad de trabajo y tiempo, si causa mucho o poco sufrimiento. El grado de integración de la trayectoria del padecimiento en la biografía varía en función de las personas enfermas, oscilando entre la no integración hasta la trascendencia de las limitaciones y la plena integración (Corbin y Strauss, 1987: 265-267).

La contextualización de la trayectoria del padecimiento en la biografía se realiza a través de procesos ideacionales biográficos, revisiones hacia atrás y hacia adelante que reflexionan sobre las acciones y suponen el uso de ensoñaciones e imágenes para recuperar el pasado, examinar el presente y proyectar el futuro. Las revisiones pueden tener un carácter biográfico: autoevaluaciones y evaluaciones de los éxitos y los fracasos en la vida, valoraciones de los puntos fuertes y los puntos débiles a fin de planificar los recursos necesarios para afrontar las dificultades que van a ir surgiendo, recuerdos momentáneos de sucesos pasados, repeticiones de acontecimientos biográficos importantes, previsiones de situaciones futuras. Otras revisiones guardan relación con la trayectoria del padecimiento: las revisiones de síntomas, repasando la aparición de los síntomas y otorgándoles significado usando los conocimientos del presente, las revisiones de tratamientos en las que se valoran sus riesgos y sus beneficios, las revisiones de recuperación en las que se evalúa los progresos realizados y cuánto queda por recorrer, las revisiones de trayectoria estable en las que el enfermo se pregunta cuánto tiempo durará la estabilidad, las revisiones de trayectoria descendente en las que la pregunta es cuánto tiempo queda para llegar al final (Corbin y Strauss, 1987: 268-269).

El trabajo de aceptación

El trabajo de aceptación supone un proceso de comprensión y aceptación del carácter irreversible del padecimiento crónico, de las limitaciones que provoca en el desempeño de las acciones, de la muerte, de las consecuencias biográficas que conlleva, como puede ser la ruptura matrimonial, la pérdida del trabajo o la dependencia de otros. Al igual que en la

contextualización, este proceso puede variar a lo largo de un continuo que va desde la no aceptación hasta la total aceptación, respuestas que, a su vez, pueden ir cambiando en función de la trayectoria del padecimiento, el grado de discapacidad y las circunstancias biográficas de la persona enferma (Corbin y Strauss, 1987: 270).

En el proceso de aceptación, tras una confrontación con desempeños potenciales o fallidos, tiene lugar una o más revisiones que llevan a la negación, el enojo o, en algunos casos, a la negociación cuando el enfermo trata de aferrarse a los aspectos más destacados y significativos de sí mismo. Paulatinamente, a través de nuevas confrontaciones y revisiones, el enfermo toma conciencia de que esos aspectos de su identidad ya no están presentes y no regresarán, comenzando entonces su renuncia a facetas de su vida que se daban en el pasado y ya no son posibles en el presente. Este paso abre la mirada hacia el futuro y supone el inicio de la aceptación del padecimiento y sus afectaciones, aceptación muchas veces acompañada de la esperanza de un futuro mejor (Corbin y Strauss, 1987: 270-271).

El trabajo de reconstitución de la identidad

El trabajo de reconstitución de la identidad tiene como objetivo que la concepción del yo del enfermo consiga recuperar el estatus de totalidad perdido como consecuencia de las discapacidades corporales causadas por el padecimiento crónico, aunque, como en los otros procesos biográficos, el grado de reconstrucción identitaria puede variar desde una relativa desintegración hasta una completa reintegración. El proceso de reintegración, al igual que los procesos de contextualización y aceptación, se lleva a cabo por medio de las revisiones biográficas suscitadas tras confrontar los desempeños en las actuaciones, y consta de tres pasos fundamentales: la definición y la redefinición de la identidad, el reenfoque de la dirección y la integración identitaria, si bien se debe tener en cuenta que dichos pasos se superponen y, a menudo, los progresos son seguidos de retrocesos (Corbin y Strauss, 1987: 272).

La definición y la redefinición de la identidad se produce por medio de dos vías: una vía es volver a familiarizarse con el cuerpo testando sus limitaciones y, a veces, intentando realizar ciertas acciones, y la otra vía es la reorientación de los valores que establecen lo que es más importante en la vida de la persona enferma. El reenfoque de la dirección busca mantener una continuidad en las actuaciones del enfermo, aunque se hayan vuelto dificultosas debido a las discapacidades corporales, a fin de desarrollar y sostener los aspectos valorados de la concepción del yo. Las vías que permiten reenfocar la dirección son diversas: otorgar una nueva prominencia a las actividades del pasado que aún pueden desempeñarse, trasladar la prominencia de la acción del cuerpo a la mente o de la mente al cuerpo dependiendo del tipo de afectaciones causadas por la enfermedad, sustituir actividades antiguas por otras nuevas, usar aparatos que ayuden en la realización de las actividades. De esta manera, a través del reconocimiento propio y el reconocimiento de los demás cuando sus actuaciones son desempeñadas exitosamente, la persona enferma logra

nuevamente reconstituir su identidad con un sentido de totalidad (Corbin y Strauss, 1987: 273-276).

El trabajo de remodelación biográfica

Mientras se realizan los trabajos relacionados con la contextualización, la aceptación y la reconstrucción de la identidad, surge un proceso de remodelación biográfica que lleva al enfermo a elaborar un plan que va a orientar su biografía en el futuro. Dos procesos son necesarios en la elaboración de un plan biográfico: la cristalización y el tener cierto grado de control sobre la trayectoria del padecimiento (Corbin y Strauss, 1987: 276-277).

La cristalización es un proceso de toma de conciencia y comprensión del significado que la discapacidad corporal supone para la biografía de la persona enferma, basándose en las percepciones que ésta tiene de sus desempeños actuales y potenciales. En un primer momento, el enfermo toma conciencia de las actuaciones que ya no puede realizar en el presente o no va a poder realizar en el futuro y, una vez que las limitaciones son comprendidas, proyecta su biografía teniendo presentes esas limitaciones. Este proceso de cristalización puede desencadenarse una y otra vez cuando una imagen del yo se rompe tras haberse producido una confrontación con un desempeño fallido, real o potencial, confrontación que viene acompañada de la recapitulación y el pronóstico acerca de la trayectoria del padecimiento y la biografía (Corbin y Strauss, 1987: 277).

El otro proceso clave para remodelar la biografía es tener cierto control sobre la trayectoria del padecimiento, lo que requiere tanto una proyección clara de la trayectoria del padecimiento como un plan para manejar la trayectoria del padecimiento. El control sobre la biografía crea el fundamento para facilitar el control sobre la trayectoria del padecimiento, de manera que el manejo del padecimiento crónico se vuelve óptimo cuando se hallan en equilibrio uno en relación al otro. Mantener este equilibrio ante las contingencias que pueden surgir en la biografía y la trayectoria del padecimiento demanda que el plan biográfico y el plan para manejar la trayectoria del padecimiento sean sólidos, una solidez que proviene de los diferentes trabajos relacionados con la biografía y la trayectoria del padecimiento (Corbin y Strauss, 1987: 278).

20.2 La organización social del cuidado: los espacios, los tiempos y los roles

La división del trabajo de cuidados a enfermos crónicos en tres tipos de trabajo es de índole analítica, pues, en la vida cotidiana, las diferentes tareas de cuidado pertenecientes a cada línea de trabajo no se realizan de manera separada, sino que se hallan interrelacionadas y pueden secuenciarse acciones de cuidado pertenecientes a distintas líneas de trabajo. Asimismo, debido a los cambios que acontecen en la trayectoria del padecimiento, en las circunstancias de la vida cotidiana y en la biografía del enfermo, las tareas de cuidado pueden variar en cantidad y en tipos de acciones, en grados de dificultad

y consistencia, en tiempo invertido, o la variación puede darse en los momentos del día en que se realizan (Corbin y Strauss, 1985: 226-232; Robles Silva, 2007a: 27).

a) Los espacios del cuidado

Al ser el grupo doméstico la unidad social que asume el cuidado de los enfermos, el hogar se erige en el espacio principal donde se llevan a cabo la mayoría de las acciones de cuidado, pues es en el hogar donde la persona enferma pasa la mayor parte de su vida cotidiana, un tiempo mucho mayor que el que pasa como paciente en los espacios institucionales de atención médica. El hogar puede ser reorganizado a fin de crear las condiciones más propicias para atender las necesidades del enfermo y facilitar las acciones de cuidado, creando incluso espacios exclusivos para el cuidado (Robles Silva, 2007a: 33-34).

En el hogar, los cuidadores son quienes deciden cómo organizar el despliegue de las acciones de cuidado, siempre en conjunción con las obligaciones asociadas a los otros roles que desempeñan en la vida familiar. Esta capacidad de tomar decisiones en el ámbito doméstico contrasta con las limitaciones impuestas por la normatividad de instituciones sanitarias como los centros de salud o los hospitales, una normatividad, sobre todo en forma de citaciones y prescripciones terapéuticas, que condiciona e influye la organización de los cuidados en el hogar (Robles Silva, 2007a: 34).

b) Los tiempos del cuidado

La organización del cuidado en la vida cotidiana requiere que las tareas de cuidado sean distribuidas adecuadamente en el tiempo para garantizar que todas las acciones de cuidado puedan ser llevadas a cabo en un tiempo que siempre es finito, teniendo presente, además, que el cuidador no suspende sus roles sociales previos, sino que incorpora el rol de cuidador a los que venía desempeñando con anterioridad a la aparición de la enfermedad crónica. Así, la distribución de las acciones de cuidado en el tiempo atiende a dos ritmos fundamentales: el ritmo cotidiano, definido por los tiempos sociales, y el ritmo biográfico, definido por los roles sociales que una persona desempeña en determinados periodos de su vida (Robles Silva, 2003: 84, 2007a: 226-227).

Las acciones de cuidado son efectuadas siguiendo ritmos cotidianos, es decir, siguiendo una periodicidad diaria, semanal, mensual o anual, de manera que aparecen cuatro intervalos de tiempo: el ritmo de todos los días, los periodos largos con tiempo fijo, los periodos largos sin tiempo fijo y la atención plena sin ritmo periódico (Robles Silva, 2003: 85-86, 2007a: 227-229).

- En el ritmo de todos los días se efectúan las acciones relacionadas con el trabajo doméstico —asear al enfermo, limpiar su cuarto, moverlo dentro del hogar— u otras acciones que se realizan varias veces al día siguiendo un determinado horario, como administrar los medicamentos y dar de comer o cenar, o según

las necesidades del enfermo, como el manejo de las molestias o cambiarle el pañal.

- En los periodos largos con tiempo fijo se llevan a cabo las acciones de cuidado que tienen un ritmo semanal, mensual o bimensual: dar dinero para cubrir los gastos de atención médica, acompañar o llevar al enfermo a sus citas médicas, la ayuda espiritual siguiendo la periodicidad semanal de los cultos religiosos, las llamadas telefónicas de familiares.
- En los periodos largos sin tiempo fijo se realizan las acciones de cuidado que responden a situaciones que surgen en momentos impredecibles, como llevar al enfermo para que sea atendido en urgencias, y la mayoría de las tareas asociadas al trabajo biográfico, sobre todo, las relativas a la reconstrucción de la identidad del enfermo.
- Hay acciones de cuidado que no siguen una determinada periodicidad y requieren una atención plena como las relativas al área de diagnóstico, pues el cuidador debe de estar continuamente supervisando y definiendo el estado de salud del enfermo para poder decidir las acciones de cuidado necesarias en cualquiera de las tres líneas.

La aparición de la enfermedad crónica en un miembro del grupo doméstico obliga a reorganizar los tiempos de las actividades realizadas cotidianamente a fin de crear un tiempo destinado a cuidar al enfermo. Las obligaciones asociadas al rol de cuidador, por tanto, deben de ser compaginadas con las obligaciones vinculadas a los roles sociales desempeñados previamente en un orden temporal de simultaneidad o sucesión. Aparecen tiempos exclusivos para el cuidado que obligan a suspender el resto de actividades, como acompañar o llevar al enfermo a una cita médica, y tiempos compartidos con otras actividades cotidianas, como preparar la comida para la familia y la dieta para el enfermo (Robles Silva, 2003: 89, 2007a: 234-235).

La integración del cuidado en la vida cotidiana exige una jerarquización de las tareas correspondientes a los distintos trabajos realizados por el cuidador, y así el cuidado ocupa el primer o el segundo lugar de prioridad dependiendo de si el cuidador trabaja o no en el mercado laboral. Cuando el cuidador trabaja en el mercado laboral, bien la organización del cuidado queda subordinada a las exigencias del trabajo remunerado, bien el trabajo de cuidado y el trabajo remunerado ocupan la posición prioritaria en la jerarquía de las actividades cotidianas. En cambio, cuando el cuidador se dedica al trabajo doméstico, el cuidado pasa a ocupar la posición más elevada en la jerarquía, de manera que las demás actividades quedan subordinadas a los requisitos del cuidado del enfermo (Robles Silva, 2003: 90-93, 2007a: 235-238).

c) Los constreñimientos del cuidado

Aunque los cuidadores gozan de capacidad de decisión en el espacio doméstico, el cuidado de las personas enfermas está sujeto a factores que condicionan y constriñen las

acciones. Los constreñimientos del cuidado son de tres tipos: el cuerpo y su localización espacial, temporal y biográfica, las relaciones de poder y la posición social (Robles Silva, 2007a: 39-40).

El cuidador efectúa las acciones de cuidado a través de su cuerpo, cuya indivisibilidad hace que el cuidador deba involucrarse completamente en un determinado espacio, en determinados momentos del tiempo social y en determinadas etapas de la historia de su vida. El segundo tipo de constreñimiento proviene de la regulación sociocultural del cuidado de enfermos según valores y normas sociales que establecen lo que se debe de hacer y cómo se debe de hacer, de modo que el desempeño del cuidador está sujeto a la vigilancia y las sanciones del enfermo y sus familiares. Por último, el trabajo de cuidado a los enfermos se realiza en el marco de una sociedad estratificada en la que los recursos y las posibilidades de organización del cuidado están condicionados por las posiciones sociales de los individuos —entre ellas, las posiciones de cuidador y enfermo dependiente, que surgen como consecuencia de la aparición de la enfermedad crónica, y las posiciones sociales relativas al género, la edad, el grado de parentesco o el nivel socioeconómico, que son previas a la enfermedad crónica y el cuidado— (Robles Silva, 2007a: 40-41).

d) El rol social del enfermo crónico: la dependencia y la discapacidad

El enfermo crónico se vuelve una persona dependiente que necesita de la ayuda de otros para satisfacer sus necesidades biológicas, sociales y subjetivas, pero no se trata de una dependencia temporal propia de las enfermedades agudas, sino de una dependencia permanente que se prolonga hasta el final de sus días. Las enfermedades crónicas comparten los rasgos comunes de ser para toda la vida y también de ser discapacitantes, provocando discapacidades orgánicas y/o mentales irreversibles y crecientes a lo largo del tiempo. El carácter permanente y discapacitante de las enfermedades crónicas supone que las personas enfermas, además de volverse dependientes, no puedan cumplir sus roles sociales eficientemente ni puedan ser recíprocos respecto a los cuidados recibidos. Los enfermos crónicos, entonces, se convierten en personas demandantes de cuidados para poder sobrevivir biológica y socialmente y en personas que no pueden ser recíprocas ni cumplir adecuadamente sus roles sociales como si fueran miembros sanos de sus grupos domésticos, lo que los lleva a ocupar una posición social devaluada (Robles Silva, 2004: 620, 2007a: 41-47).

e) El rol social del cuidador: la responsabilidad y el trabajo de cuidar

La aparición de la enfermedad crónica genera que uno o más miembros del grupo doméstico asuman el rol de ser cuidador y adquieran la responsabilidad y la obligación de brindar los cuidados necesarios para cubrir las necesidades de la persona enferma, lo que suscita que se establezca una relación de cercanía entre el cuidador y el enfermo. Como en todo rol social, los cuidadores deben de ajustarse a una serie de expectativas y normas sociales que regulan su actuación, pero también aprender a conocer e interpretar las

distintas necesidades del enfermo a fin de decidir cuáles son las acciones de cuidado más adecuadas en función de la trayectoria del padecimiento y las circunstancias personales y familiares (Robles Silva, 2007a: 47-48).

El cuidador, concebido como un trabajador que se dedica a cuidar a una persona dependiente, presenta cuatro rasgos esenciales (Robles Silva, 2007a: 48):

1. Tiene la responsabilidad del trabajo de cuidado.
2. Dedicar tiempo y energía a dicho trabajo.
3. Decide las acciones de cuidado que el enfermo necesita y, por tanto, tiene la autoridad sobre el cuidado.
4. Realiza el trabajo de cuidado.

Tipos de cuidadores: cuidador primario, cuidador secundario y fuente de apoyo

En función de la presencia o ausencia de estos rasgos esenciales, se distinguen dos tipos de cuidadores: el cuidador primario y el cuidador secundario. El cuidador primario es quien asume la responsabilidad principal del cuidado al enfermo, encargándose de la organización del cuidado, realizando la mayor parte de las tareas de cuidado en las tres líneas de trabajo —el trabajo del padecimiento, el trabajo del hogar y el trabajo biográfico—, asumiendo exclusivamente determinadas acciones de cuidado —por ejemplo, conocer los regímenes terapéuticos, evaluar la atención médica o las acciones de cuidado vinculadas al trabajo biográfico—, y dedicándose a tiempo completo al cuidado del enfermo día tras día. Su implicación permite al cuidador primario convertirse en un gran conocedor del padecimiento y las necesidades del enfermo, de las acciones de cuidado necesarias en cada momento y fase de la trayectoria del padecimiento, y erigirse en la figura de autoridad que toma las decisiones más importantes acerca del cuidado (Robles Silva, 2007a: 48-49, 254-258).

El rol del cuidador secundario es complementar el trabajo del cuidador primario. La participación del cuidador secundario está enfocada a cooperar en el trabajo de cuidado a fin de brindar todas las acciones de cuidado necesarias para garantizar el bienestar del enfermo, especialmente las acciones de cuidado centrales. Las tareas realizadas por los cuidadores secundarios suelen estar condicionadas por los roles de género, es decir, las mujeres cuidadoras secundarias cubren acciones consideradas femeninas, como las del cuidado personal —baño, cambio de pañal, vestir al enfermo—, mientras que los hombres efectúan tareas consideradas masculinas, como transportar a los enfermos fuera del hogar, garantizar su movilidad en los espacios de atención médica o realizar gestiones administrativas ante las instituciones sanitarias (Robles Silva, 2007a: 48-49, 258-260).

Además de los cuidadores primario y secundario, aparece una tercera figura, la fuente de apoyo, cuya labor es ayudar al cuidador primario efectuando acciones de cuidado periféricas en las líneas de cuidado del hogar y biográfico, como apoyar económicamente en los gastos o visitar y dar ánimo al enfermo. Su intervención en el cuidado se produce en

situaciones extraordinarias, durante una crisis o una hospitalización, o en forma recurrente, pero durante breves lapsos de tiempo, por ejemplo, visitando al enfermo semanal o quincenalmente. Otras diferencias respecto a los roles del cuidador primario y secundario son que el rol de la fuente de apoyo puede ser desempeñado por familiares consanguíneos y afines no pertenecientes al grupo doméstico, y que no siempre son las mismas personas quienes asumen dicho rol, pudiendo intervenir diferentes familiares de una a otra vez (Robles Silva, 2007a: 48-49, 260-261).

Los condicionantes del género, la generación, el parentesco y el nivel socioeconómico

El cuidado de personas enfermas, al igual que otros trabajos domésticos, es un trabajo femenino en el que, generalmente, son las mujeres quienes asumen la responsabilidad principal del cuidado, mientras que los hombres desempeñan un rol secundario o marginal. La construcción sociocultural del cuidado como un trabajo femenino suscita que las participaciones y las experiencias de las mujeres y los hombres en el cuidado de enfermos sean diferentes: las mujeres, además de ser designadas como cuidadoras con mayor frecuencia y asumir una mayor cantidad de trabajo que los hombres, ejercen su rol de cuidadoras con un grado de sometimiento mayor a las normas sociales de cuidado (Robles Silva, 2001, 2007a: 49-50, 166-207, 2007c).

La designación de los cuidadores en el seno de los grupos domésticos está también condicionada por la etapa de la vida en que se hallan las personas: aunque también pueden ser objeto de cuidado en determinados momentos, normalmente, los miembros adultos son quienes asumen la responsabilidad de cuidar a los enfermos, los niños y los ancianos. Así, el cuidado a un enfermo crónico puede sumarse, y entrar en competencia por los recursos de tiempo y energía, al cuidado de los niños y los ancianos. El cuidado de enfermos, además, está sujeto a las relaciones de parentesco, a las normas sociales que rigen las relaciones y la ayuda mutua entre familiares, entre padres e hijos, entre hermanos, entre parientes ascendentes y descendentes (Robles Silva, 2007a: 51-52).

El nivel socioeconómico de los grupos domésticos determina el acceso a los bienes y los servicios que el mercado ofrece para cuidar y atender médicamente a los enfermos, pero una situación de pobreza no sólo constriñe las acciones de cuidado que pueden brindarse a los enfermos, sino que también moldea las estrategias familiares para hacer frente a la escasez de recursos y, por consiguiente, el tipo de evolución o trayectoria del padecimiento, así como la visión y los conocimientos que los cuidadores adquieren sobre el padecimiento crónico y el cuidado de sus familiares enfermos (Robles Silva, 2007a: 52-53, 2007b).

Capítulo 29

La selección y la exclusión de los cuidadores en el ámbito familiar

La norma social entre los chinantecos de San Felipe Usila, comentada anteriormente, establece que el cuidado de enfermos y ancianos debe de llevarse a cabo en el seno de la relación matrimonial y las relaciones paternofiliales. Así, en situaciones de enfermedad, los esposos deben de cuidarse el uno al otro durante toda la vida, los padres deben de cuidar de los hijos hasta que contraigan matrimonio y los hijos deben de cuidar de sus padres ancianos hasta su fallecimiento¹⁷⁹.

Las relaciones de cuidado entre padres e hijos, sin embargo, están determinadas por el reparto de la herencia a medida que los hijos contraen matrimonio y forman una familia. Atendiendo al principio de patrilinealidad, los bienes se transmiten de padres a hijos varones, si bien dicho principio patrilineal coexiste con otro principio de bilateralidad que permite heredar a las mujeres, normalmente, en proporciones menores que sus hermanos. El varón ultimogénito es quien permanece viviendo con sus padres junto a su familia de procreación y, junto a su esposa, asume la manutención y el cuidado de sus progenitores hasta su muerte a cambio de heredar la casa y el solar paternos —si bien puede haber casos en que sea otro hijo varón o una hija quien se quede a vivir con sus padres—. El reparto de los terrenos de solar, las tierras de cultivo y los negocios familiares privilegia a los hijos varones y se realiza equitativamente siempre y cuando sus participaciones en el trabajo en el campo, en el negocio o sus aportaciones económicas sean equiparables, de manera que quienes hayan aportado una mayor cantidad de trabajo tienen derecho a una mayor extensión de tierra o una mayor parte en el negocio o los negocios familiares. Igualmente, quienes más dinero han aportado en la atención médica de los padres o en la

¹⁷⁹ Esta norma social de cuidado se acerca a lo que se conoce como “modelo jerárquico-compensatorio” reportado en contextos occidentales de cuidado (Messeri, Silverstein y Litwak, 1993) y en el contexto urbano de la ciudad mexicana de Guadalajara (Robles Silva, 2007a: 168-171, 2007c: 362-363): la persona enferma siempre prefiere el cuidado de su cónyuge, si no está presente o está incapacitada, la persona enferma prefiere a los hijos u otros parientes y, finalmente, a amigos, vecinos y servicios públicos o privados de cuidado. En Usila, la opción de amigos y vecinos no se contempla, pues el cuidado de enfermos es siempre una obligación de los familiares, tampoco el recurso a servicios formales de cuidado dado que no existen.

construcción o la reforma de la vivienda paterna tienen derecho a una mayor proporción de bienes, lo que permite a las hijas emigrantes poder situarse en una posición de igualdad o privilegio respecto a sus hermanos varones a la hora de ser compensadas con una mayor parte de la herencia.

La participación de otros familiares en el cuidado de enfermos —más comúnmente, hermanos/as, aunque también nietos/as, tíos/as, primos/as, sobrinos/as— se produce cuando hay hermanos y hermanas que residen en la casa o en el solar de los padres, cuando la gravedad de la enfermedad requiere atención médica en la ciudad o trastorna abruptamente la vida familiar, haciéndose entonces necesaria la cooperación de otros parientes no pertenecientes al grupo doméstico.

1. La selección de los cuidadores

En Usila, la norma social de cuidado regula el cuidado de enfermos mentales que padecen esquizofrenia u otra psicosis, pero lo hace en combinación con otros factores que también intervienen en la selección de los cuidadores y tipos de cuidadores. Los factores de selección, no obstante, se hallan vinculados a los factores que determinan la exclusión de cuidadores, especialmente, la ruptura definitiva del matrimonio, la enfermedad, la ancianidad y la muerte del cuidador. Los principales factores que condicionan la selección de los cuidadores y las fuentes de apoyo son los siguientes:

- En primer lugar, la norma social de cuidado que establece la obligación de cuidar a los enfermos en las relaciones familiares entre esposos y entre padres e hijos.
- El género constituye un factor importante en la selección de cuidadores, observándose una tendencia sociocultural a que las mujeres —esposas, madres, hermanas, hijas— sean designadas como cuidadoras primarias y secundarias en mayor número que los hombres —esposos, padres, hermanos, hijos—. Además, el género también está muy presente en la designación del encargado de buscar atención médica, acompañar al enfermo a sus citas médicas y realizar las gestiones ante las instancias sanitarias, pues, normalmente, serán hombres quienes asuman este rol a no ser que no haya hombres u hombres capacitados para asumir estas tareas de cuidado en la familia.
- El estado civil del enfermo y el cuidador: entre los enfermos casados, el cónyuge es quien asume el rol de ser su cuidador primario salvo cuando se produce la ruptura matrimonial o la separación temporal, hecho que lleva a la madre o una hermana soltera a asumir el cuidado primario del enfermo.
- La convivencia con la persona enferma en la misma vivienda o en el mismo solar determina la designación de los cuidadores primario y secundario.

- La madurez y la solvencia económica vinculada al trabajo en el mercado laboral suponen que los hijos se conviertan en los cuidadores primarios de su padre o madre enfermos cuando el cónyuge no está presente por separación matrimonial o fallecimiento.
- Cuando el cuidador primario es una mujer o un hombre que no habla ni entiende bien el español, el buen dominio del español es un factor esencial en la designación del cuidador o la fuente de apoyo que va a responsabilizarse de buscar la atención la atención médica y mediar ante los médicos y el resto del personal sanitario y administrativo.
- El desempeño de trabajos remunerados también constituye un factor de selección a la hora de solicitar la cooperación económica de los familiares y convertirse éstos en fuentes de apoyo.
- Las demandas judiciales ante el Ministerio Público o la Sindicatura municipal interpuestas por los familiares de los enfermos llevan, en algunos casos, a que el esposo o los hijos asuman el cuidado de la esposa o la madre enferma.

Distribución de los cuidadores y las fuentes de apoyo según sexo y parentesco

Familiares	Cuidadores primarios	Cuidadores secundarios	Fuentes de apoyo	Total
Esposa	2	0	0	2
Madre	6	4	0	10
Hija	3	4	2	9
Hermana	5	4	6	15
Sobrina	0	1	0	1
Nuera	0	1	0	1
Esposo	5	0	2	7
Padre	1	2	5	8
Hijo	3	2	14	19
Hermano	0	2	6	8
Sobrino	0	0	1	1
Tío	0	0	1	1
Primo	0	0	2	2
Yerno	0	0	1	1
Mujeres	16	14	8	38
Hombres	9	6	32	47

Teniendo en cuenta las trayectorias de cuidado de los enfermos y, por ende, los cambios de cuidadores acontecidos en el tiempo, la diferencia en el número de hombres y mujeres entre los cuidadores primarios es relevante, siendo el número de mujeres —16— superior al número de hombres —9—. Las diferencias son igualmente significativas entre los cuidadores secundarios, predominando las mujeres —14 mujeres y 6 hombres—, y entre las fuentes de apoyo, que mayoritariamente son hombres —8 mujeres y 32 hombres—¹⁸⁰. Los roles de cuidador primario y secundario son más femeninos que masculinos, habiendo un número de mujeres que aproximadamente duplica el número de hombres, al contrario de lo que sucede en las fuentes de apoyo, que resulta ser un rol fundamentalmente masculino.

1.1 La selección de los cuidadores primarios

En el cuidado de las personas que padecen esquizofrenia u otra psicosis en San Felipe Usila, el cuidador primario asume la responsabilidad principal en el cuidado de su familiar enfermo, encargándose de organizar el cuidado y tomar las decisiones, de estar pendiente del enfermo y sus necesidades día tras día y de llevar a cabo la mayor parte de las acciones en las tres líneas de cuidados —el trabajo del padecimiento, el trabajo del hogar y el trabajo biográfico—.

La mayor parte de los cuidadores primarios son mujeres, en total 16, habiendo 6 madres, 5 hermanas, 3 hijas y 2 esposas. Entre los 9 cuidadores primarios que son hombres, hay 5 esposos y 3 hijos, además de 1 padre. Teniendo en cuenta la norma social de cuidado y que, de las 11 personas enfermas, había 5 mujeres casadas y 2 hombres casados, es lógico que el número de esposos —5— sea mayor que el número de esposas —2—. La diferencia fundamental entre mujeres y hombres cuidadores primarios estriba en la mayor implicación de las madres y las hermanas, estas últimas casi todas mujeres solteras que viven con su familia natal: 6 madres y 5 hermanas por 1 padre y ningún hermano. En la mayoría de los casos, tanto en las mujeres como en los hombres, ser cuidador primario supone desempeñar un rol durante largos periodos de tiempo que oscilan entre los doce y los más de treinta años. Además de los cónyuges que decidieron separarse de sus respectivas parejas, otra excepción fue la esposa de Marcos, doña Rocío, quien cuidó de su esposo durante menos de un año, el tiempo que Marcos necesitó para superar su trastorno psicótico y sanarse mentalmente.

¹⁸⁰ Varios de los cuidadores son contabilizados más de una vez porque, como la madre y el hermano de Esperanza y Lorena, son familiares cuidadores de las dos hermanas enfermas, y porque otros cuidadores van cambiando su rol, pudiendo ser cuidadores primarios, secundarios o fuentes de apoyo a lo largo del tiempo, generalmente, en función de las circunstancias biográficas y económicas —don Rafael, don Eusebio y Elena, el hermano, el esposo y la hija de Esperanza; don Alfonso, es esposo de Natalia; doña Cristina y don Francisco, la madre y el padre de Esther; Gonzalo, el hijo de Miguel; doña Rosario y Rubén, la hermana y el hijo de Teresa; doña Marisa, don Artemio, Esaú, Roberto y Eva, la madre, el padre y los hijos de Sofía—.

En el momento que apareció la enfermedad, la mayoría de las personas enfermas estaban casadas: 6 mujeres —Esperanza, Natalia, Esther, Lucía, Sofía y Adela— y 2 hombres —Miguel y Marcos—, mientras que 2 mujeres —Lorena y Teresa— y 1 hombre —Carlos— eran solteros. Siguiendo la norma social de cuidado, los cónyuges se convirtieron en los cuidadores primarios de los enfermos casados salvo en el caso de Lucía, quien, tras enfermar, salió del hogar conyugal al cuarto día de haberse contraído matrimonio, consumándose inmediatamente la ruptura matrimonial. Una hermana soltera, que vive en la casa paterna, tiene buen dominio del español y realiza trabajos remunerados, se encargó de buscar atención médica y se convirtió en su cuidadora primaria ante la precaria salud de la madre, rol que desempeña desde la aparición de la enfermedad en 2009.

La ruptura matrimonial tardó 3 y 4 años en producirse en los casos de Esther y Miguel, momento en que sus cónyuges dejaron de asumir su cuidado y sus respectivas madres se convirtieron en sus cuidadoras primarias. Doña Cristina fue la cuidadora primaria de Esther durante más de veinte años, hasta que, tres años antes de fallecer, se rompió la cadera en una caída y dejó de poder erguirse y caminar. A partir del año 2007, el rol de cuidador primario fue desempeñado por don Francisco, su padre, que cuidó de su hija por más de catorce años, hasta que Esther muriera en noviembre de 2021. La madre de Miguel, doña Leonora, también se convirtió en la cuidadora primaria de su hijo a partir de la ruptura de su matrimonio y ejerció este rol durante casi veinte años, hasta principios de 2013.

En el caso de Esperanza, la separación matrimonial fue temporal. Al poco tiempo de aparecer la enfermedad, Esperanza fue a vivir a la casa de sus padres debido al trastorno que su conducta generaba en la vida familiar y la crianza de los niños pequeños. Su cuidado quedó a cargo de su madre apoyada por uno de los hermanos, don Rafael, quien asumió la búsqueda de atención médica. Al cabo de un año, tras ser demandado judicialmente, su esposo, don Eusebio, asumió el cuidado de Esperanza, convirtiéndose en su cuidador primario durante veinticuatro años, hasta su fallecimiento en mayo de 2020, fecha en la que este rol fue asumido por su hija Elena.

La madre, por tanto, se convierte en la cuidadora primaria de su hijo enfermo tras producirse la ruptura matrimonial o durante la separación matrimonial temporal, salvo que su estado de salud se lo impida, como en el caso de Lucía, rol que es entonces asumido por una hermana de la persona enferma. Lo mismo sucederá en los casos de los enfermos solteros: cuando la madre goza de buena salud, asumirá el rol de cuidadora primaria —Lorena y Carlos—. Doña Julia se ha responsabilizado de cuidar de su hijo desde que comenzara su enfermedad en 2002, mientras que Lorena fue cuidada por su madre, doña Concepción, desde 2003 hasta que emigró a la ciudad en 2008.

En el caso de Teresa, la debilidad física de su madre le impidió ser su cuidadora primaria, rol que ha sido desempeñado en periodos alternativos por dos de sus hermanas, doña Fidelina y doña Rosario. Doña Fidelina ha asumido la mayor parte del tiempo su cuidadora primaria desde que apareciera la enfermedad mental en 1984, pues se trata de una mujer soltera que vive en la casa materna junto a su madre, su hermana Teresa, su hermana casada y su cuñado. Doña Rosario, la única de la familia que domina bien el español y trabaja en el mercado laboral, se ha encargado de la manutención de su madre

y sus hermanas, pero, en ciertos periodos, ha sido también la principal cuidadora de Teresa: durante el embarazo de Teresa y los tres primeros años de vida de su sobrino y, posteriormente, entre diciembre de 2010 y mayo de 2012 debido a la enfermedad que padeció doña Fidelina.

Vemos entonces que las circunstancias biográficas y laborales, así como la discapacidad, la enfermedad y la muerte, condicionan la selección de los cuidadores o llevan a que haya cambios en los cuidadores primarios. Al cabo de unos años, Lorena emigró a una ciudad del estado de Veracruz donde reside Angelina, una de sus hermanas. Allí vive y trabaja lavando ropa para varias familias, siendo supervisada por Angelina, que se asegura de que vaya tomando su medicación y la acompaña a Usila las veces que se descontrola mentalmente. Al residir fuera de Usila y no haber ningún otro familiar, fue su hermana quien se hizo cargo de Lorena.

Las circunstancias laborales y vivir fuera de la comunidad también han condicionado la designación del cuidador primario en los casos de Natalia, Miguel y Sofía, junto a otros factores como la enfermedad, la ancianidad y el fallecimiento del cuidador primario. En el primer descontrol mental, el esposo de Natalia, don Alfonso, se encontraba trabajando fuera de Usila y tuvo que ser Luisa, la hija primogénita —hija de una pareja anterior—, quien se responsabilizara de su cuidado, pues la edad avanzada de la madre de Natalia no le permitió afrontar las conductas conflictivas y agresivas de su hija —aunque era su abuela, la crió desde niña y Natalia la consideraba su madre; de hecho, heredó una parte de su solar como si fuera una hija más—. A partir del segundo descontrol mental, don Alfonso asumió la responsabilidad de ser el cuidador primario de su esposa, rol que desempeñaría durante doce años, hasta unos meses antes de su muerte en mayo de 2014. A partir de 2014, fue Luisa quien se convirtió en la cuidadora primaria de Natalia al erigirse en la jefa de la familia hasta 2017. Durante un año, su hija menor, Rosa, se ocupó de cuidar de su madre, supervisando que tomara sus medicamentos y su conducta no creara conflictos con los vecinos, hasta que, en 2018, debido a la emigración de todos sus hijos a la ciudad, Luisa retomó nuevamente la responsabilidad de cuidar de Natalia y acompañarla a sus citas médicas en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca.

Tras su ruptura matrimonial, la madre de Miguel fue su cuidadora primaria hasta principios de 2013, teniendo en cuenta que los últimos seis años no estuvo tomando medicación. En esa fecha, Miguel se descontroló mentalmente y protagonizó una violenta pelea con su hermano menor que le acabó condenando a pasar unos días en la cárcel municipal. Dos semanas después, Miguel fue trasladado al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca acompañado por sus dos hermanos varones donde fue internado durante un mes. A partir de ese momento, su madre y su padre no quisieron seguir asumiendo su cuidado debido a su ancianidad y precaria salud y a las frecuentes conductas conflictivas y agresivas de Miguel. Sus padres y sus hermanos decidieron que debían de ser sus hijos, ya adultos y que trabajaban en la ciudad, quienes cuidaran de su padre, tal como establece la norma social de cuidado. Aprovechando su llegada a Usila, los hijos fueron citados en la Sindicatura municipal donde se acordó que se convirtiesen en los nuevos cuidadores de Miguel a cambio de recibir en propiedad el terreno de solar que años atrás le había heredado su

padre. Sin embargo, durante los cinco años siguientes, los hijos desempeñaron el rol de fuentes de apoyo, acompañando a su padre a algunas de sus citas médicas y enviando dinero de cuando en cuando a su cuidadora primaria, su tía Celia. Ante la negativa de Miguel de ir a vivir con sus hijos a la ciudad, doña Celia accedió a cuidar de su hermano en su casa, hasta que su neuropatía diabética le provocó una grave lesión en el hombro tras caerse en la calle. Esta grave lesión, aunada al progresivo deterioro orgánico causado por su diabetes, hicieron que doña Celia y sus hijas decidieran que no podía continuar asumiendo el trabajo de cuidar de Miguel. Así, en agosto de 2018, los hijos de Miguel fueron a buscar a su padre, quien esta vez aceptó la decisión, para llevarlo consigo a la ciudad veracruzana donde viven y trabajan. Miguel se instaló a vivir en la casa de Gonzalo, uno de sus hijos varones, quien, ayudado por su esposa, ha asumido el cuidado primario de su padre a partir de entonces.

A raíz de la aparición de la enfermedad, don Augusto se convirtió en el cuidador primario de su esposa Sofía, asumiendo dicha responsabilidad durante veinticinco años, hasta poco antes de su fallecimiento en junio de 2017. Esaú, el hijo ultimogénito, quien, a diferencia de sus otros hermanos, se había criado en Usila junto a sus abuelos maternos y su padre, se responsabilizó de cuidar de su madre durante algo más de un año, contando con la ayuda de su abuela, hasta que fue a la ciudad a cursar estudios universitarios. En agosto de 2018, dado que sus tres nietos residían en la ciudad, doña Marisa asumió la responsabilidad de cuidar de su hija, que siguió viviendo en Usila. Desempeñó el rol de cuidadora primaria de Sofía durante aproximadamente un año, pues Esaú regresó a Usila después de su experiencia fallida en la universidad, retomando la responsabilidad de ser el cuidador primario de su madre, nuevamente con el apoyo de su abuela materna. En el verano de 2020, ante las dificultades de supervisar la conducta de Sofía en Usila y la edad avanzada de doña Marisa, a quien le suponía un gran esfuerzo continuar ejerciendo de cuidadora secundaria, los abuelos maternos hablaron con sus nietos para que asumieran su cuidado y se llevaran a Sofía a vivir con ellos en la ciudad. Hacía varios años que Eva trabajaba como maestra de primaria, y Roberto estaba trabajando como arquitecto después de haber finalizado su carrera universitaria, así que ya gozaban de la madurez y la solvencia económica para hacerse cargo del cuidado de su madre y cumplir así con las obligaciones estipuladas por la norma social de cuidado. Desde julio de 2020, dada la especial relación que tiene con su madre, preocupándose y empatizando con ella desde la niñez, ha sido Roberto quien se ha convertido en el cuidador primario de Sofía y quien suele acompañarla a sus citas médicas en un hospital psiquiátrico de Ciudad de México.

1.2 La selección de los cuidadores secundarios

Los cuidadores secundarios ayudan a los cuidadores primarios a llevar a cabo las acciones de cuidado necesarias para garantizar el bienestar del enfermo y controlar su estado mental y su conducta. Una condición imprescindible para ser elegido y desempeñar

el rol de cuidador secundario es convivir con el enfermo y el cuidador primario en la misma vivienda o en el mismo patio.

Dado que los cónyuges se convierten en los cuidadores primarios de las personas enfermas salvo que haya una ruptura matrimonial o una separación temporal, ningún esposo o esposa desempeña el rol de cuidador secundario: o es su cuidador primario o deja de ser su cuidador. Al igual que entre los cuidadores primarios, los cuidadores secundarios son mayoritariamente mujeres, sobre todo madres, hermanas e hijas —4 madres, 4 hermanas y 4 hijas—, en contraposición al menor número de hombres —2 padres, 2 hermanos y 2 hijos—. Aparece también una sobrina, la hija de doña Celia, la cuidadora primaria de Miguel entre 2013 y 2018, quien, mientras cursaba su último año de bachillerato, le ayudó a supervisar que tomara los medicamentos psiquiátricos hacia los que tanta renuencia mostraba. La otra mujer que se convirtió en cuidadora secundaria de Miguel fue su nuera, la esposa de Gonzalo, el hijo que asumió ser su cuidador primario a partir de agosto de 2018.

El rol de cuidador secundario es, generalmente, desempeñado por periodos más cortos de tiempo que el de cuidador primario, y no es un tipo de cuidador que esté siempre presente en el cuidado de las personas enfermas. De los 20 cuidadores secundarios, 5 mujeres y 1 hombre han estado entre once y más de treinta años ejerciendo esta responsabilidad —3 hermanas, 1 hija, 1 madre y 1 padre—. Siendo cuidadores secundarios, 3 de ellos se convirtieron en cuidadores primarios —1 hija, 1 madre y 1 padre—: Elena se convirtió en la cuidadora primaria de su madre, Esperanza, a raíz del fallecimiento de su padre en 2020, que era su cuidador primario; doña Marisa fue la cuidadora primaria de su hija Sofía durante un año cuando su nieto se fue a estudiar a la universidad; y don Francisco se encargó del cuidado primario de su hija Esther debido a que su esposa quedó discapacitada tras sufrir una caída y romperse la cadera. Otros 10 familiares han desempeñado el rol de cuidador secundario entre uno y seis años —2 madres, 2 hijas, 1 hermana, 1 sobrina, 1 nuera, 2 hermanos y 1 hijo—, mientras que los 4 cuidadores secundarios restantes asumieron este rol entre una semana y unos meses —1 madre, 1 hija, 1 hijo y 1 padre—.

Antes de que su nieto se hiciera cargo de su padre, doña Leonora, la madre de Miguel, había sido su cuidadora secundaria durante el tiempo que su esposa se responsabilizó del cuidado primario de su marido, ayudándole a controlar su conducta iracunda y agresiva. Cuatro años después, una vez que su mujer se separó definitivamente de Miguel en 1994, doña Leonora se convirtió en su cuidadora primaria ayudada por una hija soltera que vivía en la casa paterna, de modo que su hermana Delfina pasó a ser su cuidadora secundaria durante once años, hasta que falleciera en 2005.

Una reorganización familiar semejante se dio en el caso de Esther. Mientras permaneció con su esposo después de enfermar en 1983, debido a que las discusiones y las salidas del hogar conyugal eran frecuentes, doña Cristina se convirtió en su cuidadora secundaria. En el momento que se produjo la ruptura de su matrimonio en 1986, doña Cristina asumió el cuidado primario de su hija Sofía hasta 2007, siendo ayudada por su esposo, don Francisco, su cuidador secundario hasta la caída y la posterior invalidez de su

esposa. A partir de 2007, don Francisco se convirtió en el cuidador primario de su hija, ya sin la ayuda de un cuidador secundario.

La figura de la madre como cuidadora secundaria aparece también en los casos de Natalia y Sofía. Doña Manuela, la madre de Natalia, fue su cuidadora secundaria durante su primer descontrol mental, unos cuatro meses, el más fuerte de todos los sufridos desde que apareciera la enfermedad, pues su ancianidad no le permitió desempeñar otro rol que no fuese ayudar a su nieta Luisa a cuidar de su madre. Posteriormente, su precaria salud le impidió seguir cooperando en el cuidado de Natalia cuando caía en el descontrol mental. En cambio, al vivir en el mismo solar, la madre de Sofía, doña Marisa, desempeñó durante muchos años el papel de cuidadora secundaria de su hija, en total veintiocho años, primeramente, ayudando a su esposo a controlar su conducta y a supervisar que tomase su medicación y, posteriormente, asumiendo el mismo rol cuando su yerno falleció y su nieto Esaú se convirtió en el cuidador primario de su madre.

Además del ya mencionado caso de Miguel, las hermanas también fueron cuidadoras secundarias en el cuidado de Teresa, Lucía y Carlos. En el caso de Carlos, su hermana Azucena fue su cuidadora secundaria en la primera etapa de la enfermedad, desde su inicio en 2002 hasta que contrajera matrimonio en 2006 y saliera del hogar materno, ayudando a su madre a controlar la conducta conflictiva y agresiva de su hermano —salvo unos meses en los que estuvo trabajando en la ciudad de Tuxtepec—.

Doña Emilia, hermana de Teresa, en un principio siendo soltera y después estando casada, al vivir en el hogar materno junto a su madre y sus dos hermanas y no tener hijos, ayuda a su hermana doña Fidelina, cuidadora primaria, a cuidar de Teresa, estando pendiente de que tome sus medicinas y de supervisar su conducta, especialmente cuando no está bien controlada mentalmente.

Una situación familiar similar a la de Teresa se da en el caso de Lucía, pues sus dos hermanas se encargan de su cuidado desde 2009, ambas mujeres solteras que viven en el hogar paterno junto a Lucía y sus padres. Doña Adelina apoya a su hermana Alma, la cuidadora primaria, dado que esta última desempeña trabajos remunerados en la localidad y se ausenta del hogar diariamente durante unas horas. La colaboración fue especialmente intensa durante los periodos en que Lucía se descontroló mentalmente y las posteriores semanas de estabilización. Ahora que Lucía está mentalmente controlada, doña Adelina sigue supervisando su estado mental, controlando que tome su medicación y preocupándose de comprar sus medicamentos.

Las hijas, como cuidadoras secundarias, tienen o han tenido una función prolongada en el tiempo en los casos de Esperanza, Sofía y Adela, mientras que la participación de la hija se vio reducida a una semana en el caso de Marcos. Inés estuvo cuidando de su padre cuando salía a la calle estando mentalmente descontrolado, para evitar que pudiera conflictuar y pelearse con los vecinos. Esta labor la estuvo desempeñando los días anteriores a que su padre fuera trasladado a la ciudad de Oaxaca para que fuese atendido médicamente.

Elena estuvo ayudando a su padre en el cuidado de Esperanza desde los doce años hasta que don Eusebio falleciera en 2020, es decir, durante unos dieciocho años, fecha a partir de la cual Elena se convirtió en la cuidadora primaria de su madre. Sin embargo, ningún familiar ha asumido el rol de cuidador secundario desde entonces aun conviviendo en la casa con un hermano y su esposa. Menos tiempo que Elena llevan las otras dos hijas que colaboran secundariamente en el cuidado de sus respectivas madres: Alicia desempeña el rol de cuidadora secundaria desde que Adela se descontrolara mentalmente por segunda vez en 2017; y Eva ha asumido esta responsabilidad a partir de julio de 2020, cuando ella y su hermano Roberto se hicieron cargo del cuidado de Sofía.

Si don Francisco, el padre de Esther, fue el cuidador secundario de su hija durante veintidós años, don Artemio ayudó a su esposa a cuidar a su hija Sofía algo menos de un año, entre agosto de 2018 y julio de 2019, el año en que su nieto Esaú fue a la ciudad a estudiar en la universidad —el rol de don Artemio había sido el de fuente de apoyo—. Tras regresar a Usila en el verano de 2019, Esaú retomó nuevamente el rol de cuidador primario y su abuela, doña Marisa, el rol de cuidadora secundaria, hasta que, un año más tarde, sus hijos Roberto y Eva asumieron el cuidado de Sofía.

Además de 2 padres, entre los hombres cuidadores secundarios, también hay 2 hermanos, aunque, en realidad, se trata del mismo hermano, don Rafael, quien ayudó a cuidar de sus hermanas Esperanza y Lorena en dos periodos distintos. Durante más de un año, don Rafael asumió el rol de ser el cuidador secundario de Esperanza debido a que era el único familiar que tenía un buen dominio del español y, por tanto, capacitado para buscar la atención médica, realizar las gestiones en las instituciones sanitarias y entender las preguntas y las indicaciones de los médicos. Don Eusebio, su esposo, lo acompañó en los viajes en los que Esperanza estaba mentalmente descontrolada y necesitaba internamiento hospitalario, pero, ante su paulatino desentendimiento de sus obligaciones, don Rafael demandó judicialmente a su cuñado para que volviera a asumir la manutención y el cuidado de su mujer y sus hijos. Una vez que volvió a asumir la responsabilidad de mantener y cuidar de su familia, don Eusebio se convirtió en el cuidador primario de Esperanza y don Rafael pasó a ser una fuente de apoyo durante varios años.

Ocho años después de que Esperanza enfermara por primera vez, en 2003, su hermana Lorena también enfermó mentalmente. Su experiencia anterior como cuidador de Esperanza, junto a su buen dominio del español, llevó nuevamente a don Rafael a ejercer el rol de cuidador secundario de Lorena, encargándose, entre otras tareas, de buscarle atención médica en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, acompañarla a sus citas médicas, comprarle sus medicinas y supervisar que tomara su medicación. Este rol lo ejerció durante cinco años, hasta que Lorena se fue a vivir y trabajar a la ciudad donde vivía una de sus hermanas. Una vez instalada en la ciudad, Angelina se responsabilizó de cuidar de su hermana Lorena, mientras que don Rafael se ha convertido en una fuente de apoyo las veces en que se ha descontrolado mentalmente.

Finalmente, hay 2 hijos varones que se convirtieron en cuidadores secundarios por un periodo aproximado de un año: el hijo de Teresa y un hijo de Natalia. Rubén, el hijo de Teresa, fue el cuidador secundario de su madre durante buena parte del periodo que su

madre estuvo viviendo con doña Rosario y su familia en una localidad del sur de Oaxaca, entre diciembre de 2010 y mayo de 2012. Doña Rosario, al verse desbordada por la conducta de Teresa, entonces mentalmente descontrolada, solicitó a su sobrino que viniera a vivir con ellos hasta que su madre pudiera regresar a Usila. Si bien en las tardes realizaba trabajos remunerados, Rubén se ocupaba de cuidar a su madre en las mañanas mientras doña Rosario daba clases en la escuela de primaria, entre otros cuidados, supervisando que sus comportamientos no originaran problemas con los vecinos.

Una vez que Natalia se recuperó de su primer descontrol mental, su esposo, don Alfonso, se hizo cargo de su cuidado, pero ejerció el rol de cuidador primario sin ayuda de un cuidador secundario, pues los descontroles mentales posteriores fueron más leves y su estado mental se controlaba bien con la medicación. Fallecido su padre tres años antes, viviendo sus hermanos mayores en la ciudad, durante menos de un año, entre 2017 y 2018, Jorge ayudó a su hermana menor a cuidar de su madre, tratando de que tomara sus medicinas y supervisando que su conducta no suscitara conflictos con los vecinos dado que su estado mental estuvo mal controlado durante ese periodo —él y su hermana eran unos muchachos preadolescentes y dependían económicamente de las remesas de dinero que les enviaban los hermanos que trabajan en la ciudad—.

1.3 La selección de las fuentes de apoyo

Las familiares que participan o han participado como fuentes de apoyo en el cuidado de las personas mentalmente enfermas son mayormente hombres: 32 hombres por 8 mujeres. Se trata, por tanto, de un rol eminentemente masculino. El grueso de las fuentes de apoyo está formado por hijos varones, hermanos, padres y hermanas —14 hijos varones, 6 hermanos, 5 padres y 6 hermanas—. Ya en una cuantía menor, aparecen otros parientes: 2 esposos, 2 primos, 1 sobrino, 1 tío, 1 yerno y 2 hijas.

Los dos esposos que fueron fuentes de apoyo, don Eusebio y don Alfonso, desempeñaron este rol en la etapa inicial de la enfermedad. La aparición de la psicosis en Esperanza trastornó la vida familiar a tal grado que su cuidado fue asumido temporalmente por sus padres, además de que su hermano, don Rafael, se desenvolvía mucho mejor en español que don Eusebio, lo que le llevó a asumir la responsabilidad de buscar la atención médica necesaria, realizar las gestiones en las instancias sanitarias y comprar los medicamentos en las farmacias.

En el caso de don Alfonso, el comienzo de la enfermedad coincidió con un periodo de trabajo fuera de Usila, de modo que fue Luisa, la hija primogénita de Natalia, quien se convirtió en su cuidadora primaria. Cuando regresó al cabo de unas semanas, su bajo dominio del español lo descartó como acompañante de su esposa en el traslado al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca. En su lugar, fue un primo de la madre de Natalia acompañado por un miembro del gobierno municipal, y fue este primo quien se encargó de hablar con los

psiquiatras y transmitir las indicaciones médicas a Luisa y don Alfonso. Posteriormente, la acompañaría nuevamente a su cita externa unos meses después.

La prevalencia de los hombres entre las fuentes de apoyo se debe a que su función consiste fundamentalmente en dos tareas: a) la cooperación económica en forma de dinero, medicinas, comida o ropa, y b) el acompañamiento del enfermo en su traslado para buscar atención médica o para acudir a la cita en una consulta psiquiátrica privada o en un hospital psiquiátrico del sistema sanitario. Acompañar al enfermo en su viaje para recibir atención médica cuando está mentalmente descontrolado supone, además, estar pendiente de sus posibles reacciones agresivas a fin de garantizar la seguridad del conductor del vehículo en los viajes privados o del conductor y los pasajeros en los viajes en autobús¹⁸¹.

Entre los 32 hombres que actuaron o actúan como fuentes de apoyo, tenemos que:

- Han sido 13 los que han desempeñado las dos tareas simultáneamente: 1 esposo —caso de Esperanza—, 4 hermanos —casos de Esperanza, Lorena, Miguel y Marcos—, 2 padres —casos de Esther y Sofía— y 6 hijos —casos de Esperanza, Miguel, Teresa, Sofía y, en el caso de Adela, 2 hijos—.
- Otros 9 hombres solamente acompañaron a los enfermos: 2 hermanos —casos de Esther y Marcos—, 2 hijos —caso de Marcos—, 1 padre —caso de Marcos—, 1 tío —caso de Marcos—, 1 sobrino —caso de Marcos— y 2 primos —casos de Natalia y Marcos—.
- Otros 9 hombres sólo cooperaron económicamente: 1 esposo —caso de Natalia—, 2 padres —casos de Miguel y Lucía—, 5 hijos —2 hijos de Esperanza, 2 hijos de Natalia y 1 hijo de Miguel— y 1 yerno —caso de Natalia—.
- 1 hijo de Sofía, Esaú, coopera puntualmente en el cuidado desde julio de 2020.

Entre las 8 mujeres que fueron o son fuentes de apoyo:

- 2 mujeres han realizado las dos tareas a la vez: 1 hija de Esther y 1 hermana de Teresa.
- 2 mujeres solamente han acompañado a los enfermos: 1 hermana de Esther y 1 hermana de Marcos.
- 4 mujeres sólo han apoyado económicamente: 2 hermanas —casos de Miguel y Carlos— y 2 hijas —casos de Natalia y Sofía—.

La cooperación económica y el acompañamiento de los enfermos para que sean atendidos médicamente son tareas que se realizan un número limitado de veces al año y no siempre son los mismos familiares quienes asumen el compromiso de efectuarlas cada

¹⁸¹ Estas tareas no son exclusivas de las fuentes de apoyo, sino que los cuidadores primarios también realizaron o realizan estos trabajos, especialmente si son hombres —esposo, padre o hijo—, como en los casos de Esperanza, Esther, Miguel, Sofía y Adela, aunque también por mujeres cuidadoras primarias que hablan y entienden bien el español —hermana o madre—, como los casos de Teresa, Lucía y Carlos.

vez. Por ello, generalmente, los cuidadores primarios cuentan con el apoyo de entre uno y tres parientes a fin de poder asegurar la colaboración en el cuidado del enfermo cuando resulta necesaria. No obstante, hubo y hay familiares cuyo compromiso como fuentes de apoyo ha sido regular y sostenido en el tiempo: don Rafael, el hermano de Esperanza y Lorena; don Francisco y Mercedes, el padre y la hija de Esther; don Juan, el hermano de Miguel; doña Rosario y Rubén, la hermana y el hijo de Teresa; Roberto y Eva, los hijos de Sofía; Azucena, la hermana de Carlos; Emmanuel, el hijo de Adela.

En este sentido, un caso excepcional fue el número de parientes que se involucraron en los dos traslados que buscaron atender la enfermedad de Marcos cuando se descontroló mentalmente. En total, participaron 9 familiares: 1 padre, 2 hijos varones, 2 hermanos, 1 hermana, 1 tío, 1 primo y 1 sobrino. Dicho número de parientes se debió, por un lado, a la intención de proteger la integridad física de los conductores de las camionetas que hicieron los viajes dada su conducta delirante y agresiva y, por otro, al acompañamiento y la búsqueda de atención médica —responsabilidad asumida por el hermano y el sobrino que vivían en la ciudad de Oaxaca—.

2. La exclusión de cuidadores

Los factores de exclusión de ciertos familiares en el cuidado de los enfermos mentales condicionan la selección de los cuidadores primarios y secundarios y las fuentes de apoyo. Son varios los principales factores que llevan a ciertos familiares a excluirse o ser excluidos del cuidado de las personas mentalmente enfermas, aunque hay que tener en cuenta que dos factores pueden actuar conjuntamente o que distintos factores aparecen a lo largo de la trayectoria de cuidado del enfermo:

- La ruptura matrimonial o la separación temporal de los cónyuges, lo que provoca que el esposo o la esposa deje de ser su cuidador.
- La separación matrimonial también puede motivar que el padre no se responsabilice del cuidado del hijo enfermo al tener otra familia.
- La incapacidad o la negativa de seguir asumiendo el cuidado del enfermo por enfermedad o ancianidad.
- La muerte del cuidador o de la fuente de apoyo.
- Trabajar o estudiar en la ciudad, esto es, fuera de la comunidad.
- Estar casado y criar niños pequeños, ya que la primera obligación es atender las necesidades de la familia de procreación.
- El bajo dominio del español en la comprensión y la expresión, lo que dificulta la búsqueda de atención médica fuera de Usila y todas las gestiones que conlleva.

- Las malas relaciones familiares, que llevan a ciertos hermanos e hijos a no querer participar en el cuidado de la persona enferma.
- La negativa a colaborar en el cuidado del enfermo, aunque normativamente el familiar deba hacerlo.

A los tres y cuatro años de aparecer el trastorno psicótico, el esposo de Esther y la esposa de Miguel dejaron de ser sus cuidadores primarios al separarse definitivamente de sus cónyuges, lo que suscitó que la responsabilidad de su cuidado primario fuera asumida por las respectivas madres de Esther y Miguel. Lo mismo sucedió cuando se produjo la separación temporal en el caso de Esperanza, su madre se convirtió en su cuidadora primaria, aunque posteriormente su esposo asumió su cuidado tras ser demandado judicialmente ante el Ministerio Público por sus familiares afines.

La incapacidad de seguir asumiendo el cuidado del enfermo debido a la enfermedad o la ancianidad de la cuidadora primaria se dio en los casos de Miguel, Natalia, Esther y Teresa. Consumada la ruptura matrimonial, doña Leonora asumió el cuidado de su hijo Miguel durante casi treinta años, hasta que, tras la violenta pelea con uno de sus hermanos y su posterior internamiento hospitalario, apoyada por su esposo y sus hijos, decidió no continuar asumiendo este trabajo aduciendo la debilidad propia de su ancianidad y la obligación de los hijos adultos de Miguel de cuidar de su padre. Don Juan, el hermano de Miguel que se había responsabilizado de acompañarlo en sus internamientos hospitalarios y sus citas médicas y de adquirir las medicinas prescritas, también adujo las mismas razones para no volver a asumir estas tareas de cuidado: la necesidad de cuidar la diabetes que padecía y la madurez de unos hijos a quienes ya les correspondía responsabilizarse del cuidado de su padre. Miguel se negó a vivir fuera de Usila, impidiendo así que sus hijos se hicieran cargo de su cuidado primario en ese momento, pero, a partir de entonces, se convirtieron en fuentes de apoyo que ayudaban económicamente en la manutención y la compra de medicinas y acompañaban a su padre a las citas médicas en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca. Los hijos se harían cargo de Miguel cinco años después, cuando su cuidadora primaria en ese periodo, doña Celia, no pudo seguir cuidando de su hermano a causa de una grave lesión en el hombro y del progresivo deterioro orgánico que le estaba provocando su diabetes.

En el caso de Natalia, la incapacidad causada por la ancianidad y el estar trabajando fuera de la comunidad fueron dos factores que actuaron simultáneamente para excluir a unos potenciales cuidadores y seleccionar a la cuidadora primaria. En el primer descontrol mental, Luisa, la hija primogénita, se responsabilizó de cuidar de Natalia, ya que la madre era ya una mujer anciana y no tenía la capacidad de afrontar y manejar las conductas de Natalia y su esposo se hallaba trabajando fuera de la localidad. Cuando regresó a Usila, don Alfonso fue a solicitar ayuda a la presidencia municipal para trasladar a su esposa al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, pero su bajo dominio del español lo descartó como acompañante y responsable de Natalia ante dicha instancia sanitaria.

En la trayectoria de cuidado de Esther, aparecieron cuatro factores que excluyeron a dos de sus cuidadores primarios y a una fuente de apoyo: la ruptura matrimonial, la

incapacidad por enfermedad, el matrimonio y la crianza de un niño pequeño, la muerte de la fuente de apoyo. Una vez que su esposo se separó definitivamente, doña Cristina, la madre de Esther, fue su cuidadora primaria durante veintiún años, hasta que se rompió la cadera tras una caída, quedando discapacitada al no poder ponerse de pie ni caminar. A partir de ese suceso, don Francisco, su padre, además de cuidar de su esposa hasta su fallecimiento tres años después de su caída, se convirtió en el cuidador primario de su hija hasta la muerte de Esther. Durante ese tiempo, doña Cristina y don Francisco contaron con el apoyo de su nieta Mercedes. Desde que fuera a trabajar a Ciudad de México a los dieciséis años, se encargó de acompañar a Esther y don Francisco a las citas en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, sufragando los gastos del viaje y la compra de medicinas. Este trabajo de cuidado dejó de hacerlo en el momento que contrajo matrimonio y formó una familia, ya que la atención de su esposo y la crianza de su hijo se convirtieron en su prioridad y ya no tenía disponibilidad para viajar. A partir de entonces, Mercedes envió ropa y dinero para la manutención de su madre cada cierto tiempo, y también sufragó la construcción y las posteriores reformas del cuarto en el que Esther pasaría muchos años encerrada debido a su descontrol mental. Su labor de apoyar económicamente a su madre y su abuelo enviando de cuando en cuando dinero y ropa continuó haciéndola hasta su muerte en el verano de 2018.

Las malas relaciones familiares fueron un factor de exclusión de cuidadores en los casos de Teresa y Esther. La hija y el hijo que fueron criados por su abuela paterna tras la ruptura matrimonial no la reconocían como su madre, consideraban que su madre había sido su abuela paterna y nunca quisieron cooperar en el cuidado de Esther. Además, ambos vivían fuera de Usila, la hija fuera del país, en los Estados Unidos, y tenían sus respectivas familias de procreación. En cambio, Mercedes, la hija que fue criada por su tía y sus abuelos maternos, aceptó implicarse como fuente de apoyo durante más de veinte años.

Una vez que se decidió el reparto de la herencia, las hermanas de Esther tampoco quisieron colaborar en su cuidado porque el patrimonio familiar había sido repartido entre los dos hijos varones. Uno de ellos era hijo de un matrimonio anterior del padre y, por tanto, solamente medio hermano de Esther, y el otro hermano de padre y madre no quiso implicarse en el cuidado de su hermana. Ante la negativa de los dos varones favorecidos por el reparto de la herencia, a quienes, por norma social, les correspondía ayudar a su padre en el cuidado de su hermana, tanto los hermanos como las hermanas de Esther se excluyeron como cuidadores o fuentes de apoyo —las hermanas argumentaban el reparto de la herencia, mientras los hermanos argumentaban que eran los hijos quienes debían hacerse cargo de su madre—. Las malas relaciones familiares y las consiguientes exclusiones de hermanos e hijos constituyeron el factor clave que motivó que don Francisco, el padre de Esther, asumiera la responsabilidad de ser el cuidador primario hasta el fallecimiento de su hija a pesar de su ancianidad y sus problemas de salud.

En el caso de Teresa, la mala relación existente entre su hermano, que vivía en la ciudad, y sus hermanas, también a causa de la herencia, supuso que no quisiera participar en el cuidado. Además de la mala relación familiar con su hermano, al igual que en los casos de Miguel, Esther y Natalia, varios factores más actuaron en la exclusión de familiares

en la trayectoria de cuidado de Teresa. La debilidad física de su madre impidió que fuera su cuidadora primaria, y este rol fue asumido por su hermana doña Fidelina y, en algunos periodos, por su hermana doña Rosario. Cuando doña Rosario se hizo cargo de Teresa durante más de tres años, trabajando y cuidando a su hermana y su sobrino en la ciudad, la carga del cuidado y sus obligaciones laborales llevaron a que dejara de ser la cuidadora primaria y pasara a ser una fuente de apoyo. Lo mismo sucedió cuando, años después, volvió a ser la cuidadora primaria debido a la enfermedad que padeció doña Fidelina, sus obligaciones laborales, aunadas a sus obligaciones hacia su familia de procreación, motivaron que doña Fidelina, una vez recuperada de su enfermedad, volviera a asumir el cuidado primario de Teresa.

Además de ser un factor que interrumpiera la atención médica de Esther y excluyera a una hermana en el cuidado de Teresa, las obligaciones hacia la familia de procreación, junto con el total desentendimiento del padre, constituyeron dos factores de exclusión en el caso de Carlos. A raíz de contraer matrimonio y salir del hogar materno cuatro años después de la aparición de la enfermedad, su hermana Azucena dejó de ser su cuidadora secundaria, función que nadie asumió dado que la cuidadora primaria, doña Julia, es una madre separada que no ha contado en ningún momento con el apoyo del padre a la hora de cuidar de su hijo enfermo —el padre es un hombre casado que vive fuera de la comunidad y cuenta con otra familia—.

Si en el caso de Esther la muerte supuso la exclusión de su hija Mercedes, su única fuente de apoyo, la muerte del esposo, don Augusto, generó una reorganización familiar en el cuidado de Sofía, siendo el hijo ultimogénito quien asumió durante un año el cuidado primario de su madre con la ayuda de su abuela, su cuidadora secundaria. Un año después, apareció otro factor de exclusión: el vivir fuera de la comunidad. Esaú se fue a la ciudad, donde vivían sus otros dos hermanos, a estudiar a la universidad, y el cuidado de Sofía quedó a cargo de su madre, doña Marisa. Esaú regresó a Usila en el verano siguiente, volviendo a ser el cuidador primario de su madre y doña Marisa, la cuidadora secundaria. En el verano de 2020, ante las dificultades de controlar la conducta de Sofía, doña Marisa no quiso seguir asumiendo las obligaciones de su rol, pues su ancianidad ya no le permitía asumir la carga que suponía el cuidado de su hija. Así, doña Marisa y don Artemio hablaron con sus nietos que vivían y trabajaban en la ciudad para que se hicieran cargo de su madre. La ancianidad, por tanto, al igual que sucedió con la madre de Miguel, fue otro factor para excluir a la madre cuidadora de Sofía, en este caso, a su cuidadora secundaria.

Finalmente, el hecho de vivir y trabajar fuera de la comunidad fue un factor de exclusión en las trayectorias de cuidado de Natalia, Lorena, Miguel y Sofía. Tras haber sido su cuidadora primaria en el primer descontrol mental de Natalia, su hija Luisa ya no volvió a asumir este rol hasta el fallecimiento del esposo de su madre, pues la mayor parte de esos años estuvo trabajando en la ciudad. En el caso de Lorena, cuando decidió ir a vivir y trabajar en la ciudad veracruzana donde residía su hermana Angelina, su madre dejó de ser su cuidadora primaria, rol que fue asumido por su hermana. Su hermano don Rafael, que era su cuidador secundario, pasó a convertirse en una fuente de apoyo que interviene, sobre todo, cuando Lorena se descontrola mentalmente. En cuanto a los hijos de Miguel y

Sofía, el vivir y trabajar en la ciudad los excluyó como cuidadores primarios durante un tiempo, si bien, ante la incapacidad por enfermedad de la tía, cuidadora primaria, en el caso de Miguel y por ancianidad de la abuela materna, cuidadora secundaria, en el caso de Sofía, los hijos acabaron aceptando que debían de responsabilizarse del cuidado de sus progenitores enfermos.

Personas enfermas y sus cuidadores

Familias		Cuidador Primario		Cuidador secundario		Fuentes de apoyo	
		Nombre y periodo	Parentesco	Nombre y periodo	Parentesco	Nombre y periodo	Parentesco
Católicas	Esperanza	Concepción: primer año de enfermedad Eusebio: de 1996 hasta su muerte (2020) Elena: a partir de mayo 2020	Madre Esposo Hija	Rafael: primer año Elena: 2003-2020 —	Hermano Hija —	Eusebio Rafael, Gabriel, Luis Fernando, Gabriel	Esposo Hermano, hijos Hermanos
	Lorena	Concepción: 2003-2008 Angelina: desde 2008	Madre Hermana	Rafael —	Hermano —	— Rafael	— Hermano
	Natalia	Luisa: 1 ^{er} descontrol mental Alfonso: hasta su muerte (2014) Luisa: 2014-2017 Rosa: 2017-2018 Luisa: 2018 en adelante	Hija Esposo Hija Hija Hija	Manuela: 1 ^{er} descontrol — — Jorge: 2017-2018 —	Madre — — Hijo —	Octavio, Alfonso — César, Antonio César, Antonio, Blanca Joaquín	Primo, esposo — Hijos Hijos, hija Yerno
	Esther	Jacinto: 1983-1986 (ruptura matrimonial) Cristina: ruptura matrimonial hasta 2007 Francisco: 2007 - fallecimiento Esther 2021	Esposo Madre Padre	Cristina: 1983-1986 Francisco: 1986-2007 —	Madre Padre —	Francisco, Hilario Pilar, Mercedes Mercedes	Padre, hermano Hermana, hija Hija
	Miguel	Soledad: 1990-1994 (ruptura matrimonial) Leonora: de ruptura matrimonial a 2013 Celia: 2013 hasta agosto 2018 Gonzalo: a partir de agosto 2018	Esposa Madre Hermana Hijo	Leonora: 1990-1994 Delfina: 1994-2005 Edith: 2013-2014 Eloísa: desde agosto 2018	Madre Hermana Sobrina Nuera	Cornelio, Juan Cornelio, Juan, Celia Gonzalo Mario	Padre, hermano Padre, hermano/a Hijo Hijo
	Teresa	Fidelina: 1984-1991 Rosario: 1991-1994 Fidelina: 1994 hasta diciembre 2010 Rosario: diciembre 2010 hasta mayo 2012 Fidelina: desde mayo 2012	Hermana Hermana Hermana Hermana Hermana	Emilia: inicio hasta 1991 — Emilia: 1994 hasta dic 2010 Rubén: 2011 a mayo 2012 Emilia: desde mayo 2012	Hermana — Hermana Hijo Hermana	Rosario — Rosario, Rubén — Rubén, Rosario	Hermana — Hermana, hijo — Hijo, hermana

Personas enfermas y sus cuidadores

	Personas enfermas y sus cuidadores						
	Familias	Cuidador Primario		Cuidador secundario		Fuentes de apoyo	
		Nombre y periodo	Parentesco	Nombre y periodo	Parentesco	Nombre y periodo	Parentesco
Católica	Lucía	Alma: desde 2009	Hermana	Adelina: desde 2009	Hermana	Víctor	Padre
Evangélicas	Marcos	Rocío: 2008-2009 (sanación del enfermo)	Esposa	Inés: una semana en 2008	Hija	Idalia David y Jesús Emiliano Jerónimo Matías Demetrio Agustín y Julio	Hermana Hijos Padre Hermano Tío Primo Hermano y sobrino
	Carlos	Julia: desde 2002	Madre	Azucena: 2002-2006	Hermana	Azucena	Hermana
	Sofía	Augusto: hasta su muerte (junio 2017) Esaú: junio 2017-agosto 2018 Marisa: agosto 2018-julio 2019 Esaú: julio 2019-julio 2020 Roberto: desde julio 2020	Esposo Hijo Madre Hijo Hijo	Marisa: 1992-junio 2017 Marisa: junio 2017-agosto 2018 Artemio: agosto 2018-julio 2019 Marisa: julio 2019-julio 2020 Eva: desde julio 2020	Madre Madre Padre Madre Hija	Artemio, Esaú Artemio, Roberto, Eva Roberto, Eva Roberto, Eva Esaú	Padre, hijo Padre, hijo, hija Hijo, hija Hijo, hija Hijo
	Adela	Isidro: desde 2017	Esposo	Alicia: desde 2017	Hija	Emmanuel, Isaac	Hijos

Capítulo 30

Los cuidados en la línea del padecimiento

El cuidado de las personas enfermas que padecen esquizofrenia u otra psicosis supone llevar a cabo diariamente un conjunto de acciones destinadas a controlar o sanar los diferentes síntomas de su padecimiento mental, controlar, aliviar o curar los síntomas de sus enfermedades orgánicas y malestares físicos, a la vez que tratan de procurar su sobrevivencia y su bienestar físico y psicoemocional teniendo en cuenta los síntomas, los malestares y las discapacidades físicas y mentales provocados por su trastorno psicótico.

El trabajo de cuidar a estos enfermos en San Felipe Usila, al igual que en otras enfermedades crónicas de carácter orgánico, presenta tres dimensiones o líneas de trabajo: los cuidados en la línea del padecimiento, los cuidados en la línea del hogar y los cuidados en la línea biográfica. Cada línea de cuidados presenta, a su vez, áreas y subáreas de cuidados con contenidos y fines diferentes que abarcan las distintas necesidades de las personas enfermas. Sin embargo, hay ciertas acciones de cuidado que presentan más de una dimensión. Por ejemplo, el cuidado espiritual de la oración, pidiendo ayuda a Dios para sanar a la persona enferma, ahuyentar al demonio que lo atormenta o calmar sus crisis psicóticas tiene la doble función de preservar o recuperar la identidad del enfermo —línea biográfica— y de controlar síntomas perceptivos, cognitivos, emocionales y conductuales —línea del padecimiento—. Hay acciones de cuidado que, aun perteneciendo a líneas de cuidado distintas, están intrínsecamente asociadas, como el vínculo que existe entre la acción de supervisar que el enfermo guarde las indicaciones dietéticas prescritas por el médico —línea del padecimiento— y el hecho de comprar alimentos y bebidas y cocinar comidas de acuerdo a los regímenes dietéticos —línea del hogar—. Lo mismo sucede cuando los cuidadores convierten la vivienda familiar en un espacio de cuidado —línea del hogar— para controlar aquellas conductas del enfermo que pueden causar conflictos con los vecinos —línea del padecimiento—. La creación de un espacio doméstico de cuidado en este caso está inherentemente ligado al control de síntomas conductuales, aunque también tiene el fin de facilitar a los familiares el trabajo de cuidar a las personas enfermas.

Los cuidados en la línea del padecimiento tienen cinco fines centrales, si bien estos fines están condicionados por la situación de pobreza o pobreza extrema en que viven casi

todas las familias usileñas que cuentan con un enfermo que padece esquizofrenia u otra psicosis:

- a) Prevenir y manejar los síntomas, los malestares y las crisis psicóticas del padecimiento mental.
- b) Buscar los recursos terapéuticos para atender los síntomas y aliviar los malestares del padecimiento mental, sanar la enfermedad mental y controlar los efectos adversos de los psicofármacos.
- c) Atender las enfermedades orgánicas padecidas por la persona enferma.
- d) Evaluar la eficacia y el coste de la atención médica recibida por el enfermo.
- e) Supervisar o administrar los tratamientos terapéuticos y realizar modificaciones en función de las respuestas del enfermo, la eficacia terapéutica, los efectos adversos y los recursos económicos de la familia.

La consecución de estos fines implica que las acciones de cuidado en la línea del padecimiento se agrupen en cuatro áreas: la supervisión del estado mental, el manejo no medicado de las conductas problemáticas y agresivas, el manejo de los tratamientos terapéuticos y la atención médica del enfermo.

- 1) Las acciones de cuidado correspondientes a la supervisión del estado mental están orientadas a identificar y definir la evolución del padecimiento mental: si el enfermo está controlado o descontrolado mentalmente, si experimenta un agravamiento, un empeoramiento, una crisis psicótica o una mejoría.
- 2) Los cuidados relativos al manejo no medicado de las conductas problemáticas y agresivas buscan controlar y manejar estos síntomas conductuales cuando el enfermo se halla mentalmente descontrolado, tanto en el hogar familiar como fuera del hogar.
- 3) El área del manejo de los tratamientos terapéuticos está integrada por las acciones destinadas a administrar, supervisar o modificar la toma de los psicofármacos que controlan el padecimiento mental y la toma de los medicamentos que tratan los malestares y las enfermedades orgánicas, las acciones que tratan de estimular la recuperación cognitiva y psicomotriz del enfermo y las acciones orientadas a que el enfermo cumpla las recomendaciones dietéticas.
- 4) El área de la atención médica engloba las acciones dirigidas a atender médicamente el padecimiento mental y otras enfermedades orgánicas, incluidas las causadas por los psicofármacos, y las acciones que evalúan la calidad y la eficacia de la atención médica recibida por el enfermo.

1. La supervisión del estado mental del enfermo

Una parte del trabajo de cuidados en la línea del padecimiento está dedicada a supervisar diariamente el estado mental de la persona enferma. El cuidador primario, en menor medida el cuidador secundario, debe de estar continuamente observando, identificando y definiendo los cambios en el estado mental del enfermo a lo largo del día y a lo largo de las diferentes fases que van sucediéndose en la trayectoria del padecimiento. Observar, identificar y determinar si se halla mentalmente controlado o descontrolado, si la enfermedad está sufriendo un agravamiento, si su estado mental está experimentando un empeoramiento, una crisis psicótica o una recuperación resulta esencial para conocer las causas de los cambios en su estado mental y orientar la toma de decisiones sobre las acciones que se deben realizar, cómo y cuándo deben hacerse y qué cuidador o cuidadores las deben de llevar a cabo.

La observación, la identificación y la definición de los cambios en el estado mental del enfermo requiere el aprendizaje de unos conocimientos sobre la naturaleza y los diferentes tipos de síntomas que presenta la enfermedad de la esquizofrenia u otra psicosis. Los cuidadores, los familiares y las personas enfermas aprenden que este padecimiento mental tiene un carácter fluctuante, con fases de exacerbación y remisión de síntomas a lo largo del tiempo, en un mismo día, de unos días a otros o dependiendo de los periodos.

Las fluctuaciones se manifiestan de forma repentina e imprevisible en las fases de descontrol mental o cuando los enfermos no tienen una buena adherencia terapéutica, pero también en aquellas personas enfermas medicadas que no consiguen ser bien controladas mediante psicofármacos —casos de Esperanza, Esther y Sofía—. En el caso de Esther, así explicaba don Francisco las variaciones que experimentaba el estado mental de su hija, con etapas de enervamiento, cólera y agresividad:

¿Y Esther cómo está hoy?

Está gritando...

¿Está gritando?

Está un poco mala, sí, un poco mala ahora, como ayer. Ayer tampoco bien. Pero ahora ya subió la enfermedad de ella, ¿no? Así son, y un día mal, un día bien. Ayer está bien, andaba así, contenta, pero en la noche sí subió la enfermedad de ella, gritando, y gritar la madre, dice ella, habla mucho mal.

¿Y qué hace?

No, está... pegando y pegando en la ventana, en la puerta que está ahí donde está. Está tocando así, ah [chasquea la lengua]. Así hace cuando está mala, ¿no? Mm, mm, así.

Los familiares de Lorena, siempre que estuviera medicada, habían constatado en múltiples ocasiones que su estado mental empeoraba cuando venía a Usila y mejoraba cuando regresaba a la ciudad veracruzana en la que residía y trabajaba la mayor parte del

año. Mientras estuvo mentalmente descontrolado, las fluctuaciones que experimentaba el padecimiento mental de Carlos guardaban relación con el agente causante de su enfermedad. Doña Julia consideraba que su hijo estaba poseído por un espíritu maligno que controlaba su pensamiento y su comportamiento, pero su influjo y su hostigamiento no eran continuos, de ahí que Carlos presentara momentos de exacerbación y momentos de calma.

Una vez me dijo: yo no soy tu hijo, dice. Claro, el Diablo, ¿cómo va a ser mi hijo? Claro que no. No soy tu hijo, dice. Así me dijo. Tiene el espíritu malo, ¿eh? Es lógico de entender donde dice esas cosas, porque un ser humano no va a decir esas cosas. Pues, a veces, uno puede decir: ah, porque está enfermo y por eso habla disparates y dice cosas, pero dentro del todo, pues uno se puede dar cuenta exactamente que sí tiene un espíritu malo que lo ataca por momentos. Porque el espíritu malo por ratos también lo deja, me imagino, por eso es que está tranquilo. O quiere decir que vive dentro él, pero, a veces, está quieto, y, de repente, es como que se le alborota. Es como el panal, un ejemplo. Yo pienso así. Aunque yo no soy doctora ni nada, pero yo en mi mente me doy cuenta, digo ha de ser como un panal que ahí viven las abejas. Pero al oír un ruido o al golpearle, salen, ¿no?, a atacar a quien esté enfrente de ellos o a perseguir, aunque uno esté lejos sin que le esté haciendo nada, nada. Pienso yo que así ha de ser él, que vive alguien dentro de él.

Los cuidadores y los familiares aprenden a convivir con la incertidumbre que rodea al estado mental del enfermo, sabiendo que las crisis psicóticas pueden desatarse en cualquier momento. Don Augusto, a menudo, hacía alusión a la “incertidumbre” que reinaba en su vida cotidiana, pues no sabía cuál iba a ser el estado mental y anímico de su esposa Sofía cuando regresara a la casa después de haber ido a trabajar o haber salido por otro motivo.

Por eso le digo vivir en la incertidumbre, ¿no? ¿Qué está pasando ahorita en la casa? Llegas, no, no hay nada, está todo tranquilo. Eso ayer y hoy también igual. Pero igual, este, uno sale y al rato no, las cosas ya no están igual como cuando salió uno, ¿no? Ya es otro ambiente. O sea, hay esa cosa que se le puede decir incertidumbre, ¿no? Y no sabes lo que está pasando. (Don Augusto, 10/08/2012)

Aunque muchas veces estos episodios de crisis son impredecibles, en algunos casos, como Miguel, Teresa y Sofía, cuidadores y familiares observaban que sus enfermos se volvían más inquietos, irritables y agresivos en los periodos de luna llena o, como en el caso de Sofía, también en los días previos y durante su menstruación. Algunos cuidadores aprendieron a conocer el desarrollo de las crisis psicóticas: cómo empezaban, cuáles eran sus fases, cuánto solían durar y cómo terminaban. Así lo había hecho don Augusto con el fin de manejar mejor estos episodios del padecimiento mental de su esposa Sofía:

Ya, más o menos, estoy aprendiendo cómo empieza, cómo se desarrolla y cómo termina, sí, porque tiene que terminar, pues, una crisis. Como sé que ya se siente mal, pues, yo ya sé, ya estoy con una alerta también, porque pueden pasar varias

cosas de que me golpee o de que agarre algo. Entonces, yo, pues ya entra uno en alerta también. Hay que estar, hay que estar muy pendientes, observando.

[...] *Me dijo que usted observa tres fases cuando sobreviene una crisis. ¿Podría detallarme todo lo posible esas tres fases?*

Sí. Es su rostro, su rostro, inmediatamente hay un cambio en su rostro, en su rostro.

Pero el día anterior o...

No, el mismo día, o sea, yo sé cuándo está bien y cuando ya está empezando con problemas, inmediatamente yo le observo su rostro y sé que está ya con problemas. Poquito a poquito, poquito a poquito hasta que revienta. Eso primero es que en su rostro se observa, o sea, yo puedo identificar eso. Ya sé que no están bien las cosas.

¿Qué hay en su rostro?

Pues una expresión que no, no, de, este, de...

De enojo...

Sí, de enojo, o de que no está conforme con algo o... sí, más bien que, este, es su semblante, pues, el que me indica a mí que ya hay un problema.

Se vuelve más duro.

Más duro.

Como que se tensa.

Sí. Y luego, este, hasta que revienta. Empieza a hablar, a decir cosas.

¿Pero son agresiones?

En parte agresiones verbales, este, cosas que ve, cosas que le dicen, cosas que le hacen, y una vez que empieza eso, pues ya, este, después de un lapso de tiempo ya, entonces, ya viene, tiene que llorar, revienta llorando. Después de eso ya, como que ya se... pero, o sea, llega hasta eso, hasta el límite del llanto. Ya después de ahí, pues ya, más o menos, se le va quitando. Ésa es la tercera fase.

2. El manejo no medicado de conductas problemáticas y agresivas

En las fases de descontrol mental, o cuando el enfermo aun medicado no está bien controlado mentalmente y experimenta crisis psicóticas, las acciones orientadas a manejar las conductas problemáticas y agresivas de los enfermos sin recurrir a la medicación son realizadas principalmente por el cuidador primario y el cuidador secundario, aunque, en episodios de agresividad física, pueden intervenir también familiares como fuentes de

apoyo. Los cuidados buscan controlar estos síntomas conductuales tanto en el interior del hogar como fuera del hogar.

2.1 Acciones orientadas a evitar conflictos con los vecinos

En los periodos de descontrol mental, los cuidadores deben brindar especial atención a las conductas agresivas y a las conductas que pueden suscitar conflictos con los vecinos. Los cuidadores primarios y secundarios están pendientes de que sus enfermos no salgan de la vivienda o el terreno familiar, incluso pueden encerrarlos en la vivienda o en un cuarto exterior temporal o permanentemente, para que no vayan a la calle o a las casas de las familias vecinas y evitar así que generen conflictos, o aún peor, que el enfermo pueda agredir físicamente a alguien o causar daños materiales, acciones que conllevan la indemnización a los afectados. La vivienda y el patio se convierten así en un espacio de control de la conducta, y varios enfermos fueron manejados recurriendo al encierro temporal —Esperanza, Natalia, Teresa y Sofía— o permanente —Esther y Carlos—¹⁸².

2.2 Acciones orientadas a manejar la agresividad en el hogar

Los cuidadores y los familiares también han de afrontar y manejar las conductas agresivas en su propio hogar con el fin de no ser lastimados psicoemocional o físicamente o agravar el descontrol mental de su enfermo. Aunque la prioridad sea la preservación psicoemocional y física de los cuidadores y los miembros de la familia, dicha preservación está estrechamente ligada al control del síntoma conductual de la agresividad.

Las visiones, la escucha de voces y las ideas delirantes, a menudo, provocan emociones de enojo y conductas de agresividad en la persona enferma, pero el enfermo puede reaccionar con agresividad verbal o física en otros momentos de la vida cotidiana, cuando se mantiene una conversación con él, cuando se le presiona para que efectúe una determinada acción, cuando se le indica que no debe de seguir manteniendo un determinado comportamiento y corregirlo. Sean cuales sean las causas de su ira y su agresividad, los cuidadores se ven impelidos a aprender cómo afrontar y manejar estas conductas.

Una de las estrategias de los cuidadores y los familiares es procurar que sus enfermos no se enojen y reaccionen agresivamente, no contrariando sus afirmaciones ni sus argumentos, hablándoles con comprensión y suavidad cuando les dan indicaciones o tratan de corregir un acto inadecuado. Como señalaba doña Pilar, había que dirigirse a su

¹⁸² Estas acciones de cuidado son descritas con mayor detalle en el capítulo siguiente, *Los cuidados en la línea del hogar*.

hermana Esther con buenas palabras, en un tono suave, de lo contrario, enseguida se enojaba y reaccionaba agresivamente, pudiendo llegar a la agresión física.

Porque Esther, cuando le hablas de una manera así brusca, ella empieza a enojarse. O sea, siempre hay que hablarle con mucho cariño, con cosas buenas, pues. Pero si te enojas con ella, ella también empieza a enojarse, y es brava cuando se enoja. Con Esther, pues no, no se puede hacer, actuar de otra manera.

a) El manejo de la agresividad verbal en el hogar

Cuando el cuidador identifica que el enfermo muestra un ánimo enojado, procura no hablarle, no decirle nada, para no desencadenar una reacción violenta, esperando que la exacerbación de su ánimo remita por sí sola. Cuando el enojo va acompañado de agresividad verbal, los cuidadores y los familiares tratan de no agudizar su grado de ira y agresividad, no replicando sus comentarios y entrando en un conflicto que puede derivar en una fuerte discusión. Don Augusto procuraba actuar de esta manera cuando su esposa Sofía se mostraba enojada, por ejemplo, cuando regresaba en la tarde noche a Usila después de una reunión de trabajo fuera del municipio.

Por ejemplo, anoche que llegué, pues yo venía pensando ya, este, porque le hablé, ¿no?, para que dejara abierto, o sea, que no cerrara esta parte de aquí. Pero llegué y ya estaba abierta la puerta, estaban encendidas las luces, estaba esperando. Pero llegué y ya su rostro no era, o sea, había cierto enojo. Y bájate, y no sé qué. Ahorita viene bien caliente mi cuerpo, viene bien caliente mi cuerpo, le digo, porque vine parado y, además, tengo mucho polvo. Ahorita que me enfríe un tantito, ya me baño. No, bájate. Con esa actitud, ¿no?, de enojada. Sí, le digo, ahorita. Pues ya me bañé y ya. Como que se compuso, no se descontroló. [...] Pero estaba con una actitud de, este, de romper el esquema, ¿no? Cualquier cosa, si yo le hubiera contestado, si yo le hubiera exigido, si yo le hubiera dicho, pues empieza la tensión. No le dije nada.

Cuando el enojo y la agresividad verbal son moderados, esto es, cuando el cuidador primario observa e identifica que el enfermo presenta cierto grado de receptividad, el cuidador primario puede optar por intentar calmar su alteración anímica. La comprensión y la habilidad psicoemocional que el cuidador muestra hacia la persona enferma cuando trata de tranquilizarla es el resultado de un aprendizaje que lleva su tiempo. En el periodo en que Adela aún no estaba bien controlada mentalmente debido a su renuencia a tomar la medicación, uno de sus hijos explicaba que su padre todavía no había encontrado la forma de manejar su agresividad verbal y siempre terminaba discutiendo con su esposa. Emmanuel, en cambio, había tomado conciencia de que no podía responder a las reacciones de enojo y agresividad de su madre de la misma manera, sino que debía calmarla, hablarle con suavidad, exponerle argumentos, tratar de que los entendiera, manifestarle cariño.

Cuando mi mamá se pone violenta, pues mi papá se enoja también. Sí trata de hablarle, pues siempre le habla a mi mamá, pero mas nunca ha buscado una manera de controlarla, sino siempre ha hablado con las mismas palabras, la misma voz y el mismo tono, y nunca ha buscado otra manera para poder controlarla. Sí, porque, por ejemplo, yo, cuando veía esas cosas, este, experimenté muchas cosas para hablarle. Porque al principio la regañaba, así hablaba fuerte, y ella como que sí, como que me tenía miedo y ya se calmaba. Pero yo siento también que la estoy lastimando más y ya traté de cambiar, y ya después trataba de explicarle. Y ahora ya no la regaño, nada de eso, ya solamente la abrazo y le explico, y le explico bien, y ella también sí se controla, ya no dice nada, se queda así, como sin palabras, y ya no tiene sus pretextos así.

b) El manejo de la agresividad física en el hogar

Los cuidadores primarios, en ocasiones con la ayuda del cuidador secundario y otros familiares, manejan la agresividad física de sus enfermos siguiendo cuatro estrategias básicas:

- a) Evitar ser agredido, procurando no interactuar con el enfermo, permaneciendo alerta a sus reacciones o buscando refugio dentro de la vivienda o fuera de ella.
- b) Tratar de apaciguar su ira y su agresividad a través del diálogo o la presencia de ciertos familiares en el hogar.
- c) Enfrentar al enfermo para no ser agredido o ser agredido con el menor daño posible.
- d) Enfrentar al enfermo, reducirlo y encarcelarlo durante horas o días.

Los cuidadores y los familiares del enfermo, en un principio, siempre buscan evitar las agresiones físicas del enfermo. Identificando y definiendo previamente su grado de enojo y que se hallan en una fase de crisis, se mantienen alertas observando su actitud y sus conductas cuando están con ellos en el hogar, no hablándoles ni contestando a sus comentarios. Aun así, hay veces que los cuidadores no tienen más alternativa que enfrentar al enfermo para no ser agredidos o ser agredidos sufriendo el menor daño posible, como sucedió en los casos de Natalia y Sofía.

Durante su primer descontrol mental, Natalia empuñó varias veces un cuchillo o un machete para ir a reclamar a los vecinos que, según escuchaba y creía, hablaban mal de ella y la amenazaban. Luisa, su hija primogénita, y su madre trataban de disuadirla y evitar que saliera del solar familiar, le quitaban el cuchillo o el machete. En una ocasión, con un cuchillo en la mano, amenazó con matar a Luisa. Luisa enfrentó a su madre recriminándole que quisiera matar a su propia hija, y su hermana acudió en su ayuda para arrebatarle el cuchillo a Natalia por la espalda, tirándolo a los pies de Luisa para que lo arrojara lejos de su alcance.

Don Augusto tuvo que forcejear con Sofía en muchas ocasiones para tratar de que no lo agrediera, aunque no podía evitar llevarse algunos golpes, que le tirara del cabello o lo arañara con las uñas, pues, en esos momentos de crisis, Sofía desarrollaba una gran fuerza muy difícil de contener.

Es agresiva. Entonces, hay que tener cuidado nada más, estar muy pendiente, muy pendiente, porque puede reaccionar de alguna manera violenta con algo que tenga a la mano. Pues es peligroso. Y uno, pues, como ya sabe. Más o menos yo parece que estoy durmiendo, pero no estoy durmiendo [risas], sí.

¿Usted cómo reacciona cuando se pone tan agresiva?

Pues trato de calmarla, de decirle que eso no es, o simplemente no le digo nada. Solamente defenderse porque a veces también es agresiva, tiende a agarrar a uno, como querer golpear a uno, entonces hay que defenderse nada más, que no lo golpeen. Porque sí ha habido, hmm, antes de que ha estado así, por ejemplo, agarra un día un paraguas... y empezó a dar duro. Y a veces, este, a veces también, cuando uno no se da cuenta, pues, ya está encima, aquí o con las uñas. Tengo varias marcas. Creo que por acá tengo...

En los casos en que la cuidadora o la fuente de apoyo es una mujer, dada la fuerza extraordinaria que tienen los enfermos, sean mujeres u hombres, el manejo de la agresividad física puede consistir en buscar refugio dentro o fuera de la casa para no ser agredida. En su niñez y adolescencia, Elena, en varias ocasiones, tenía que refugiarse en la casa vecina de su abuela paterna cuando Esperanza manifestaba gran enojo y agresividad, y allí permanecía hasta que su madre volvía a calmarse. Había constatado que Esperanza reaccionaba así cuando su padre o su hermano Fernando no estaban en la casa, no atreviéndose a agredirla estando ellos presentes. Por eso les pedía que no la dejaran sola mucho tiempo, pues tenía miedo a ser golpeada por su madre.

También doña Julia sufrió varios intentos de agresión física mientras su hijo Carlos estuvo mentalmente descontrolado. Dependiendo de las posibilidades, unas veces se refugiaba en su propio cuarto, otras veces salía corriendo de la casa y pedía socorro a los vecinos. Cuando se encerraba en su cuarto, doña Julia manejaba la situación con serenidad y rapidez, no mostrándole miedo, hablándole para tratar de calmar su agresividad por un instante y poder meterse en su habitación. Una vez dentro, le volvía a hablar sin mostrarle miedo, por ejemplo, pidiéndole que dejara en su sitio la varilla que tenía en la mano, diciéndole que no podía abrirle la puerta porque se le habían caído unas cosas o estaba limpiando el piso. O trataba de calmarlo con buenas palabras.

La vez que agredió a su hermana en la espalda mientras estaba cocinando en el fogón, doña Julia rápidamente se interpuso entre Carlos y su hija, que portaba a su bebé en brazos, y le recriminó su acto con un tono recio. Caminando despacio hacia atrás, doña Julia y su hija con su bebé se metieron en el cuarto y se encerraron. Carlos comenzó a zarandear la puerta y golpear la pared. Como no podían salir por la ventana debido a las protecciones metálicas, doña Julia le habló "bonito" para tratar de calmarlo, diciéndole que

se preparara para comer, pues iba a salir a comprarle pollo asado y una botella de refresco. La propuesta convenció y tranquilizó a Carlos y, cuando se retiró hacia la sala, aprovecharon para huir de la casa.

Porque a mí me tocó una de esas cuando me escondí. Parece que la iba a tirar, ¿eh? Parece como que la iba a arrancar, pues. La puerta hasta tiembla cuando está haciendo así. Y luego le pegaba a la pared, y sonaba la pared. Y yo le dije: ¿qué tal si sí tumba la puerta? Con ese miedo estoy. ¿Y qué tal?, le digo, ¿para dónde vamos a salir? Las ventanas tienen protección. ¿Dónde vamos a salir?, le decía yo a mi mamá. Desesperada estábamos a punto, desesperadamente.

Mi mamá le hablaba bonito y lo tranquilizaba, le decía: mira, Carlos, dice, ¿por qué no te vas a lavar las manos? Ahorita voy por un refresco, medio de pollo asado, hasta que se calmara. Ajá. Ah, bueno, está bien, si vas por un refresco, que sea grande. Ya la hicimos, decía mi mamá, vamos a salirnos. Ajá. Porque sí, había mucho peligro de que tumbara la puerta. Sí, me tocó ver cómo se movía, hasta se veía que de verdad la iba a arrancar, ¿eh? Sí, muy feo, muy feo. (Azucena, hermana de Carlos)

Aun así, doña Julia comprendía que las reacciones violentas de su hijo eran fruto de la enfermedad mental que padecía y, al día siguiente o a los pocos días, en un momento que se mostrara tranquilo, hablaba con él para tratar de concienciarlo sobre la gravedad de lo que había intentado hacer. Le preguntaba qué le había sucedido, por qué la había intentado agredir, quién lo cuidaría si la lastimaba o la mataba, le pedía que no volviera a intentar pegarle, tampoco a su hermana el día después de haberla agredido. Carlos, a veces, prometía que no iba a volver a hacerlo, otras veces, permanecía en silencio, o aseguraba no acordarse de lo que había sucedido.

La última estrategia, enfrentar y reducir al enfermo y después encarcelarlo, sólo fue empleada con Miguel. En las dos ocasiones en que Miguel agredió físicamente a sus familiares con gran violencia, sus dos hermanos, con la ayuda de vecinos, lo redujeron y solicitaron la intervención de los policías municipales para que lo llevaran a la cárcel del ayuntamiento. Si la primera vez estuvo encarcelado unas horas, hasta que emprendieron el viaje para llevarlo al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, la segunda vez, estuvo durante varios días, pues su traslado se postergó unas dos semanas.

3. El manejo de los tratamientos terapéuticos

Los cuidados relativos al manejo de los tratamientos terapéuticos están orientados a administrar o supervisar la toma de los psicofármacos que controlan el padecimiento mental y la toma de los medicamentos que tratan sus malestares y enfermedades

orgánicas, y también a estimular la recuperación cognitiva y psicomotriz del enfermo y a procurar que cumpla las recomendaciones dietéticas prescritas por los médicos.

En el inicio de la enfermedad o en una fase posterior, excepto en los casos de Marcos y Carlos, las personas enfermas fueron atendidas por curadores tradicionales que les realizaron curaciones de susto o de maldad. En algunos enfermos, estas curaciones calmaron los síntomas, incluso, en los casos de Lucía y Adela, les ayudaron a recuperarse mentalmente durante años. Tras evaluar la eficacia de las curaciones tradicionales, sin embargo, los cuidadores, los familiares y los enfermos acabaron constatando que la única forma de poder controlar su estado mental era la toma regular de psicofármacos y que, cuando dejaban la medicación psiquiátrica, los síntomas psicóticos reaparecían nuevamente al cabo de unos días o unas semanas.

Los cuidadores, por tanto, se enfocan en el conocimiento de los tipos de medicamentos que recetan los médicos psiquiatras, sus funciones, las dosis y las tomas en que deben administrarse diariamente, en momentos de crisis o en caso de insomnio, así como los efectos adversos que causan. Los cuidadores primarios saben que unas medicinas sirven para controlar las visiones y las voces, otras refuerzan la acción de las primeras, hay psicofármacos que tranquilizan y regulan el sueño nocturno y están los medicamentos que mitigan los efectos adversos como los temblores.

El cuidador primario, ayudado por el cuidador secundario, es quien se encarga de administrar los medicamentos a su familiar enfermo o de supervisar que el enfermo los vaya tomando regularmente, teniendo en cuenta una serie de factores:

- a) Los momentos del día en que debe tomarse la medicación: mañana, tarde o noche.
- b) Las dosis: el número de tabletas o porción de tableta que debe tomarse cada vez o el día del mes en que debe aplicarse la siguiente inyección de antipsicótico.
- c) La mejoría o el empeoramiento del estado mental del enfermo.
- d) Los efectos adversos de los medicamentos.
- e) La aceptación o la renuencia de la persona enferma a tomar medicamentos psiquiátricos.
- f) Los recursos económicos de la familia y el costo de las medicinas que deben comprarse.

Aunque en un principio busca cumplir con las pautas de medicación prescritas por los psiquiatras, el cuidador primario y, en algún caso el cuidador secundario —Esperanza—, puede modificar las dosis en función de la eficacia terapéutica y de la mejoría o el empeoramiento del estado mental del enfermo en ciertos periodos.

Don Francisco incrementaba la dosis de clonazepam —medicamento sedante e hipnótico— cuando Esther no dormía en las noches y mostraba un estado mental alterado,

lo mismo tuvo que hacer Alma durante unas semanas después de que su hermana Lucía se descontrolara mentalmente la última vez. Elena también aumentaba la dosis de clonazepam de media tableta en la noche a una tableta en la mañana y otra en la noche cuando Esperanza sufría una crisis, escuchaba voces y comenzaba a hablar, a responder a las voces, a enojarse. Así lo hacía durante tres días. Superada la crisis psicótica, Esperanza volvía a tomar media tableta de clonazepam en la noche, ya que, si la tomaba entera, al día siguiente padecía somnolencia y dormía mucho. Más adelante, observando el empeoramiento que manifestaba después del mediodía, introdujo una toma más de medicamentos en la tarde, una tableta de antipsicótico y una tableta de modulador, con el fin de estabilizar diariamente su estado mental.

Por el contrario, cuando el cuidador observa que el enfermo muestra un ánimo tranquilo y duerme bien, no le proporciona la dosis de clonazepam recetada, el medicamento para sedarlo y dormir, como solía suceder en los casos de Teresa y Carlos. La primera vez que fue medicado, doña Julia solamente daba a Carlos el sedante cuando “se ponía muy pesado y no quería dormir”.

Este tipo de observaciones son, generalmente, comentadas por el cuidador primario o la fuente de apoyo al psiquiatra cuando acude a las consultas médicas con el fin de solicitar reajustes en la medicación que mejoren el control de los síntomas psicóticos o disminuyan los efectos adversos de los psicofármacos. Los cambios en el tratamiento, en función de la información proporcionada por el cuidador y la evaluación del médico psiquiatra, pueden suponer modificaciones de dosis, inclusión de otros medicamentos o sustitución de unos medicamentos por otros buscando una mayor eficacia o una menor incidencia de los efectos adversos.

El rechazo del enfermo a tomar medicinas por vía oral puede conducir a la prescripción de un antipsicótico de depósito que se inyecta intramuscularmente y cuya acción terapéutica dura entre dos y cuatro semanas dependiendo del medicamento. Así sucedió en los casos de Esther, Miguel, Sofía y Adela. En el tiempo en que su madre fue su cuidadora primaria, Esther se mostraba renuente a tomar las medicinas, hacía como que las ingería y luego las escupía o se metía los dedos en la boca para vomitarlas. Tampoco quería tomar plantas medicinales, ni siquiera quería emplearlas para los baños con agua tibia.

Y de por sí, ni se tomaba las medinas Esther. Todas las tiraba, le dabas una, la otra, y las tiraba. Hacía que sí se las tomaba cuando no las había tomado. Las metía por acá, creo, por debajo de la lengua, y ya lo escupía y escupía, o se metía el dedo para sacárselo. Así hacía Esther. Entonces, para vomitar las pastillas esas, tenía que meterse el dedo. Quién sabe por qué fue así mi hermana, ¿eh? Ni hierba le gustó. La gente le daba hierba para que se bañara, para que tomara, porque sí también hay hierba para eso. (Doña Pilar, hermana de Esther)

Al igual que en el caso de Miguel, Sofía no aceptaba las indicaciones terapéuticas de sus cuidadores, reaccionando agresivamente si la presionaban, y tomaba dosis menores a las pautadas y no de manera regular, también influenciada por sus padres a quienes les

disgustaba observar la somnolencia que le causaban los psicofármacos. Su esposo, don Augusto, se había resignado:

Y este Haldol está indicado, este, es de 5 mg, está indicado uno para la mañana y uno para la noche. Y ella nada más se toma la mitad de esa pastilla, o la parte a veces en cuatro, es de 5 mg, y se toma apenas una partecita, una cuarta. Empezó tomando una pastilla, pero también le dijeron, pues, que se tomara la mitad nada más porque [risas] se dormía. Le digo se va a dormir los primeros días, pero se va a acostumar.

Al cabo de los años, don Augusto decidió volver a inyectar regularmente a Sofía con el fin de poder controlar mejor su padecimiento mental. Aun así, debía de insistir, pues también se mostraba renuente a que le inyectaran el medicamento debido a la gran somnolencia que le provocaba los primeros días. Ésta es una de las alternativas cuando la renuencia del enfermo a tomar las medicinas impide el buen control de su estado mental: encargarse de que una enfermera o un paramédico le inyecte el antipsicótico cada dos, tres o cuatro semanas siguiendo la prescripción médica —casos de Esther, Sofía y Adela—. Otra opción es triturar las tabletas de medicamentos y diluirlas en la comida y la bebida para que el enfermo tome su medicación sin darse cuenta —casos de Esther, Miguel y Carlos—.

Los cuidadores primarios también pueden ajustar las dosis de la medicación en función de los recursos económicos de la familia, disminuyendo el número de tomas o las dosis de los medicamentos, espaciando más de lo prescrito la aplicación de las inyecciones del antipsicótico. La falta de dinero lleva a los cuidadores a administrar dosis menores a sus enfermos, por ejemplo, media tableta en lugar de una entera o una tableta entera cada tercer día, incluso, a menudo, puede llevar a tener que suspender la medicación con la consiguiente recaída del enfermo en el descontrol mental si la suspensión se prolonga en el tiempo.

Los problemas de las familias para sostener económicamente los tratamientos de sus enfermos eran más acentuados en el pasado, antes de la cobertura del Seguro Popular y el suministro parcial de la medicación psiquiátrica. El coste económico de comprar toda la medicación era muy elevado, más cuando determinados medicamentos debían tomarse varias veces al día y había que comprar dos o tres cajas mensualmente, como en el caso de Sofía o Esperanza. Don Eusebio tenía dificultades para afrontar los gastos de la medicación que necesitaba su esposa Esperanza y, al mismo tiempo, asegurar la manutención de los miembros de la familia.

Pues sí, está difícil.

Ah, sí, mucho, muy difícil. Pero puro gasto, puro gasto, cuando, fíjate cuánto cuesta una caja de medicamentos ahorita. Clonazepam cuesta como 350, cada caja clonazepam en Farmacia del Ahorro, Tuxtepec, sí. Una caja nada más con 30 tabletas, 350.

¿Para un mes?

Sí, creo, nada más, nada más. No más toma a la noche, sí. ¿Y cómo se llama? Leptosique, alcanza ocho días nada más, sí. Cuando ella toma, ahorita toma tres veces, ahorita.

¿Leptosique?

Leptosique, sí, toma uno a la mañana y uno de la tarde, las doce, la una de la tarde, y otro en la noche. Son tres pastillas cada día y alcanza ocho días nada más.

Los cuidados terapéuticos no se ciñen únicamente a administrar o supervisar la toma de los medicamentos psiquiátricos, sino también a administrar o supervisar la toma de las medicinas para controlar la diabetes u otra enfermedad orgánica, administrar o supervisar la toma oral de las plantas medicinales o los baños con agua tibia en la que previamente se han infundido las plantas, estimular la realización de tareas domésticas o productivas y supervisar el cumplimiento de las recomendaciones dietéticas prescritas por los médicos.

Los cuidadores procuran que los enfermos guarden las recomendaciones dietéticas prescritas por los médicos a fin de evitar interacciones nocivas con los psicofármacos o de controlar sus efectos adversos —la diabetes en los casos de Esperanza, Natalia, Esther y Sofía; el sobrepeso en los casos de Lucía y Carlos—. Los cuidadores deben de supervisar diariamente que no ingieran o ingieran la menor cantidad posible de alimentos y bebidas estimulantes del sistema nervioso —café, Coca-Cola, chile—, alimentos y bebidas con un alto contenido en azúcar cuando padecen diabetes —refrescos, galletas, dulces, etc.— y bebidas alcohólicas en aquellos enfermos que tomaban antes de ser estabilizados mediante la medicación —Miguel y Marcos—.

Hay enfermos, como Lucía, Carlos y Miguel, que no presentan ningún problema de manejo en esta área de cuidados. Miguel, incluso, una vez medicado, aun siendo renuente a tomar las medicinas, era muy consciente de que no debía ingerir alcohol tomando medicación psiquiátrica. Pero otras enfermas, como Esperanza, Natalia y Sofía, aun medicadas, muestran una clara tendencia a no guardar la dieta y requieren una vigilancia casi continua. Sus cuidadores comentaban que les gustaba mucho tomar café, condimentar su comida con salsa de chile, beber Coca-Cola y otros refrescos, comer dulces, y tenían que estar pendientes de que no abusaran y manejar sus reacciones de enojo, como ilustra Elena, la hija de Esperanza, su cuidadora secundaria.

Pero cuando toma café se siente mal también, le duele la cabeza. El doctor le dice que no debe de tomar café, pero ella no, no hace caso, y con nosotros se enoja cuando le decimos que no vaya a tomar café, se enoja. Y tampoco puede comer pan y ella no nos hace caso. Se siente mal, pues, porque todo el, cómo le diré, su medicamento ya no funciona si come pan, porque pan contiene, este, está con el de cochino, pues. Por eso no, no le funciona. Y ella no hace caso, come pan y toma café.

En el caso de Sofía, además de padecer esquizofrenia y diabetes, tenía afectada la vesícula, pero no se cuidaba y se enojaba cuando su esposo, don Augusto, trataba de evitar que ingiriese un alimento o una bebida perjudicial para su salud.

Se compone, se enferma, se compone, se enferma, de su enfermedad, del padecimiento mental. Pero, aparte de eso, está el otro problema de la vesícula. Entonces le prohibieron a ella que no podía comer, este, lo que le hace daño, ¿no? Específicamente no tomar café, no tomar Coca, no comer chile, no comer puerco, una serie de cosas. Tiene que cuidarse, pero pues ella no, no se cuida. Come... por ejemplo, la tortilla de yuca le hace mucho daño y el mole, eso seguro. Y la vez pasada, no sé dónde fue a comprar, la cosa que se comió un pedacito y eso fue lo que le complicó cuando se puso grave. No más por un pedacito de tortilla de yuca. Pero se lo comió así, a escondidas, porque sabe, pues, que no la dejan comer cosas. No quiere guardar ninguna dieta, no, no, quiere comer de todo.

Cuando ustedes le dicen que guarde la dieta, ¿ella qué replica?

Pues que quiere comer y dice, a veces, dice que está bien, que ya no va a comer chile o salsa, pero no más lo dice, al ratito ya. Y si le dices que no comas, por favor, te puede hacer daño, no, se encabrona, de ahí no la sacas. O sea, no obedece, no, no, no hace caso de las recomendaciones. Ése es el problema, no se cuida.

Asimismo, siguiendo las indicaciones que dan los médicos del Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, los cuidadores también promueven que sus enfermos medicados realicen tareas domésticas y productivas con el fin de que su mente esté ocupada, “no piense mucho”, y estimular su recuperación cognitiva y psicomotriz —a la vez que se promueve su reintegración en la vida familiar y comunitaria—.

Marcos, mientras estuvo tomando la medicación, estuvo haciendo ejercicio por su cuenta para aliviar la rigidez muscular que sentía en su cuerpo como efecto adverso de los medicamentos. Una vez que sintió que se había recuperado del todo, Marcos volvió a cuidar los plantíos naturales de tepejilote que tenía en el cerro. Siguiendo el consejo del médico, debía de hacer ejercicio, aunque su esposa no le permitió ir al cerro durante un tiempo por temor a que volviera a recaer en la enfermedad mental.

También ya me estoy yendo al campo. Sí, porque el doctor me dijo tenía que ir al campo a sudarme, hacer ejercicio, pues. Yo sí me dejé, porque mi esposa no, no me daba permiso para irme al campo, porque también ella piensa, pues, que todavía, o sea, se preocupa por mí, pues. Sí, me quedé un rato sin ir al campo, pero ahora ya empecé de vuelta porque el año pasado, como le había comentado a los doctores, que yo había limpiado, este, en el bosque, pues, el tepejilote. Tengo, este, plantíos naturales, pues, que nacen solos en el campo, y eso lo quiero limpiar para que dé más, sí. Y eso es lo que estoy haciendo ahorita.

4. La atención médica del enfermo

Los cuidados brindados en el área de la atención médica están dirigidos a buscar las formas de atender el padecimiento mental y las enfermedades orgánicas del enfermo de acuerdo a las posibilidades económicas de la familia, recurriendo a la medicina tradicional o a la biomedicina, a llevar al familiar enfermo para que sea atendido por curadores tradicionales o médicos psiquiatras y a evaluar la calidad y la eficacia de la atención médica recibida por la persona enferma. Estos cuidados son efectuados por el cuidador primario o, cuando éste no tiene un buen dominio del español y la atención médica requiere viajar a la ciudad, por un pariente cercano no perteneciente al núcleo familiar que interviene como fuente de apoyo —normalmente, un hermano, una hermana, un hijo o una hija—.

Como se ha expuesto anteriormente, los cuidadores necesitan conocer los diferentes síntomas del padecimiento de la esquizofrenia u otra psicosis para poder brindar a su enfermo los cuidados que necesita. El primer paso en este aprendizaje es tomar conciencia de que el familiar ha enfermado mentalmente y, seguidamente, asumir que padece una enfermedad mental que requiere atención médica. A doña Julia le costó comprender qué le estaba sucediendo a Carlos, por qué estaba comportándose de una manera extraña y agresiva, y atravesó un doloroso periodo de angustia y tristeza antes de asumir que su hijo padecía un trastorno psicótico que necesitaba ser atendido médicamente, al igual que otros hombres y mujeres que vivían en la comunidad.

Y hablaba unas palabras: alguien me está siguiendo, alguien me quiere matar, que fulano es así, que fulano, y yo cuando, pero no le dije que yo... Me puse bien preocupada, mi hijo tiene problemas con quién, quién lo hará de querer matar, quién hará de querer hacer daño a mi hijo. Ay, Dios mío, qué estará pasando, pero por qué. Porque yo nunca pensaba que era esquizofrenia como la doctora así me dijo, yo nunca pensé, o fuera un trabajo de brujería, yo nunca pensé eso, pues, ni siquiera había escuchado yo, ni por la mente me pasaba, ni siquiera unas palabras, no la había escuchado antes, ni tampoco estaba enterada de que aquí había muchas personas así. Hasta ahora que mi hijo está así, me doy cuenta que hay, porque me cuentan, ¿no?, pues fulano está así y que futano está así, pero que a ése le pasó porque así y el otro que más o menos porque dicen que así. Pues como yo, porque en una población a veces se escucha, ¿no?, de que fulano resultó así.

En casi todos los casos, los cuidadores recurrieron a la atención de un curador tradicional, pero, finalmente, todas las familias acabaron recurriendo a instancias psiquiátricas para atender el padecimiento de sus enfermos al constatar que era la forma de atención más eficaz para controlar su padecimiento mental.

4.1 La atención tradicional del padecimiento mental

Los cuidadores recurren a la atención tradicional durante los periodos de descontrol mental, mayoritariamente en la fase inicial de la enfermedad, cuando la esquizofrenia u otra psicosis se manifiesta por primera vez en sus familiares y su naturaleza no es todavía bien conocida. Así, la atención tradicional suele ser la primera forma de atención a la que recurre la familia, si bien Esther, Sofía y Adela fueron atendidas por curadores tradicionales después de haber sido llevadas a instancias biomédicas y constatar que su enfermedad no había sido curada. Salvo en los casos de Marcos y Carlos, las demás familias, incluidas las familias evangélicas de Sofía y Adela aun siendo contrario a los preceptos de su religión, optaron por recurrir a la medicina tradicional para atender la enfermedad de sus enfermos, la mayoría en el inicio de la enfermedad.

Tras buscar la mejor opción de acuerdo a su experiencia, los consejos de familiares o vecinos y sus recursos económicos, los cuidadores llevaron a sus enfermos a que fueran atendidos por curanderos locales —Esperanza, Lorena, Miguel y Sofía—, curanderos de comunidades vecinas —Natalia, Teresa y Adela— o por curanderos foráneos: un curandero del municipio colindante de Ojitlán —Esther—, un curandero de la ciudad de Tuxtepec —Teresa— y una curandera de una localidad del estado de Veracruz —Lucía—.

Los diagnósticos de los curadores tradicionales fueron bien que el enfermo había padecido susto, bien que había sido víctima de brujería. La maldad o brujería fue diagnosticada en los casos de Esperanza, Lorena, Esther, Lucía y Adela¹⁸³, siendo los causantes de la maldad la suegra —Esther y Lucía— o vecinos que no fueron determinados —Esperanza, Lorena, Adela—. El diagnóstico de susto fue establecido en los casos de Natalia, Miguel, Teresa y Sofía. Tras el diagnóstico, los curanderos les realizaron las respectivas curaciones de susto o de maldad, generalmente en dos o más sesiones, soplándoles aguardiente, haciéndoles limpias energéticas tallándoles con el huevo, dándoles hierbas medicinales para tomar o para bañarse con el agua tibia en la que previamente han sido infusionadas, incluso dándoles un sedante —diazepam— para calmar su descontrol mental en los casos de Esperanza y Lorena.

4.2 La atención biomédica del padecimiento mental

En todos los casos, los cuidadores recurrieron o siguen recurriendo a la biomedicina para atender el padecimiento mental de sus enfermos. Todos los enfermos han sido o siguen siendo atendidos en el Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur”, institución sanitaria perteneciente a los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), aunque, en las trayectorias de atención de varios enfermos, también aparecen otras instancias psiquiátricas estatales o

¹⁸³ La brujería también fue la causa que enfermó mentalmente a Carlos, un acto de maldad realizado por la mujer de su padre, según afirmaba doña Julia. Pero doña Julia, siguiendo sus creencias evangélicas, nunca recurrió a un curador tradicional, sino a la oración personal y a la oración de pastores evangélicos que, en varias ocasiones, fueron a su casa a orar por su hijo.

privadas y consultas privadas de medicina interna —Carlos y Adela—. Hay seis enfermos que solamente han sido atendidos en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca —Esperanza, Lorena, Natalia, Esther, Miguel y Carlos—; Teresa fue anteriormente atendida en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino de Sahagún” de Ciudad de México, perteneciente a la Secretaría de Salud (SSA); los hijos de Sofía la llevaron al Instituto Nacional de Psiquiatría de Ciudad de México (SSA) cuando la atención médica de su madre quedó a su cargo; y varios enfermos han sido atendidos en consultas privadas de psiquiatría en la ciudad de Veracruz —Teresa y Sofía—, en Tuxtepec —Lucía— y en la ciudad de Oaxaca —Marcos y Sofía—.

La primera vez que Sofía se descontroló mentalmente fue directamente canalizada al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca desde el Hospital General de Tuxtepec (SSO), pero cuando fue internada cuatro años después, al ser derechohabiente del ISSSTE, su esposo la llevó a la Clínica Hospital del ISSSTE de Tuxtepec donde fue referida al Hospital Regional del ISSSTE “Presidente Juárez” de la ciudad de Oaxaca. Tras ser valorada en la unidad de psiquiatría de este hospital, Sofía fue canalizada al Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur” dado que, en el estado de Oaxaca, es la única institución sanitaria que puede afrontar el internamiento de los pacientes.

Posteriormente, Sofía fue llevada por don Augusto en varias ocasiones a las consultas privadas de dos psiquiatras en la ciudad de Veracruz y, después del fallecimiento de su esposo, sus hijos la llevaron varias veces a la consulta privada de un psiquiatra de la ciudad de Oaxaca durante casi un año, hasta que, al estar viviendo en una localidad del estado de México y evitar gastos en consultas privadas, decidieron que fuera atendida en el Instituto Nacional de Psiquiatría de la Ciudad de México.

Teresa fue atendida en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino de Sahagún” de Ciudad de México porque su hermana, doña Rosario, estaba trabajando allí en ese periodo. Posteriormente, doña Rosario la estuvo llevando a la consulta privada de un médico psiquiatra de la ciudad de Veracruz durante varios años, hasta que fue a trabajar a la ciudad de Oaxaca y, para ahorrar dinero en viajes y consultas privadas, decidió llevarla al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca donde fue internada en dos ocasiones.

Antes de que Marcos fuera internado en el Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur”, su hermano y su sobrino lo llevaron a la consulta privada de un psiquiatra en la ciudad de Oaxaca, atención que no logró controlar su estado mental. En cambio, Lucía sí fue controlada mentalmente recurriendo a la atención psiquiátrica privada. La segunda vez que se descontroló mentalmente, su hermana la llevó a la consulta privada de una psiquiatra de Tuxtepec donde estuvo siendo atendida durante dos años. Después de dos años de tener buena salud mental sin tomar medicación, Lucía volvió a recaer en el descontrol mental y fue llevada por su hermana al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, donde ha sido siempre atendida ambulatoriamente.

a) Las acciones de cuidado relativas a las consultas médicas

La atención psiquiátrica ambulatoria de los enfermos, sea en una instancia estatal o en una consulta particular, requiere que el cuidador primario o el familiar que interviene como fuente de apoyo lleve a su enfermo regularmente a las citas médicas, pues generalmente la citación se pauta con un intervalo de tres meses, si bien en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, dados el largo viaje entre Usila y Oaxaca y el nivel socioeconómico de las familias, los médicos accedían a espaciar las citas a 4 o, incluso, 6 meses.

Cuando la atención del padecimiento mental se lleva a cabo en el Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur”, viajar hasta la ciudad de Oaxaca tres o cuatro veces al año supone un gran esfuerzo para las familias, no sólo en tiempo —un viaje largo de 10 horas que requiere tomar tres autobuses—, sino también económico, pues a los gastos en consultas y compra de medicamentos hay que añadir los gastos en boletos de autobús y comida para el enfermo y su familiar responsable. Por eso, a veces, el cuidador acude solo a las consultas con el fin de que el médico le expida las recetas, tras informarle sobre el estado mental de su enfermo, y poder conseguir así los medicamentos necesarios hasta la siguiente cita.

A lo largo de los años, entonces, las citas médicas y los viajes para acudir a las consultas se van acumulando. Don Eusebio, el esposo de Esperanza, señalaba que, en el tiempo que su mujer llevaba enferma, había acudido en muchas ocasiones a las consultas médicas en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, citas anotadas por el personal administrativo en una tarjeta que se entrega al cuidador responsable.

Muchas veces, mucho, mucho, ah, su madre. Aquí tengo resultados, aquí están citas [me muestra una de las tarjetas de citas del hospital]. Uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho. Tengo acá, aquí tengo, mira, está lleno.

Ajá, muchas citas.

Sí. Uno, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete, ocho, nueve, diez, once, doce, trece, catorce, quince, [sigue contando una a una las citas] veinticinco veces. Veinticinco y más... y más diez, más nueve, más ocho. Carnets tengo tres, tres o cuatro, creo.

Antes de pasar a consulta, el cuidador está pendiente de la llamada del personal de enfermería que mide y pesa al paciente, toma su presión arterial y mide su índice de glucosa en sangre. Ya en la consulta, el cuidador informa al médico psiquiatra sobre el estado mental de su familiar enfermo y la eficacia de la medicación, reportándole los síntomas o los efectos adversos de los medicamentos que se han manifestado en los últimos meses, su nivel de desempeño en las tareas domésticas o productivas que realiza. Cuando el enfermo no entiende bien el español, el cuidador traduce al chinanteco las preguntas que el médico plantea al enfermo: su nombre, el nombre de su acompañante, el nombre de su cónyuge e hijos, la edad que tiene, el día de la semana, el mes y el año, qué tareas realiza, si escucha voces, si tiene visiones, si hay personas que le quieren hacer daño, si presenta temblores o rigideces musculares, etc. Del mismo modo, el cuidador traduce al español las respuestas del enfermo para que el psiquiatra pueda comprenderlas y registrar la información que está inquirendo sobre sus síntomas, sus respuestas

cognitivas y emocionales, los efectos adversos provocados por la medicación, sus actividades en la vida cotidiana. Si el psiquiatra observa un sobrepeso causado por la medicación, al finalizar la consulta, deriva al paciente a la consulta de la nutrióloga para que le prescriba una dieta que le ayude a controlar su peso.

En los casos en que un familiar se encarga, como fuente de apoyo, de llevar al enfermo a las consultas médicas, el cuidador primario está pendiente de que cumpla con su responsabilidad de llevarlo a sus citas y, al vivir en otra localidad y no convivir con el enfermo, le transmite la información que ha ido observando sobre su estado mental y la eficacia de la medicación a fin de que la comunique al médico psiquiatra.

Acudir a las consultas externas en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca supone, además, que el cuidador tenga que efectuar una serie de gestiones administrativas:

- Cuando no acude a la cita anotada en la tarjeta de citas, llamar con antelación al hospital psiquiátrico en caso de que quiera cambiar la cita o desee concertar una nueva cita.
- Apuntar en el registro de entrada el nombre completo, la procedencia y la hora de llegada del paciente que va a ser atendido.
- Proporcionar la tarjeta de citas y la póliza del Seguro Popular¹⁸⁴ al personal administrativo, siendo este último documento devuelto enseguida después de anotar el número de afiliación y la tarjeta de citas, tras finalizar la consulta y fijar la fecha de la siguiente citación.
- Pagar la consulta en el área de caja cuando el tipo de enfermedad no está totalmente cubierta por el Seguro Popular y según una cuota que atiende al nivel socioeconómico de la familia establecido por las trabajadoras sociales —nivel socioeconómico que es designado la primera vez que el enfermo recibe atención médica en el hospital psiquiátrico y que se va actualizando periódicamente—.

A partir del año 2010, cuando entra en vigor la cobertura del Seguro Popular, la medicación prescrita por los médicos es suministrada por los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), primeramente, en la farmacia del Seguro Popular que se encuentra en la ciudad de Oaxaca y, a partir de 2014, en la farmacia del propio hospital. El suministro de medicamentos, generalmente, es parcial y está rigurosamente controlado, de modo que el cuidador tiene que presentar la tarjeta de citas, las recetas expedidas en la consulta presente y en la cita médica anterior a fin de calcular cuántas cajas o frascos de medicinas se deben proporcionar al enfermo en función de las dosis prescritas, el tiempo que debe durar el tratamiento y la cantidad de medicamento que puede sobrar desde la última vez que acudió al hospital. La entrega de los medicamentos requiere que el cuidador firme en

¹⁸⁴ La póliza del Seguro Popular requiere ser solicitada y posteriormente renovada a su caducidad, gestiones administrativas que realiza el cuidador primario o el cuidador secundario ante las brigadas de la Jurisdicción Sanitaria de Tlaxiaco, Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), que llegan periódicamente a San Felipe Usila.

la receta tras escribir su nombre, el domicilio de la persona enferma y la fecha de recepción.

Dado que los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), bien en la farmacia del Seguro Popular, bien en la farmacia del Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur”, generalmente, no suministran el tratamiento completo a los pacientes, el cuidador primario o la fuente de apoyo debe de comprar los medicamentos faltantes en las farmacias de Oaxaca o Tuxtepec para que su enfermo se mantenga controlado hasta la próxima cita médica. Regresar más adelante a la ciudad de Oaxaca en busca de la medicación que no ha sido surtida supone nuevamente realizar un largo viaje y gastos añadidos, aparte de que no hay la seguridad de que la medicación faltante sea totalmente proporcionada. El cuidador primario o la fuente de apoyo recurre a la estrategia de comprar medicamentos genéricos con el fin de ahorrar dinero frente a los precios más elevados de los medicamentos de patente.

b) Las acciones de cuidado relativas al internamiento hospitalario

En la mayoría de los casos, cuando los enfermos se hallan mentalmente descontrolados son trasladados a un hospital psiquiátrico. Actualmente, los cuidadores recurren frecuentemente a un viaje particular en camioneta con el fin de poder controlar mejor la conducta del enfermo al contar con el apoyo de varios familiares, evitar el contacto con gente desconocida y reducir las horas de viaje. Pero si deciden viajar en autobús, el cuidador primario suele ir acompañado por otro familiar a fin de poder manejar al enfermo en caso de que se comporte de una manera imprevista o agresiva.

En el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, cuando los médicos consideran que el descontrol mental del enfermo no puede ser tratado ambulatoriamente y requiere internamiento hospitalario, el cuidador debe de firmar la constancia de internamiento y responsabilidad, documento que registra por escrito que el cuidador autoriza el internamiento del enfermo y se convierte en su tutor. El internamiento hospitalario del enfermo compromete al cuidador a una serie de obligaciones:

- Venir a buscar al enfermo cuando es dado de alta, llevando la ropa y el calzado que va a vestir cuando salga del hospital ese día.
- Visitar semanal o quincenalmente a su familiar internado entregando a las trabajadoras sociales una serie de productos de higiene personal: pastillas de jabón, cepillo de dientes, pasta dentífrica, rollos de papel higiénico, toallitas sanitarias en el caso de mujeres.
- Asistir a las charlas que se imparten a los familiares en el módulo de trabajo social sobre temas como las diferentes áreas terapéuticas y administrativas existentes en el hospital y sus funciones, o las terapias de rehabilitación cognitiva y psicomotriz que se brindan a los enfermos, sugiriendo cuáles pueden ser realizadas por los familiares en el hogar.

- Pagar la estancia de internamiento según la cuota diaria correspondiente al nivel socioeconómico de la familia.

En los internamientos hospitalarios, las personas enfermas, además de proporcionarles ropa, tres comidas al día y ser aseadas o asearse por sí mismas diariamente, son atendidas médicamente para tratar su enfermedad mental y otras enfermedades orgánicas como la diabetes, reciben terapia psicológica en función de sus déficits cognitivos y realizan actividades individuales, como bordar servilletas o pintar, y actividades colectivas, como juegos de mesa, juegos orientados a potenciar habilidades cognitivas y psicomotrices, bailar, hacer gimnasia, jugar al baloncesto, cuidar ganado vacuno y caballar, trabajar en el huerto o asistir a la misa católica.

En alguna ocasión, Esperanza hablaba sobre las actividades que había realizado durante sus internamientos en el hospital psiquiátrico, comentarios que evocaban un buen recuerdo de sus estancias.

Lo vi un toro en hospital, lo vi un toro negro.

También allí trabajan en el huerto, ¿verdad?

Sí. Me eché agua de plantas también, todas plantas me eché agua, porque dice doctor echa agua plantas, dice, me eché agua plantas, me enjuagué mucho con agua también. Aparte fueron los hombres a echar agua en plantas también. Porque ahí está puro los hombres, hay, cómo se llama, está el cuarto de hombre ahí, acá está el cuarto de mujeres. Y mujer, cuando se baila, va junto con hombres. Sí, fuimos a bailar.

¿Allí en Oaxaca?

Sí, porque dice doctor baila [risas de ambos] para se quite tu enfermedad, dice.

¿Y con quién bailaba?

Con un chamaco. No, no conozco cómo se llama, no conozco cómo se llama.

Entonces, ¿se divertía allá en Oaxaca?

Sí.

¿Y qué más cosas hacía allá?

Me bordé servilletas. Una flor así hace, hace hilos acá, hilos, hilos, hilos, hilos. Luego de grande lo bordas así, así termina. Bonita, bonita flor.

Una vez que el paciente es dado de alta, el cuidador responsable debe de conseguir la medicación prescrita realizando las mismas gestiones administrativas que después de una consulta externa y, del mismo modo, comprar los medicamentos que no han sido surtidos por la farmacia del hospital psiquiátrico.

4.3 La evaluación de la atención médica del padecimiento mental

Los cuidadores primarios, los cuidadores secundarios y las fuentes de apoyo evalúan la calidad y la eficacia de la atención médica que reciben las personas enfermas: la competencia de los curadores tradicionales y los médicos psiquiatras, la eficacia de sus tratamientos terapéuticos y el coste económico que suponen la atención médica y los regímenes terapéuticos.

a) La evaluación de la atención tradicional del padecimiento mental

La atención tradicional recibe tres tipos de evaluaciones: unos cuidadores afirmaron que había servido para curar la enfermedad, otros cuidadores observaron que habían calmado la enfermedad durante un tiempo, mientras que otros cuidadores estimaron que había tenido poca eficacia o ninguna.

Las curaciones tradicionales de susto no resultaron eficaces en los casos de Sofía y Miguel y calmaron el descontrol mental durante unos meses en el caso de Natalia. Natalia fue atendida dos veces por el curandero y, según su hija Luisa, hubiera necesitado más curaciones, pero no tuvieron el dinero suficiente para seguir costeadando más sesiones de curación. La atención tradicional también controló el padecimiento de Teresa durante varios meses en el comienzo de la enfermedad y cuando fue atendida por un curandero de una comunidad vecina dos años después. Sin embargo, las curaciones de espanto que le haría su cuñado años después cuando estuvo bajo el cuidado de su hermana, doña Rosario, en una comunidad situada en el sur del estado de Oaxaca, solamente conseguían controlar su estado mental durante dos días, recayendo en el descontrol mental al tercer día.

Las curaciones tradicionales de maldad sanaron la enfermedad en los casos de Lucía y Adela la primera vez que se descontrolaron mentalmente, no volviendo a enfermar hasta dos y doce años después respectivamente, y mostraron baja eficacia en los casos de Esperanza y Lorena, quienes se “tranquilizaban tantito” por uno o dos días. Aunque se trataba de un curandero bien valorado en Usila, no pudo curar la enfermedad mental de Esperanza y Lorena.

En el caso de Esther, su madre, doña Cristina, la llevó con un curandero que vivía en una comunidad del municipio vecino de San Lucas Ojitlán, quien dictaminó que Esther no padecía una enfermedad mental, sino que había sido víctima de un acto de brujería: su suegra había enterrado una uña de su dedo gordo del pie y un mechón de su cabello en la tumba de un difunto en el panteón. Le dio una infusión de hierbas medicinales que le hizo dormir durante muchas horas seguidas, le realizó un ritual, pero la sanación de su maldad requería que el curandero fuera a Usila y desenterrara la uña y el mechón de cabello, pidiendo permiso previamente a las autoridades municipales. El elevado coste económico de ese servicio y la incredulidad de don Francisco, el padre de Esther, hicieron que, finalmente, no se llevara a cabo la curación de la maldad.

Y cuando le hicieron a Esther la [curación de] brujería para quitarle la locura, según el señor, pues era un señor muy especial en curar, pues. Pues no que se murió Esther, dice mi mamá, toda la noche entera, dice, se quedó ahí dormida, dice, hasta el día siguiente, dice. Como sea ya se despertó. Desde muy temprano dice que le hicieron no sé qué y... Y que dijo ese señor, dice, que Esther no tiene enfermedad, sino que está embrujada, ¿no?, porque tenía su uña enterrada en el panteón encima de un muerto y su rizo de cabello, su mechón. Que dijo ese señor, dice, que él venía a sacarlo, mi mamá no lo creía, lo que él estaba viendo, pues, dónde estaba eso. Inclusive dijo que voy a pedir permiso en el palacio, dice, con el presidente para sacarlo, dice, allí está, pues. Que nada más en ese tiempo el señor quería 300 pesos, pues mi mamá ya no sabía ni qué hacer, ya no había dinero. Ya me dice mi mamá que dijo mi papá que pura tontería, pues, no es cierto, quién va a hacer eso. (Doña Pilar, hermana de Esther)

Pero tanto doña Cristina como doña Pilar se quedaron con la duda: ¿era cierto lo que afirmaba aquel curandero? ¿Esther había enfermado a causa de un acto de brujería?

Y nunca supimos, porque no vino esa gente a buscar eso. Pero a lo mejor, si lo hubieran hecho, hubiéramos sabido. También, este, era mejor que hubieran venido, para mí, le dije a mi mamá. A lo mejor, mami, si vienen, pues sabremos la verdad. Y así como que no se checa, estamos a lo mejor, pues, pudo ser, ¿no? Nada más nos estamos preguntando.

b) La evaluación de la atención biomédica del padecimiento mental

En la evaluación de la atención biomédica, de manera similar a la evaluación de la atención tradicional, los cuidadores tienen en cuenta cuatro factores fundamentales:

- a) La eficacia de los tratamientos terapéuticos en el control de los síntomas y la curación de la enfermedad mental.
- b) La recuperación cognitiva del enfermo que le permita realizar trabajos domésticos y productivos.
- c) Los efectos adversos que los psicofármacos provocan en los enfermos.
- d) El coste de la atención médica, que incluye los gastos en viajes de ida y vuelta, comidas, consultas médicas, internamientos hospitalarios y compra de medicamentos.

Aunque en un principio tienen expectativas de que el enfermo pueda curarse, los cuidadores, los familiares y las personas enfermas acaban asumiendo que el padecimiento de la esquizofrenia y otras psicosis no tiene curación y sólo puede ser controlada por medio de la medicación —salvo en el caso de Marcos que logró sanarse—. Así se lo explicaron los médicos psiquiatras a los cuidadores en todos los casos y, en todos los casos, lo pudieron comprobar viendo cómo los enfermos volvían a recaer en el descontrol mental tras dejar

de tomar los psicofármacos durante un tiempo. Asimismo, los cuidadores y los familiares constatan que, aunque estos padecimientos mentales son duros y causan mucho sufrimiento en los enfermos, sobre todo en los periodos de descontrol mental, no llevan a la muerte, sino que se ciñen a trastornar el pensamiento, la emocionalidad y la conducta de quienes los padecen.

El control del padecimiento de la esquizofrenia u otra psicosis requiere, por tanto, que la persona enferma tome regularmente su medicación psiquiátrica de por vida. Don Rafael, en diversas ocasiones, pudo constatar cómo su hermana Esperanza se descontrolaba mentalmente cuando dejaba de tomar sus medicamentos.

Como ya no había dinero tanto que gastamos, entonces ya lo dejé así nomás. Y otra vez se cayó, otra vez se cayó, pero más fuerte todavía que la primera vez. Ya porque tenía una fuerza increíble, pues. La llevé, en autobús la llevé de aquí, de Usila a Tuxtepec.

¿Y eso cuándo fue?

Como tres años después, creo.

¿Y durante ese tiempo estuvo bien?

Sí, se curó, pues, pero como lo dejamos, ya no regresó a Oaxaca a la cita médica. Entonces ya la llevé. Llegando a Tuxtepec hizo... pero ya no podía yo controlarla, y luego la gente no apoyaba nada. Aunque veía, no. Y yo conocía a una familia en Tuxtepec que sabía inyectar, y ella llevó dos inyecciones, y ahí la amarraba yo de manos y pies con mi cuñado, y apuradamente le pudo inyectar. Pero ni eso, ni eso se controló. Luego me fui ahí al hospital. La internaron una noche en el hospital. Le pusieron cinco inyecciones, cada media hora, cada media hora. Al día siguiente se veía atontada. Y ya fue que salimos de Tuxtepec para llevarla otra vez para el médico. Y ya de ahí ya no se ha vuelto tanto, pues, pero tiene que tomar medicamento porque, si deja de tomar medicamento, porque ella cayó como tres veces así fuerte. Entonces ya su esposo está acostumbrado también de llevarla al médico a la cita. Y si deja de tomar su medicamento, entonces le vuelve otra vez.

Los cuidadores son conscientes de que la atención psiquiátrica es la única forma de atención que controla el padecimiento mental de sus enfermos, remitiendo o eliminando sus síntomas psicóticos, propiciando que vuelvan a realizar trabajos domésticos o productivos con mayor o menor desempeño dependiendo de los casos. Sin embargo, la necesidad de que la persona enferma tome diariamente su medicación de por vida provoca que las familias tengan dificultades económicas para sostener su atención médica de manera continuada. El coste económico que suponen los viajes a las citas médicas tres o cuatro veces al año, el pago de las consultas y la compra de los medicamentos hace que, en casi todos los casos, la atención médica sufra frecuentes interrupciones que sumen a los enfermos en el descontrol mental por periodos que, generalmente, varían entre semanas y varios meses, y que, en ciertos casos, se prologaron durante años —Esther, Miguel y Carlos—.

Ya después fueron por ella y ya le dieron de alta, pues, fueron por ella. Y ya de allí nada más unos meses estuvo bien y otra vez, y otra vez volvió a ponerse mal. Nada más unos meses estuvo bien, y otra vez y otra vez la volvieron a llevar. De por sí, pues, ella tenía su cita, que tenía que presentarse. Luego no había el dinero, luego, o por otras cosas, por equis cosas ya no la llevaron. Ya vuelve a ponerse mal y otra vez jalar con ella al hospital. Ya van muchas veces que ella se interna ahí por un mes, a veces, por quince días, no es nada. (Doña Pilar, hermana de Esther)

Antes de la entrada en vigor de la cobertura del Seguro Popular, las familias, incluso, tenían dificultades para sufragar los gastos que conllevaba el internamiento de su familiar en el hospital psiquiátrico cuando éste se prolongaba en el tiempo. Elena comentó que, en una ocasión, su padre no pudo afrontar los costes que implicaban los viajes, el internamiento y los productos de higiene personal que había que entregar a las trabajadoras sociales, y solicitó que Esperanza fuera dada de alta para regresar con ella a Usila.

Sí fue, mi papá sí la llevó a Oaxaca, pero cuando regresó todavía seguía igual, pues. Y ahí, cuando ella estuvo internada ahí, citaba a mi papá cada ocho días, cada ocho días, para que llevara todos los requisitos de ahí, pues: pétalo [papel higiénico], chancla, todo, todo, jabón, pasta, cepillo, cada ocho días. Por eso mi papá mejor la trajo porque es mucho gasto, cada ocho días, pues, mi papá debe de trabajar aquí y mantenernos. Por eso la trajo mejor. Desde ahorita no, no ha curado nada, desde septiembre.

En ciertas enfermas —Esperanza, Esther y Sofía—, la eficacia de los tratamientos psiquiátricos, medicación e internamiento hospitalario, era relativa, no lograban controlar bien su estado mental, de modo que las enfermas seguían presentando síntomas y un estado mental fluctuante a pesar de estar medicadas. Así lo describía doña Pilar en el caso de su hermana Esther:

Porque pues allá, cuando la llevamos a Oaxaca, nada más la fuimos a llevar, pero esa vez no la internaron, ¿eh?, nos tuvimos que venirnos con ella, ¿usted cree?

¿Pero cuándo?

Nomás no me acuerdo qué año fue. Hace como siete años, creo, como siete u ocho años, por ahí. Nos tuvimos que regresar con ella porque no quisieron internarla. Ay, Dios mío, por más que hemos intentado, pues no. Sí nos dieron medicamento, nada más. Ya después de ahí también ya no fui, fue mi sobrina, su hija, la que está en México. Y ella sí, siguió y siguió y siguió. Fue hasta dos años, tres años, creo, con tratamiento. Pero nada le hacía, ¿eh?, ¿usted cree? Andaba un poquito bien, pero, no mucho, decía, ah su, qué bien está Esther, pues no. De repente, se le subía la locura, pero quién sabe por qué, fíjese, ¿eh? A lo mejor, por su mismo coraje, creo, se le calentaba la cabeza.

En el caso de Sofía, al constatar que los tratamientos terapéuticos brindados en los sistemas sanitarios estatales no conseguían curar la enfermedad y le causaban somnolencia, don Augusto buscó la atención privada en dos consultas de psiquiatría de la ciudad de Veracruz, pero los medicamentos resultaron ser muy caros e imposibles de sostener económicamente de manera regular. Finalmente, con el tiempo, don Augusto y los familiares de Sofía acabaron asumiendo que su enfermedad mental era incurable y sólo podía ser controlada con una medicación inyectada que le causaba el efecto adverso de la somnolencia, pero su costo, más barato, era asumible para la familia.

Los efectos adversos de los medicamentos también fueron observados por los cuidadores en otros enfermos —Esperanza, Esther, Teresa, Miguel, Lucía, Carlos—, sobre todo somnolencia, movimientos involuntarios y temblores en el cuerpo y las extremidades, y reportados a los médicos psiquiatras en las consultas para que trataran de eliminar o reducir estos efectos adversos, introduciendo medicamentos específicos para paliarlos o cambiando el antipsicótico. Análogamente, los cuidadores evalúan la eficacia de la medicación en el control de los síntomas, a veces comparando el tratamiento actual con otro prescrito en el pasado para inferir cuál es el más efectivo, evaluaciones que son comunicadas a los médicos en las consultas para que sean tenidas en cuenta a la hora de recetar el tratamiento más adecuado para el enfermo.

En algunos casos —Esther, Teresa y Miguel—, los cuidadores y los familiares del enfermo querían que sus enfermos fueran internados durante periodos más prolongados, durante un año o más, el tiempo necesario para que su enfermedad mental pudiera sanar. Los internamientos hospitalarios por dos semanas o un mes eran considerados insuficientes, pues el enfermo volvía a descontrolarse mentalmente si no tomaba su medicación. Esta creencia motivó que, en una ocasión, los cuidadores de Teresa y Miguel no fueran a buscar a sus enfermos cuando fueron dados de alta a fin de que permanecieran mayor tiempo en la institución: Teresa, en 1986, permaneció internada durante 5 meses en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino de Sahagún” de Ciudad de México, Miguel estuvo internado 6 meses en el Hospital Psiquiátrico “Cruz del Sur” de Oaxaca entre septiembre de 2005 y marzo de 2006, hasta que las respectivas direcciones de los hospitales llamaron a la presidencia municipal para comunicar que sus familiares responsables debían de ir a buscar a sus enfermos.

La trayectoria de atención de Marcos contrasta con las trayectorias de atención de los demás enfermos, pues, en su caso, logró recuperarse de su trastorno psicótico meses después de su internamiento hospitalario. Como en el caso de otros enfermos, los familiares encargados de buscar su atención fueron evaluando la eficacia de los tratamientos terapéuticos aplicados en las tres instancias médicas a las que recurrieron. Antes de llevarlo al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, su hermano Agustín y su sobrino lo llevaron al Hospital Civil de Oaxaca (SSO), donde se le aplicó una medicación que lo calmó por unas horas, posteriormente a la consulta privada de un psiquiatra cuyo tratamiento tampoco consiguió controlar su estado mental.

Llegando Marcos a Oaxaca, era de noche, las once de la noche, tuvimos que llevarlo al Hospital Civil para que le dieran un calmante hasta el día siguiente. Se calmó y, hacia las dos de la tarde, volvió a ser dominado por la enfermedad. De ahí se buscó la atención de un psiquiatra durante unos diez días aproximadamente. El médico era médico general y luego se especializó en el cerebro. Este hombre primero platicó con Marcos, tomó temperatura, y él recetó a Marcos pensando que sí se iba a controlar. Pero a los tres o cuatro días se volvió a descontrolar. Le hicieron pruebas del cerebro a Marcos, pruebas que tiene mi hijo. El estudio salió negativo, el cerebro no estaba afectado.

[...] Cuando llegamos al hospital, nos preguntaron la identidad de Marcos, en qué trabajaba, dónde vivía, si tenía familia. Me hicieron varias preguntas. En el momento en que ellos reciben a Marcos allá, el médico trata a Marcos directamente. Él se identificó perfectamente. Le dijo su nombre, su edad, los nombres de sus hijos. Al rato de platicar con el médico, Marcos vuelve a perder el conocimiento.

[...] Cuando se descontroló en el hospital, lo internaron. Marcos me reclamó. ¿Sabes qué? Te vas a quedar aquí por tu bien. Nunca le dije que lo iban a internar porque no lo iba a admitir. Fue un logro dejarlo allí porque lo trataron bien y, cuando fuimos a buscarlo, estaba bien. Cuando fuimos a buscarlo, platicamos con el psicólogo y éste le comentó a Marcos que dejara de tomar, que eso era lo que le afectaba mucho. El psicólogo nos comentó que él estaba bastante recuperado.

Mientras Marcos estuvo internado en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, los médicos le aseguraron varias veces que su enfermedad era incurable y tenía que tomar medicamentos por el resto de su vida. Nunca aceptó ese pronóstico. Marcos era consciente de que su enfermedad mental había sido consecuencia de su comportamiento inmoral en la vida, Dios lo había castigado por sus graves pecados para que reflexionara y rectificara su camino. Marcos se humilló, pidió perdón a sus familiares, pidió perdón a Dios por sus pecados y, a través de Jesucristo, imploró a Dios su sanación. Al ver que su arrepentimiento era verdadero, Dios tuvo misericordia y lo sanó.

Pero una doctora y otro doctor me decían mira, Marcos, hasta aquí llegaste, porque eso fue lo que buscaste, para toda tu vida vas a andar con el medicamento. Pero, al escucharme así, yo me reí, de corazón nada más me reí, de mi corazón nada más. No me reí de la cara, pues, para que no se diera cuenta qué es lo que estaba haciendo, ¿no? Pero me reí de corazón y le dije no. No le dije nada al doctor ni a la doctora, pero mi corazón dijo no, no, pues, no me voy a quedar así porque sé por qué estoy aquí.

[...] *¿Por qué dejó de tomar el medicamento?*

Me dejé de tomar el medicamento porque yo ya me sentía bien. O sea, me di cuenta que yo ya no hablo como me dijeron allá en el hospital, pues. Porque ellos me dijeron no, vas a controlarte con esto, porque, si no tomas pastilla, vas a hablar, vas

a hablar así, así como loco, me decía también. Ah, yo me reí como le he dicho en un principio, ¿no?, de corazón, pero no me reí de labio, no, no me reí, pues, pero sí me reí. Así lo dejé cuando yo ya me sentía bien.

[...] Nada más fui una, dos, como tres veces a hospital, como cita.

¿Y qué le iban diciendo en las citas?

Pero la misma palabra me decían ellos, la doctora y el doctor. Primero me fui con la doctora y luego con el doctor. De la misma, de la misma, siempre la misma palabra se repetía, pero mi secreto en Dios era otro también, pues, y sabía que iba yo a quedar sano, pero por la gracia de Jesús, de Dios, pues. Así estuvo esto.

Marcos agradecía la labor de los médicos, le habían ayudado a curarse, aunque la ciencia médica fuera limitada en comparación con las obras maravillosas de Dios que es Todopoderoso.

Y si Dios quiera, un día voy a visitar ese centro, ese hospital, voy de vuelta a visitarlo, a agradecerle a ellos por lo que me hizo también, ¿no? Pues sí, hizo lo que pudo, pero hay algo más que puede ser más cosas, pues. Hasta ahí nada más hicieron ellos, pero lo hicieron, según su ciencia, según lo que ellos estudiaron, hasta ahí nada más llegó. Pero es bueno también, ¿no?, es bueno porque no puedo decir nada en contra de ellos. Hasta ahí nada más llegaron, ¿no? ¿Qué podemos hacer? Mas hay otro que sí es más, que es Todopoderoso, el cual hace muchas cosas, maravillas que uno no comprende. Yo mismo no comprendo todavía ahorita por qué estoy vivo.

También estaba muy agradecido con la labor terapéutica y el trato que había recibido durante sus catorce días de internamiento. Marcos consideraba que el personal del hospital trataba a los enfermos con profesionalidad y amabilidad.

¿Sí recuerda los días que estuvo allí?

Sí me acuerdo bien, bien, bien. No, no es que no me acuerdo, sí me acuerdo. Nos daban de comer tres veces. Íbamos a hacer ejercicio también, dos veces, creo, al día. Y así. Y me acuerdo que hicieron una fiesta de los que están ahí también, dentro de ahí, me acuerdo que hicieron fiesta. Ahí estuve también viendo cómo se bailaba a los enfermos. Y a fuerza, este, la doctora y la enfermera querían bailar conmigo y yo le dije no, no, no me bailé, pues, no, no, no, porque yo ya me daba cuenta, pues, no, no me bailé. Sí estuve. Hicieron una gran fiesta y comimos sándwich en aquel entonces bien sabroso y nos repartieron dulce. O sea, ahí son bien tratados la gente, ¿eh?, para eso estudiaron ellos, ¿no? Pues hay algunos canijos también que son malos, ¿eh? Sí, sí, son malos. No, ahí la gente es a todo dar, hombre, son muy buenos. Me trataron como debe ser. Sí, sí les agradezco a ellos también, les agradezco mucho a ellos porque son muy amables, la enfermera tanto el doctor, sí, son muy buenos.

4.4 La atención de las enfermedades orgánicas padecidas por el enfermo

Cuando los enfermos se encuentran mentalmente controlados, los cuidadores primarios buscan atención médica cuando éstos padecen malestares físicos y enfermedades orgánicas, siendo los más frecuentes los dolores de cabeza asociados al padecimiento mental y la diabetes provocada por la toma prolongada de antipsicóticos.

Los fuertes dolores de cabeza que, sobre todo, sufrían Esperanza y Natalia aun medicadas y Teresa cuando estaba mentalmente descontrolada, eran tratados con analgésicos que los cuidadores primarios iban a comprar a las farmacias de la localidad. En alguna ocasión, don Eusebio avisaba a un curandero local para que fuera a la casa y tratara de aliviar con sus curaciones el dolor de cabeza y, de paso, calmar el estado mental de su esposa Esperanza —soplado de aguardiente, limpias, baños con plantas medicinales—. Pero, generalmente, al igual que en los casos de Natalia y Teresa, Esperanza recurría a los analgésicos y los baños con agua fría para aliviar sus dolores de cabeza.

Otro enfermo que recurrió a la medicina tradicional para curar sus dolores de cabeza fue Marcos. Después de recuperarse de su trastorno psicótico, Marcos siguió sufriendo agudos dolores de cabeza diariamente durante dos años, que aliviaba mediante la oración, pidiendo a Dios su ayuda, y con la savia de una planta medicinal que, tras exprimirla con sus dedos, aplicaba sobre su frente.

En los casos de Esperanza, Natalia, Esther y Sofía, los cuidadores primarios estaban pendientes de controlar su diabetes, llevándolas al Centro de Salud cada cierto tiempo para que les midieran el nivel de glucosa en sangre, mayormente dentro de las revisiones periódicas que se hacían en el marco del programa social PROSPERA. Cuando el paciente presentaba una glucemia elevada, la enfermera lo derivaba a la consulta del médico, quien pautaba los medicamentos adecuados —metformina y glibenclamida—. Si el dispensario contaba con esa medicación, tras la consulta, el cuidador primario recibía unas cajas de medicinas presentando la receta médica.

Además de en el Centro de Salud de San Felipe Usila, también se llevaba un control del índice de glucosa en sangre en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca; el personal de enfermería realizaba mediciones de glucemia a todos los enfermos cada vez que acudían a sus citas médicas. Si los médicos constataban que el enfermo presentaba una tasa elevada de glucosa en sangre, además de la medicación psiquiátrica, recetaban medicamentos orales para controlar su diabetes —metformina y glibenclamida—.

Cuando Lucía fue atendida en una consulta privada de Tuxtepec, la psiquiatra detectó que presentaba un problema de hipotiroidismo, que fue tratado a la vez que su trastorno psicótico durante un año aproximadamente. A petición de la psiquiatra, su hermana Alma, su cuidadora primaria, la llevaba a hacer análisis de sangre en un laboratorio de Tuxtepec para observar su evolución y pautar la medicación y la dosis necesarias para controlar su hipotiroidismo.

Acciones del área de supervisión del estado mental

Subáreas de cuidado	Descontrol mental	Control mental
Aprendizaje de saberes sobre el padecimiento mental	<p>Saberes sobre la naturaleza fluctuante del padecimiento, con fases de exacerbación y remisión de síntomas.</p> <p>Saberes sobre la naturaleza impredecible de las fluctuaciones del padecimiento.</p> <p>Saberes que permiten identificar el comienzo de una crisis psicótica y sus fases.</p>	<p>Saberes sobre la naturaleza fluctuante del padecimiento, con fases de exacerbación y remisión de síntomas.</p> <p>Saberes sobre la naturaleza impredecible de las fluctuaciones del padecimiento.</p> <p>Saberes que permiten identificar el comienzo de una crisis psicótica y sus fases.</p>
Observación, identificación y definición de los cambios en el estado mental	<p>Observar, identificar y definir si la enfermedad está sufriendo un agravamiento.</p> <p>Observar, identificar y definir si su estado mental está experimentando un empeoramiento, una crisis psicótica o una recuperación.</p>	<p>Observar, identificar y definir si el enfermo se halla bien controlado mentalmente.</p> <p>Observar, identificar y definir si su estado mental está experimentando un empeoramiento, una crisis psicótica o una recuperación.</p>

Acciones del área de manejo de conductas problemáticas y agresivas

Subáreas de cuidado	Descontrol mental	Control mental
Evitar conflictos con los vecinos	<p>Evitar que el enfermo salga a la calle o vaya a las casas de los vecinos.</p> <p>Encerrar al enfermo temporal o permanentemente en la vivienda o en un cuarto exterior.</p>	
Manejo de la agresividad verbal en el hogar	<p>Procurar que el enfermo no se enoje y reaccione agresivamente, no contrariando sus afirmaciones, hablándole con comprensión y suavidad.</p> <p>No hablar al enfermo y esperar que la exacerbación de su ánimo remita por sí sola.</p> <p>Cuando el enfermo muestra enojo y agresividad, no replicar sus comentarios ni entrar en discusión.</p> <p>Calmar el ánimo del enfermo, hablándole con suavidad, exponiendo argumentos, mostrándole cariño.</p>	<p>Procurar que el enfermo no se enoje y reaccione agresivamente, no contrariando sus afirmaciones, hablándole con comprensión y suavidad.</p> <p>No hablar al enfermo y esperar que su alteración remita por sí sola.</p> <p>Cuando el enfermo muestra enojo y agresividad, no replicar sus comentarios ni entrar en discusión.</p> <p>Calmar el ánimo del enfermo, hablándole con suavidad, exponiendo argumentos, mostrándole cariño.</p>
Manejo de la agresividad física en el hogar	<p>Procurar que el enfermo no se enoje y reaccione agresivamente, no contrariando sus afirmaciones ni sus argumentos, hablándole con comprensión y suavidad.</p> <p>Evitar ser agredido, no interactuando con el enfermo, estando alerta a sus reacciones, buscando refugio dentro o fuera de la vivienda.</p> <p>Tratar de calmar su ira y su agresividad a través del diálogo o con la presencia de ciertos familiares.</p> <p>Enfrentar al enfermo para no ser agredido o ser agredido sufriendo el menor daño posible.</p> <p>Enfrentar al enfermo, reducirlo y encarcelarlo durante horas o días.</p>	

Acciones del área del manejo de tratamientos terapéuticos

Subáreas de cuidado	Descontrol mental	Control mental
Toma de la medicación	Administrar o supervisar la toma oral de las plantas medicinales o los baños de agua tibia donde se han infundido las hierbas medicinales.	<p>Conocer los tipos de psicofármacos, sus funciones, las dosis y las tomas.</p> <p>Administrar o supervisar que el enfermo tome la medicación psiquiátrica.</p> <p>Modificar las tomas y las dosis de psicofármacos en función de la eficacia terapéutica, la mejoría o el empeoramiento del estado mental.</p> <p>Modificar la dosis de psicofármacos de acuerdo a los efectos adversos que provocan en el enfermo.</p> <p>Modificar las tomas y las dosis de psicofármacos de acuerdo a los recursos económicos de la familia.</p> <p>Manejar la renuencia del enfermo a tomar los medicamentos psiquiátricos: triturado de las tabletas, inyección de antipsicótico.</p> <p>Comunicar al médico las observaciones sobre la eficacia y los efectos adversos de los medicamentos a fin de reajustar la medicación.</p> <p>Administrar o supervisar que el enfermo tome la medicación para la diabetes u otras enfermedades orgánicas.</p>
Estimulación cognitiva y psicomotriz		Promover que los enfermos realicen tareas domésticas y productivas con el fin de que su mente esté ocupada y estimular su recuperación cognitiva y psicomotriz.
Cumplimiento de dietas		<p>Supervisar que el enfermo guarde las recomendaciones dietéticas para su padecimiento mental.</p> <p>Supervisar que el enfermo guarde las indicaciones dietéticas para su diabetes.</p> <p>Supervisar que el enfermo guarde las indicaciones dietéticas para otra enfermedad orgánica.</p> <p>Manejar las actitudes renuentes del enfermo a seguir la dieta.</p>
Otros regímenes terapéuticos		Hacer ejercicio (autocuidado)

Acciones del área de atención médica (1)

Subáreas de cuidado	Descontrol mental	Control mental
<p>Atención tradicional del padecimiento mental</p>	<p>Buscar al curador tradicional en Usila, una comunidad vecina o fuera del municipio.</p> <p>Llevar al enfermo a que sea atendido por el curador tradicional en el municipio o fuera del municipio.</p> <p>Ir a ver al curandero para que vaya a la casa a realizar la curación del enfermo.</p>	
<p>Atención biomédica del padecimiento mental</p>	<p>Realizar las gestiones para solicitar o renovar la póliza del Seguro Popular (SSO).</p> <p>Buscar atención biomédica en hospitales psiquiátricos.</p> <p>Buscar atención psiquiátrica en consultas privadas.</p> <p>Viajar para llevar al enfermo a las consultas de los hospitales psiquiátricos o a las consultas particulares de los psiquiatras.</p> <p>Llamar a la instancia psiquiátrica para pedir una cita.</p> <p>En la consulta, informar al médico sobre los síntomas que manifiesta el enfermo.</p> <p>Realizar las gestiones administrativas solicitadas por el hospital psiquiátrico para que el paciente sea atendido en consulta.</p> <p>Realizar las gestiones administrativas solicitadas por el hospital psiquiátrico para que el paciente sea internado.</p>	<p>Realizar las gestiones para solicitar o renovar la póliza del Seguro Popular (SSO).</p> <p>Buscar atención biomédica en hospitales psiquiátricos.</p> <p>Buscar atención psiquiátrica en consultas privadas.</p> <p>Viajar para llevar al enfermo a las consultas de los hospitales psiquiátricos o a las consultas particulares de los psiquiatras.</p> <p>Llamar a la instancia psiquiátrica para pedir un cambio en la fecha de la cita o una nueva cita.</p> <p>En la consulta, informar al médico sobre síntomas, efectos adversos de medicamentos, actividades que realiza el enfermo y su desempeño.</p> <p>Realizar las gestiones administrativas solicitadas por el hospital psiquiátrico para que el paciente sea atendido en consulta.</p> <p>Realizar las gestiones para adquirir los medicamentos suministrados por la farmacia del Seguro Popular o del hospital psiquiátrico.</p> <p>Comprar los medicamentos no surtidos por el Seguro Popular en las farmacias de la ciudad.</p>

Acciones del área de atención médica (2)

Subáreas de cuidado	Descontrol mental	Control mental
Evaluación de la atención tradicional del padecimiento mental	<p>Evaluar la calidad y la eficacia de la atención tradicional.</p> <p>Evaluar el coste económico de la atención tradicional.</p> <p>Constatar las limitaciones curativas de la medicina tradicional en la atención de la esquizofrenia y otras psicosis.</p>	
Evaluación de la atención biomédica del padecimiento mental	<p>Constatar que el padecimiento mental no es curable en la mayoría de los casos, sino sólo controlable mediante la atención psiquiátrica.</p> <p>Evaluar la eficacia de los tratamientos terapéuticos en el control de los síntomas.</p> <p>Evaluar los efectos adversos que los psicofármacos provocan en el enfermo.</p> <p>Evaluar el coste de la atención médica: gastos en viajes, comidas, consultas médicas, internamientos hospitalarios y compra de medicamentos.</p> <p>Evaluar el trato recibido por el personal sanitario durante los internamientos hospitalarios.</p>	<p>Constatar que el padecimiento mental no es curable en la mayoría de los casos, sino sólo controlable mediante la atención psiquiátrica.</p> <p>Constatar que el control del padecimiento mental requiere que el enfermo tome medicamentos de por vida.</p> <p>Evaluar la eficacia de los tratamientos terapéuticos en el control de los síntomas.</p> <p>Evaluar la recuperación cognitiva del enfermo a la hora de realizar trabajos domésticos y productivos.</p> <p>Evaluar los efectos adversos que los psicofármacos provocan en el enfermo.</p> <p>Evaluar el coste de la atención médica: gastos en viajes, comidas, consultas médicas, internamientos hospitalarios y compra de medicamentos.</p>

Acciones del área de atención médica (3)

Subáreas de cuidado	Descontrol mental	Control mental
<p align="center">Atención de enfermedades orgánicas</p>		<p>Tratar los fuertes dolores de cabeza con analgésicos o recurriendo a un curador tradicional de la localidad.</p> <p>Supervisar la diabetes del enfermo llevándolo al Centro de Salud para que midan su índice de glucosa, receten y suministren algunas cajas de medicamentos.</p> <p>Comprar las medicinas para tratar la diabetes en las farmacias.</p> <p>Llevar al enfermo al Centro de Salud o a una consulta privada para que sea atendido cuando padece otras enfermedades orgánicas.</p> <p>Llevar al enfermo a un laboratorio de la ciudad para que le realicen los análisis de sangre solicitados por el médico en la consulta.</p> <p>Comprar las medicinas necesarias para tratar las enfermedades orgánicas en las farmacias.</p>

Responsabilidades de los cuidadores. Cuidados en la línea del padecimiento (1)

Áreas de cuidado	Subáreas de cuidado	Cuidador primario	Cuidador secundario	Fuente de apoyo	Enfermo
Supervisión del estado mental	Aprendizaje de saberes sobre el padecimiento mental	✓	✓		
	Observación, identificación y definición de cambios en estado mental	✓	✓		
Manejo de conductas problemáticas y agresivas	Evitar conflictos con los vecinos	✓	✓		
	Manejo de agresividad verbal en hogar	✓	✓		
	Manejo de agresividad física en hogar	✓	✓	✓	
Manejo de tratamientos terapéuticos	Toma de la medicación	✓	✓		
	Estimulación cognitiva y psicomotriz	✓	✓		
	Cumplimiento de dietas	✓	✓		
	Otros regímenes terapéuticos				✓

Responsabilidades de los cuidadores. Cuidados en la línea del padecimiento (2)

Áreas de cuidado	Subáreas de cuidado	Cuidador primario	Cuidador secundario	Fuente de apoyo	Enfermo
Atención médica	Atención tradicional del padecimiento mental	✓			
	Atención biomédica del padecimiento mental	✓		✓	
	Evaluación de la atención tradicional del padecimiento mental	✓	✓		
	Evaluación de la atención biomédica del padecimiento mental	✓	✓	✓	
	Atención de enfermedades orgánicas	✓			

Capítulo 31

Los cuidados en la línea del hogar

Otra dimensión en el cuidado de los enfermos que padecen esquizofrenia u otra psicosis es el trabajo en la línea del hogar, que complementa y facilita los cuidados en las líneas del padecimiento y biográfica. Los principales objetivos de la línea de cuidados entorno al hogar son los siguientes:

- a) Asegurar la sobrevivencia y la higiene de la persona enferma.
- b) Preservar la higiene y el orden en el hogar y el patio, sobre todo, cuando el enfermo está mentalmente descontrolado.
- c) Crear un espacio físico que facilite el cuidado o ayude a manejar ciertas conductas en los periodos de descontrol mental.
- d) Sufragar los gastos asociados a la manutención, la enfermedad y su atención médica.

Estos fines llevan a que, en la línea del hogar, se distingan cuatro áreas de cuidados: las necesidades económicas del enfermo, la creación de un espacio físico para el enfermo, los cuidados personales y las tareas domésticas relacionadas con el padecimiento mental.

- 1) El área de las necesidades económicas del enfermo está constituida por las gestiones asociadas a la consecución de recursos institucionales y por las acciones orientadas a sufragar o cooperar en los gastos derivados de la enfermedad y su atención médica, la manutención del enfermo, la construcción y las reformas de espacios exclusivos para el enfermo y las indemnizaciones reclamadas por las conductas agresivas de los enfermos.
- 2) El área de la creación de un espacio físico provisional o permanente para el enfermo tiene la finalidad de facilitar su cuidado o controlar sus conductas problemáticas durante los periodos de descontrol mental.
- 3) El área de los cuidados personales es el conjunto de acciones destinadas a supervisar y ayudar al enfermo a cubrir sus necesidades o a cumplir con las prescripciones médicas en la alimentación, el vestido y el aseo personal.

- 4) El área de las tareas domésticas relacionadas con el padecimiento mental del enfermo son aquellas acciones de cuidado orientadas a preparar los alimentos, lavar la ropa y mantener la higiene y el orden en el espacio del enfermo y en el hogar cuando en este último son alterados por las conductas del enfermo en los periodos de descontrol mental.

1. Los cuidados relativos a las necesidades económicas del enfermo

Los cuidados relacionados con las necesidades económicas del enfermo son las acciones orientadas a sufragar los gastos de manutención y atención médica del enfermo, la construcción y las reformas de los espacios físicos destinados al enfermo y las indemnizaciones reclamadas por sus conductas agresivas, así como las gestiones dirigidas a conseguir recursos institucionales del gobierno municipal y del gobierno del estado de Oaxaca.

Estos cuidados son asumidos por los cuidadores primarios con la colaboración de las fuentes de apoyo, en su mayoría hombres —fundamentalmente, esposos, padres e hijos—, aunque también intervienen mujeres —las hermanas de Teresa, Lucía, Miguel y Carlos, las hijas de Natalia, Esther y Sofía—, siendo su apoyo económico esencial en los casos de Esther, Teresa, Lucía y Carlos y, tras el fallecimiento de los esposos, en los casos de Natalia y Sofía temporalmente, pues posteriormente los hijos varones se unieron a sus hermanas en el apoyo económico a sus madres. Algunos enfermos realizan trabajos remunerados y, por tanto, contribuyen con sus ingresos monetarios a cubrir sus necesidades económicas: Marcos, tras recuperarse de su trastorno psicótico, Lorena y Lucía, cuando están mentalmente controladas mediante la medicación.

La inmensa mayoría de las acciones relativas a las necesidades económicas del enfermo consisten en aportar dinero, aunque, en ocasiones, las fuentes de apoyo pueden comprar y hacer llegar al cuidador primario la ropa y las medicinas que precisa el enfermo. La aportación de dinero está enfocada, sobre todo, en costear la manutención del enfermo —alimentos y ropa—, esté controlado o descontrolado mentalmente, y en la atención médica de su padecimiento mental.

En los periodos de descontrol mental, los familiares deben de sufragar los viajes, en autobús o en vehículos privados, y la comida del enfermo y sus acompañantes cuando deciden recurrir a un curador tradicional o una instancia psiquiátrica estatal o privada; la atención del enfermo por un curador tradicional; las consultas médicas y, en caso de que el enfermo sea internado, las estancias de internamiento en los hospitales psiquiátricos del sistema sanitario estatal —cuotas bajas en función del nivel socioeconómico de las familias— y las visitas que el familiar responsable debe hacer a su enfermo durante el internamiento; las consultas privadas de psiquiatría; la compra de psicofármacos.

Cuando el enfermo está mentalmente controlado, la aportación de dinero se enfoca en costear los viajes y la comida del enfermo y su acompañante cuando acuden a las citas médicas en el hospital psiquiátrico o en una consulta privada de psiquiatría, las consultas médicas en el hospital psiquiátrico, las consultas privadas de psiquiatría y otras especialidades médicas cuando se recurren a ellas y, por último, la compra de psicofármacos y otros medicamentos destinados a tratar enfermedades orgánicas.

Además de cubrir la manutención y la atención médica del enfermo, en algunas ocasiones, el dinero es destinado a afrontar las demandas y las indemnizaciones solicitadas a los familiares responsables por la agresión física del enfermo a un vecino —Adela— o por el daño material que el enfermo causa a los vehículos al tirarles piedras —Esther—.

Cuando los enfermos presentan un elevado grado de descontrol mental, especialmente en la fase inicial de la enfermedad, el cuidador primario y/o alguna fuente de apoyo acude al ayuntamiento para solicitar ayuda a la presidencia municipal en el traslado y la atención médica de la persona enferma. La solicitud de ayuda suele ser atendida y concedida cuando los miembros del gobierno municipal saben que la familia los ha apoyado en la campaña electoral, mientras que suele ser denegada cuando ha votado a otro candidato.

Don Francisco comentó que había ido varias veces al ayuntamiento a solicitar apoyo para trasladar a su hija Esther al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca. Esther llevaba ya tres años sumida en el descontrol mental y pasando la mayor parte del tiempo encerrada en su cuarto. Pero don Francisco no había votado al entonces presidente municipal, sino al candidato de otro partido, y el gobierno municipal no lo quiso apoyar.

Como aquí en Usila, dice, muchos, muchos los que tiene misma enfermedad. Ayer, antier llegó un señor aquí también, tiene una hermana que está en lo mismo, dice, tiene la misma enfermedad, y ella está gritando solita en la noche, todo el día. Y toma medicamento, dice, y sigue en las mismas. Sí, ya hace poco que fue a Oaxaca con apoyo de presidente, dice. Como él a favor del presidente cuando votó el presidente, ¿no?, y él votar el voto del PAN. Por eso apoyando, dice. Así pasa con los presidentes aquí, ¿no? Si la gente del PRI, el PAN no va a apoyar. Como yo del PRI [risas de ambos]. Como él del PAN, dice, el presidente apoyar a él, y con eso fue ahí, en Oaxaca, con su hermana.

La ayuda del gobierno municipal consiste en una cantidad de dinero que cubre total o parcialmente los gastos de viaje y comida del enfermo y sus acompañantes y la atención médica de la persona enferma. En ocasiones, la presidencia municipal gestiona la contratación de un viaje particular en camioneta para trasladar al enfermo al hospital psiquiátrico, en otras, puede aprobar la concesión de la ambulancia del municipio.

Los cuidadores primarios y secundarios, o una fuente de apoyo, también se encargaban de realizar las gestiones requeridas por el Programa Bienestar de Apoyo a los Discapacitados que el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del estado de Oaxaca (DIF OAXACA) implementó entre los años 2012 y 2018. El tutor del enfermo discapacitado

debía de entregar una serie de documentos a los trabajadores que llegaban a Usila o yendo a dejarlos a la ciudad de Oaxaca: copias de credenciales identificativas y acta de nacimiento, constancia de vecindad o recibo de luz, constancia de ingresos, certificado médico de discapacidad —la constancia de vecindad y la constancia económica debían pedirse al gobierno municipal; el certificado médico, al Centro de Salud o al Hospital Psiquiátrico de Oaxaca—. Estos documentos debían de entregarse en el momento que se solicitaba el ingreso en el programa social y, una vez admitida la solicitud, anualmente para renovar la adscripción a dicho programa. La institución del DIF OAXACA depositaba bimensualmente el dinero en una tarjeta bancaria —1.000 pesos— y el tutor o un familiar se desplazaba a la ciudad de Tuxtepec para retirar el dinero en el cajero de un banco.

2. La creación de un espacio físico para el enfermo

2.1 La creación de un espacio de cuidado

La creación de un espacio físico para el enfermo puede responder a una necesidad de cuidado, como en el caso de Sofía, necesidad que se resuelve construyendo la casa familiar en el solar donde viven los padres de la persona enferma. Tras la aparición de la enfermedad, dado que su esposo trabajaba en una escuela primaria en las mañanas, era necesario que una cuidadora secundaria supervisara el comportamiento de Sofía durante esas horas del día, y también era necesario que una cuidadora se encargara de la crianza de los niños pequeños. Doña Marisa asumió esa doble responsabilidad de cuidado y los padres de Sofía cedieron una parte de su terreno para que don Augusto construyera una casa y la familia se instalara a vivir cerca de ellos.

La vivienda familiar no sólo se convirtió en un espacio de cuidado en el caso de Marcos, sino también en un espacio terapéutico que le permitió superar su trastorno psicótico y sanarse. A su regreso a Usila después de haber estado internado en el hospital psiquiátrico, si bien salía regularmente al patio, Marcos se encerró en un cuarto de la casa rehuyendo el contacto con las personas para poder recuperarse. Al cabo de ocho meses, sintió que había sanado, que su mente había regresado a la normalidad, salió de su encierro y volvió a mostrarse por las calles del pueblo.

2.2 La creación de un espacio para el control de la conducta

Aparte de la necesidad de cuidado, la creación de un espacio físico para el enfermo puede obedecer a la necesidad de contener las conductas del enfermo en las fases de descontrol mental. Las conductas conflictivas y agresivas de los enfermos hacia los vecinos, junto a su tendencia a salir a la calle y meterse en las casas y los terrenos ajenos, pueden

llevar a los cuidadores a crear un espacio físico para controlar el comportamiento de su familiar. La creación de este espacio físico de control tiene lugar de dos maneras: a) encerrando al enfermo en la vivienda familiar durante determinados periodos y momentos del día, y b) construyendo un cuarto exclusivo en el patio para encerrar al enfermo casi permanentemente.

Cuando los enfermos muestran una conducta agresiva y conflictiva hacia los vecinos a causa de las visiones, la escucha de voces y las ideas delirantes de daño, o cuando salen compulsivamente del hogar para meterse en las casas y los terrenos ajenos, los cuidadores toman la decisión de encerrar al enfermo en la casa, a veces, tratando de amarrarlo con cuerdas si su conducta resulta difícil de contener. Así sucedió en el caso de Esperanza y muchas veces en el caso de Natalia durante su primer descontrol mental, a quien su hija Luisa, su cuidadora primaria, también ataba en la noche para poder dormir unas horas, medida poco eficaz dado que su fuerza era tal que acababa desatándose. Sofía también fue encerrada en alguna ocasión en la casa cuando don Augusto iba a trabajar a la escuela o se celebraban eventos escolares y su madre no era capaz de contener su comportamiento. En estos casos, cuando se toma la decisión de encerrar a los enfermos, los cuidadores adecúan el espacio de la vivienda retirando del alcance del enfermo cuchillos, machetes u otros objetos contundentes que puedan resultar amenazantes para las personas.

Teresa también fue encerrada en la casa cuando estuvo viviendo con su hermana en un pueblo del sur del estado de Oaxaca. Para evitar que saliera del solar familiar, se metiera en los terrenos de los vecinos y se llevara leña o frutos de los árboles, o fuera a la tienda de abarrotes y se llevara fruta u otra mercancía, durante una temporada, doña Rosario encerró a Teresa en la vivienda cuando salía a trabajar a la escuela por las mañanas. A su regreso en la tarde, le abría la puerta y la dejaba salir, pues ya podía supervisar que no saliera del patio familiar.

La vivienda se convirtió en el espacio en el que Carlos pasó la mayor parte de su tiempo durante nueve años, entre 2005 y 2014. A partir de 2008, casi todas las mañanas, doña Julia iba a la casa de su hija a ayudar en las labores domésticas y luego en la crianza de los niños. Cuando regresaba en las tardes, Carlos salía a ratos al exterior, hablando y hablando, siempre delante de la vivienda —antes de que su conducta agresiva se acentuara, su madre le dejaba una llave que le permitía abrir la puerta y salir, aunque no solía pasar mucho tiempo en la calle—. Al contrario que Esther, Carlos nunca manifestó el deseo de escapar o salir a pasear por las calles, permaneciendo en la casa, sobre todo en su cuarto, la mayor parte del tiempo. Su encierro fue, por tanto, fácil de manejar para su cuidadora, pero no dejaba de ser una medida para evitar conflictos con los vecinos dada su tendencia a reaccionar agresivamente.

La interrupción de la atención médica coincidiendo con la caída y posterior discapacidad de su madre en 2007 sumió a Esther en el descontrol mental durante más de cinco años. Su descontrol mental provocaba que saliera a la calle, a veces desnuda o semidesnuda, se metiera en las casas y los terrenos de los vecinos, se escapara a pueblos cercanos o, en una ocasión, se perdiera en los cerros por varios días, lanzara piedras a los

niños que se burlaban de ella o tirase piedras a dos vehículos cuyos conductores reclamaron sendas indemnizaciones. La dificultad de controlar sus continuas salidas, sus comportamientos problemáticos y el consiguiente temor a que los vecinos los demandaran o les pidieran una indemnización, aunado a la falta de dinero y al carácter irremediable de su enfermedad, llevaron a don Francisco, su cuidador primario, y a su hija Mercedes, su fuente de apoyo, a acordar la construcción de un cuarto en el que poder encerrar a Esther. No obstante, don Francisco sentía tristeza y lástima por la situación de su hija.

Como ahora no tengo [dinero], por eso está cerrada. Y Esther no va a morir, nomás está haciendo molestando, ¿no? Y Esther para mí tengo lástima, qué le hacer, hm. La enfermedad pegó a ella, está mala, pero qué voy hacer. La amo, es mi hija, ¿no? Yo tengo lástima, tengo triste mi corazón, pienso muchas cosas, qué le hacer, qué puedo hacer, no puedo hacer nada porque yo ayudar mucho a ella. Muchos años también apoyarla, yo me gasté mucho dinero, yo sé todo eso, ¿no? Ni modo, ya cerrada, acabó recursos a mí, ¿no?, por eso, qué le hacemos.

El cuarto de Esther fue construido en el patio paterno, y tanto su construcción como sus posteriores reformas fueron costeadas por su hija. Tenía unas dimensiones aproximadas de cuatro metros de largo por tres metros de ancho, y estaba distribuido en dos espacios: uno para el descanso y una pequeña letrina que Esther casi nunca utilizó. Sus paredes fueron construidas con blocs de cemento, su tejado, con láminas de aluminio, su piso era de tierra y contaba con una puerta de aluminio en la que se abría una ventana con barrotes. Debido a que frecuentemente se escapaba de su encierro, primero trepando por las paredes y escurriéndose entre el hueco existente entre las paredes y las láminas de aluminio del tejado, posteriormente por debajo de la puerta levantando y doblando su parte inferior, a lo largo de los años, se fueron acometiendo reformas para evitar que pudiera escaparse. Se rellenó con blocs de cemento el hueco que había entre las paredes y las láminas de aluminio del tejado, se repellaron las paredes con cemento y, después de doblar la puerta, se cambió la puerta de entrada por otra más reforzada. Finalmente, estas reformas consiguieron su objetivo y, a partir de finales de 2011, Esther nunca más pudo volver a salir de su cuarto por sí misma, dependía de que su padre le abriese la puerta para poder salir al exterior.

Entre finales de 2012 y finales de 2016, gracias a la medicación que controlaba su estado mental, Esther tuvo la libertad de salir de su cuarto durante el día y se realizaron reformas para mejorar sus condiciones de vida. Las láminas de aluminio del tejado que estaban perforadas fueron cambiadas por otras nuevas para evitar que entrara el agua de la lluvia. Entre la primavera de 2015 y el otoño de 2016, Esther llegó a vivir con su padre en la misma casa. Sin embargo, el empeoramiento de su estado mental en otoño de 2016, con soliloquios y delirios en las noches que impedían dormir a don Francisco, hizo que regresara a su cuarto. En el mes de octubre de ese año, el suelo de su cuarto fue pavimentado con cemento y se le hizo una cama igualmente de cemento para sustituir su catre. A partir de esa fecha, Esther pasó la mayor parte de su tiempo encerrada en su cuarto hasta que le llegara la muerte cinco años después, en noviembre de 2021.



El cuarto, construido en el patio, en el que Esther pasó muchos años de su vida.

3. Los cuidados personales: alimentación, vestido y aseo personal

Las acciones correspondientes al área de cuidados personales son mayormente realizadas por mujeres, todas las cuidadoras primarias y secundarias, aunque también hay hombres, cuidadores primarios, que asumen la responsabilidad de estas tareas total o parcialmente en momentos puntuales o durante periodos prolongados. Don Francisco, el cuidador primario de Esther a raíz de que su esposa quedara discapacitada tras romperse la cadera, se encargó de supervisar y ayudar a Esther a alimentarse, vestirse y asearse durante los catorce años que estuvo cuidando a su hija. Don Alfonso y don Augusto, asumieron la responsabilidad de este tipo de cuidados cuando sus respectivas esposas, Natalia y Sofía, se descontrolaban mentalmente, periodos mucho más largos y problemáticos en el caso de Sofía, si bien don Augusto contaba con la ayuda de su suegra, doña Marisa, la cuidadora secundaria. En los casos de don Eusebio y don Isidro, esposos y cuidadores primarios de Esperanza y Adela, eran sus respectivas hijas, cuidadoras secundarias, quienes generalmente se ocupaban de estos cuidados, aunque ellos participaban en momentos puntuales. Esaú y Roberto, los hijos de Sofía que se convirtieron sucesivamente en los cuidadores primarios de su madre, también se ocupaban de estos cuidados con el apoyo de las cuidadoras secundarias, doña Marisa, su abuela materna en el caso de Esaú, y Eva, su hermana en el caso de Roberto. De manera similar, Gonzalo, el hijo de Miguel que sucedió a su tía Celia como cuidador primario, se encarga de supervisar

la alimentación, el vestido y la higiene personal de su padre con la ayuda de su esposa, la cuidadora secundaria.

3.1 Los cuidados relacionados con la alimentación de los enfermos

Los cuidados de supervisar y ayudar a los enfermos a alimentarse presentan diferencias dependiendo de los enfermos y de su estado mental, es decir, de si están mentalmente controlados o sumidos en el descontrol mental. En los periodos de descontrol mental, los cuidadores deben de estar vigilantes de que los enfermos se alimenten adecuadamente, en unos casos porque pierden el apetito y casi no tienen ganas de comer, pudiendo adelgazar ostensiblemente, lo que suscita la preocupación de sus cuidadores —Esperanza, Natalia, Lucía y Miguel—; en otros casos, por lo contrario, porque los enfermos comen sin mesura y hay que racionarles la comida que ingieren —Esther—.

Además de supervisar su adecuada alimentación, en algunos casos —Natalia, Esther, Miguel y Carlos—, el cuidador debe de manejar las conductas exigentes y agresivas de sus enfermos a la hora de comer. En su primer descontrol mental, Natalia, además de no tener ganas de comer, ante la insistencia de su hija Luisa, su cuidadora primaria, podía reaccionar aventando el plato al suelo. La misma reacción tenía Esther en ciertas ocasiones, cuando su padre le daba una comida que no le apetecía comer o se repetía a menudo en el transcurso de los días. Esther, según comentaba don Francisco con buen humor, era muy exigente, le pedía variar las comidas y darle buenos alimentos: arroz, frijol, carne de res, pollo asado, mole de pollo, mangos, plátanos, etc., insistiendo sobre todo en que le cocinase carne. Cuando Esther se frustraba y se enojaba, reclamándole que quería comer carne en lugar de frijoles, por ejemplo, don Francisco trataba de tranquilizarla explicándole que no tenía dinero para comprar carne regularmente, ni para ella ni para él, y que le cocinaba la comida que estaba a su alcance dada su condición de familia que vivía en la pobreza extrema.

Quiere comer, ¿no? Ya compré ahí un poquito de pollo y comió bien. Y ahora, dice, pura carne quiere, dice, pura carne quiere, pura carne [risas]. Todo lo demás tiene hueso, lo demás no, no pasa, pura carne [risas].

Esther pedía la comida con vehemencia cuando tenía hambre, a veces, golpeando fuertemente la puerta de aluminio de su cuarto. No obstante, aun con toda su exigencia, el cuerpo de Esther se mostraba muy delgado durante los periodos en que se sumió en el descontrol mental y vivió encerrada en su cuarto —su aspecto físico cambió radicalmente en los años que se mantuvo mentalmente controlada, ganando sensiblemente en peso y vitalidad—.

Miguel también tenía esa actitud exigente con su madre, doña Leonora, cuando regresaba a la casa después de haber estado paseando y le pedía de comer. Consciente de que podía desencadenar una reacción muy agresiva, doña Leonora no contestaba a las

bruscas exigencias de su hijo, procuraba cocinarle lo que le gustaba y tener siempre comida preparada para servirle rápidamente en cuanto se la pedía. En cambio, en los días en que su estado mental empeoraba, Miguel casi no pedía de comer.

El cuidado de la alimentación también resultaba problemático en el caso de Carlos, no por sus exigencias, sino por sus visiones, la escucha de voces o sus conductas tendentes a la irritabilidad y a desperdiciar ciertos alimentos como las tortillas y los tamales. Doña Julia, su madre y cuidadora primaria, unas veces trataba de hacerle entender que no desmenuzara las tortillas o los tamales, aunque las réplicas de Carlos solían ser malhumoradas y agresivas; otras veces permanecía en silencio observando lo que hacía.

[Doña Julia solía ir a la casa de su hija en la mañana y regresaba en la tarde para dar de comer a Carlos] Y pongo llave y me salgo, pero él tiene una llave. No, sí sale. A veces, cuando vengo en el taxi, a veces lo veo paradito ahí, a veces, y, a veces, está dentro, y llamo a la puerta. ¿Quién eres? ¿Eres tú? A veces sí me habla bien porque ya sabe que le tengo algo o le voy a dar de comer. Pero antes cuando ya comía, por aquí ya reaccionaba de otra manera, ya se ponía a pelear o a enojarse conmigo nada más que terminaba de comer. Ya empezaba, escupía, ay, hacía bien feo, hacía pedazos la tortilla o, a veces, estaba sucia la mesa. Y yo nada más viendo porque, ay, no sé, nada más me dolía la cabeza. Qué voy a hacer, Dios mío, parece peor que un niño chiquito, ay, Señor, qué hago.

Doña Julia también estaba pendiente de que su hijo pudiera comer tranquilamente, pues, a la hora de las comidas, sentía que había seres que lo molestaban, que le querían quitar su comida o se la querían ensuciar echando cosas sucias, incluso, excrementos. Carlos no paraba de hablar, de enojarse, de gesticular y pedirles que dejaran de molestarlo. Su madre procuraba intervenir entonces mostrándole su apoyo ante el acoso que sufría con el fin de que se calmara y comiera tranquilo, aunque, si mostraba una gran irritación, esperaba a que su ánimo se relajara.

Quítate, dice, qué vas con mi comida. Quítate. ¿Qué quieres? ¿Quieres comer mi comida o qué vas a hacer ahí? Y, entonces, le digo yo: oye, hijo, le digo, ¿con quién, con quién hablas? No, ¿qué quiere decir pegarete? Primero no le hablé, escuché qué dice. Estaba peleando él solo. Dice, tch, a ver, dice, ya te dije, deja eso. ¿Pero que es tuyo o qué? Dice. Eso me dijo mami, no es tuyo. ¿Ya vas a empezar? Empezó él a hablar, y paró de hablar. Después entró él. Está bien, come, ¿eh?, come tranquilo. ¿Estabas hablando? No, no, no estaba hablando ahora. Ah, come, hijo, come tranquilo, ¿eh? No pasa nada, tú come, sigue comiendo. Ah, sí, sí, sí, está bien, está bien. Pero sí habla solo.

El tipo de cuidados relativos a la alimentación cambia sustancialmente cuando las personas enfermas toman medicación y están mentalmente controladas en mayor o menor grado, pues los cuidadores primarios y secundarios ya no deben de manejar la pérdida de apetito o el apetito desmesurado, ni las conductas irascibles y agresivas o las asociadas a las visiones y la escucha de voces, al menos no en los momentos de las comidas.

Un caso especial fue el de Esther debido a los efectos adversos que le provocó la medicación tras su último internamiento hospitalario. Entre finales de 2012 y hasta que le cambiaron su tratamiento, a finales de 2013, el antipsicótico que tomaba, además de trastornar su sistema psicomotor y causarle abundante salivación, le provocaba un temblor constante que acabó afectando sus mandíbulas, su cuello, sus manos, sus brazos y sus piernas —en el lenguaje psiquiátrico, este conjunto de efectos adversos se conoce con el nombre de parkinsonismo—. Estos temblores, leves al principio, fueron aumentando en intensidad hasta llegar a tal grado que Esther apenas podía masticar, alimentarse y beber por sí misma. Aparte de que no podía ingerir alimentos que requieren buena masticación como la carne, necesitaba que su cuidador le introdujera la comida en la boca con un tenedor o una cuchara y le ayudase a beber sosteniéndole el vaso. Durante esos meses, don Francisco, su cuidador primario, estuvo literalmente dando de comer y beber a su hija.

3.2 Los cuidados relacionados con el vestido de los enfermos

Al igual que en los cuidados relativos a la alimentación, los cuidados relacionados con el vestido de los enfermos también varían en función de la persona enferma y de su estado mental. Cuando están mentalmente controlados, al mostrarse más razonables y recuperar su sentido del pudor y la higiene personal, la supervisión del vestido de los enfermos es sencilla, los cuidadores no han de lidiar con la pérdida del pudor, la renuencia a asearse y la suciedad, incluso muchos lo hacen por sí mismos de una manera normal, como en los casos de Esperanza, Lorena, Natalia, Teresa, Lucía, Miguel o Adela. La supervisión está centrada en que las personas enfermas vayan bien vestidas y con ropa limpia.

En los periodos de descontrol mental, en cambio, los cuidadores deben de supervisar que sus enfermos estén vestidos y se vayan cambiando de ropa regularmente, dejando su ropa sucia, a veces muy sucia, y poniéndose otra limpia. Esta tarea de cuidado resultaba laboriosa en los casos de Teresa y Carlos, ya que, a la pérdida del sentido de la higiene personal, se sumaba la falta de control sobre la orina y la excreción. En los casos de Esperanza, Natalia y Esther, dada su pérdida de pudor, sus cuidadores, además, debían de estar pendientes de que no salieran a la calle desnudas, incluso, como sucedía con Esther, de que no estuviera desnuda o semidesnuda en su cuarto.

Esther rompía su ropa frecuentemente porque sus visiones la llevaban a ver que estaba llena de “animalitos”. Una vez rota, la arrojaba fuera a través de los barrotes de la puerta de su cuarto. También tiraba fuera la ropa que utilizaba para limpiarse la nalga después de defecar o para limpiar los excrementos que había depositado en el suelo. Estas conductas, fruto de su descontrol mental y de su deterioro cognitivo, hacían que Esther estuviera a menudo desnuda o semidesnuda. Aunque comprendía que era consecuencia de su enfermedad mental, don Francisco se quejaba de su comportamiento y de la necesidad de comprarle ropa asiduamente.

Todos los días eso. Y hace rato le dieron una camiseta como así, se ve bonita, de mujer. A pedazos está afuera ahorita. En la mañana me la dieron, sí. Todos los días está rompiendo así. No sé por qué. En la mañana, yo me lavé la ropa de ella que está tirada afuera, las cobijas también que está ahí. Apenas voy a traer, apenas voy a llevarle a su cuarto para tapar de noche. Pero así es.

[...] Como ella está agarrando la misma, la agarra con esa caca, se vuelve eso su ropa, ¿no? Está tirando afuera, sí tira. Quién sabe, un fallo, está mal una cosa de ella, ¿no?, porque está rompiendo la ropa, ¿no? Con eso, ay, no hay ropa, está muy caro aquí. Le da ahorita uno y mañana no hay, no sirve, ¿eh? No hay, se necesita mucha ropa todos los días.

El descontrol mental y el deterioro cognitivo también se aunaron en el caso de Carlos y, si bien no anduvo nunca desnudo, era muy reacio a asearse y cambiarse de ropa. Su madre procuraba que, aunque no quisiera bañarse, al menos, se cambiara de ropa una vez a la semana, pues su ropa acababa muy sucia y con mal olor. Cuando le instaba a que se mudase de ropa porque estaba orinada, preguntándole si no le daba pena tener su ropa orinada, frecuentemente, Carlos reaccionaba enojándose. Doña Julia entonces trataba de calmarlo, haciéndole ver que comprendía que su falta de control sobre la orina era debido a sus desvelos y a su profundo sueño una vez que se quedaba dormido.

¿Por qué estoy así, pues? ¿Por qué estoy así? ¿Porque yo quiero o porque me pasa solo? No es porque tú quieras, hijo, es porque tú te desvelas. Claro que, al dormirte, te agarra un sueño pesado que ni cuenta te das. Como tienes ganas de orinar, no te paraste porque tienes sueño, y pues ahí te fue más fácil orinar en la cama.

3.3 Los cuidados relacionados con el aseo personal de los enfermos

Los cuidados relativos al aseo personal de los enfermos también presentan variaciones según los enfermos y su estado de salud mental, si están mentalmente controlados o descontrolados. Todos los enfermos cuyo estado mental está controlado mediante la medicación recuperan nuevamente el interés por su imagen y su higiene personal, así que las acciones principales de los cuidadores primarios y secundarios son supervisar que el enfermo se bañe regularmente, se cambie de ropa y se ponga ropa limpia. En algunos casos con deterioro cognitivo —Esther y Carlos—, los cuidadores deben de estar pendientes de que se laven bien su cabello y todas las partes de su cuerpo, se peinen bien, se corten el cabello y las uñas, incluso ayudándoles en ciertas ocasiones.

La cantidad de cuidados, así como el tiempo empleado en ellos, aumenta considerablemente en los periodos en que los enfermos están descontrolados o mal controlados mentalmente, pues casi todos pierden el interés por su imagen personal y el sentido de la higiene y, en algunos casos —Teresa y Carlos—, se añade el problema de la ausencia de control sobre la orina y las excreciones, aparte de la profusa sudoración

asociada a un clima caluroso y húmedo. Los cuidadores deben invertir más tiempo y esfuerzo en supervisar que los enfermos se aseen regularmente, o lo más asiduamente posible, se cambien de ropa una vez bañados y, en los casos de Esther, Carlos y Sofía, manejar su renuencia a averse. La excepción fue Miguel, quien siempre mantuvo el sentido de la higiene personal aun mentalmente descontrolado, bañándose casi diariamente por propia iniciativa, incluso varias veces al día cuando sentía calor en su cabeza y su cuerpo o creía que los vecinos le habían echado grasa de víbora. Él mismo se afeitaba e, incluso, cuando quería cortarse el pelo, se lo pedía a su hermano, el hermano que vivía con su familia en el solar paterno.

Debido a su encierro y a su pérdida total del sentido de la higiene, a que orinaba y defecaba en el suelo fuera de la letrina de su cuarto, Esther vivía cotidianamente en unas condiciones de gran suciedad. Don Francisco se encargaba de bañarla una vez a la semana o cada dos semanas. Además de su renuencia a bañarse, su padre debía de manejar sus reacciones agresivas y su tendencia a salir corriendo de su encierro y escaparse. Normalmente, pasaba la manguera de agua entre los barrotes de la puerta de su cuarto y Esther se tallaba su cuerpo y su cabello con jabón y, a veces, solicitaba a una muchacha que permaneciera en el exterior mientras don Francisco entraba en el cuarto y ayudaba a su hija a averse. En caso de que Esther intentara agredirlo, la muchacha debía de abrir enseguida la puerta para que don Francisco pudiera salir y esquivar así sus golpes. Esther tenía mucha fuerza y, en ciertos periodos, era arriesgado meterse solo en su cuarto.

Pero necesita dos, ¿no?, necesita dos, cuando se lava, ¿no? Me meto yo adentro, ¿no?, ella está agarrando, dice, quiere pegar, ¿no?, y uno está afuera, sí, se necesita ¿no?, porque tiene candado, tiene la llave, ¿no? Necesita gente cuida allá, ¿no?, abre la puerta cuando ella quiere pegar a mí, ¿no? Sí, no puedo meterme solo, peligro, sí. Sí, no hay lugar ahí para lavar, para bañar, nooo, necesita dos personas, una está afuera y una mete adentro. Porque enseguida abre la puerta y... porque ella tiene mucha fuerza. La enfermedad de ella así es, ¿no? Así son los locos, ¿no?

Sí, tienen mucha fuerza.

Cuando el baño, dice, necesita dos, y uno está afuera, tiene llave para abrir también a tiempo candado. Mete gente a apoyar ahí, sí, no se puede meter solo.

Ciertos cuidadores deben de manejar la falta de control sobre la orina y las excreciones de sus enfermos, como en los casos de Teresa y Carlos. En ocasiones, sus hermanas y su hijo, los cuidadores de Teresa, para evitar que manchara su ropa y tener que mudarle de ropa varias veces al día, le ponían un pañal para adultos, pañal que se ocupaban de cambiarlo cada vez que hacía falta; pero generalmente estaban pendientes de acompañarla al baño cuando Teresa les avisaba y supervisar así que orinara y defecara sin mancharse. A veces, Teresa no avisaba y se hacía sus necesidades encima.

Carlos fue el enfermo que mayores problemas de manejo dio en el ámbito del aseo personal. Doña Julia se encargaba de asear a su hijo, afeitarse la barba, cortarle las uñas de las manos y los pies; también le cortaba el cabello por temor a que tuviera una reacción

inesperada o agresiva si lo llevaba a una peluquería del pueblo. La barba se la recortaba con unas tijeras para que, seguidamente, él terminara de rasurarse con una cuchilla de afeitar y, de forma similar, le ayudaba a bañarse, pues no era capaz de hacerlo bien por sí mismo. En el baño, como pasaban semanas sin que aceptara asearse, le frotaba vigorosamente su cuero cabelludo para quitar la capa de caspa, grasa y suciedad que se le acumulaba, enjabonaba y tallaba su cuerpo con un estropajo para eliminar bien la mezcla de sudor y suciedad que impregnaba su piel, dejando a Carlos que se enjabonara y tallara sus partes íntimas, su nalga y sus pies. Antes de su mejoría en el otoño de 2011, eran necesarias dos lavadas con abundante jabón para dejarlo “bien limpiecito”.

Doña Julia debía de insistir mucho para que Carlos terminase accediendo a bañarse o, al menos, a cambiarse de ropa, una renuencia que le causaba gran desazón teniendo en cuenta que, además de la sudoración, su hijo se orinaba y defecaba encima. Lo mismo sucedía con el afeitado de su barba o el corte de su cabello. Durante varios años, doña Julia solamente pudo bañarlo una vez al mes después de mucho insistir, hasta que, en otoño de 2011, después de que tres pastores evangélicos estuvieran en el cuarto de Carlos orando por su sanación, su grado de renuencia al aseo disminuyó, al igual que su grado de agresividad, y pudo bañarlo con más frecuencia, una vez a la semana, una vez cada dos semanas —aunque seguía sin tener control sobre la orina, recuperó cierto grado de control sobre la excreción—.

Antes de la oración de los pastores, la insistencia en que debía de bañarse casi siempre topaba con reacciones de enojo y agresividad verbal, con réplicas carentes de lógica, con pretextos como que no iba salir a la calle, que al poco tiempo iba a volver a sudar, que luego le iba a reclamar que gastaba mucha agua y jabón, o simplemente con evasivas, diciendo que se iba a bañar, pero que lo haría “más al rato”. Doña Julia manejaba sus reacciones, sus pretextos, sus réplicas con paciencia, explicándole la necesidad de asearse para mantener una higiene saludable, revirtiendo sus argumentos, pero insistiendo en los momentos que “estaba de buenas” a fin de evitar que pudiera reaccionar con agresividad física. Aun así, doña Julia casi siempre acababa desistiendo de su intención de que Carlos se bañara.

No se quiere bañar, no se quiere bañar. Se baña, ahorita ya tiene, a ver, a ver, tendrá un mes. Pues como no voy contando los días, yo creo que ya. Sí, a veces demora, y le tengo que estar diciendo báñate, báñate. Y no que me dice que porque en la fábrica, este, que como se salen los papeles en su computadora, su mentalidad, y que la fábrica de zapatos se va a echar perder, o que su dinero. Ah, pero que, si él se baña, este, a mí me puede ir mal. Que si tres cosas te puede pasar, me estaba diciendo. Porque yo le dije así: ah no, que tú luego hablas que el jabón se gasta, que tú luego hablas, cómo dice, que mi ropa se ensucia mucho. No, hijo, no te he dicho nunca que se gaste el jabón. Al contrario, te digo ahí está el jabón. Báñate y hay agua. No te he dicho que no hay jabón. Eso es mentira porque no te he dicho. Ah, no te he dicho eso. No, dice, puedes decir no. No, no, no puedo decir porque yo misma te estoy diciendo.

Entonces, agarré una bolsa. Bueno, ten, pues, este jabón es tuyo. Y, entonces, si crees que yo defiendo mi jabón, deja mi jabón, entonces. A ver qué me iba a decir. Deja mi jabón y ten éste. Éste es tuyo, úsalo, pero ya te lo di, es tuyo, le digo, ¿no? A ver qué me va a decir. Ah, bueno, dice. Nunca digas, le digo, que no te doy jabón, porque ahí está el jabón. Siempre te ando diciendo que te bañes, que te cambies la ropa. Ah, dice, después. Qué tres cosas te pueden pasar: se te puede quebrar la mano, o se puede, qué dijo, o se te puede, te puede pegar un dolor, o te puede pasar equis cosa.

No, le digo, tú estás en otra mentalidad. Este, Dios no va a permitir, le digo, que se me quiebre la mano, que me pase a mí algo, porque Dios me guarda, Dios me cuida, yo me encomiendo a Dios. Pero el Enemigo son los que tienen esos pensamientos y te los ponen en tu mente para que tú digas eso, y tú crees así, pero no debe ser así, no debes de creer así. Porque no sé qué me decía que, si el dinero después ya no hay, porque la fábrica de dinero, que ah no, no sé, enredado que no se me queda a mí, que me empieza a decir, ¿no? Ya mejor le paro, ya mejor me hago a un lado, porque más me agarra dolor de cabeza oyéndolo. Ya mejor me hago a un lado. Mami, mami, ¿dónde están mis papeles? Si no te quieres bañar, déjalo, déjalo.

Los cuidadores de Teresa, además de estar atentos y manejar su falta de control sobre la orina y las excreciones, debían de supervisar que se bañara diariamente, ya que no lo hacía por su propia iniciativa, y controlar que lo hiciera correctamente y no se demorara mucho tiempo en lavarse. Teresa tenía una tendencia compulsiva que la llevaba a enjabonarse y enjuagarse varias veces seguidas, empleando mucha agua y jabón y, si no estaban pendientes, se enjabonaba y aclaraba con agua una vez tras otra hasta gastar la pastilla de jabón.

El esposo de Sofía, don Augusto, instaba regularmente a su mujer a que se bañara, se peinara, se vistiera bien, debiendo de insistir varias veces para que lo acabara haciendo. Además de manejar su falta de preocupación por su imagen personal y su renuencia a aarse, debía de manejar la falta de orientación en el tiempo, la compulsividad y la tardanza a la hora de bañarse. Su trastorno obsesivo-compulsivo, mucho más agudizado que en el caso de Teresa, junto a los déficits que presentaba en la orientación y el control del tiempo y los mandatos de las voces que escuchaba, hacían que Sofía se bañara a deshoras y tardase mucho tiempo en terminar su baño, en ocasiones, pudiendo llegar a las dos o tres horas, gastando mucha agua y jabón. Se iba lavando por partes siguiendo un cierto orden, repitiendo las acciones de enjabonarse y enjuagarse un número determinado de veces, permaneciendo de pie sin moverse durante largos ratos; el orden de lavado y enjuagado, el número de veces y el tiempo de permanecer inmóvil que las voces le iban ordenando. Cuando don Augusto la apremiaba para que terminase, Sofía solía reaccionar con enojo y agresividad, razón por la que, a menudo, optaba por esperar a que acabara, aunque fuese muy tarde en la noche, a fin de evitar reacciones agresivas y discusiones.

4. Las tareas domésticas relacionadas con el padecimiento mental

El área de las tareas domésticas relacionadas con el padecimiento mental abarca las acciones orientadas a adquirir y preparar los alimentos destinados a los enfermos, lavar su ropa sucia y comprarles ropa nueva, limpiar y ordenar el hogar o el espacio físico del enfermo cuando éste lo ha ensuciado o ha alterado su orden mobiliario, así como manejar las conductas agresivas que pueden suscitarse en ciertos enfermos descontrolados mentalmente mientras el cuidador está cocinando o limpiando el suelo de la vivienda.

En los periodos de descontrol mental, estas tareas domésticas son mayormente realizadas por las mujeres cuidadoras, por las cuidadoras primarias y secundarias, salvo en el caso de don Francisco, quien asumió estas obligaciones dada su condición de hombre anciano que enviudó tres años después de convertirse en el cuidador primario de Esther a raíz de la discapacidad de su esposa. Los esposos de las mujeres enfermas desempeñan trabajos remunerados y suelen ser las cuidadoras secundarias, generalmente hijas, hermanas o madres, quienes se responsabilizan de estas labores en los periodos de descontrol mental, aunque los esposos puedan colaborar en momentos puntuales. En el lavado de la ropa, Miguel fue una excepción, pues, aun mentalmente descontrolado, se responsabilizó de lavar su ropa cuando su hermana le explicó que su madre, su cuidadora primaria, ya no lo podía seguir haciendo debido a su ancianidad.

Miguel continuó lavando su ropa estando medicado. Las mujeres enfermas, una vez controladas mediante la medicación, pueden retomar la realización de las tareas domésticas del hogar parcial o totalmente —con bajo desempeño en los casos de Esperanza, Esther y Sofía—, de manera que pueden asumir o colaborar en la preparación de los alimentos, el lavado de su ropa, la limpieza de la vivienda. Pero lo más importante es que el control de su estado mental, tanto en las mujeres como en los hombres, hace que los grados de suciedad y desorden referentes a la ropa y el hogar disminuyan sensiblemente y retornen a la normalidad.

4.1 Las tareas domésticas relacionadas con la alimentación del enfermo

Las tareas domésticas relacionadas con la alimentación de los enfermos no se diferencian de las tareas orientadas a la alimentación de los demás miembros de la familia: los cuidadores deben adquirir los alimentos, prepararlos y cocinarlos, servir las comidas y las bebidas, echar o comprar tortillas, calentar y servir las tortillas. Y estas labores se efectúan independientemente de que los enfermos estén o no mentalmente controlados. La preparación de la comida y la bebida procura guardar las indicaciones dietéticas prescritas por los médicos, evitando los alimentos excitantes del sistema nervioso —chile, café, Coca-Cola— y los alimentos con un alto contenido en azúcar cuando los enfermos padecen diabetes.

Sin embargo, en el caso de Carlos, dada su propensión a las ideas delirantes de daño, la escucha de voces y la agresividad física durante los años en que estuvo mentalmente descontrolado, su cuidadora primaria tenía que tomar precauciones para no ser agredida mientras estaba cocinando. Doña Julia exigía a Carlos que permaneciera en su cuarto cuando ella preparaba la comida en el fogón de la cocina bajo la amenaza de que, si no lo hacía, se iba a quedar sin comer. Había tomado esta decisión después de que Carlos intentase agredir a su hermana y ver cómo, en dos ocasiones, había venido a la cocina y se había sentado en una silla hablando sin parar, gesticulando, acelerándose en su habla. La segunda vez, angustiada, doña Julia miraba continuamente hacia atrás para ver lo que Carlos estaba haciendo, hasta que le dijo que se metiera en su cuarto. Como no hizo caso, dejó de prepararle la comida y se fue a su habitación. Al cabo de un rato, Carlos vino a preguntarle si no iba a darle de comer. Doña Julia fue tajante: si quería que le preparara la comida, debía irse a su habitación. Finalmente, Carlos accedió.

Oye, ¿por qué no te metes en tu cuarto? No, yo estoy bien aquí. ¿Qué? ¿No puedo estar aquí? No, no, sí puedes estar ahí, pero yo digo que te metas en tu cuarto si quieres que yo, si quieres, le digo, ahí dejo eso. Que agarro el sartén, que lo quito y que me voy p'allá. Y al rato creo que llegó y se paró allá donde está la mesa y dice, ¿y qué? ¿no me vas a dar de comer? No. ¿Tú no tienes hambre o sí? ¿Tienes hambre? ¿Pues no vas a hacer? No, si quieres que yo haga, te dije claro: te vas a tu cuarto. Pues si no quieres, no voy a hacer nada, le digo.

Más adelante, tras varios intentos de agresión física, doña Julia, por indicación de su hija, a cuya casa iba diariamente a ayudar en las labores domésticas y la crianza de los niños, optó por no cocinar en su propia vivienda y llevarle la comida que Azucena mandaba a su hermano. Doña Julia, por las mañanas, le servía la comida del desayuno que traía en la noche y, por las tardes, le llevaba la comida que habían cocinado en la mañana. Llegaba con la comida y las tortillas calientes, se las servía y, mientras estaba comiendo, regresaba a la casa de su hija a fin de minimizar la exposición a una conducta agresiva de Carlos. Otras veces, incluso, tras un episodio de gran agresividad física, no entraba en la casa y le dejaba la comida por la ventana.

4.2 Las tareas domésticas relacionadas con la ropa

Las tareas domésticas relacionadas con la ropa son las mismas que para el resto de los miembros de la familia cuando los enfermos están mentalmente controlados: lavar las prendas de vestir y los cobertores que se usan para dormir, tender las prendas y los cobertores para su secado, recoger la ropa y los cobertores una vez secos, doblarlos y guardarlos, comprar ropa nueva cada cierto tiempo o acompañar al enfermo a comprar ropa para que pueda elegirla según su gusto.

En cambio, durante los periodos de descontrol mental, el cuidador puede verse obligado a adquirir ropa nueva con mayor frecuencia de lo normal cuando la persona

enferma rompe sus prendas, como en el caso de Esther. Al romper su ropa frecuentemente, don Francisco se encargaba de ir a comprarle ropa cuando había roto todas las prendas y no tenía más ropa para vestirse —su nieta Mercedes le enviaba ropa para su madre de cuando en cuando—. Siempre le compraba ropa lisa, que no tuviera estampados o dibujos, pues estimulaba sus visiones de “animalitos” y Esther la rompía enseguida.

En el caso de Miguel, él mismo se compraba su ropa. Su padre le daba dinero para que se comprase la ropa que él quería, pues no aceptaba vestirse con otra ropa que no fuera la que él mismo se había comprado. En el lavado de la ropa, Miguel fue también una excepción. Aun estando mentalmente descontrolado, a partir de 2011, comenzó a lavarse su propia ropa, pues su hermana le explicó que su madre ya estaba demasiado anciana y débil para seguir haciéndolo. Miguel aceptó lavar su ropa y continuó encargándose de su lavado después de salir de su último internamiento hospitalario y volver a tomar su medicación.

Lo normal, sin embargo, es que, en los periodos en que los enfermos están mentalmente descontrolados, el lavado de la ropa y los cobertores exija un mayor esfuerzo, una mayor inversión de tiempo y energía, pues los enfermos tienden a ensuciar más, sobre todo, en los casos en que pierden el sentido de la higiene —Esther— y, además, no tienen control sobre la orina y la excreción —Teresa y Carlos—.

Esther orinaba y defecaba al lado de su catre, posteriormente, al lado de su cama de cemento, pues rehusaba hacerlo en la letrina que había en su cuarto. Además de romper sus prendas, a menudo, utilizaba su ropa para limpiar su nalga y el suelo después de defecar. Lo mismo sucedía con las cobijas que usaba para arroparse en la noche. Don Francisco, su cuidador primario, se quejaba de su comportamiento, pero se veía obligado a recoger y lavar la ropa y los cobertores ensuciados con orines y excrementos.

Pero ella una cosa que tiene, orinar en el mismo lugar y caca también, y ése es el problema, ¿no? Si me queda, no hace así, con doctor no hace así, orinando en lo mismo donde estaba, y también cagando.

¿Ahí donde duerme?

Sí, donde duerme. Así caga la casa todos los días. Con ese se rompe ropa, la misma ropa limpiando, ¿no?, la cola, todo eso. Ahí se rompe.

¿Se limpia con la ropa?

Sí, está limpiando la cola con esa ropa así. Con eso acaba, ¿no? Si le pongo una ropa nuevita ahorita, ¿no?, mañana no sirve. Así hace, sí, todos los días, todos los días hace así. Como ahora está así, solita, no tiene nada ahorita, quitado las cosas. En la mañana le di la comida a ella, quiere salir porque no tiene ropa, voy a pedir una ropa por ahí arriba, dice.

[...] *¿No tiene ropa?*

No tiene ahorita, no tiene ahorita. Ya comí. Por eso ya le di la comida. Está sentado así. Se rompió toda la ropa que está ahí. La casa bien sucia cuando estaba, ¿no?,

bien de cacas. [...] Pues mañana le di yo una ropa. Yo compré mucha ropa y mucho y... nada más un rato nada más. Y yo no sé por qué, ¿eh?

¿La rompe?

La rompe, la va rompiendo y eso. Si no lo rompe, limpiando con la caca está en el piso.

Lavar la ropa manchada por el sudor, los orines y los excrementos era más laborioso aún en el caso de Carlos debido a que carecía de control sobre la orina y la excreción y a que podían pasar semanas antes de que accediera a bañarse o cambiarse de ropa. Doña Julia, después de haberlos dejado previamente en remojo, lavaba la ropa y los cobertores frotándolos enérgicamente con un cepillo, utilizando jabón y cloro en los enjabonados, enjabonando y enjuagando varias veces para poder eliminar la suciedad y el mal olor. En algunas ocasiones, la ropa estaba tan sucia que tuvo que tirarla y quemarla, pues el sudor y la suciedad la habían estropeado.

4.3 Las tareas domésticas relacionadas con la limpieza y el orden domésticos

Las tareas relacionadas con la limpieza y el orden en la vivienda o el espacio físico en el que viven los enfermos se distinguen del trabajo cotidiano en este ámbito de la higiene doméstica solamente en los periodos de descontrol mental. En los periodos en que los enfermos están mentalmente controlados, las tareas de limpieza y ordenamiento de la vivienda —limpiar el fogón o la estufa, lavar los trastes, barrer y trapear el suelo, limpiar el baño— o del espacio del enfermo siguen el ritmo normal de la familia, mientras que, en los periodos de descontrol mental, el grado de desorden y suciedad aumenta, en ciertos casos considerablemente.

El grado de desorden aumenta porque las personas enfermas manifiestan conductas tendentes a desordenar y cambiar de sitio las cosas en la vivienda y el patio —Esperanza, Esther, Teresa, Miguel, Carlos, Sofía—, lo que exige a sus cuidadores primarios y secundarios vigilar sus conductas y reordenar las cosas o volver a colocarlas en su sitio, en algunos casos —Esther, Carlos, Sofía—, procurando evitar reacciones agresivas y conflictivas. Don Augusto sorteaba el rechazo de su esposa a que se ordenara y limpiara ciertos espacios de la casa, como la cocina, contratando a una muchacha para que hiciera la limpieza y lavara los trastes de las comidas, pues Sofía la trataba con delicadeza y no le ponía ningún impedimento.

El grado de suciedad aumenta porque hay enfermos que pierden totalmente el sentido de la higiene —Esther— y otros que, además, no pueden controlar orgánicamente sus necesidades de orinar y defecar —Teresa y Carlos—, lo que obliga a sus cuidadores primarios y secundarios a limpiar los orines y los excrementos que sus enfermos dejan en el suelo. En los casos de Esther y Carlos, sus cuidadores primarios, su padre y su madre,

además de limpiar los orines y las heces de sus hijos enfermos, debían de estar vigilantes de no ser sorprendidos y agredidos físicamente.

Una o dos veces a la semana, don Francisco limpiaba el cuarto de Esther con la ayuda de una pala para recoger las heces y, seguidamente, de una escoba y el agua de una cubeta para limpiar el piso de tierra. Cuando pavimentaron el suelo con cemento, lo limpiaba con una escoba, detergente y la manguera de agua; la escoba la utilizaba para frotar el suelo y luego para sacar el agua hacia el exterior del cuarto. Al hallarse en el interior de la vivienda, doña Julia no utilizaba una manguera para limpiar el cuarto de Carlos. Tras pasar la jerga para absorber los orines, tallaba el suelo con una escoba echando el agua de una cubeta en la que previamente había vertido friegasuelos y cloro para eliminar la suciedad y el mal olor. A continuación, trapeaba el piso con una jerga envuelta en el extremo del jalador y, finalmente, sacaba el agua con el jalador. Pero siempre limpiaba el cuarto de su hijo tomando precauciones y estando pendiente de su conducta.

Cuando está durmiendo le digo: voy a trapear en tu cuarto, ¿eh? No vas a pelear ¿eh? No. Bueno, estate tranquilo. Está tranquilo. Cuando ya empieza a hablar, yo me apuro también. Agarro todo y le echo, le echo, le echo así. Y, a veces, que se hace de pipí en la noche y no se cambia de ropa. Es penoso decírselo, pero es la verdad. Y ya hace ruido y digo ay, pues hasta acá, el olor va a llegar hasta acá, ¿no? Qué hago. Cualquiera que viene, qué diría. Esta señora no asea su casa. Por qué está viviendo así, ¿no? Pero ellos no saben. Es penoso para mí. Sabe mucha gente cómo está, pero no lo voy a estar diciendo, ¿verdad? Ahora mismo está así o hace esto, ¿no?, y diciéndole para que se burlen de él o al otro día, ¿no? Fíjate que así es la señora, así está su hijo, así hace, así no, tampoco. Entonces yo misma agarro el cloro y echo y echo. Agarro mi cubeta de agua y lo echo un poco de cloro y un poco de jabón, y hago la jerga. Agarro el jalador, hasta tengo mis jaladores porque aquí rápido trapeo, rápido los dos pasa a trapear. Y casi no sale agua sucia que ya se vea así, no sale porque siempre lo estoy limpiando, ajá.

Acciones del área de las necesidades económicas

Subáreas de cuidados	Descontrol mental	Control mental
Manutención	<p>Conseguir o aportar dinero para adquirir alimentos y ropa.</p> <p>Comprar y enviar ropa al cuidador primario.</p>	<p>Conseguir o aportar dinero para adquirir alimentos y ropa.</p> <p>Comprar ropa y enviarla al cuidador primario.</p>
Atención médica	<p>Conseguir o aportar dinero para costear el viaje y la comida cuando los familiares deciden atender a su enfermo por la vía tradicional o por la vía psiquiátrica estatal o privada.</p> <p>Conseguir o aportar el dinero para sufragar la atención del enfermo por un curador tradicional.</p> <p>Conseguir o aportar dinero para costear la consulta médica y, en caso de que sea necesario, el internamiento en el hospital psiquiátrico.</p> <p>Conseguir o aportar dinero para comprar psicofármacos y otras medicinas.</p>	<p>Conseguir o aportar dinero para costear los viajes y las comidas cuando el enfermo y su acompañante acuden a las citas médicas.</p> <p>Conseguir o aportar dinero para costear las consultas médicas en el hospital psiquiátrico.</p> <p>Conseguir o aportar dinero para sufragar las consultas médicas privadas en psiquiatría u otras especialidades médicas.</p> <p>Conseguir o aportar dinero para comprar psicofármacos y otras medicinas.</p> <p>Comprar y enviar psicofármacos al cuidador primario.</p>
Indemnizaciones a vecinos	<p>Conseguir o aportar dinero para afrontar las indemnizaciones reclamadas cuando el enfermo agrede físicamente a un vecino.</p> <p>Conseguir o aportar dinero para indemnizar a los afectados por daños materiales causados por el enfermo.</p>	
Recursos institucionales	<p>Realizar las gestiones para solicitar el apoyo del gobierno municipal para el traslado y la atención psiquiátrica del enfermo.</p> <p>Realizar las gestiones para solicitar o refrendar la inclusión del enfermo en el programa social de apoyo a los discapacitados del DIF OAXACA.</p>	<p>Realizar las gestiones para solicitar o refrendar la inclusión del enfermo en el programa social de apoyo a los discapacitados del DIF OAXACA.</p>

Acciones del área de creación de un espacio físico

Tipos de espacios	Descontrol mental	Control mental
Espacio de cuidado	<p>Construir la vivienda familiar en el patio de los padres del enfermo para contar con la ayuda de un cuidador secundario y facilitar su cuidado.</p> <p>Encerrarse en la casa durante un tiempo para evitar el contacto con las personas y poder superar el trastorno psicótico.</p>	<p>Seguir viviendo en la casa construida en el patio de los padres del enfermo para contar con la ayuda de un cuidador secundario y facilitar su cuidado.</p>
Espacio de control de conductas	<p>Encerrar temporal o prolongadamente al enfermo en la vivienda familiar para poder controlar su conducta.</p> <p>Adecuar la vivienda familiar como espacio de control retirando cuchillos, machetes y otros objetos contundentes.</p> <p>Construir un cuarto exclusivo en el patio para encerrar permanentemente al enfermo mentalmente descontrolado.</p> <p>Reformar el cuarto exclusivo para el enfermo a fin de evitar que pueda escaparse.</p>	<p>El cuarto exterior construido para el enfermo se utiliza para que duerma en la noche o en los momentos en que el cuidador primario se ausenta.</p> <p>Reformar el cuarto exterior para mejorar las condiciones de vida del enfermo.</p>

Acciones del área de cuidados personales

Subáreas de cuidados	Descontrol mental	Control mental
Alimentación	<p>Supervisar la alimentación adecuada del enfermo, la pérdida de apetito o el apetito desmesurado.</p> <p>Prevenir y manejar las conductas exigentes y agresivas.</p> <p>Manejar las conductas tendentes a desperdiciar la comida.</p> <p>Manejar las visiones, la escucha de voces, los delirios a la hora de las comidas.</p>	<p>Supervisar que el enfermo se alimente adecuadamente.</p> <p>Supervisar que el enfermo guarde las recomendaciones dietéticas.</p> <p>Ayudar al enfermo a comer cuando los efectos adversos de la medicación le dificultan hacerlo por sí mismo.</p>
Vestido	<p>Supervisar que el enfermo esté vestido y con ropa limpia.</p> <p>Darle ropa para que la enferma no esté desnuda o semidesnuda.</p> <p>Supervisar que se cambie de ropa cuando está sucia.</p>	<p>Supervisar que el enfermo vaya bien vestido y con ropa limpia.</p>
Aseo personal	<p>Supervisar que se asee regularmente o lo más frecuentemente posible.</p> <p>Manejar la renuencia a asearse.</p> <p>Manejar la pérdida del sentido de la higiene y la falta de control sobre la orina y las excreciones en algunos enfermos.</p> <p>Prevenir y manejar las reacciones agresivas del enfermo ante señalamientos del cuidador.</p> <p>Ayudarle a asearse cuando el enfermo no puede hacerlo por sí mismo.</p> <p>Supervisar el tiempo de duración del baño cuando el enfermo presenta compulsividad y/o su mente está dominada por las voces.</p> <p>Supervisar que se cambie de ropa una vez bañado.</p>	<p>Supervisar que su aseo sea regular y se cambien de ropa.</p> <p>En algunos enfermos con deterioro cognitivo, estar pendiente de que realicen bien su aseo personal.</p>

Acciones del área de las tareas domésticas

Subáreas de cuidados	Descontrol mental	Control mental
Alimentación	<p>Adquirir los alimentos.</p> <p>Preparar y cocinar los alimentos procurando guardar la dieta del enfermo.</p> <p>Comprar o echar tortillas.</p> <p>Servir la comida y la bebida.</p> <p>Calentar y servir las tortillas.</p> <p>Cuando el enfermo tiende a la agresividad, tomar medidas para no ser agredido físicamente mientras se prepara la comida.</p>	<p>Adquirir los alimentos.</p> <p>Preparar y cocinar los alimentos procurando guardar la dieta del enfermo.</p> <p>Comprar o echar tortillas.</p> <p>Servir la comida y la bebida.</p> <p>Calentar y servir las tortillas.</p>
Ropa	<p>Lavar la ropa y los cobertores.</p> <p>Lavar la ropa y los cobertores ensuciados por los enfermos que no tienen control sobre la orina y la excreción.</p> <p>Tender las prendas y los cobertores para su secado.</p> <p>Recoger la ropa y los cobertores una vez secos, doblarlos y guardarlos.</p> <p>Comprar ropa nueva al enfermo cada cierto tiempo o cuando ya no tiene ropa que ponerse.</p> <p>Dar dinero al enfermo para que se compre ropa cuando sólo quiere ponerse ropa comprada por él.</p>	<p>Lavar la ropa y los cobertores.</p> <p>Tender las prendas y los cobertores para su secado.</p> <p>Recoger la ropa y los cobertores una vez secos, doblarlos y guardarlos.</p> <p>Comprar ropa nueva al enfermo o acompañar al enfermo cuando se va a comprar ropa.</p> <p>Dar dinero al enfermo para que él mismo se compre la ropa.</p>
Ordenar y limpiar la vivienda o el espacio del enfermo	<p>Reordenar y volver colocar las cosas en su sitio en la vivienda y el patio tras haber sido desordenadas o descolocadas por el enfermo.</p> <p>Limpiar el suelo de orines y excrementos cuando los enfermos no tienen control sobre la orina y la excreción.</p>	

Responsabilidades de los cuidadores. Cuidados en la línea del hogar

Áreas de cuidado	Subáreas de cuidado	Cuidador primario	Cuidador secundario	Fuente de apoyo
Necesidades económicas	Manutención	✓		✓
	Atención médica	✓		✓
	Indemnizaciones a vecinos	✓		✓
	Recursos institucionales	✓	✓	✓
Creación de un espacio físico	Espacio de cuidado	✓	✓	
	Espacio de control de conductas	✓		✓
Cuidados personales	Alimentación	✓	✓	
	Vestido	✓	✓	
	Aseo personal	✓	✓	
Tareas domésticas	Alimentación	✓	✓	
	Ropa	✓	✓	
	Ordenar y limpiar la vivienda o el espacio del enfermo	✓	✓	

Capítulo 32

Los cuidados en la línea biográfica

La línea de cuidados en torno a la biografía del enfermo busca facilitar que la persona que padece esquizofrenia u otra psicosis pueda mantener o reconstruir su identidad y su vida en la medida de lo posible, integrando los síntomas y las discapacidades de su padecimiento mental cuando está controlada a través de la medicación, retomando su autonomía personal cuando ha logrado curarse de su trastorno psicótico.

La esquizofrenia y otras psicosis causan alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales que inciden en la identidad personal —la concepción del yo— y la identidad social —la concepción que los demás tienen de uno asociada al desempeño de sus roles sociales— de la persona enferma, provocando en mayor o menor grado cambios que son percibidos interiormente por el enfermo y exteriormente por los demás. A pesar de que aparece un sentido de cambio y discontinuidad, tanto los enfermos como los sujetos más cercanos a ellos reconocen una cierta continuidad en su identidad, más allá de nuevos rasgos y discapacidades, reconocen la presencia de la misma persona (Estroff, 1989: 189-192; 1993: 250, 256-263; Gergel y Iacoponi, 2017: 1029-1030).

La identidad personal o la concepción del yo, además de una dimensión interior, presenta una dimensión social e interpersonal que se constituye en relación a categorías socioculturales —género, parentesco, edad, etnia, nivel socioeconómico, etc.—, los roles sociales desempeñados en la vida cotidiana y la percepción y valoración que los demás hacen de la persona. Tanto la dimensión interior como la dimensión social e interpersonal del yo se ven afectadas por la psicosis al provocar un desempeño deficiente en los roles sociales, al alterar la forma en que la persona vive y otorga sentido a sus experiencias y la forma en que conoce el mundo que la rodea, creando una realidad propia que no sólo no es compartida por los demás, sino que los demás consideran irreal y errónea (Estroff, 1989: 192-194; Gergel y Iacoponi, 2017: 1032-1035).

La discrepancia entre la visión que el enfermo tiene de sí mismo y su realidad y la visión que los demás tienen de él, enjuiciando sus percepciones y sus conductas, incide negativamente en su identidad personal y social, acentuando su retraimiento y su pérdida de interés por compartir sus experiencias y participar en la vida social, afianzando la cronicidad de su padecimiento mental, su sufrimiento y sus discapacidades —factor que

actúa junto a otros factores estructurales como la concepción de la psicosis y su tratamiento terapéutico en el sistema sanitario biomédico y las políticas públicas destinadas a atender las necesidades de las personas discapacitadas—. En cambio, las personas que padecen trastornos psicóticos y quienes los tratan cotidianamente pueden ayudar a validar y reconstruir su identidad teniendo en cuenta los síntomas, las afectaciones y las limitaciones presentes en su vida personal y social, los cambios y las pervivencias del yo anterior a la aparición de la enfermedad (Estroff, 1989: 194-195, 1993; Gergel y Iacoponi, 2017: 1035-1036).

En definitiva, si bien de una manera distinta a los padecimientos crónicos orgánicos, los padecimientos mentales de la esquizofrenia y otras psicosis requieren igualmente la implementación de cuidados en la línea biográfica en favor de la reconstrucción de la identidad y el bienestar de las personas enfermas. En San Felipe Usila, las acciones de cuidado en torno al trabajo biográfico tienen tres objetivos principales vinculados entre sí:

- a) Preservar y reconstruir la identidad del enfermo.
- b) Procurar el bienestar psicológico-emocional de los enfermos.
- c) Reconstruir la vida social y personal de las personas enfermas, apoyando su reintegración en la vida familiar y comunitaria cuando están mentalmente controladas o han logrado sanarse.

Los fines de los cuidados de la línea biográfica suponen que haya tres áreas de cuidado: procurar el bienestar psicoemocional del enfermo, la atención espiritual y la reconstrucción de la vida social y personal del enfermo.

- 1) El área de cuidados orientados a procurar el bienestar psicoemocional del enfermo son las acciones encaminadas a evitar acciones y situaciones que desestabilicen mentalmente al enfermo, y también a tranquilizar, animar y consolar a la persona enferma.
- 2) El área de los cuidados espirituales está integrada por las acciones de los cuidadores y los propios enfermos orientadas a buscar la ayuda divina para lograr el alivio de los malestares, el control de los síntomas, la sanación y la preservación de la identidad de las personas enfermas.
- 3) Los cuidados del área de la reconstrucción de la vida social y personal del enfermo buscan favorecer, por una parte, que la persona enferma pueda desempeñar tareas domésticas y productivas en la vida cotidiana y, por otra parte, que se relacione con familiares y vecinos fuera del espacio doméstico, teniendo en cuenta las limitaciones asociadas a su padecimiento mental. En esta área de cuidados también están incluidas las propias iniciativas de algunos enfermos, mentalmente controlados o curados, por mostrarse como personas socialmente competentes dentro y fuera del hogar.

1. Los cuidados relativos al bienestar psicológico-emocional

El área de cuidados relativos al bienestar psicológico-emocional de la persona enferma engloba las acciones enfocadas, por un lado, a evitar acciones o situaciones que desestabilicen mentalmente al enfermo y, por otro, a tranquilizar, animar y consolar al enfermo cuando se ha desestabilizado psicoemocionalmente. Los cuidadores primarios y, en menor medida, los cuidadores secundarios son los principales encargados de realizar estas acciones, mayormente, cuando las personas enfermas están mentalmente controladas mediante la medicación, ya que se muestran más comprensivas y, al mismo tiempo, más receptivas a los cuidados de carácter psicoemocional. Estos cuidados tienen la doble función de salvaguardar la estabilidad mental del enfermo medicado y, gracias a ello, preservar su identidad personal en la medida de lo posible.

En los periodos en que los enfermos se hallan mentalmente descontrolados, los cuidadores también llevan a cabo una parte de estos cuidados, aunque su finalidad está más orientada a evitar el agravamiento de su descontrol mental y a que puedan entrar en conflicto o agredir a un familiar o a un vecino. Ésta es la razón, por ejemplo, de que los cuidadores nunca llevan a sus familiares enfermos a un evento social estando mentalmente descontrolados, mientras que sí lo hacen cuando están medicados en algunas ocasiones.

1.1 Los cuidados orientados a evitar la desestabilización mental del enfermo

Los cuidadores procuran salvaguardar el equilibrio mental de la persona enferma evitando que se exponga a situaciones o a acciones que la puedan desestabilizar psicoemocionalmente, supervisando que no salga a la calle, no asista o asista pocas veces a eventos sociales donde se congregan multitudes para que no escuche voces o elabore ideas delirantes de daño, tratando de ocultarle los problemas que puedan tener los miembros de la familia y los conflictos que surjan entre los familiares o con los vecinos a fin de no desencadenar una crisis de angustia o una reacción de irritabilidad.

En aquellos casos en que los enfermos tienden a desestabilizarse fácilmente aun estando medicados —Esperanza, Teresa, Sofía— o muestran sensibles déficits en la cognición social —Esther, Miguel, Carlos—, los cuidadores procuran que no asistan o asistan pocas veces a los eventos sociales donde se concentran muchas personas, sean de carácter civil o religioso —reuniones del programa PROSPERA, reuniones y eventos en la escuela, actos relacionados con la fiesta patronal o el Día de la Independencia, fiestas de cumpleaños, procesiones del Domingo de Ramos y Semana Santa, procesiones y posadas en honor a la Virgen de Guadalupe y los Santos Peregrinos, predicaciones evangélicas, bodas, bautizos, comuniones, etc.—. El contacto con una multitud puede estimular la escucha de voces, o bien las miradas, las conversaciones y las risas de los asistentes pueden llevarlos a pensar que están hablando mal o se están riendo de ellos, voces y pensamientos que les provocan incomodidad, enojo y alteran su estado mental. Así, las escasas ocasiones en que estos enfermos acuden a un evento social, siempre lo hacen acompañados por su

cuidador primario o secundario, que se encarga de supervisar que su estado mental no se desestabilice y puedan tener comportamientos inapropiados o agresivos.

Cuando acudía a un evento social como una boda, Sofía solía regresar a la casa molesta por las miradas, por lo que había escuchado, pero, además, don Augusto tenía que estar pendiente de que las conversaciones que su esposa pudiese mantener con algunos asistentes no la perturbaran, pues aquello que le contaban o le aconsejaban podía impresionarla de tal manera que su mente permanecía obsesivamente centrada en esas ideas durante días.

Pero, por ejemplo, cuando la saco así a algún evento, ya llega molesta porque alguien la miró mal, o alguien no le cayó bien, o escuchó algo que no. Porque ése es el problema, ¿no?, de que sale, y si platica con alguien acerca de algo que le impresiona, pues entonces está en la casa, ése es el tema, ése es el tema. No se le puede platicar cosas así que, digamos, de lo que está pasando, pues se le queda y ése es el tema de la casa.

[...] Sí, por eso, cuando ella sale, de preferencia hay que tenerla cerca porque también hay personas que luego empiezan a meterle ideas. Entonces ella no es de las personas que va a platicar un asunto y ahí se acabó. Hay que tener cuidado con lo que se le dice.

El esposo y la hija de Esperanza no sólo procuraban que no asistiera a eventos sociales, sino que no le permitían salir a la calle, pues enseguida comenzaba a escuchar voces hostiles que la turbaban y acababan alterando mentalmente, no siendo necesario que entrara en relación con un grupo numeroso de personas para desestabilizarse.

¿Siente dolor de cabeza?

Sí, siento el dolor de mi cabeza y hay puro, puro escucho, escucho un poco voz. Cuando me voy por camino, escucha voz. Eso dice mi hija que no, no voy por camino, dice, cuando se fue. No voy por camino, dice, porque no quiere que yo me voy a escuchar la voz. Yo quiero ir a pasear por camino, todos los días quiero pasear.

¿Y qué le dicen las voces?

Que dicen personas que yo soy su hermana, yo soy su hija, yo soy... Así dice por camino, sí. Yo tengo muchos pecados, dicen. Yo pienso que yo no debo, que no debo porque yo no mato personas, yo ando solita por camino, yo no juego nada.

Rehuir el contacto con las personas fue una medida terapéutica que Marcos aplicó durante los ocho meses que permaneció encerrado en su casa después de salir de su internamiento en el hospital psiquiátrico. En su caso, el propio enfermo es quien tomó la decisión de no relacionarse con sus semejantes para poder recuperarse de su trastorno psicótico. Siguiendo el consejo médico, salvo con unos pocos familiares y amigos cercanos, Marcos resolvió no tratar con las personas para evitar influencias negativas que pudieran desestabilizar su mente.

Porque el médico me decía que tenía que reposarme, no tenía por qué platicar con la gente, sí. Porque hay, como ya le había comentado, ¿no?, hay mucha gente que viene a hablar negativa, pues, no, no positiva. Por eso me encerré, porque fue lo que me dijeron. Te vas a reposar en tu casa, no vas a platicar, no salgas a la calle. Así me dijeron, por eso lo hice.

Las problemáticas y los conflictos en el seno familiar alteran el equilibrio psicoemocional de las personas enfermas, de modo que los cuidadores tratan de evitar que surjan o presencié peleas y discusiones en el hogar, toman medidas para que éstas dejen de producirse, a la vez que procuran brindar a sus familiares enfermos un trato comprensivo y suave, procurando no entrar en discusiones y peleas con ellos, a fin de que su estado mental no se vea afectado y trastornado.

La incidencia de los conflictos en la salud mental del enfermo queda reflejada en el caso de Esperanza cuando presencié una discusión entre su hija y una vecina que había llegado a la casa a reclamarle una cuestión. La discusión la alteró psicológica y emocionalmente a tal grado que Esperanza acabó sufriendo una parálisis facial cuyas consecuencias eran todavía visibles unos días después en la mitad derecha de su rostro.

Años antes de este episodio que los familiares no pudieron evitar que presenciara, don Eusebio decidió aplacar las frecuentes peleas de sus niños en el hogar familiar a fin de preservar el bienestar mental de su esposa Esperanza. Como reñían mucho entre sí y no hacían caso a las peticiones ni a los argumentos de su madre para que cesaran de pelear, don Eusebio y Esperanza llevaron a sus hijos al Centro de Salud para que hablaran con uno de los médicos. El médico explicó a los niños que su mamá padecía una enfermedad mental y era muy importante que entendieran que no debían discutir ni pelearse entre sí a fin de no desestabilizar su salud mental. La charla fue efectiva y, como recordó Esperanza, los niños dejaron de pelearse continuamente.

Quando pelean los chamacos, ¿usted qué hace?

Hmm, me hablo con chamacos, me hablo para que escucha porque antes, cuando yo estoy enferma, pero los chamacos no me dan confianza cuando me voy a platicar con ellos cuando estaban chiquitos. Siempre que peleando, que peleando, que peleando, que peleando, por eso mandamos ahí, habló con doctor, doctor que habló con ellos, sí, antes [risas]. Sí, lo llevamos con doctor y doctor habló con ellos.

¿Pero con qué doctor?

Doctor que trabajaba en Centro de Salud, lo conocido antes.

[...] Con Fernando, Luis, Elena, todos, con todos habló. No tiene que alterar... alterar a su mamá con discutir... porque está enferma. No va a alterar, no va a pelear con su hermana y su hermano. Por eso tiene que escuchar lo que dice su mamá, porque su mamá no aguanta ver peleando. Sí, así decía doctor. Lo dijo doctor, lo dijo doctor, todo enseñó a los chamacos, por eso creció y ya no peleó, todo. Pero ahorita ya puedo, ya entiende un poco, ya entiende chamacos, pero antes cómo enfermé. Ya no me acuerdo por acá.

Doña Rosario, cuando asumió el cuidado primario de su hermana Teresa mientras estuvo viviendo con ella y su familia en un pueblo del sur del estado de Oaxaca, también tuvo que hablar con su hijo para que no riñera ni se peleara con su tía. Comprendía que se molestase con Teresa cuando cogía sus cosas o sus libros sin pedirle permiso o le rayaba sus libretas de la escuela, pero le hizo entender que debía de ser más paciente y comprensivo, pues Teresa era una mujer enferma y discutir con ella, incluso llegando a pegarse mutuamente, la alteraba y agravaba su descontrol mental.

Al igual que Esperanza, Teresa es una enferma cuyo equilibrio mental se ve muy afectado por el contacto con las multitudes y las situaciones conflictivas. Sus cuidadores procuran que no salga a la calle, ni asista a los eventos sociales donde se concentra mucha gente, del mismo modo que evitan que no presencie conflictos entre familiares o con vecinos, incluso, los conflictos y los sucesos trágicos que aparecen en los programas de televisión, ya que le causan un gran impacto psicoemocional que acaba trastornándola mentalmente. Su hijo Rubén lo explicaba así:

Cuando empezó el problema de ella empezó a alucinarse, empezó a alucinarse. Se quedó en la cabeza todo lo que vio y así hasta horita. Todo lo que no puede ver donde pelea la gente, no puede ver ni televisión, porque se le queda en la cabeza y así empieza otra vez su trauma. Y, a veces, cuando estaba aquí, pues, la verdad, mi tía había comprado una tele, y ya la quitamos, la bajamos y ya, otra vez se puso la tele, y mi mamá se quedó, como veía novelas, y así se traumaba más. Y ya se fundió la tele y hasta ahorita no, no hemos comprado nada ni allá ni acá. Sí, porque ella, por eso no la saco. A veces, la saco, vamos a la iglesia, así nada más, pero no la saco a donde hay cosas, por ejemplo, vamos ir a ver el partido de futbol, vamos a ir donde hay baile, y así, porque en su cabeza se le queda todo, no puede ver las cosas.

¿Y luego qué le sucede?

Y alucina, y empieza con su enfermedad, se queda inconsciente, totalmente perdida, ya no habla. O cuando ve las cosas así, se le queda en la cabeza, ¿no?, esa gente así que empieza a gritonear y empieza a llorar, y llora. Y así, pues, le empieza a doler la cabeza, y así pues ya no se controla.

Otro cuidado orientado a preservar el bienestar psicoemocional de las personas enfermas es ocultar las preocupaciones y los problemas que puedan tener los miembros de la familia o los conflictos que puedan surgir entre parientes o con algún vecino, y así evitar que el enfermo pueda sumirse en un estado anímico de ansiedad, angustia o irritabilidad. Este cuidado se efectuaba en todos los enfermos, pero con especial ahínco en aquellas mujeres enfermas que mostraban una gran sensibilidad y tendencia a desestabilizarse psicoemocionalmente, como Esperanza, Natalia, Teresa o Sofía.

Los familiares de Natalia procuraban no comentarle sus problemas debido a que se ponía a “pensar mucho”, a mostrar una preocupación excesiva que perduraba en el tiempo y que acababa desembocando en irritabilidad, molestándose y enojándose por cualquier asunto con quienes estaban a su alrededor. Esperanza, en cambio, reaccionaba de una

manera distinta a Natalia. También se alteraba psicoemocionalmente cuando se enteraba de algún problema familiar, pero no se enojaba, sino que se hundía en un estado de tristeza y angustia que trastornaba su estado mental y propiciaba que escuchara voces y tuviera ideas delirantes. Un día por la tarde, sus hijos menores fueron al río y tuvieron un conflicto con otros niños que les querían pegar. Al regresar a la casa, Gabriel y José contaron a su madre lo que les había pasado sin reparar en que podían alterarla mentalmente. Elena, la cuidadora secundaria de Esperanza, había explicado varias veces a sus hermanos que no contaran a su mamá ese tipo de problemáticas, pero “no entendían” y lo seguían haciendo.

¿Cómo ves a tu mamá ahorita?

Ahorita sí está bien, nada más que ayer o anteayer, ¿cuándo fue: ayer o anteayer? Anteayer, se alteró cuando mi hermano le contó lo que le había pasado. Pero ahorita sí está bien. Nada más ese rato, pues, ese día que estuvo mal, pero ahorita sí está bien.

Fueron tus hermanos quienes le contaron lo que le había pasado en el río y ella se preocupó.

Sí. Es que no, no, cuando se entera de algo, se pone mal. Yo ya no le cuento nada, pues, todo lo que pasa. Es que, si le digo, se pone mal, se altera. Pero mis hermanos sí, sí le cuentan, pues, todo lo que ven y lo que escuchan cuando algo está pasando con la familia, hm, hm, pero se siente mal.

[...] Que ellos no entienden, por más que les digo, no entienden. También mi tío le estaba hablando a José. Le aconsejó, pues, pero él, no, sale pues, sale José al río y llega hasta la tarde.

Algunos enfermos medicados, como Esperanza y Marcos, tenían sus propias estrategias para no desestabilizarse mentalmente cuando escuchaban voces. Esperanza, a veces, optaba por no contestar a los comentarios hostiles de las voces y, si persistían, iba a acostarse con el propósito de dormir y no escuchar lo que le decían. Otras veces, manejaba el malestar psicoemocional que le causaba la escucha de voces siguiendo el consejo médico de ocupar su mente con el bordado de servilletas:

Yo trabajo cuando me enfermaba. Cuando me levanta, yo hago, borda servilletas, porque así tengo que bordar, dice doctor, servilletas, para que se olvide lo que pasa en mi cabeza, dice. Tiene que bordar, dice, para que se te olvida lo que pasa en tu cabeza. Sí, cuando estoy solita pienso mucho, cuando estoy sentada, solita, vienen nervios.

Después de salir de su internamiento en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, siguiendo el consejo que le había dado el psicólogo, Marcos rechazaba mentalmente las voces y los pensamientos negativos para liberarse de ellos, poder mental que se acrecentó cuando comenzó a rechazar las voces invocando a Jesús.

Ajá, me decía que tenía que hacerlo así, pues, y yo, pobre, pues, cómo lo puedo decir, pobre, ¿no? Yo obedecía esas voces, pero... este, cuando llegué en hospital, el psicólogo me explicó cómo tenía que librarme de esas voces. O, cuando a mi mente vienen ideas negativas, me dijo él, yo tenía que rechazarlo, pues, me dijo. Porque yo le expliqué todo también, cómo estaba yo mi situación, y él me decía para poder liberarme de lo que me estaba pasando, me dijo tú recházate todo lo que te viene a tu mente, lo que escucha, recházalo. Y yo lo hacía, así como me instruyó el psicólogo, pero, cuando mi mente ya se despertó a un estado normal, yo rechacé en mi mente esas voces en el nombre de Jesús, y más poder me tuve para liberarme de esas voces. Así lo hice.

1.2 Los cuidados orientados a tranquilizar, animar y consolar al enfermo

Los cuidados que buscan tranquilizar, animar o consolar al enfermo se brindan en las fases de descontrol mental para manejar o aminorar sus síntomas psicóticos, pero mayormente se dispensan en los periodos en que las personas enfermas están mentalmente controladas mediante la medicación al ser más receptivas cognitivamente y psicoemocionalmente a este tipo de cuidados. Los cuidadores primarios son los principales encargados de velar por el estado anímico de su enfermo, aunque también participan los cuidadores secundarios y, en ocasiones, algunos familiares que intervienen como fuentes de apoyo.

Cuando el enfermo experimenta vivencias que alteran su estado anímico y mental, el cuidador primario o el cuidador secundario trata de tranquilizarlo, hablando con el enfermo, haciéndole ver que las visiones y las voces no son reales, que los pensamientos de que las personas hablan mal de él o quieren dañar a sus hijos son producto de su enfermedad. Las pláticas que los cuidadores mantienen con las personas enfermas tienen lugar con mayor frecuencia cuando están mentalmente controladas, aunque también se dan en ciertos momentos durante los periodos de descontrol mental con el fin de contener la crisis psicótica o una vez que el enfermo la ha superado.

Durante los años en que Esther estuvo mentalmente descontrolada y cuando sufría crisis psicóticas aun tomando su medicación, frecuentemente, don Francisco trataba de calmar su estado de ánimo alterado, hablándole despacio y suavemente, diciéndole que las voces que escuchaba y las visiones que veía no existían realmente, o haciéndole ver que nadie había entrado en su cuarto, le había pegado, le había roto su ropa, había orinado y defecado en el suelo.

¿Y usted qué hace cuando está así?

No hace nada yo. Nomás hablando yo, estoy hablando despacito, ¿no? No, mi hija, no es así, no. Yo te tengo ropa, y ¿dónde está la gente? ¿no? Se rompió otra persona, dice, entró ahí. Nomás dice así, pegó la cara y pegó mucho. Orinó allá, dice, y, tzss,

pero no la persona que viene afuera, dice, ah, cagó también, no [risas], pero no, nomás dice eso, porque, porque ahora es así.

Doña Julia, a no ser que mostrara un ánimo iracundo, siempre trataba de calmar a su hijo Carlos cuando veía y escuchaba a los seres que lo hostigaban a la hora de las comidas o en otro momento del día, para que así pudiese comer tranquilo o no acabara pegándose a sí mismo y lastimándose en su pelea contra ellos.

Mira, yo me voy a tomar un cafecito para ahí adentro, y tú estate tranquilo, ¿eh? Pero estoy allá dentro, ya viene él. Y él se para de repente, ya oigo que se da de manotazos, se pega, se pega, o no sé. El otro día traía una en la oreja acá, una cortada. ¿Qué te hiciste? No, nada. Mira, hijo, no te golpees, no te lastimes, porque ese ser invisible que tú oyes voz o que ves, eso no es real. Bueno, para ti sí porque tú lo ves, pero no hay nada. Pero yo te pido, le digo, de favor que no te lastimes, no te hagas daño, porque, mira, cómo traes la cara. Ah, sí, sí, sí, está bien, está bien. Ya no te lastimes, mi hijo.

Luisa, hija primogénita y cuidadora primaria de Natalia durante su primer descontrol mental, trataba de calmar a su madre cuando salía atemorizada de la casa para escapar del hombre que la perseguía y la quería matar, insistiéndole en que, en realidad, no había nadie, nadie la perseguía ni la quería matar. De manera similar, las hermanas y el hijo de Teresa hablaban con ella, generalmente, cuando su episodio psicótico había terminado. “Le daban terapia”, recordándole lo que había dicho y lo que había hecho para que tomara conciencia y se tranquilizara.

Estando medicada, don Eusebio y Elena, su cuidador primario y su cuidadora secundaria, tranquilizaban a Esperanza cuando regresaba a la casa enojada y alterada tras una reunión convocada con motivo del programa social PROSPERA, cuando escuchaba voces que hablaban mal de ella, cuando creía que una vecina quería hacer daño, incluso matar, a uno de sus hijos. Su esposo o su hija hablaban entonces con Esperanza y trataban de calmarla, explicándole que las mujeres no hablaban mal ni se reían de ella, que la vecina solamente había salido para hacer un mandado, que esas voces, esas ideas de daño no eran reales, sino el producto de su enfermedad mental.

Además de calmarlos, los cuidadores también consuelan y animan a sus familiares enfermos mostrando empatía hacia su sufrimiento o su aflicción, escuchando lo que les causa tristeza o miedo, hablándoles con comprensión, tratando de abrirles una perspectiva más positiva sobre su padecimiento y su situación personal, animándolos a seguir adelante con la esperanza de sanarse o sentirse mejor, manifestándoles protección y afecto a través de abrazos o caricias.

En su primer descontrol mental, cuando veía los seres negros alados alrededor de la casa, su hija y su madre —en realidad, su abuela— reconfortaban a Natalia, aconsejándole que dejara de pensar en esos seres, animándola a no hacer caso a las visiones y a pedir a Dios que la ayudara a sanar. Natalia les decía que las visiones aparecían por sí mismas.

¿Y las mujeres también eran negras?

Sí, la mujer también. No sé quién le dije yo. Yo no pienso, dice mi hija. Quítate, dice, que tú no vas a pensar mucho, dice. Le digo que se lo quita, dice. Sí, le dije yo. Estoy hablando, le dijo yo. Y que ninguno sabe, dice mi hija. Dile a Dios, mamá, porque te vas a componer, dice. Dile a Dios, dice. Dios te quita quién está mirando. Sí, dice.

Luisa le decía.

Sí, las dos me están hablando. Y mi abuelita también me dice así.

Le decían que pidiera a Dios.

Sí, sí. Estoy hablando, le dije yo. Habla dentro de corazón, dice mi abuelita, dice mi hija también. Tú sabes, sabes un poco, dice mi hija, cómo hablas, dice. Sí, le dije yo, estoy hablando. No sé por qué, le digo yo, le dije yo, pues. No sé por qué me hace así, le digo yo. Sola hace, yo no hago, le dije yo, sola hace. Hace sola, le dije yo. Yo no pienso mucho, le dije yo. Dile a Dios, dice, lo quita todo lo que tienes. Sola hace, pues, sola hace. Yo no lo hago, le dije. (Natalia)

Estando ya medicada, su esposo, don Alfonso, consolaba y animaba a Natalia cuando lloraba como consecuencia de los fuertes dolores de cabeza que padecía a menudo. Su hija Luisa la consolaba cuando la encontraba llorando sola en la casa o en el patio. Frecuentemente, Natalia caía en el abatimiento anímico, en la tristeza y el llanto, convencida de que los vecinos la odiaban y hablaban mal de ella, preguntándose por qué había enfermado mentalmente, avergonzándose de su enfermedad, añorando a su padre y su madre fallecidos. Luisa se acercaba a ella, le preguntaba qué le sucedía, la escuchaba tratando de rebatir y restar importancia a sus afirmaciones sobre la enfermedad, haciéndole ver que no estaba sola. Sin embargo, había veces que Natalia no quería hablar ni contestar a sus preguntas.

Durante su descontrol mental y las posteriores semanas que transcurrieron hasta que finalmente consiguió estabilizarse del todo, Alma y Adelina, las hermanas y cuidadoras de Lucía estuvieron muy pendientes de su estado anímico debido a su tendencia a sumirse en la tristeza y la depresión. Hablaban con ella, la abrazaban, le acariciaban sus mejillas y sus ojos llorosos, le acariciaban su mano.

En el caso de Marcos, su hijo primogénito lo estuvo abrazando durante todo el trayecto a la ciudad veracruzana donde viven dos de sus hermanos, dándole consuelo y protección ante el miedo y el sufrimiento de ver visiones de personas que le disparaban balas, de escuchar voces que lo hostigaban y le decían que lo iban matar:

En el transcurso del camino, padre, vi bastantes visiones. Vi que la gente me mataba, con una metralleta me tiraba balas por la espalda. Así me sentía yo, pues. Mi hijo me llevó así, abrazado en el camino, todo el camino. (Marcos)

En el siguiente viaje, cuando el vehículo que trasladaba a Marcos llegó a la ciudad de Oaxaca, su hermano, don Agustín, lo abrazó después de pedir que lo desataran y, llorando con él, le dijo que no se preocupara porque le iba a ayudar a sanar.

Cuando llegó de Usila, llegó encadenado. Pedí que lo desamarraran. Le dije a Marcos que me prometiera que estuviera tranquilo, que no hiciera nada. Estoy bien, dijo, sólo que me amarraron. Lo abracé, lloré con él y le traté de dar ánimo, diciéndole que ahora estaba con él y que iba a tratar de ayudarlo.

Una vez que regresó a Usila después de su internamiento en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, Marcos recibió la visita de algunos familiares —sus dos hermanos y el tío que lo había acompañado en el viaje—, de una vecina y un amigo que lo animaban a tener paciencia y a tener fe en que iba a lograr sanar. Y su esposa también lo estuvo animando a seguir adelante y perseverar en su recuperación.

2. Los cuidados espirituales

Los cuidados espirituales tienen como propósito solicitar la mediación divina para aliviar o eliminar síntomas perceptivos y malestares físicos —escucha de voces, visiones, ideas delirantes, dolores intensos de cabeza—, controlar alteraciones del lenguaje y síntomas conductuales —hablar solo, reacciones de agresividad verbal y física—, pedir la sanación del enfermo y ahuyentar al Demonio y los espíritus malignos que atormentan a las personas enfermas. Su finalidad, entonces, presenta una doble dimensión: a la vez que se busca la atención divina de ciertos síntomas y malestares del padecimiento mental, se pide a Dios la preservación de la identidad del enfermo aliviando sus males o sanando su enfermedad, incluso, en ciertos casos, la recuperación de su identidad liberando al enfermo de los demonios que lo afligen o que directamente dominan su mente y lo hostigan; esto es, hay un anhelo de que el enfermo vuelva a ser la misma persona que era antes de la aparición de la enfermedad mental.

Los cuidadores primarios son quienes se encargan de brindar cuidados espirituales a sus enfermos, aunque también pueden hacerlo puntualmente cuidadores secundarios, fuentes de apoyo, otros parientes o amigos. En varios casos, las mismas personas enfermas también recurren al autocuidado espiritual, sobre todo, cuando toman su medicación y se hallan mentalmente controladas.

Las acciones de cuidado varían en función del estado mental del enfermo, de si se encuentra controlado o descontrolado mentalmente. En las fases de descontrol mental, tanto en las familias católicas como evangélicas, los cuidadores oran a Dios y a Jesús solicitando la sanación del enfermo o el control de síntomas problemáticos. Además de la oración, en las familias evangélicas, el cuidador primario suele pedir la mediación de los

pastores de iglesias locales o foráneas para que oren por la sanación del enfermo y ahuyenten a los espíritus malignos causantes de su enfermedad. En ciertas familias católicas, es el cuidador primario quien se encarga de espantar al Diablo o a los espíritus malignos que acosan al enfermo sahumando la vivienda, rociando agua bendita a la persona enferma o rociando agua bendita en el cuarto del enfermo y el resto de la casa.

En los periodos en que los enfermos se hallan mentalmente controlados, los cuidados espirituales se centran en la oración; los cuidadores primarios y los propios enfermos oran a Dios y a Jesús para pedir la sanación o el alivio de síntomas y malestares. Algunos enfermos evangélicos, además de orar, también leen la Biblia y libros de orientación cristiana o cantan alabanzas para reafirmar su fe y propiciar su curación.

Don Francisco oraba a Dios para que ayudara a su hija Esther a sanar y la protegiera de los espíritus malignos que la afligían. En los periodos de descontrol mental, con bastante frecuencia, Esther veía al Diablo parado en la entrada de su cuarto y comenzaba a gritarle para que se fuera y dejase de hostigarla. Era tal el realismo de lo que Esther describía y la angustia que transmitía que don Francisco, en más de una ocasión, fue a la iglesia católica en busca de agua bendita para rociarla en el cuarto de su hija y en su casa.

En la temporada que estuvo viviendo con la familia de su hermana en una localidad del sur del estado de Oaxaca, en las noches, a menudo, Teresa le pedía a doña Rosario que sahumara la vivienda con copal para espantar al espíritu maligno que la acechaba y hostigaba. Además del copal, doña Rosario ponía chile y ajo en la copalera, rociaba a Teresa con agua bendita y le decía que no saliera de la vivienda a esas horas de la noche porque, cuando salía, sus visiones se acentuaban.

Doña Julia trató muchas veces de ahuyentar al demonio que dominaba el pensamiento y el comportamiento de su hijo Carlos mientras estuvo mentalmente descontrolado. Los cuidados espirituales, en este caso, se centraron en la oración personal y en solicitar a los pastores de iglesias usileñas y a los pastores foráneos que llegaban a predicar que orasen en favor de su hijo. En alguna ocasión, también pidió a su padre y al esposo de una prima suya que fueran a la casa a orar por la sanación de Carlos.

Doña Julia oraba por su hijo diariamente, pidiendo a Dios que lo sanara, que ahuyentara al espíritu maligno que lo perturbaba y que lo cuidara para que no se autolesionara, para que no discutiera ni agrediera físicamente a algún vecino, para que se calmara y dejase de hablar solo y pelearse con las voces, para que limpiara los pensamientos negativos que lo incitaban a desconfiar de ella y agredirla. Pero doña Julia también oraba por el alma de su hijo, rogando a Dios que perdonara sus ofensas y su falta de fe en Dios y Jesucristo.

Dice que no, que no, no quiero ir [a la iglesia]. No, no voy, para qué voy, para qué voy, me dice, que no quiere ir. Así. Y, este, pero yo le estoy rogando mucho a Dios. No porque realmente yo quiera, ¿no?, que esté a fuerza ahí, no, sino porque yo creo en Dios, y pues yo no quiero que mi hijo se pierda, ¿no? Que sea salvo él y que sane. Porque en la Biblia dice, pues, si creyeres en Dios, serás salvo, y, si no creyeres, serás condenado, ¿verdad? Dice clara la Biblia, y yo no puedo ir en contra de esa Palabra.

En los años en que Carlos estuvo mentalmente descontrolado, doña Julia creía firmemente que su hijo no había agredido físicamente a alguien y su estado mental no se había deteriorado aún más gracias a sus oraciones y a las oraciones de los pastores que habían pedido a Dios por él. Carlos no vagaba por las calles, no se escapaba a los cerros, no se peleaba con los vecinos ni los amenazaba con un machete en la mano, como sucedía en otros casos que padecían la misma enfermedad mental. Posteriormente, la oración colectiva de unos pastores en otoño de 2011 conseguiría disminuir su grado irritabilidad y agresividad, así como sus soliloquios, y aumentar su control sobre la orina y la excreción.

Doña Julia buscó numerosas veces la mediación de pastores de iglesias locales y pastores foráneos que venían a las campañas de predicación a fin de que fueran a visitar a su hijo y orasen por su sanación. Unas veces, los pastores fueron solos a la casa, otras veces, acudieron acompañados por otros pastores, pero las oraciones, fueran individuales o colectivas, invocaban a Dios para pedir la sanación de Carlos y ahuyentar al espíritu maligno que lo había enfermado y dominaba su mente.

En una ocasión, doña Julia habló con un pastor que vino a predicar en una comunidad vecina para plantearle el caso de su hijo y pedirle ayuda. Al cabo de un tiempo, en otoño de 2011, el pastor regresó a Usila acompañado por otros dos pastores. Tras ungir a Carlos con aceite de oliva consagrado, los tres pastores estuvieron orando en su cuarto durante casi toda la noche, rogando a Dios por la sanación de Carlos y reprendiendo al Enemigo para que dejara de atormentarlo. Doña Julia, ungida también con aceite consagrado, oraba y leía pasajes de la Biblia en la sala de su casa, escuchando lo que decían los pastores.

En las oraciones clamaban por la sanidad de Carlos, reprendían al Enemigo, a los espíritus malos. Decían dejen de molestar a Carlos, ustedes no tienen parte ni suerte en este hogar. Este muchacho a Dios pertenece, es un hijo de Dios.

[...] Señor, sánalo. Señor, te pido que lo ayudes. Señor, lo ponemos en tus manos. Señor, bendícelo, cuídalo, que el ángel de Jehová campe alrededor de él. No permitas que este muchacho esté así, Señor, trae sanidad, trae paz a su corazón. Quita el odio, quita el rencor, quita todo lo malo que le han hecho. Sánalo, Señor.

[...] Lo reprendían, lo reprendían con coraje, sí. Fuera de este lugar, decían, no queremos que vengas más aquí. Tú no tienes nada que hacer aquí en la vida de Carlos, a ti no te pertenece, este joven es un hijo de Dios. Nosotros pedimos a favor de él y tú no tienes nada que hacer aquí. Así que fuera, en este mismo momento te sales, te vas al lugar de donde tú viniste, aquí no tienes parte ni suerte.

Cuando tomaban su medicación, Esperanza, Natalia, Esther, Sofía y Adela buscaban a menudo el autocuidado espiritual, pidiendo a Dios y a Jesús que aliviara sus síntomas y sus malestares o las ayudara a sanar. Las oraciones también podían solicitar fuerza vital para poder sobrellevar sus malestares y cumplir con sus obligaciones domésticas, como en los casos de Natalia y Esperanza.

Natalia oraba a menudo pidiendo a Dios que la ayudara a curar sus fuertes dolores de cabeza y a sacar adelante los quehaceres del hogar y la crianza de sus niños pequeños.

Similarmente, Esperanza afirmaba que aguantaba sus malestares y superaba la discapacitación de su padecimiento mental gracias a la ayuda de Dios. Esperanza oraba a Dios y a Jesús para que le ayudasen a sanar cuando escuchaba voces, sentía agudos dolores de cabeza o fuertes dolores en su cuerpo y para que le dieran el ánimo y la fuerza necesarias para realizar las labores del hogar.

Hizo también, hizo la comida cuando me siento dolor de cabeza y me levanta, pero Dios te ayuda, creo. Por eso hago comida. La persona que tiene enfermedad mental no quiere trabajar nada, pero yo pido a Jesús cuando yo me siento dolor en la noche y el día, yo pido. Por eso me aguanto, me aguanto dolor, y por mal que me siento a veces también, pero no habla, y me siento corajes a veces, pero no sé, por cerebro, por cerebro. Así son los que tienen cerebro, se siente como una extraña, así es enfermedad, así es.

Esther, sobre todo cuando estaba medicada, debido a que continuaba escuchando voces y teniendo visiones, le pedía a Dios que sanara su enfermedad, pues ella quería sanar, “quería estar bien”. Adela y Sofía igualmente oraban a Dios y a Jesús para que las ayudara a curarse y, en alguna ocasión, a petición de sus cuidadores primarios, recibían la visita de los pastores de sus iglesias que oraban por su sanación. Además de orar, Sofía leía la Biblia y cantaba alabanzas, pues escuchaba una voz llamada Sara que le decía que Dios la iba a sanar y le cantaba alabanzas. Sofía también cantaba alabanzas a Dios, pues le ayudaba a sentirse mejor, a aliviar su tristeza, a liberarse de su malestar.

Ella canta alabanzas a Dios. Yo también canto alabanzas a Dios. Cuando yo canté una alabanza a Dios, se me quitó todo el mal que tenía. En la iglesia fue la primera vez que escuché la voz de Sara.

Marcos recibió cuidados espirituales desde un primer momento. Sus hermanos, su esposa, su padre y sus hijos oraron por su sanación cuando su enfermedad mental se hizo evidente y, posteriormente, cuando fue internado en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca. Antes de ser trasladado a la ciudad de Oaxaca, a petición de su esposa, el grupo de jóvenes de la iglesia vino a su casa a orar por él, oración colectiva que alivió su sufrimiento. Días después, estando ya internado en el hospital psiquiátrico, sus familiares solicitaron al pastor de la iglesia que impulsara una oración colectiva de los fieles para pedir a Dios por su sanación. Y en la ciudad de Oaxaca, don Agustín, su hermano también pidió una oración en su iglesia para invocar a Dios por la sanación de Marcos y para ahuyentar a los espíritus malignos que lo habían atacado y enfermado.

Como somos cristianos, todas las iglesias oraron por Marcos, para que su enfermedad no se agravara. Los hermanos cerraron filas y oraron por Marcos y para que la familia estuviera protegida. Según nuestras creencias, estas enfermedades son consideradas ataques de fuerzas malignas y la manera de contrarrestar es invocar a Dios mediante la oración. Oraron los hermanos de Usila y los hermanos de la iglesia a la que acudimos en Oaxaca.

Marcos, por su parte, oró a Dios mientras estuvo internado en el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, oraba a escondidas para que nadie pudiera verlo.

Y luego me llevaron allá en el hospital de Oaxaca donde están los enfermos más, más, más duros. Ahí me llevaron. Y ahí estuve catorce días. Pero estando ahí dentro del hospital yo me clamaba a mi Dios. Ahí ya me rendí todo, todo, todo, todo. Y yo oraba así escondidito para que no me viera la gente también, pues, yo oraba, oraba, para que no se viera qué es lo que estaba haciendo. Yo meditaba en el suelo ahí en el hospital, oraba yo a Dios.

A su regreso a Usila, una vecina y un amigo vinieron a su casa a orar por su sanación, y su esposa y su padre oraron diariamente pidiendo a Dios por la curación de su enfermedad. Marcos continuó orando todos los días durante los ocho meses que estuvo encerrado en su casa, humillándose ante Dios, arrepintiéndose y pidiendo perdón por los pecados cometidos, rogando a Dios y a su hijo Jesucristo que lo sanaran. Marcos reflexionó profundamente sobre los actos cometidos en el pasado y, cuando empezó a recuperarse a nivel cognitivo, se puso a leer la Biblia y libros de orientación cristiana. Finalmente, gracias a la misericordia de Dios, Marcos fue bendecido con la sanación de su enfermedad mental.

La sanación de Marcos no sólo abarcó su mente, sino que fue una sanación que comprendió todo su ser, tanto su naturaleza corporal como su naturaleza espiritual. Dios no sólo sanó la mente de Marcos, sino que lo sanó de manera total, sanó su corazón, sanó su cuerpo, sanó su mente, sanó su espíritu.

¿Qué quiere decir con esa frase, que le cambió su cuerpo, su mente, su corazón?

Bueno, cuando yo hablo que Jehová Dios me cambió mi mente, mi corazón, mi sangre, mi cuerpo, es que yo ando sano, es que yo pienso diferente, es que todo lo que hemos platicado es algo real. No sé cómo se dé cuenta de lo que hablo.

[...] *Y cuando dice que Dios sanó su corazón.*

Pues, este, que yo siento liberación, pues. Porque primero tenía que sanarme del corazón, porque el corazón es el que Jehová Dios busca de los seres humanos, y después recibe la sanidad del cuerpo.

[...] Este, el corazón es que... es algo especial que tiene vida. El corazón tiene vida, pues, por eso Dios le interesa sanar el corazón de la gente, ¿no?, y lo cambia. Después todo el cuerpo, la manera de pensar. Eso es lo que me refiero.

[...] El espíritu hace que los seres humanos vivan porque, sin espíritu dentro de uno, no es nada. Y es por eso mi palabra de que Jehová Dios sanó mi espíritu, mi manera de pensar y mi carne física también. Me curó, pues, de manera total.

Así, cuando salió de su encierro para iniciar una nueva vida, Marcos no temió una recaída ni las ideas negativas que la gente pudiera transmitirle. Como dice la Biblia, el temor deja de existir cuando uno tiene verdadera fe en Dios, pues Dios nos ampara y nos da fortaleza para afrontar las dificultades de la vida.

Y más que la Palabra de Dios, pues, ahí, en la Biblia, dice que no hay que tener temor, pues. Si me permite tantito, le voy a traer un libro.

[...] más que con la Palabra de Dios declaro que yo estoy sano, porque la Palabra de Dios lo dice claramente que... yo estoy sano, pues Él ya llevó mis enfermedades hace dos mil años en la Cruz del Calvario. Y es por eso ahorita me siento... contento, pues. Yo ya no tengo temor de lo que la gente me dice o de lo que me puede pasar de vuelta. Eso ya no, ya no, yo lo rechazo esa palabra cuando ah, pues de vuelta te va a venir la enfermedad. Me he topado con esa gente que dice, o sea, me da temor, o sea, me quiere hacer el temor, pero no, no, no tengo miedo porque sé en quién he creído, en un Dios Todopoderoso, el cual hace muchas cosas, maravillas, y es por eso yo le agradezco a Dios que Él es muy bueno...

Mira cómo dice su poderosa Palabra de Dios: aunque ande en baile de sombra de muerte, no temeré mal alguno, porque Tú estarás conmigo, tu vara y tu cayado me infundirán aliento. Estas palabras como un arma ahorita, más que un arma. Y luego dice: Dios es nuestro amparo y fortaleza, nuestro pronto auxilio en la tribulación. Por eso no temeremos, aunque la Tierra tiemble, aunque los montes se derrumben en el corazón del mar, aunque sus aguas rujan y echen espuma, y se estremezcan los montes por su braveza. No temas porque Yo estoy contigo. No tengas miedo porque Yo soy tu Dios. Te fortaleceré y también te ayudaré. También te sustentaré con la diestra de mi Justicia.

3. La reconstrucción de la vida social y personal del enfermo

Los cuidadores primarios y secundarios, así como los propios enfermos en varios casos, buscan crear las condiciones adecuadas para que la persona enferma pueda reintegrarse en la vida familiar y comunitaria cuando está mentalmente controlada o ha logrado sanar. Las acciones de cuidado, además de propiciar que los enfermos realicen tareas domésticas y productivas o se relacionen con familiares y vecinos fuera del hogar, implican la comprensión y la aceptación de los déficits provocados por el padecimiento mental de la esquizofrenia u otra psicosis en las facultades cognitivas, las funciones ejecutivas y la cognición social.

3.1 La reintegración del enfermo en la vida familiar

Los cuidados orientados a promover la reintegración del enfermo en la vida familiar tienen como finalidad facilitar que la persona enferma pueda realizar tareas domésticas, incluidas los cuidados relativos a la crianza de los niños, y tareas productivas cuando está

mentalmente controlada mediante la medicación o, como en el caso de Marcos, cuando ha logrado sanar. Estas acciones de cuidado son impulsadas por el cuidador primario, con la colaboración del cuidador secundario y, en muchos casos, también cuentan con la implicación de las personas enfermas, que toman sus propias iniciativas respecto a las tareas a efectuar, aunque no sea de forma regular.

Los cuidadores primarios promueven que, una vez medicados o sanados, sus enfermos realicen tareas productivas, tareas domésticas o participen en la crianza de los niños no sólo buscando nuevamente su cooperación en el trabajo cotidiano que sustenta el funcionamiento del hogar, sino también el incremento de su nivel de interacción con los miembros de la familia, su estabilidad psicoemocional, su recuperación cognitiva, incluso, una finalidad terapéutica.

En el caso de Esperanza, don Eusebio explicó que el médico psiquiatra le había aconsejado que, a pesar de su discapacidad, debía incitar a su esposa a realizar ciertas labores domésticas a fin de que su mente prestara menos atención a las voces que le hablaban y se sintiera mejor psicoemocionalmente.

Don Eusebio: Y dale a ayudar, dice el doctor, dale a ayudar cuando... y tengo un trabajito en la cocina y barrer un poquito tu casa y...

Esperanza: Lava trastes, dice.

Don Eusebio: Lava un poco trastes. Así dice doctor, sí, una parte [de las labores domésticas], ¿no?

Los efectos positivos a nivel cognitivo y psicoemocional de los cuidados que promueven la reintegración de la persona enferma en la vida familiar fueron muy visibles en los casos de Esther y Carlos, aun presentando un notable deterioro cognitivo, cuando volvieron a tomar medicación tras muchos años sumidos en el descontrol mental.

Mientras doña Cristina fue la cuidadora primaria de su hija, aunque nunca pudo estar del todo bien controlada a través de la medicación —debido a la falta de regularidad en la administración completa de los tratamientos y a las dosis insuficientes de psicofármacos que podía tomar al causarle efectos adversos—, Esther colaboraba en el trabajo doméstico, ayudándole en labores como preparar la comida, lavar la ropa o barrer la vivienda y el patio. Incluso, Esther acompañaba a su madre cuando doña Cristina iba a pisar mazorcas en la milpa o a desgranar mazorcas de maíz a las casas de sus parientes.

A raíz de la invalidez y posterior fallecimiento de su madre, don Francisco, su padre, se convirtió en su cuidador primario y propició que realizara labores domésticas sencillas cuando volvió a tomar medicación después de salir de su último internamiento hospitalario. Durante casi cuatro años, aunque no regularmente, Esther fue capaz de hacer tareas como calentar tortillas y la comida, servir la comida y el agua, preparar una salsa en el molcajete, lavar los trastes de la comida, barrer la casa y el patio, lavar su propia ropa, incluso, realizar compras de uno o dos productos en la tienda de abarrotes que había cerca de su casa. Incluso, estuvo ayudando a cuidar a la niña pequeña de una sobrina mientras estuvo viviendo en la casa de su hermana, ubicada en un terreno alledaño al solar paterno.

Carlos también experimentó una sensible recuperación cognitiva cuando su madre y su hermana lo reintegraron en la dinámica cotidiana de la familia meses después de haber vuelto a tomar medicación y controlarse mentalmente. Si bien no puede realizar trabajos productivos dados sus déficits cognitivos y ejecutivos, Carlos estuvo colaborando diariamente en la crianza de sus sobrinos mientras fueron unos niños pequeños, jugando y viendo la televisión con ellos, sacándolos a pasear por las calles, llevándolos a la escuela y recogéndolos a la hora de la salida. Carlos también ayuda a su madre o a su hermana en la realización de las tareas domésticas, enjuagando y exprimiendo la ropa lavada, barriendo el patio, barriendo y trapeando la casa, estibando las rajas de leña, yendo a hacer mandados a las tiendas de abarrotes.

Los cuidadores primarios y secundarios, al igual que los demás miembros de la familia, aprenden a comprender y asumir que, generalmente, el desempeño de su enfermo en el trabajo doméstico o productivo está mermado a causa de su padecimiento mental¹⁸⁵. En el caso de Sofía, por ejemplo, don Augusto había aprendido a no presionar a su esposa para que realizara labores domésticas, pues acababa estresándose y reaccionando coléricamente. Dejaba entonces que trabajara a su ritmo, realizaba él mismo ciertas tareas o contrataba a una muchacha para que viniera a hacer la limpieza de la casa.

Pero por el otro lado, ha estado más calmada. Mientras que no se le presiona, este, nosotros más o menos ya hemos llegado a entender que no hay que estar presionándola ni exigiéndola. Ella lleva su ritmo. Como tenemos una persona que nos ayuda, entonces eso también ha estado, este, funcionando. Ya la carga de trabajo es menor para ella. Pero sí ha estado mejor.

3.2 La reintegración del enfermo en la vida comunitaria

El área de la reintegración del enfermo en la vida comunitaria engloba las acciones de cuidado dirigidas a favorecer que el enfermo se relacione con familiares, amigos y vecinos fuera del espacio doméstico, llevándolo o acompañándolo a hacer visitas o a eventos sociales con el fin de reintegrarlo socialmente. Este tipo de cuidados es competencia del cuidador primario, aunque también puede colaborar el cuidador secundario, así como el propio enfermo cuando se halla bien controlado mentalmente o ha logrado sanarse y busca mostrarse ante los demás como alguien socialmente competente.

Cuando la persona enferma manifiesta una buena respuesta a la medicación y, por ende, presenta una buena estabilidad mental, o en alguna ocasión cuando su equilibrio mental es inestable, de cuando en cuando, los cuidadores primarios llevan a sus enfermos a las visitas que suelen hacer a sus familiares, amigos o vecinos. Análogamente, los cuidadores pueden llevar a sus enfermos a ciertos eventos sociales, especialmente a los

¹⁸⁵ El nivel de desempeño de las personas enfermas en la realización de las tareas domésticas y productivas estando medicadas ha sido analizado y expuesto en los capítulos correspondientes a la incidencia del padecimiento mental en el trabajo doméstico, la crianza de los niños y el trabajo productivo.

eventos de carácter religioso como los cultos católicos y evangélicos, las campañas evangélicas de predicación, las posadas Guadalupanas y de los Santos Peregrinos donde la familia anfitriona ofrece la bebida del popo a los asistentes; aunque también pueden llevarlos a algunas bodas, bautizos o comuniones de parientes o amigos cercanos.

Los cuidadores buscan de esta manera reintegrar socialmente a sus enfermos, en mayor o menor grado dependiendo de los casos, presentándolos ante los demás y ante ellos mismos como personas que, aun necesitando su compañía y su supervisión, aun midiendo el tiempo de exposición a las multitudes, presentan una cierta habilidad social para interactuar con sus semejantes, pudiendo relacionarse con la gente sin mostrar comportamientos extraños o agresivos.

Esta reintegración social medida y supervisada en la mayoría de los enfermos contrasta con la desventura social de Lorena, Lucía y Marcos, quienes logran relacionarse con los demás por sí mismos, llegando a la normalidad en el caso de Marcos una vez sanada su enfermedad. Lorena en la ciudad, Lucía y Marcos en Usila, los tres eran no sólo capaces de relacionarse y conversar habitualmente con sus familiares, amigos o vecinos, sino de hacerlo desempeñando trabajos remunerados en los que vendían sus servicios.

Tras asegurarse de que se había recuperado plenamente, siguiendo el consejo de su hermano Agustín y con el propósito de reintegrarse en la vida comunitaria mostrándose como un hombre sano que había superado su trastorno psicótico gracias a la misericordia de Dios, Marcos testificó en varias iglesias evangélicas de Usila y de comunidades vecinas¹⁸⁶.

Después, después de que me sané, porque tuve que esperar un tiempo también para que lo que iba yo a testificar sea real, pues. No tenía caso si yo me encontrara en la misma situación, y es por eso que yo esperé un buen tiempo también para testificar lo que Dios hizo, y para que la gente se dé cuenta que sí, ando bien y tranquilo, hablo bien centrado, como se debe ser.

Todas las veces que fue a testificar, Marcos estuvo acompañado por algunos miembros de su familia: su padre, su esposa, sus dos hijos menores, cuya presencia ratificaba la veracidad del testimonio de su enfermo ante los demás fieles. Y todas las veces, Marcos exponía ante los congregados en la iglesia que Dios lo había castigado con la enfermedad mental por haber llevado una vida pecaminosa, que la misericordia de Dios lo había sanado tras humillarse, arrepentirse y pedir perdón por los pecados cometidos, y que ahora era un hombre sano que había rectificado su camino y buscaba nuevamente a Dios.

¹⁸⁶ El testimonio público de sanación es un acto común en la religiosidad evangélica que tiene la finalidad de mostrar el poder y la misericordia de Dios en la vida humana y animar a los creyentes a reafirmarse en su fe en Dios y en su hijo Jesucristo. La persona que ha superado una grave enfermedad tras ser desahuciado por la medicina expone su experiencia y el milagro de su sanación ante los fieles de la iglesia durante un culto dominical o ante los asistentes al acto religioso organizado en su casa, acto al que son invitados el pastor y los fieles de la iglesia, familiares, amigos y vecinos.

En una de las iglesias evangélicas más importantes de Usila, Marcos comenzó su testimonio mencionando dos versículos del libro de Proverbios:

No menosprecies, hijo mío, el castigo de Jehová, ni te fatigues de su corrección, porque Jehová Dios a quien ama, castiga, así como los padres a sus hijos. (Proverbios, 3:11-12, RVR 1960)

Seguidamente, Marcos expuso ante los fieles que la ciencia médica lo había desahuciado diciéndole que su enfermedad mental era de por vida, pero la misericordia de Jehová Dios lo había sanado. Por eso pedía perdón, por haber fallado desviándose del camino correcto, y testificaba públicamente que la misericordia de Dios lo había curado. Aunque todavía había gente que le tenía miedo, que pensaba que seguía estando loco, testificaba que estaba sano gracias a la misericordia de Dios a través del Señor Jesucristo.

Marcos finalizó su testimonio leyendo un nuevo versículo del libro de Proverbios:

Bienaventurado el hombre cuando Jehová Dios castiga y se levanta y pone su pie hacia adelante para seguir a Jehová Dios. (Proverbios, 3:13, RVR 1960)

Acciones del área de bienestar psicológico-emocional

Subáreas de cuidados	Descontrol mental	Control mental
Evitar la desestabilización mental	<p>Supervisar que el enfermo no salga a la calle ni asista a eventos sociales donde se congregan multitudes.</p> <p>Tratar de evitar que el enfermo presencie peleas y discusiones en el hogar.</p> <p>Tomar medidas para que las discusiones y las peleas en el hogar dejen de producirse.</p> <p>Brindar al enfermo un trato comprensivo y suave, procurando no entrar en discusiones con él.</p> <p>Tratar de ocultarle los problemas de los miembros de la familia y los conflictos que surjan entre los familiares o con los vecinos.</p>	<p>Supervisar que el enfermo no salga a la calle, no asista o asista pocas veces a eventos sociales.</p> <p>Acompañarlo a los eventos sociales estando pendiente de su estado mental y sus conductas.</p> <p>Supervisar las conversaciones que pueda mantener con algún asistente al evento social para evitar temas que lo puedan perturbar.</p> <p>Evitar que el enfermo presencie peleas y discusiones en el hogar.</p> <p>Tomar medidas para que las discusiones y las peleas en el hogar dejen de producirse.</p> <p>Brindar al enfermo un trato comprensivo y suave, procurando no entrar en discusiones con él.</p> <p>Tratar de ocultarle los problemas de los miembros de la familia y los conflictos que surjan entre los familiares o con los vecinos.</p> <p>Autocuidados del enfermo para no desestabilizarse con la escucha de voces.</p>
Tranquilizar, animar y consolar	<p>Hablar con el enfermo para hacerle ver que las visiones y las voces no son reales.</p> <p>Hablar con el enfermo para que comprenda que las ideas delirantes de daño se deben a su enfermedad.</p> <p>Manifiestar protección y afecto a través de abrazos y caricias.</p>	<p>Hablar con el enfermo para hacerle ver que las visiones y las voces no son reales.</p> <p>Hablar con el enfermo para que comprenda que las ideas delirantes de daño se deben a su enfermedad.</p> <p>Escuchar lo que les causa tristeza o miedo.</p> <p>Hablarles con comprensión y presentarles una perspectiva más positiva sobre su padecimiento y situación personal.</p> <p>Animarlos a seguir adelante con la esperanza de sanarse o sentirse mejor.</p> <p>Manifiestar protección y afecto a través de abrazos y caricias.</p>

Acciones del área de los cuidados espirituales

Subáreas de cuidados	Descontrol mental	Control mental
Pedir sanación y ayuda divina	<p>Orar a Dios y a Jesús solicitando la sanación del enfermo.</p> <p>Orar a Dios y a Jesús para pedir el control de soliloquios y síntomas conductuales problemáticos en el enfermo.</p> <p>En familias evangélicas, pedir la mediación de los pastores de iglesias locales o foráneas para que oren por la sanación del enfermo.</p>	<p>Orar a Dios y a Jesús solicitando la sanación del enfermo.</p> <p>Orar a Dios y a Jesús para pedir el control de síntomas o el alivio de malestares padecidos por el enfermo.</p> <p>En familias evangélicas, pedir la mediación de los pastores de iglesias locales o foráneas para que oren por la sanación del enfermo.</p>
Ahuyentar al Demonio y los espíritus malignos	<p>En familias evangélicas, pedir a los pastores de iglesias locales o foráneas que oren para ahuyentar a los espíritus malignos causantes de la enfermedad mental.</p> <p>En alguna familia católica, sahumar la vivienda con copal y rociar agua bendita a la persona enferma.</p> <p>En alguna familia católica, rociar agua bendita en el cuarto del enfermo y en la casa.</p>	
Lecturas y cantos religiosos		<p>Algunos enfermos evangélicos leen la Biblia y libros de orientación cristiana.</p> <p>Alguna enferma evangélica canta alabanzas para reafirmar su fe y propiciar su curación.</p>

Acciones del área de la reconstrucción de la vida social y personal

Subáreas de cuidados	Descontrol mental	Control mental
Reintegración del enfermo en la vida familiar		<p>Promover que el enfermo realice tareas domésticas en el hogar.</p> <p>Promover que el enfermo asuma o colabore en la crianza de los niños.</p> <p>Estimular que el enfermo efectúe tareas productivas.</p> <p>Comprender y aceptar que su desempeño en el trabajo está mermado debido a los déficits cognitivos y ejecutivos causados por su padecimiento mental.</p>
Reintegración del enfermo en la vida comunitaria		<p>Llevar o acompañar al enfermo a hacer visitas a familiares, amigos o vecinos.</p> <p>Llevar o acompañar al enfermo a los eventos sociales, especialmente a eventos de carácter religioso o a bodas, bautizos y comuniones de parientes y amigos cercanos.</p> <p>Relacionarse con las personas por sí mismo cuando el enfermo está bien controlado mentalmente o ha logrado sanarse.</p> <p>Realizar trabajos remunerados en los que el enfermo vende un determinado servicio.</p> <p>Testificar públicamente ante los fieles de la iglesia su sanación gracias a la misericordia de Dios cuando el enfermo ha sanado y es un creyente evangélico.</p>

Responsabilidades de los cuidadores. Cuidados en la línea biográfica

Áreas de cuidado	Subáreas de cuidado	Cuidador primario	Cuidador secundario	Fuente de apoyo	Enfermo
Bienestar psicológico-emocional	Evitar la desestabilización mental	✓	✓		✓
	Tranquilizar, animar y consolar	✓	✓	✓	
Cuidados espirituales	Pedir sanación y ayuda a Dios	✓	✓	✓	✓
	Ahuyentar al Demonio y los espíritus malignos	✓			
	Lecturas y cantos religiosos				✓
Reconstrucción de la vida social y personal	Reintegración del enfermo en la vida familiar	✓	✓		✓
	Reintegración del enfermo en la vida comunitaria	✓	✓		✓

Conclusiones

Conclusiones

La articulación entre el padecimiento mental y el parentesco

Como he señalado en el capítulo correspondiente a la *Genealogía, diseño y metodología de la investigación*, el objetivo central de esta investigación ha sido describir, comprender y explicar la articulación existente entre el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis y el sistema de parentesco en la localidad de San Felipe Usila, comunidad chinanteca situada en el norte del estado de Oaxaca, México.

Cuando un hombre o una mujer enferma mentalmente de esquizofrenia u otra psicosis, se convierte en una persona dependiente de manera temporal, si su trastorno psicótico es transitorio, o permanente, si su enfermedad tiene un carácter crónico. Sus necesidades biológicas, sociales y personales, así como las necesidades propias de su padecimiento mental, no puede cubrirlas por sí mismo, sino que requiere de la ayuda de uno o más familiares cuidadores. Entonces, al igual que en otros grupos sociales, entre los chinantecos de San Felipe Usila, el grupo doméstico se erige en la unidad social que asume la responsabilidad y el trabajo de cuidar a su familiar enfermo, sea durante un periodo de tiempo acotado o, como en casi todos los casos, durante la vida del enfermo hasta su fallecimiento.

El padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis se caracteriza por manifestar una serie de síntomas perceptivos, cognitivos, emocionales y conductuales que alteran el pensamiento, la emocionalidad, la conducta y el sueño de la persona enferma, agudamente en los periodos de descontrol mental, con menor intensidad en aquellos enfermos que no pueden ser bien controlados mentalmente mediante la medicación psiquiátrica y en grado bajo en los enfermos bien controlados mentalmente a través de los psicofármacos.

Las mujeres y los hombres enfermos viven en una realidad estresante y hostil a causa de las visiones, las voces, los delirios, las percepciones táctiles: las personas hablan mal de ellos y los quieren lastimar, están convencidos de que hay personas o seres que los vigilan, los hostigan, los amenazan, los quieren matar, a ellos y a sus hijos, de que el cónyuge la está engañando con otra mujer, etc. El pensamiento, la emocionalidad y el comportamiento de las personas enfermas, por tanto, está dominado por las ideas

delirantes, la desconfianza, la tristeza, el miedo, los celos desmedidos, la irritabilidad, la conflictividad, la agresividad verbal y física hacia familiares y vecinos, el hablar solos, el insomnio, la agitación motora, saliendo y regresando a la vivienda frecuentemente, deambulando por las calles, etc. Y aun estando controlados estos síntomas en mayor o menor medida a través de los psicofármacos, los enfermos presentan déficits en sus facultades cognitivas, sus funciones ejecutivas y su cognición social que los discapacita en el desempeño de trabajos domésticos y productivos en grados diversos dependiendo de los casos.

El sistema de parentesco usileño, articulado en torno a la familia, se convierte en el ámbito sociocultural en el que se afrontan, se manejan y se atienden los síntomas y los malestares del padecimiento mental, a la vez que se siguen cubriendo, o ayudando a que sean cubiertas, sus necesidades biológicas, sociales y personales. El cuidado de las personas enfermas que padecen esquizofrenia u otra psicosis es, por tanto, un trabajo que exige dedicar tiempo y energía diariamente a fin de poder satisfacer las distintas necesidades del enfermo y su padecimiento mental.

Quién o quiénes se responsabilizan de cuidar al familiar enfermo es una cuestión que está regulada socioculturalmente según la norma de cuidado a los enfermos. Dicha norma establece que una persona enferma debe de ser cuidada en el marco de las relaciones paternofiliales o las relaciones conyugales, las mismas relaciones de parentesco en que se realiza el reparto de la herencia. Así, en la cultura usileña, los padres tienen la obligación de cuidar a los hijos, los hijos, la obligación de cuidar a los padres y los esposos, la obligación de cuidarse entre sí. Los hermanos también cooperan en el cuidado, más estrechamente cuando se da la convivencia conjunta en la misma vivienda o el mismo patio o, en momentos puntuales, interviniendo como fuentes de apoyo.

Pero junto a la norma social de cuidado a enfermos, existen otros factores que también condicionan la selección y la exclusión de cuidadores en las trayectorias de cuidado de los enfermos. Hay una serie de factores que excluyen a ciertos familiares de la responsabilidad de asumir o seguir asumiendo el cuidado del enfermo, principalmente, la incapacidad para el cuidado a causa de la enfermedad o la ancianidad, la muerte del cuidador, la ruptura matrimonial, el hecho de vivir fuera de Usila, estar casado y criar niños pequeños —prioridad de atender las necesidades de la familia de procreación—, el bajo dominio del español, las malas relaciones familiares que descartan la participación de ciertos hijos y hermanos en el cuidado del enfermo.

Entre los factores que condicionan la selección de los cuidadores primario y secundario y las fuentes de apoyo, destacan el género, constatándose que las mujeres son designadas como cuidadoras primarias y secundarias en mayor número que los hombres; la convivencia en la misma casa o el mismo patio, que determina la designación de los cuidadores primario y secundario; la madurez social y la solvencia económica, que lleva a los hijos a convertirse en los cuidadores del padre o la madre enfermo cuando el cónyuge no está presente por fallecimiento o separación matrimonial, o a solicitar el apoyo

económico de familiares para sufragar los gastos de la atención médica; el dominio del español, que condiciona la elección de la fuente de apoyo que se encarga de la atención médica del enfermo en la ciudad cuando su cuidador primario no se desenvuelve bien en español.

Los distintos tipos de cuidadores —el cuidador primario, el cuidador secundario, la fuente de apoyo— asumen la realización de un conjunto de acciones que pueden organizarse en tres dimensiones o líneas de trabajo: los cuidados en la línea de padecimiento, los cuidados en la línea del hogar y los cuidados en la línea biográfica. Las líneas de trabajo, a su vez, se subdividen en áreas y subáreas de cuidado, cada una de ellas englobando acciones y fines específicos que buscan cubrir las distintas necesidades que presentan los enfermos que padecen esquizofrenia u otra psicosis.

En la línea del trabajo del padecimiento se distinguen cuatro áreas de cuidados: la supervisión del estado mental, el manejo no medicado de las conductas problemáticas y agresivas, el manejo de los tratamientos terapéuticos y la atención médica del enfermo.

En el área correspondiente a la supervisión del estado mental, las acciones de cuidado están orientadas a observar, identificar y definir los cambios en el estado mental que va experimentando el enfermo a lo largo del tiempo, si se halla mentalmente controlado o descontrolado, si la enfermedad presenta un agravamiento, si su estado mental está sufriendo un empeoramiento, una crisis o una recuperación. Esta supervisión permite conocer el origen de las fluctuaciones en el estado mental del enfermo y decidir cuáles son las acciones que se deben llevar a cabo, la forma y el momento en que deben efectuarse y quiénes las deben realizar.

El manejo no medicado de las conductas problemáticas y agresivas engloba una serie de acciones orientadas a controlar y manejar estos síntomas conductuales cuando el enfermo se halla mentalmente descontrolado, tanto en el hogar como fuera del espacio doméstico. En el hogar, los cuidadores deben afrontar y manejar la agresividad verbal y física de sus enfermos con el doble fin de no ser lastimados y controlar dichos síntomas. Al mismo tiempo, supervisan que sus enfermos no salgan de la vivienda o el solar familiar, que no vayan a la calle o se metan en las casas y los terrenos de las familias vecinas para evitar que se puedan generar conflictos, que los enfermos agredan a alguien o causen desperfectos materiales.

Los cuidadores acaban aprendiendo que la manera más eficaz de controlar los síntomas psicóticos es recurrir a la atención psiquiátrica, por lo que el manejo de los tratamientos terapéuticos cobra una gran relevancia. En esta área de cuidados, las acciones están enfocadas en administrar, supervisar o modificar la toma de los psicofármacos que controlan el padecimiento mental en función de su eficacia y sus efectos adversos, así como la toma de los medicamentos que tratan los malestares y las enfermedades orgánicas, sobre todo, la diabetes causada por los antipsicóticos. Además de la medicación, los cuidadores supervisan el cumplimiento de las prescripciones dietéticas, orientadas a suprimir los alimentos excitantes del sistema nervioso y los alimentos que elevan el nivel

de glucemia, y procuran estimular la recuperación cognitiva y psicomotriz del enfermo induciéndoles a realizar tareas domésticas y productivas, especialmente cuando sus déficits cognitivos son notorios.

El control del padecimiento mental requiere que el enfermo sea atendido médicamente, pero la atención médica también se extiende a las enfermedades orgánicas. Las acciones del área de la atención médica, por tanto, tienen como objetivo buscar formas de atender médicamente el padecimiento mental y otras enfermedades orgánicas del enfermo, recurriendo a la medicina tradicional y a la medicina biomédica, llevar a los enfermos para que sean atendidos por los curadores tradicionales o los médicos psiquiatras en instancias públicas o privadas, y evaluar la calidad y la eficacia de la atención médica recibida por el enfermo.

El trabajo en la línea del hogar facilita los cuidados en la línea del padecimiento y la línea biográfica y está integrado por cuatro áreas de cuidados: las necesidades económicas del enfermo, la creación de un espacio físico para el enfermo, los cuidados personales y las tareas domésticas relacionadas con el padecimiento mental.

El área de las necesidades económicas del enfermo está integrada por las acciones encaminadas a conseguir o aportar dinero para costear los gastos de manutención y atención médica del enfermo, la construcción y las reformas del espacio físico destinado al enfermo y las indemnizaciones reclamadas por los daños físicos y materiales causados por sus conductas agresivas, así como las gestiones dirigidas a solicitar recursos económicos al gobierno municipal para atender médicamente al enfermo y a solicitar y refrendar la inclusión del enfermo en el programa social de apoyo a los discapacitados implementado por el gobierno del estado de Oaxaca.

Las acciones del área de la creación de un espacio físico para el enfermo tienen la finalidad de facilitar su cuidado, construyendo la casa familiar en el patio de los padres del enfermo, o de controlar sus conductas problemáticas y agresivas durante los periodos de descontrol mental, encerrándolos temporal o permanentemente en la vivienda familiar o permanentemente en un cuarto exterior situado en el terreno.

El área de los cuidados personales abarca las acciones destinadas a supervisar y ayudar al enfermo a cubrir sus necesidades en la alimentación, el vestido y el aseo personal. Cuando los enfermos están mentalmente controlados, los cuidados se centran en supervisar que se alimenten adecuadamente, vayan bien vestidos, se aseen regularmente, se muden de ropa y se pongan ropa limpia, y, cuando presentan deterioro cognitivo, asegurarse de que realicen su aseo correctamente. En los periodos de descontrol mental, estos objetivos son más complicados y laboriosos de alcanzar, pues los cuidadores han de manejar la pérdida de apetito o el apetito desmesurado, las conductas irascibles y agresivas, la pérdida de pudor que lleva a los enfermos a estar desnudos o semidesnudos y salir "encuerados" a la calle, la pérdida del sentido de la higiene personal, la renuencia a asearse, la falta de control sobre la orina y la excreción.

Estrechamente ligadas a los cuidados personales, las acciones del área de las tareas domésticas relacionadas con el padecimiento mental buscan adquirir y cocinar los alimentos destinados a los enfermos procurando guardar los regímenes dietéticos, lavar su ropa sucia, comprarles ropa nueva, limpiar la casa o el espacio físico del enfermo cuando lo ha ensuciado, ordenar la vivienda cuando ha alterado su orden. Igualmente, estas tareas requieren una mayor cantidad de tiempo y esfuerzo en las fases de descontrol mental, además de manejar las conductas agresivas de ciertos enfermos cuando el cuidador está preparando la comida o limpiando el suelo de la vivienda.

La tercera línea de cuidados, el trabajo biográfico, comprende tres áreas de cuidado: procurar el bienestar psicoemocional del enfermo, la atención espiritual y la reconstrucción de la vida social y personal del enfermo.

Los cuidados relativos al bienestar psicológico-emocional de la persona enferma tienen como propósito evitar las acciones o las situaciones que desestabilizan mentalmente al enfermo y, cuando se ha alterado psicoemocionalmente, tranquilizar, animar y consolar al enfermo, estos últimos mayormente brindados cuando las personas están medicadas al mostrarse más comprensivas y receptivas a este tipo de cuidados psicoemocionales. Estas acciones de cuidado destinadas a preservar la estabilidad mental del enfermo persiguen, al mismo tiempo, la preservación de su identidad personal teniendo en cuenta las inevitables afectaciones de su padecimiento mental.

El área de los cuidados espirituales está constituida por las acciones enfocadas a solicitar la ayuda divina con el fin de lograr el alivio de los malestares, el control de los síntomas psicóticos, la sanación de los enfermos, ahuyentar a los espíritus malignos que dominan y atormentan a las personas enfermas. A la vez que se busca la mediación divina para controlar los síntomas y los malestares del padecimiento mental o para pedir la sanación del enfermo, la invocación a Dios y Jesús también busca preservar su identidad, controlando o sanando sus síntomas y, en ciertos casos, recuperar su identidad, liberando al enfermo del hostigamiento de los demonios que lo dominan.

Los cuidados del área de la reconstrucción de la vida social y personal del enfermo buscan la reintegración de la persona enferma en la vida familiar y comunitaria cuando se halla medicada o ha logrado sanarse, comprendiendo y asumiendo sus limitaciones, las discapacidades provocadas por su padecimiento mental. Los cuidadores promueven que las personas enfermas realicen tareas productivas, tareas domésticas, participen en la crianza de los niños, del mismo modo que favorecen que se relacionen con familiares, amigos y vecinos fuera del hogar, llevándolas o acompañándolas a las visitas o a los eventos sociales.

La cantidad de acciones que los cuidadores deben realizar para cubrir los fines correspondientes a cada una de las áreas y subáreas de cuidado da cuenta de la amplitud de las necesidades de los enfermos y de la magnitud del trabajo de cuidado en torno al padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis. Pero los cuidadores, así como

otros miembros del grupo doméstico, deben además desplegar cotidianamente una serie de acciones orientadas a afrontar y manejar la incidencia del padecimiento mental en diferentes ámbitos de la vida familiar, en el matrimonio, en el trabajo productivo, en las labores del hogar, en la crianza de los niños, en la religiosidad.

La incidencia del padecimiento mental en dichos ámbitos de la vida familiar es máxima durante los periodos de descontrol mental debido a la pérdida del interés por el trabajo y del sentido de la responsabilidad, los déficits en las capacidades cognitivas, las funciones ejecutivas y la cognición social, las alteraciones en el lenguaje en forma de empobrecimiento, soliloquios y pérdida en la asociación y la secuencia lógica de las ideas, los síntomas emocionales —miedo, tristeza, ira, celos, embotamiento afectivo, ausencia de empatía— y sus reacciones verbales y conductuales marcadas por la agresividad. Una vez que las personas enfermas son controladas mentalmente a través de la medicación psiquiátrica, la incidencia en los ámbitos de la vida familiar disminuye sensiblemente en mayor o menor grado dependiendo de los casos, la eficacia de los medicamentos en el control de los síntomas, los efectos adversos de los psicofármacos —somnolencia, aplanamiento vital, temblores, diabetes—, la presencia de déficits cognitivos y ejecutivos en el enfermo medicado. Y esta incidencia es mínima cuando el enfermo logra superar su trastorno psicótico y sanarse.

Las afectaciones cognitivas, emocionales y conductuales provocadas por la esquizofrenia y otras psicosis inciden en las diferentes dimensiones de la relación matrimonial: el cumplimiento de los roles conyugales, la convivencia, el apoyo mutuo, la relación psicoemocional y afectiva, la comunicación, la vida social de la pareja, la sexualidad reproductiva y la estabilidad del vínculo matrimonial.

En los periodos de descontrol mental, el incumplimiento de los roles conyugales es total o casi total. El abandono de la actividad productiva y doméstica en el caso de los hombres lleva a que sus padres asuman la manutención de sus mujeres e hijos, contando con el apoyo de los hermanos varones. La dejación de sus obligaciones en el caso de las mujeres conlleva que sean sus madres, sus hijas y/o sus hermanas quienes asuman las labores del hogar y los cuidados relativos a la crianza de los niños, aunque, en algunos casos, la suegra también puede implicarse en dichas tareas domésticas. La toma regular de la medicación permite que ciertas personas enfermas vuelvan a asumir sus roles en el matrimonio, si bien con afectaciones en su desempeño debido a los déficits que presentan sus capacidades cognitivas y ejecutivas, la mediana eficacia de los psicofármacos en el control de su estado mental o los efectos adversos de desvitalización y somnolencia.

El incumplimiento o el cumplimiento deficiente de los roles matrimoniales genera una gran conflictividad en el comienzo de la enfermedad, hasta que los esposos reconocen y asumen las afectaciones que el padecimiento mental provoca en el desempeño de su cónyuge enfermo. Además, los síntomas perceptivos, cognitivos, emocionales y conductuales generan un gran estrés en la convivencia conyugal y familiar, especialmente en los periodos de descontrol mental, también cuando los enfermos no logran ser bien

controlados mentalmente a través de la medicación, persistiendo ciertos síntomas, desencadenándose episodios de crisis.

Salvo en los casos en que se produce la ruptura matrimonial, a medida que la persona va recibiendo atención médica y se constata que la enfermedad no puede curarse, sino solamente ser controlada a través de la medicación psiquiátrica, el esposo o la esposa aprende a manejar los síntomas y sus afectaciones en el pensamiento, la emocionalidad y la conducta de su cónyuge medicado, incluyendo las deficiencias en el desempeño de los trabajos domésticos y productivos, a la vez que acaba por comprender y aceptar la incidencia del padecimiento mental en su vida matrimonial. La comprensión y la aceptación del padecimiento mental permite al cónyuge afrontar con mayor paciencia y habilidad psicoemocional las conductas y las discapacidades de su esposo o esposa enfermo, reduciéndose significativamente la cantidad y la intensidad de los conflictos conyugales.

Las relaciones de apoyo mutuo entre los esposos se ven totalmente afectadas durante los periodos de descontrol mental. La persona enferma pierde su funcionalidad, su sentido de la responsabilidad y su interés en ayudar a su cónyuge en las tareas domésticas, las tareas productivas y durante los periodos de enfermedad. Asimismo, el mutuo apoyo psicoemocional también se ve afectado al perder la capacidad de escuchar y mostrar interés por las necesidades y los problemas de la pareja, así como la capacidad de aconsejar, tranquilizar y animar.

La recuperación de las dimensiones del apoyo mutuo en el matrimonio cuando el enfermo toma regularmente su medicación varía en función de los casos, siendo total cuando el enfermo logra sanarse, parcial o inexistente en otros casos. En ciertos matrimonios, si bien se recupera el apoyo mutuo en las tareas domésticas y productivas, la dimensión psicoemocional sigue estando afectada, pues los cónyuges tratan de no implicarlas en sus problemáticas para evitar su desestabilización psicoemocional. Y en otros matrimonios, las relaciones de apoyo mutuo entre los esposos no son recuperables, ya que los psicofármacos no logran controlar bien su padecimiento mental y las personas enfermas siguen presentando déficits a nivel cognitivo y emocional.

En los periodos de descontrol mental, la comunicación y la relación psicoemocional y afectiva de los esposos se ven muy afectadas o directamente interrumpidas. El descontrol mental impide que haya una buena comunicación con el cónyuge enfermo para compartir vivencias, problemas y padecimientos buscando el apoyo psicoemocional, hablar y resolver los conflictos conyugales, tomar decisiones sobre las necesidades de los niños y los adultos del grupo familiar, las diferentes cuestiones relacionadas con los trabajos domésticos y productivos, la consecución y la administración del dinero, etc.

Asimismo, estos síntomas inciden sensiblemente en la vida social de los esposos. Las personas enfermas y sus cónyuges dejan de asistir a los eventos sociales y religiosos, ir al río juntos, visitar a sus familiares y amigos, recibir a familiares y amigos en su casa, viajar y pasear por la ciudad. Además de que los enfermos dejan de ser conscientes, al menos parcialmente, de los eventos religiosos y sociales que se organizan en la comunidad,

pierden la capacidad de comportarse de acuerdo a las normas que regulan las relaciones sociales entre personas, y sus cuidadores supervisan que no asistan a eventos multitudinarios para evitar que muestren públicamente su descontrol mental y entren en conflictos con los asistentes. Así, en caso de que asista a un evento social o religioso, el cónyuge lo hará solo o en compañía de algún hijo.

La comunicación y la relación afectiva y emocional entre los esposos mejora cuando la persona enferma toma regularmente su medicación. Si bien la mejoría varía en grado dependiendo de los casos, la eficacia de la medicación y el apego terapéutico, la incidencia sigue siendo notable en aquellos casos cuyo estado mental no logra ser bien estabilizado a través de los psicofármacos. Aunque el estado mental de los enfermos mejore con la toma regular de los psicofármacos, la vida social de los esposos, en la mayoría de los casos, no vuelve a la normalidad, pues los enfermos asisten pocas veces a los eventos sociales y religiosos, siempre acompañadas por sus esposos o hijos, a fin de evitar que puedan desestabilizarse mentalmente cuando entran en contacto con grupos numerosos de personas.

La aparición de la esquizofrenia u otra psicosis incide también en la sexualidad reproductiva de los esposos, determinando la aplicación de medidas anticonceptivas en las mujeres enfermas, en varios casos quirúrgicas, para que no vuelvan a embarazarse debido al descontrol mental que sufren durante los embarazos y los pospartos y a su falta de capacidad para asumir la crianza de los niños o para cumplir adecuadamente con los requisitos normales de la crianza.

Las diferentes incidencias que el padecimiento de la esquizofrenia y otras psicosis causa en la vida matrimonial, sobre todo las conductas tendentes a la conflictividad y la agresividad y la pérdida de funcionalidad del cónyuge en el desempeño de trabajos domésticos y productivos, sumadas a la carga de cuidar a la persona enferma, afecta a la estabilidad del vínculo matrimonial, provocando separaciones temporales y rupturas matrimoniales. Las separaciones temporales y los intentos de separación definitiva suscitan la mediación de familiares consanguíneos del enfermo —el padre, un hermano— a fin de evitar la ruptura del matrimonio y convencer al esposo o la esposa de que debe cuidar a su cónyuge enfermo. En los casos que se produce la ruptura matrimonial, estos familiares intervienen para acoger a su familiar enfermo en la casa paterna y acordar la distribución de la crianza de los niños entre las familias del hombre y la mujer.

En los periodos de descontrol mental, el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis discapacita severamente a los hombres y las mujeres, a tal punto que no pueden seguir asumiendo los trabajos domésticos y productivos que desempeñaban antes de caer enfermos, ni tampoco, en el caso de las mujeres, continuar asistiendo a las reuniones y realizar las gestiones requeridas por el programa social PROSPERA implementado por el gobierno federal. Cuando la toma de la medicación es regular o se logra la sanación, el enfermo recupera su capacidad para realizar tareas productivas o domésticas y asumir la titularidad de los programas sociales, si bien el grado de

recuperación de las capacidades cognitivas y ejecutivas varía en función de los enfermos, la eficacia de los psicofármacos en el control del padecimiento mental y los efectos adversos que provocan.

En el trabajo productivo, la esquizofrenia y otras psicosis provocan que los hombres dejen de ser los principales proveedores económicos de sus familias, temporalmente cuando el trastorno psicótico es transitorio o permanentemente cuando la enfermedad mental tiene un carácter crónico. La afectación es tal que, si el padecimiento mental aparece antes de contraer matrimonio, el hombre no tiene ninguna posibilidad de casarse y formar una familia. Cuando el padecimiento mental tiene un carácter crónico, aun estando medicados, los déficits cognitivos y ejecutivos que presentan los enfermos no les permiten afrontar eficientemente las exigencias de los trabajos en la milpa y los trabajos asalariados en el mercado laboral, de modo que sus cuidadores primarios orientan su actividad hacia las tareas domésticas dentro del grupo familiar.

El hecho de que los trabajos productivos femeninos sean generalmente complementarios o consistan en ayudar a sus esposos en determinadas tareas lleva a que la incidencia del padecimiento mental en la economía familiar sea mucho menor cuando son las mujeres quienes enferman. En la mayoría de los casos, aun tomando su medicación, las mujeres dejaron de realizar tareas productivas tras la aparición de la enfermedad mental y, en algunos casos, las mujeres enfermas pudieron seguir desempeñando ciertos trabajos productivos con regularidad.

Cuando las mujeres se hallan mentalmente controladas a través de la medicación, recuperaban parcialmente la capacidad de asumir el cumplimiento de los requisitos del programa social PROSPERA, si bien sus déficits cognitivos y ejecutivos, junto a su tendencia a desestabilizarse mentalmente al entrar en contacto con un grupo numeroso de personas, llevaban a que una familiar, normalmente una hija o la madre, las ayudara. Esta familiar, su cuidadora primaria o secundaria, realizaba las gestiones administrativas requeridas por el programa, asistía en su lugar cuando no se encontraba bien mentalmente o acompañaba a la mujer enferma a las reuniones y eventos para evitar faltas de asistencia, penalizaciones económicas o la baja del programa, y acompañaba a la enferma a cobrar el dinero los días que llegaban los funcionarios a la localidad.

Al igual que sucede en el trabajo productivo, en los periodos de descontrol mental, los enfermos dejan de desempeñar los trabajos domésticos que suelen realizar en la vida cotidiana, manifestando una pérdida del sentido de la responsabilidad y del interés por las necesidades de los miembros de su familia. La cantidad y la variedad de las tareas domésticas afectadas depende del género de la persona enferma, de si es hombre o mujer, siendo mucho más relevante la incidencia del padecimiento mental en el trabajo doméstico cuando es la mujer quien enferma. Así, en mayor o menor medida, las diferentes dimensiones del trabajo doméstico se ven afectadas son:

- Las tareas orientadas a la alimentación de los miembros del grupo doméstico.

- Las tareas orientadas a la limpieza y la higiene de la vivienda y los miembros del grupo doméstico.
- Las tareas relacionadas con la construcción y el mantenimiento de la vivienda y las estructuras del patio.
- Las tareas relativas a la administración del dinero y la adquisición de bienes y servicios en el mercado.
- Las tareas de mediación ante las instancias estatales del ayuntamiento, el registro civil, las escuelas y el centro de salud.

Cuando es la mujer quien enferma, en los periodos de descontrol mental, otras familiares cercanas, del mismo o de otro grupo doméstico, deben asumir las tareas domésticas que la enferma deja de realizar: las hijas, las hermanas, la madre, la suegra, la abuela; aunque el esposo también puede colaborar realizando tareas domésticas que normalmente no le corresponden. La incidencia del padecimiento mental en la vida familiar es mayor cuando la mujer enferma desempeña el rol de esposa y madre en una familia nuclear, pues su trabajo resulta crucial en la satisfacción de las necesidades de los miembros de la familia, y disminuye cuando la mujer vive en una familia extensa, pues las hermanas o la suegra suplen el trabajo que deja de efectuar.

La incidencia del padecimiento mental sigue estando presente en la mayoría de las mujeres medicadas, una incidencia mayor o menor dependiendo de los casos, pero que no permite a estas mujeres enfermas volver a realizar su trabajo con la misma eficiencia que antes de la enfermedad. Los déficits cognitivos y ejecutivos, los malestares físicos, la falta de vitalidad, el cansancio o la somnolencia provocan, por una parte, que las labores domésticas se cumplan de manera parcial y discontinua, necesitando tiempos de descanso entre los quehaceres; por otra parte, que el trabajo doméstico se centre en las tareas relacionadas con la alimentación y la higiene de la vivienda y los miembros de la familia, perdiendo buena parte de la capacidad para realizar gestiones en la escuela y el Centro de Salud o para administrar el dinero y comprar alimentos y otros productos en las tiendas de abarrotes locales.

Esta afectación en el desempeño de las mujeres en la realización de las tareas domésticas supone que requieran la ayuda de las hijas o del esposo de su grupo doméstico, asumiendo éstos una carga de trabajo mayor a lo que les correspondería en circunstancias normales, o, en los casos de mujeres con una notable afectación cognitiva y ejecutiva, que la madre, una hija o el esposo asuma la mayor parte de las labores del hogar, contratando en ocasiones, cuando la familia tiene los recursos económicos, a una muchacha que ayude en las tareas de limpieza de la vivienda.

La incidencia del padecimiento mental en el trabajo doméstico se manifiesta de manera diferente en los hombres. La toma regular de su medicación les permite recuperar parcialmente su capacidad para el trabajo, aunque no pueden desempeñar trabajos productivos, ni realizar las tareas domésticas relativas a la construcción y el mantenimiento de la vivienda y las estructuras del patio, ni las tareas de mediación ante las instancias

estatales del ayuntamiento, el registro civil y la escuela. Sus cuidadores, entonces, les asignan tareas domésticas de ejecución sencilla —comprar algunos alimentos, bebidas y otros productos, rajar leña menuda y mediana, ponerlas a secar al sol, estibar las rajadas de leña, barrer el patio y quemar la basura—, en menor cantidad que las que realizaría normalmente un hombre, algunas de ellas propias del género femenino, como ayudar a lavar la ropa, barrer y trapear la casa.

El padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis también tiene una gran incidencia en la crianza de los niños, discapacitando a las mujeres y los hombres para ejercer su rol de madres y padres, o generando una posición de dependencia hacia sus progenitores y hermanos en los casos en que las personas enfermas no sean cuidadas por el cónyuge debido a su soltería o a la ruptura de su relación matrimonial.

El padecimiento mental provoca una discapacidad cognitiva y psicoemocional que afecta total o casi totalmente a todas las dimensiones de cuidados presentes en la crianza de los niños durante los periodos de descontrol mental. La toma regular de la medicación psiquiátrica permite que la mitad de las mujeres vuelvan a asumir parcialmente su rol de madres, generalmente centrando sus cuidados en las líneas de la alimentación y la higiene de los niños. Al dejar de atender o atender bien las otras dimensiones de la crianza, el esposo y las hijas asumirán una mayor participación en estas líneas de cuidados:

- Cuidados orientados a procurar la buena salud del cuerpo y el alma
- Atención médica y cuidados orientados a curar los padecimientos físicos y mentales
- Cuidados orientados a procurar el bienestar psicoemocional
- Cuidados relacionados con la educación de los niños
- Cuidados relativos a la escolaridad de los niños
- Cuidados relacionados con la educación religiosa
- La enseñanza de conocimientos productivos y domésticos a los niños
- Cuidados orientados a ayudar a los hijos a emanciparse económicamente
- Cuidados relacionados con la elección del cónyuge y el matrimonio

Las otras mujeres no pudieron volver a asumir la crianza de sus hijos no sólo debido a su discapacidad cognitiva y psicoemocional, sino a que su estado mental no lograba ser bien controlado a través de los psicofármacos y a los largos periodos en que no tomaron ningún tipo de medicación, agravando su deterioro cognitivo.

En el momento en que una mujer enferma mentalmente y deja de poder cuidar a sus hijos, otras mujeres de la parentela asumen la crianza de los niños durante los periodos de descontrol mental o hasta que los niños se emancipan en aquellos casos en que la discapacidad sigue presente aun estando medicadas: la abuela materna, la abuela

paterna, las hermanas o las tías maternas. Esta reorganización de la crianza de los niños está regulada según una normal social que asigna la responsabilidad del cuidado de los niños a las madres del hombre y la mujer cuando la enfermedad impide que pueda cuidar a sus hijos. Las hermanas solteras de la mujer también cooperan en la crianza cuando viven en la casa paterna, y las hermanas de los niños colaboran o asumen su cuidado cuando alcanzan el desarrollo cognitivo y emocional para llevarlo a cabo. Otros factores en la selección de las cuidadoras también pueden intervenir, como la convivencia en el mismo hogar o la colindancia de los terrenos familiares, la propia disposición de las familiares a criar a los niños, o la voluntad de los niños cuando el trato que reciben les disgusta y tienen la posibilidad de recurrir a otra cuidadora.

Cuando la abuela paterna, la abuela materna o una tía materna se convierte en su cuidadora principal, se crea un vínculo psicoemocional que lleva a los niños a considerarlas como su madre. En aquellas familias en las que está presente, el padre desempeña su rol en la crianza de los niños, es decir, se encarga de la manutención económica de la familia y participa en la educación de sus hijos.

En las familias en las que el padre enferma mentalmente, la reorganización familiar se centra en la manutención económica del enfermo y su familia. Los padres del enfermo, con la cooperación de los hermanos varones, asumen la atención médica y la manutención económica de su hijo, así como la manutención económica de su esposa e hijos, hasta que logre controlarse mentalmente y desempeñar nuevamente su rol de proveedor económico. Todos los miembros de la familia se trasladan a residir a la casa de los padres del hombre, hasta que el estado mental del enfermo sea estabilizado, cuando se trata de una familia nuclear que no vive en el terreno de los padres.

En principio, esta reorganización familiar es temporal, pero los padres se convierten en los cuidadores del enfermo cuando su padecimiento mental lo discapacita crónicamente y se produce la ruptura de su matrimonio. En este caso, aunque los padres puedan acordar con la madre la crianza de alguno de los hijos con mayor edad, el hombre no puede asumir el rol paterno que le corresponde en la crianza de sus hijos.

Entre las dimensiones de la crianza, la escolaridad y la educación religiosa de los niños son especialmente afectadas por el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis, si bien la acción del padecimiento mental suele reforzarse con la presencia de otros factores. En un contexto socioeconómico en el que la gran mayoría de las familias usileñas viven en condiciones de pobreza o pobreza extrema, lo que promueve una tendencia a buscar trabajo cuando los hijos acaban la secundaria o el bachillerato, el padecimiento mental puede redundar en un menor grado de escolarización de los niños en las familias que cuentan con una madre o un padre enfermo.

Los padres no pueden ayudar a sus hijos en su intención de cursar estudios superiores, ya que una parte importante de los ingresos familiares son destinados a la atención médica del progenitor mentalmente enfermo. Esta escasez de recursos económicos se agudiza cuando el padre es quien enferma mentalmente y queda discapacitado total o parcialmente para realizar trabajos productivos, cuando se produce la ruptura matrimonial

o cuando la madre enferma es soltera. La falta de recursos económicos puede combinarse con el malestar psicoemocional que las conductas de la persona enferma generan en la vida familiar cuando está descontrolada o no está bien controlada mentalmente, malestar que propicia que los hijos quieran salir del hogar paterno y buscar trabajo en la ciudad cuando terminan la secundaria.

El padecimiento mental del padre o la madre incide negativamente en la educación religiosa, la dimensión de la crianza enfocada a enseñar a buscar a Dios con el fin de alcanzar la salvación y la ida eterna de su alma, pues los niños pueden dejar de cumplir con las prescripciones culturales y rituales de su religión. Esta incidencia depende del grado de discapacitación cognitiva de la madre o el padre, la existencia de uno o más cuidadores que supervisen la educación religiosa de los niños, el propio interés o desinterés de los niños y los recursos económicos de la familia para costear los gastos que conllevan los rituales religiosos, especialmente los gastos relacionados con el bautismo, la comunión y la confirmación en la religión católica. En cambio, cuando quien padece la enfermedad mental es un hijo, su discapacidad cognitiva puede llevarle a no poder cumplir con los deberes religiosos, incluso, a ni siquiera poder comprender creencias básicas de la religión cristiana como las ideas de Dios y Jesucristo.

Aparte de provocar una reorganización familiar para manejar y cubrir las diferentes acciones de cuidado que la madre o el padre enfermo deja de realizar en la crianza de los niños, el padecimiento mental también incide en la relación entre padres e hijos y en la desintegración temprana de la familia. Los déficits cognitivos, ejecutivos y emocionales, la irritabilidad, la agresividad verbal, el control deficiente del estado mental del progenitor enfermo generan una convivencia que, en muchos casos, frustra y estresa a los niños, propiciando que las relaciones entre los hijos y la madre o el padre enfermo estén marcadas por la conflictividad y/o el distanciamiento psicoemocional.

No obstante, el grado de afectación de los niños depende de su edad, su personalidad, el nivel de agresividad verbal y física de la persona enferma, el grado de interacción cotidiana con la madre o el padre enfermo —siendo mínima o nula cuando se produce la ruptura matrimonial— y el género, mostrando los varones una mayor tendencia a verse afectados que sus hermanas. Cuando otra mujer se encarga de criar a los niños, la ausencia o la debilidad del vínculo materno es suplido por un vínculo afectivo con la abuela paterna, la abuela materna o una tía materna, la mujer que los ha criado y a quien los niños adoptan como su madre. Cuando el enfermo es el padre, sin embargo, su rol no es sustituido por otro familiar varón y, si se ha producido la ruptura matrimonial, los niños son criados por la madre sin la referencia paterna.

El padecimiento mental puede adelantar la fase de dispersión del grupo doméstico en los casos en que las madres no logran ser bien controladas mentalmente, es decir, los hijos salen anticipadamente del hogar paterno a fin de eludir las problemáticas cotidianas causadas por las conductas de la enferma. La disgregación temprana de la familia también puede ser propiciada por la ruptura matrimonial, combinándose entonces la discapacidad cognitiva y psicoemocional con la ausencia de una interacción cotidiana entre el padre o la madre y los hijos que refuerza el distanciamiento afectivo de los niños hacia su progenitor.

Del mismo modo que el padecimiento mental incide en la educación religiosa de los niños, también incide en la religiosidad de las mujeres y los hombres enfermos. El cuidado del alma a través de la búsqueda de Dios, para garantizar su salvación y su vida eterna, es una dimensión importante en la vida cotidiana usileña. La búsqueda de Dios requiere cumplir con una serie de preceptos que se resumen en tener fe en Dios y en su Hijo Jesús como único salvador de los seres humanos, comportarse de acuerdo a los mandamientos de la Ley de Dios, haciendo buenas obras y, sobre todo, evitando caer en el pecado, comunicarse con Dios a través de la oración, asistir a la iglesia para adorar a Dios y escuchar su Palabra, recibir el Espíritu Santo en los distintos rituales establecidos por las iglesias —los sacramentos católicos, el bautismo evangélico y testigo de Jehová, el matrimonio religioso—, leer la Biblia o estudiar la Palabra de Dios y enseñar a los niños a buscar a Dios cumpliendo con las prescripciones de las iglesias.

La incidencia del padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis en la religiosidad de las personas enfermas es total durante los periodos de descontrol mental, pues todas las líneas de acciones que componen la búsqueda de Dios son interrumpidas. Una vez que el enfermo es controlado mentalmente a través de la medicación, la religiosidad es recuperada totalmente cuando el enfermo logra sanarse, manifestando gran fervor en la búsqueda de Dios en agradecimiento por su sanación, parcialmente en las mujeres enfermas, mientras que, debido a su deterioro cognitivo, los hombres medicados no mostraron interés por la religiosidad, ni siquiera por asistir a los cultos o a los eventos de sus iglesias.

Aunque estén controlados mentalmente mediante la medicación, las personas enfermas presentan, en diferentes grados, déficits cognitivos que dificultan la lectura y la comprensión de los pasajes de la Biblia, la memorización de los rezos —el Padrenuestro, el Avemaría, el Credo— o de los cánticos religiosos, la capacidad para mantener sostenidamente la atención en los rituales religiosos y entender lo que en ellos se hace y se dice. Además de su deterioro cognitivo, sus cuidadores procuran no exponerlas o exponerlas en contadas ocasiones a eventos multitudinarios para evitar que pueden desestabilizarse mentalmente en el contacto con grupos de personas al estimular la ideación de daño o la escucha de voces. Aun así, las personas enfermas recurren a la oración para pedir a Dios su sanación, el control de sus síntomas o el alivio de sus malestares, o pueden ir por su cuenta, esquivando la vigilancia de sus familiares, a la iglesia fuera de los horarios de misa.

Como ha sido expuesto, el impacto del padecimiento mental en la vida de las familias usileñas es amplio y profundo, impulsando una reorganización del sistema de parentesco, articulado en torno a la familia, con el fin de manejar sus incidencias en los ámbitos de la relación matrimonial, el trabajo productivo, los programas sociales implementados por el gobierno federal, el trabajo doméstico, la crianza de los niños y la religiosidad. Pero el manejo de esta incidencia requiere, además, buscando el bienestar del enfermo y de los familiares, desplegar diariamente un conjunto de acciones de cuidado dirigidas a controlar los síntomas del padecimiento mental y a satisfacer las necesidades biológicas, sociales y personales de la persona enferma. La incidencia del padecimiento mental en la vida familiar y su manejo y el cuidado de los enfermos constituyen, entonces, los ejes de la articulación entre el padecimiento mental de la esquizofrenia y otras psicosis y el sistema de parentesco usileño.

Apéndice

Apéndice

La visión biomédica: el sistema nervioso humano

El sistema nervioso es un complejo sistema integrado por el encéfalo, la médula espinal y los nervios craneales y espinales, que regula el funcionamiento y la interrelación de los órganos internos, la posición y los movimientos del cuerpo, y la relación que el organismo mantiene con el medio externo natural y social, gracias a su capacidad de recibir, transmitir y procesar estímulos sensitivos y de emitir y transmitir respuestas motoras y conductuales.

En los seres humanos, el sistema nervioso presenta dos grandes divisiones: el **sistema nervioso central**, formado por el encéfalo y la médula espinal, y el **sistema nervioso periférico**, constituido por los nervios que transmiten las señales desde el encéfalo y la médula espinal hasta los tejidos y órganos periféricos —nervios eferentes— y los nervios que recogen la información de la periferia y la llevan al sistema nervioso central —nervios aferentes—.

1. El sistema nervioso periférico

El sistema nervioso periférico se subdivide en sistema nervioso somático y sistema nervioso autónomo. El **sistema nervioso somático** está formado por nervios mielinizados que constan de una sola neurona sensitiva o motora. Los nervios aferentes transportan las señales sensoriales hacia el sistema nervioso central desde receptores somáticos situados en la piel, los músculos, las articulaciones y los órganos de los sentidos (ojos, oídos, boca y nariz), mientras los nervios eferentes conducen las señales motoras emitidas desde el encéfalo y la médula espinal hacia los músculos esqueléticos, generando respuestas motoras controladas voluntariamente como la contracción muscular.

El **sistema nervioso autónomo** o **vegetativo** regula la homeostasis del medio interno del organismo, es decir, regula funciones corporales no voluntarias relacionadas con el

funcionamiento de los ojos, los pulmones, el corazón, las arterias, las venas, la piel, las glándulas salivales, la médula suprarrenal, el aparato gastrointestinal, el aparato genitourinario, las funciones metabólicas, etc. Está compuesto por nervios aferentes, neuronas sensitivas que transportan las señales sensoriales desde los órganos internos hacia el sistema nervioso central, y de nervios eferentes que conducen las señales motoras desde el sistema nervioso central hacia los órganos internos, activando o inhibiendo la actividad de los órganos efectores —músculos lisos, músculo cardíaco, glándulas—. Los nervios eferentes son nervios no mielinizados formados por dos neuronas motoras en serie —preganglionar y posganglionar— que forman sinapsis en ganglios¹⁸⁷ ubicados fuera del sistema nervioso central.

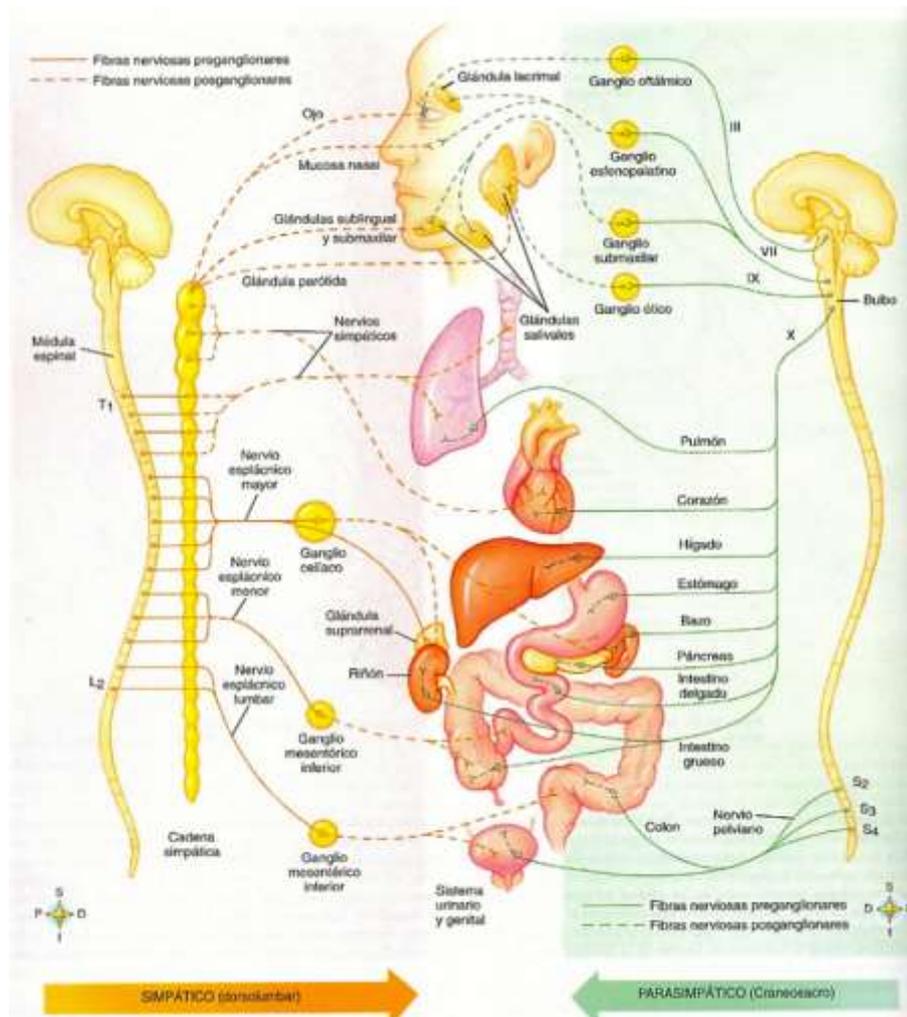
La división eferente o motora del sistema nervioso autónomo se subdivide en sistema nervioso simpático y sistema nervioso parasimpático, que inervan doblemente la mayoría de los órganos internos para regular su funcionamiento, frecuentemente produciendo efectos contrarios.

El **sistema nervioso simpático** se encarga de regular las respuestas orgánicas en condiciones de estrés o alerta. Las neuronas preganglionares salen de la sustancia gris de la médula espinal, desde el primer segmento torácico hasta el segundo segmento lumbar, hacen sinapsis en el ganglio cervical superior, los ganglios paravertebrales, los ganglios prevertebrales, y unas pocas en los ganglios próximos al órgano efector y la médula suprarrenal. Del ganglio cervical superior parten neuronas posganglionares que proyectan a los ojos y las glándulas salivales y lagrimales; de los ganglios paravertebrales, situados a ambos lados de la columna vertebral, surgen fibras posganglionares que inervan los pulmones y el corazón; y de los ganglios prevertebrales, neuronas posganglionares que inervan el aparato gastrointestinal y el aparato genitourinario. Las neuronas preganglionares son cortas y se conectan con, al menos, 20 neuronas posganglionares, que son fibras largas con una gran ramificación, lo que otorga a la estimulación simpática un amplio alcance.

El **sistema nervioso parasimpático** controla las funciones internas en condiciones de normalidad y reposo. Está integrado por largas neuronas preganglionares que hacen sinapsis en ganglios próximos o en el interior de los órganos efectores, de modo que los nervios posganglionares tienen un recorrido corto. Estas neuronas preganglionares provienen de los pares craneales III, VII, IX y X y de la sustancia gris de la región sacra de la médula espinal —segmentos S2, S3 y S4—. Las fibras del III par craneal inervan los músculos de la pupila y el cristalino, las del VII par craneal inervan las glándulas salivales y lagrimales, y las del IX par craneal, la glándula parótida. El par craneal X, el nervio vago, inerva órganos del tórax y el abdomen: corazón, pulmones, aparato digestivo excepto colon descendente y recto, hígado, vesícula biliar, páncreas y porciones superiores de los uréteres. Los segmentos S2, S3 y S4 de la médula sacra, los nervios pélvicos, inervan el colon descendente, el recto, la vejiga, porciones inferiores de los uréteres y los órganos

¹⁸⁷ Los ganglios son pequeñas masas de tejido nervioso constituidas por los cuerpos celulares de las neuronas y localizadas fuera del encéfalo y la médula espinal.

genitales. En general, las neuronas preganglionares parasimpáticas hacen sinapsis con una o dos neuronas posganglionares, lo que unido al hecho de que los ganglios están próximos o dentro del órgano efector, explica el carácter más limitado de la estimulación parasimpática.



Sistema Nervioso Simpático y Sistema Nervioso Parasimpático

Fuente: Tortosa i Moreno y Reiriz Palacios (2009)

La transmisión de los impulsos nerviosos en el sistema nervioso somático y autónomo es de naturaleza química y utiliza dos neurotransmisores: la acetilcolina y la noradrenalina. La acetilcolina es el neurotransmisor utilizado en las fibras preganglionares simpáticas y parasimpáticas, las fibras posganglionares simpáticas que inervan la médula suprarrenal, las fibras posganglionares parasimpáticas y las fibras somáticas que inervan los músculos esqueléticos. Todas ellas son, por tanto, fibras colinérgicas. La noradrenalina es el neurotransmisor presente en la mayoría de las fibras posganglionares simpáticas y, por ello, se denominan fibras adrenérgicas.

2. El sistema nervioso central

El sistema nervioso central está formado por el encéfalo y la médula espinal. El encéfalo y la médula espinal, además de estar protegidos por estructuras óseas, el cráneo y la columna vertebral, están recubiertos por tres membranas protectoras de tejido conjuntivo¹⁸⁸ denominadas **meninges**: la duramadre, la membrana más externa, adherida al cráneo y muy resistente; la membrana aracnoides, membrana con una estructura de malla, y la piamadre, una membrana muy fina que se adhiere a la superficie del sistema nervioso central. Entre la membrana aracnoides y la piamadre se encuentra el espacio subaracnoide, que contiene los principales vasos sanguíneos y el líquido cefalorraquídeo.

El **líquido cefalorraquídeo** es un líquido transparente que proporciona soporte estructural y protege el encéfalo y la médula espinal de lesiones químicas y físicas, llenando el espacio subaracnoide, el canal central de la médula espinal y los ventrículos cerebrales, además de transportar oxígeno, glucosa y otras sustancias químicas desde la sangre a las neuronas y las neuroglías. El líquido cefalorraquídeo es producido continuamente por los plexos coroideos, redes de pequeños vasos capilares situados en las paredes de los ventrículos cerebrales. El exceso de líquido cefalorraquídeo es constantemente absorbido en el espacio subaracnoide y proyectado a la circulación venosa a través de los senos duros¹⁸⁹.

2.1 La médula espinal

La médula espinal es la parte del sistema nervioso central contenida en el interior del conducto raquídeo de la columna vertebral. Consta de 31 **segmentos espinales**, de cada segmento sale un par de **nervios espinales**, y cada nervio espinal se conecta con el segmento espinal mediante dos haces de axones llamados **raíz anterior** o **dorsal** y **raíz posterior** o **ventral**.

En sección transversal, la médula espinal presenta un centro de sustancia gris¹⁹⁰ con forma de mariposa o H rodeado de sustancia blanca¹⁹¹. La sustancia blanca está formada por axones mielinizados correspondientes a las fibras somatosensoriales ascendentes, las fibras motoras descendentes y las fibras intraespinales que conectan diferentes regiones dentro de la médula espinal.

Las dos ramas dorsales de la sustancia gris se denominan astas posteriores o dorsales y las dos ramas ventrales se llaman astas anteriores o ventrales. Las **astas posteriores** o

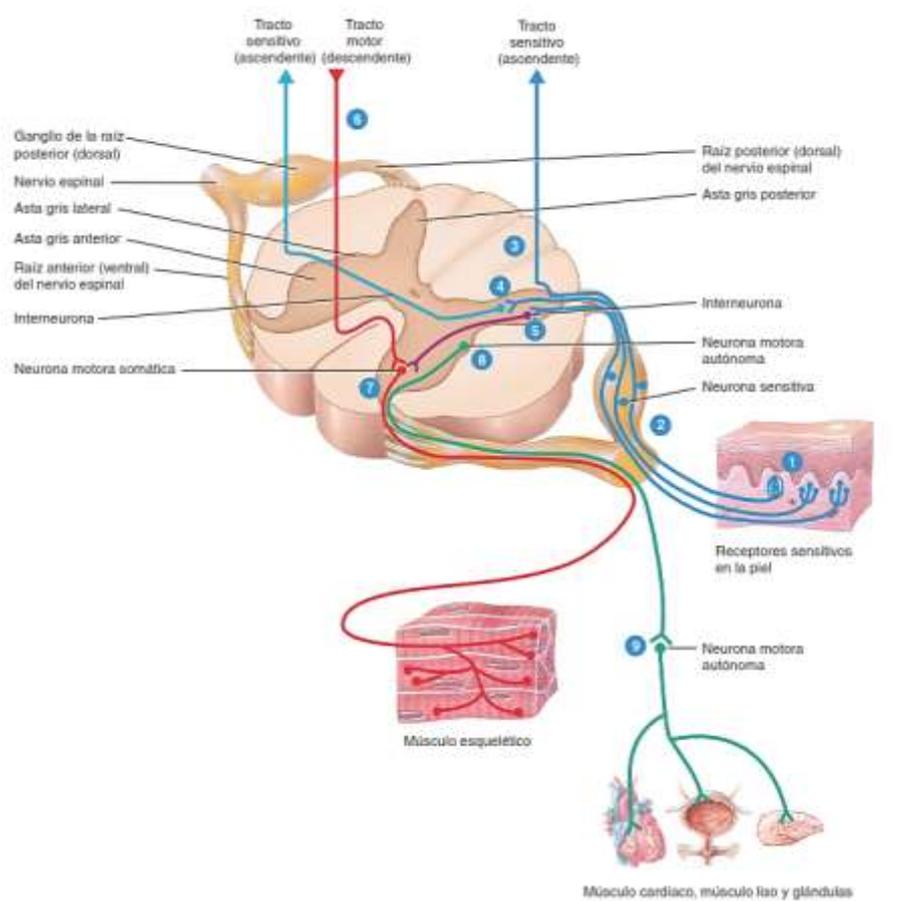
¹⁸⁸ El tejido conjuntivo es un tejido —conjunto de células y su matriz intercelular— que tiene como función principal dar soporte y protección a órganos internos y otros tejidos corporales.

¹⁸⁹ Espacios llenos de sangre que recorren la duramadre en la parte superior del cerebro, entre los dos hemisferios cerebrales, y vierten su contenido en las venas yugulares del cuello.

¹⁹⁰ Zona con una gran densidad de cuerpos celulares de neuronas.

¹⁹¹ Zona con una gran densidad de axones mielinizados de neuronas.

dorsales contienen cuerpos celulares de interneuronas aferentes que envían la información transmitida por las neuronas somatosensoriales y autónomas hacia el encéfalo y las neuronas motoras en el mismo y otros niveles de la médula espinal. Las **astas anteriores** o **ventrales** contienen cuerpos celulares de neuronas motoras eferentes: las neuronas motoras que forman parte del sistema nervioso somático, se proyectan hacia los músculos, mientras que las que forman parte del sistema nervioso autónomo, se proyectan hacia los ganglios formando sinapsis con las neuronas posganglionares que inervan los órganos efectores —músculo cardíaco, músculo liso y glándulas—.



Médula espinal. Sección transversal que muestra el procesamiento de información por las fibras aferentes sensoriales y las fibras eferentes motoras de la médula espinal.

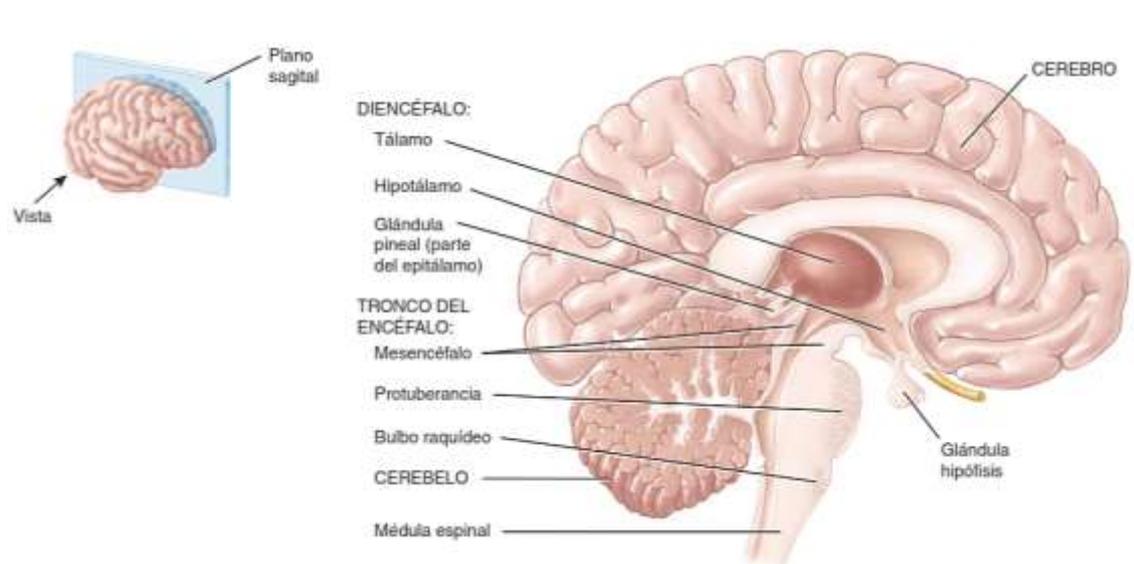
Fuente: Tortora y Derrickson (2011)

Además de transmitir la información sensitiva somática y autónoma hacia el encéfalo y las respuestas motoras somáticas y autónomas hacia los músculos esqueléticos y los órganos efectores, la médula espinal y los nervios espinales tienen circuitos neuronales que generan los llamados reflejos medulares o respuestas automáticas rápidas a determinados estímulos sin la participación de las estructuras encefálicas.

2.2 El encéfalo

El encéfalo es el órgano del sistema nervioso central contenido en el cráneo y en él se distinguen cinco grandes divisiones: telencéfalo, diencefalo, mesencéfalo, metencéfalo y mielencéfalo. El mielencéfalo o bulbo raquídeo, la protuberancia anular del metencéfalo y el mesencéfalo forman el **tronco encefálico** o **tallo cerebral**, de donde salen la mayoría de los doce pares de nervios craneales, del III al XII, salvo el I y II par que surgen respectivamente de la nariz y los ojos.

El encéfalo, además de la protección que ofrece el cráneo, las meninges y el líquido cefalorraquídeo, cuenta con la llamada **barrera hematoencefálica**, una estructura de vasos sanguíneos configurada densamente que impide el paso de sustancias tóxicas desde la sangre a las neuronas.



Encéfalo: principales estructuras

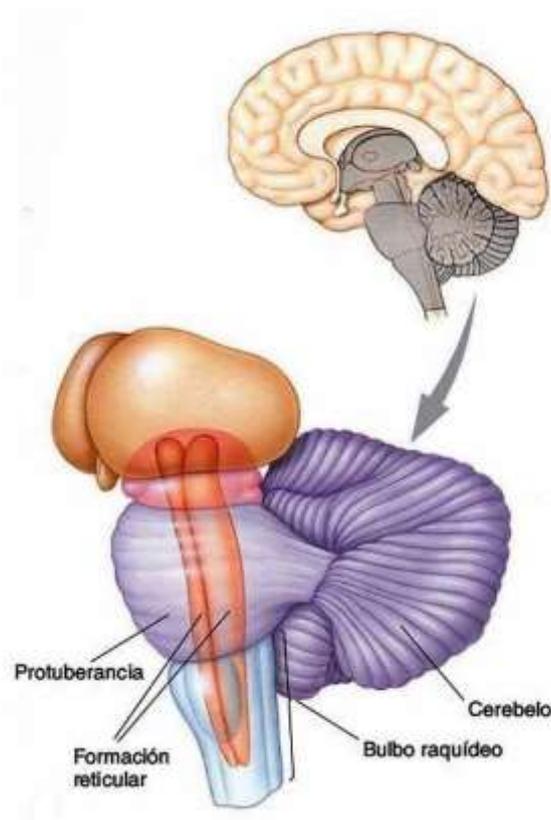
Fuente: Tortora y Derrickson (2011)

a) El mielencéfalo

El mielencéfalo, también conocido como **bulbo raquídeo**, es la parte del encéfalo que se une a la médula espinal, y en su interior hay una estructura compleja de unos cien núcleos¹⁹² en forma alargada que se extiende hasta el tálamo denominada **formación reticular**.

¹⁹² Los núcleos son concentraciones de cuerpos celulares de neuronas en el sistema nervioso central.

El bulbo raquídeo contiene núcleos que relevan las vías somatosensoriales que portan información sobre el tacto, el sentido de posición corporal y las cinestesis desde la médula espinal hasta el tálamo y la corteza cerebral. También contiene núcleos sensoriales que procesan las señales provenientes del sistema vestibular¹⁹³, la cara, la boca, la garganta y el abdomen, y núcleos motores que inervan el cuello, la lengua y la garganta, y regulan el funcionamiento de órganos vitales como las vísceras, el corazón y los músculos del aparato respiratorio.



Estructuras del mielencéfalo y el metencéfalo

Fuente: Pinel (2001)

b) El metencéfalo

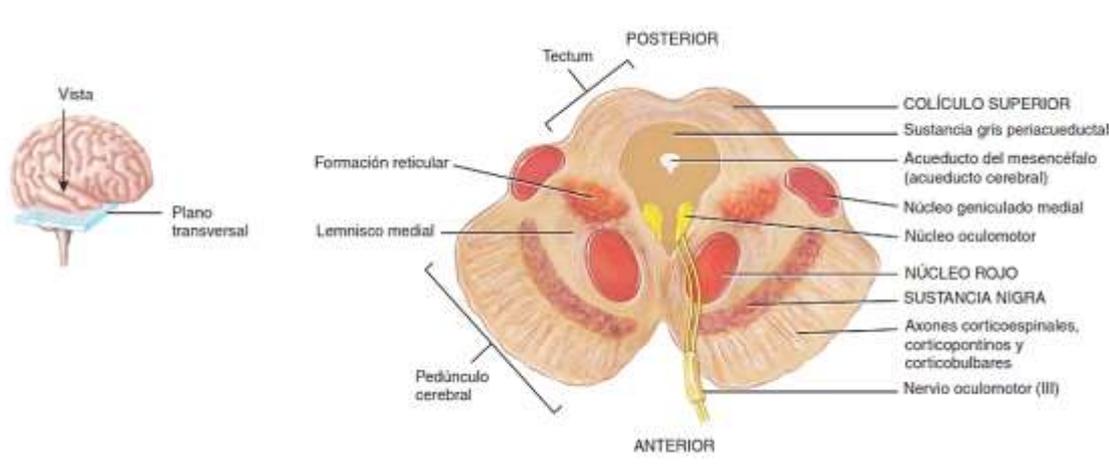
El metencéfalo consta de dos partes: el puente y el cerebelo. El **puente o protuberancia anular** contiene fibras corticales que se proyectan hacia el tronco encefálico y la médula espinal, una gran cantidad de conexiones entre la corteza y el cerebelo llamadas pedúnculos cerebelosos —núcleos que intervienen en la función auditiva y vestibular—, y núcleos sensoriales y motores conectados a la cara y la boca.

¹⁹³ El sistema vestibular es la parte del oído interno que regula el equilibrio de la posición corporal en reposo y en movimiento, la estabilización de la cabeza, la locomoción y otros movimientos corporales y la orientación espacial.

El **cerebelo** es una estructura grande y sinuosa situada en la superficie dorsal del tronco encefálico que consta de una corteza con intrincados repliegues, cuatro pares de núcleos profundos, y, entre la corteza y los núcleos profundos, hay sustancia blanca. Las áreas sensoriales del cerebelo procesan la información somatosensorial, visual, auditiva y vestibular proveniente de las vías aferentes. Además, recibe información desde vías aferentes de estructuras participantes en la función motora, como la corteza motora y premotora. Las vías eferentes provienen desde los núcleos profundos, proyectándose, a través del tálamo, hacia las cortezas motora y premotora, y también hacia núcleos del tallo cerebral. Esta estructura de entradas y salidas cerebelosas suponen que el cerebelo desempeñe una función fundamental en el equilibrio, la modulación, el ajuste y la coordinación de los movimientos corporales.

c) El mesencéfalo

El tectum y el tegmentum son las dos estructuras que componen el mesencéfalo. El **tectum** está formado por dos pares de protuberancias: el colículo inferior, que tiene una función auditiva, y el colículo superior, que interviene en el control del movimiento ocular.



Estructuras del mesencéfalo (corte transversal)

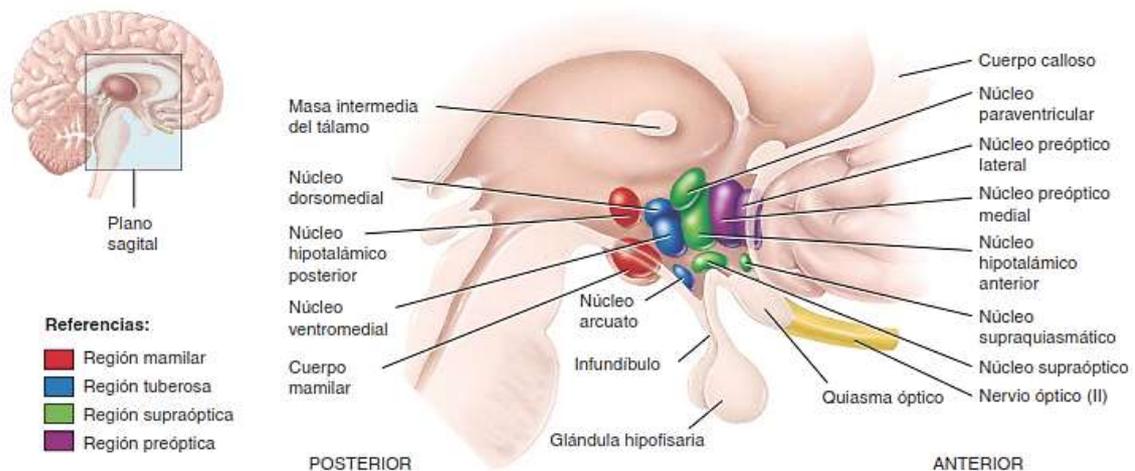
Fuente: Tortora y Derrickson (2011)

El **tegmentum** es el área ventral del mesencéfalo y está integrado por la parte superior de la formación reticular, dos grandes tractos fibrosos que transportan información desde el telencéfalo y el diencefalo hacia el tronco encefálico —tracto corticobulbar— y la médula espinal —tracto corticoespinal—, la sustancia gris periacueductal¹⁹⁴, la sustancia negra y los núcleos rojos. La sustancia negra y los núcleos rojos participan en la regulación subconsciente de la actividad muscular.

¹⁹⁴ La materia gris que rodea el acueducto cerebral, el canal que conecta el tercer y el cuarto ventrículo cerebrales.

d) El diencefalo

El diencefalo consta de dos estructuras principales: el tálamo y el hipotálamo. El **tálamo**, situado encima de la parte superior del tronco encefálico, está formado por dos lóbulos, uno a cada lado del tercer ventrículo, que, a su vez, están compuestos por varios núcleos que mayoritariamente proyectan hacia la corteza cerebral. Algunos son núcleos sensoriales de relevo que, tras recibir y procesar las señales procedentes de los receptores sensoriales, transmiten la información visual, auditiva y somatosensorial hacia las áreas sensoriales de la corteza cerebral.



Diencefalo: tálamo e hipotálamo

Fuente: Tortora y Derrickson (2011)

El tálamo también recibe entradas desde los ganglios basales, el sistema límbico, el cerebelo, la corteza prefrontal, las áreas motoras del lóbulo frontal, las áreas de procesamiento superior y asociativas de los lóbulos temporal, parietal y occipital, y envía proyecciones hacia estas mismas áreas, erigiéndose así en un nodo que conecta estructuras corticales y subcorticales involucradas en diversas funciones. Por ello, el tálamo interviene en procesos cognitivos, la atención, la memoria, el lenguaje, la regulación de las emociones, la regulación de la postura y los movimientos corporales y los estados de vigilia y sueño.

El **hipotálamo** es un componente central del sistema límbico, situado debajo del tálamo, que está integrado por una docena de núcleos —entre ellos, los cuerpos mamilares—, la glándula pituitaria o hipófisis y el quiasma óptico, el punto en el que se juntan los nervios ópticos oculares.

El hipotálamo integra la información recibida desde buena parte del sistema nervioso y regula múltiples funciones del organismo. La información llega a través de las aferencias que proceden de la corteza prefrontal, los centros límbicos, los sistemas neurotransmisores monoaminérgicos, los sistemas de información somatosensorial —principalmente a través

de la formación reticular— y el cerebelo. La acción reguladora es realizada mediante proyecciones eferentes hacia la corteza prefrontal, el área asociativa del lóbulo temporal, el sistema límbico, el cerebelo y los núcleos vegetativos del tronco encefálico y la médula espinal. De esta manera el hipotálamo regula el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, la secreción de hormonas de la glándula pituitaria, los impulsos básicos —hambre, sed, sexualidad—, la temperatura corporal, los ritmos circadiano y vigilia-sueño, la emocionalidad y la conducta —motivación, sensación de recompensa y castigo—, los procesos de aprendizaje y memoria y el sistema inmunitario.

e) El telencéfalo

El telencéfalo es la división más grande del encéfalo y está formado por los ventrículos laterales, los hemisferios cerebrales, la sustancia blanca, los ganglios basales y el sistema límbico.

Los hemisferios cerebrales

Los hemisferios cerebrales están recubiertos por una capa sinuosa llamada **corteza cerebral**. Las grandes hendiduras de la corteza se denominan **fisuras**, las pequeñas, **surcos**, y los pliegues entre las fisuras y los surcos, **giros** o **circunvoluciones**. La fisura longitudinal, que separa los dos hemisferios cerebrales, es la más grande, y, en la superficie lateral de los hemisferios, se hallan la fisura central y la fisura lateral que dividen cada hemisferio en cuatro lóbulos: lóbulo frontal, lóbulo temporal, lóbulo parietal y lóbulo occipital.

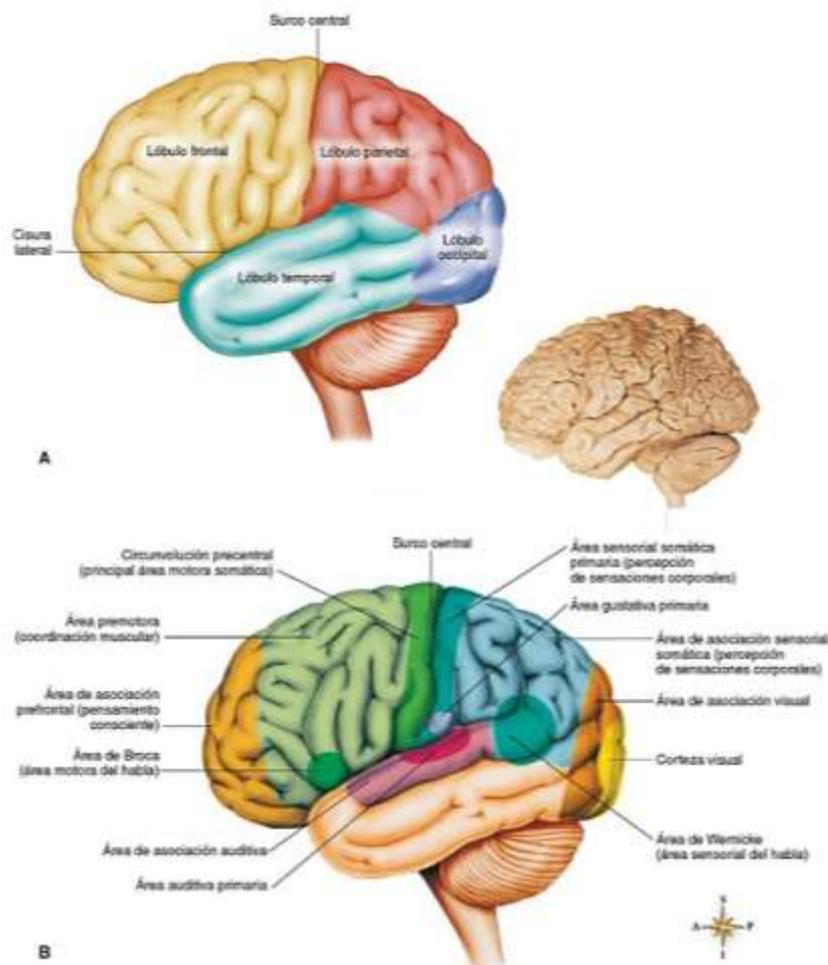
La mayor parte de la corteza cerebral, alrededor del 90 %, está formada por seis capas que se llaman **neocorteza**. La capa más externa está fundamentalmente formada por axones y dendritas, mientras las cinco capas internas son capas de neuronas. Las neuronas corticales son de dos tipos: células piramidales —neuronas multipolares de gran tamaño con cuerpos celulares en forma de pirámide— y células estrelladas —interneuronas de axón corto—.

La corteza cerebral está organizada en tres grandes áreas funcionales: las áreas sensoriales, que reciben y procesan señales provenientes de los órganos de los sentidos; las áreas motoras, que controlan las contracciones voluntarias de los músculos; y las áreas de asociación, que regulan procesamientos complejos de información relativos a las señales sensoriales, la emocionalidad, el lenguaje, el aprendizaje o la memoria.

Las **áreas sensoriales** están situadas en la región posterior de la corteza cerebral, detrás de la fisura central, siendo las más destacadas:

- *Área somatosensorial primaria*: se localiza en la circunvolución postcentral del lóbulo parietal y recibe información sensorial procedente de los receptores sensoriales somáticos relativa al tacto, el dolor, la temperatura y la propiocepción —posición de las articulaciones y los músculos—.

- *Área visual primaria*: situada en la cara medial del lóbulo occipital, en el interior y los alrededores del surco calcarino, recibe impulsos que transportan información visual desde la retina: forma, color, discriminación figura-fondo, movimiento de los estímulos visuales.
- *Área auditiva primaria*: localizada en el giro temporal superior, procesa características básicas de los sonidos como el tono, la ubicación, el ritmo o el timbre.
- *Área gustativa*: está situada en la base del giro parietal ascendente, encima de la fisura lateral. Al igual que en los sentidos de la vista, el oído y el tacto, y a diferencia del olfato, la información codificada en las papilas gustativas de la lengua y sus alrededores, es proyectada hacia la corteza cerebral tras hacer sinapsis en el tálamo.
- *Área olfativa*: se ubica en la cara medial del lóbulo temporal y recibe señales olfativas directamente procedentes de los receptores sensoriales de la nariz.



Telencéfalo. A. Lóbulos cerebrales. B. Áreas funcionales de la corteza cerebral

Fuente: Thibodeau y Patton (2012)

Las **áreas motoras** se localizan en las regiones anteriores de los hemisferios cerebrales, y las más importantes son:

- *Área motora primaria*: situada en el giro precentral del lóbulo frontal, controla la contracción voluntaria de músculos o grupos musculares del cuerpo.
- *Área del lenguaje de Broca*: se localiza en uno de los lóbulos frontales, generalmente en el izquierdo, por encima de la fisura lateral, y controla el movimiento de los músculos de la laringe, la faringe y la boca para hablar y articular correctamente los sonidos, así como los músculos respiratorios que regulan el flujo adecuado de aire que atraviesa las cuerdas vocales.

Las **áreas de asociación** comprenden algunas áreas sensoriales y motoras, grandes áreas ubicadas en la cara lateral de los lóbulos occipital, parietal y temporal, y, en el lóbulo frontal, la zona situada delante de las áreas motoras. Las principales áreas de asociación son:

- *Área de asociación somatosensorial*: situada en una posición posterior al área somatosensorial primaria, recibe información proveniente de esta área y el tálamo, integrándola y procesándola en un orden superior, como determinar la forma y la textura de un objeto sin visualizarlo, establecer la orientación de un objeto respecto a otro cuando son tocados, tener conciencia de la relación existente entre distintas partes del cuerpo, o almacenar experiencias sensoriales previas para poder ser comparadas con sensaciones presentes.
- *Área de asociación visual*: se localiza en el lóbulo occipital delante del área visual primaria, recibe impulsos desde el área visual primaria y el tálamo, y realiza funciones como reconocer y evaluar lo que se está observando, o relacionar las experiencias visuales actuales y pasadas.
- *Área de asociación auditiva*: está situada debajo y detrás del área auditiva primaria en el lóbulo temporal, y procesa las señales auditivas con el fin de distinguir si los sonidos corresponden al habla, la música o el ruido.
- *Área de Wernicke*: ubicada en la región limítrofe entre los lóbulos temporal y parietal, permite interpretar el significado del habla al reconocer las palabras y la información emocional que se transmite a través del lenguaje oral.
- *Área de asociación frontal*: situada en la corteza prefrontal, mantiene conexiones con otras áreas de la corteza cerebral, el tálamo, el hipotálamo, el sistema límbico y el cerebelo. Interviene en el desarrollo de la personalidad, las habilidades complejas del aprendizaje, la recuperación de información, la iniciativa, el juicio, el razonamiento, la conciencia, la intuición, el humor, la planificación de acciones futuras y el desarrollo de ideas abstractas.

- *Área premotora*: se localiza inmediatamente por delante del área motora primaria en el lóbulo frontal, y presenta conexiones con el área motora primaria, el área somatosensorial del lóbulo parietal, los ganglios basales y el tálamo. Su función es el control del movimiento complejo y secuencial, como meter una carta en un sobre o escribir el nombre.

La sustancia blanca

En el interior de cada hemisferio cerebral, subyacente a la corteza, se halla la sustancia blanca, que representa la mitad del volumen cerebral adulto. Está formada por millones de axones neuronales mielinizados que se distribuyen en haces compactos denominados **fascículos** o **tractos**. Estas fibras, según su trayecto y conectividad, se clasifican en:

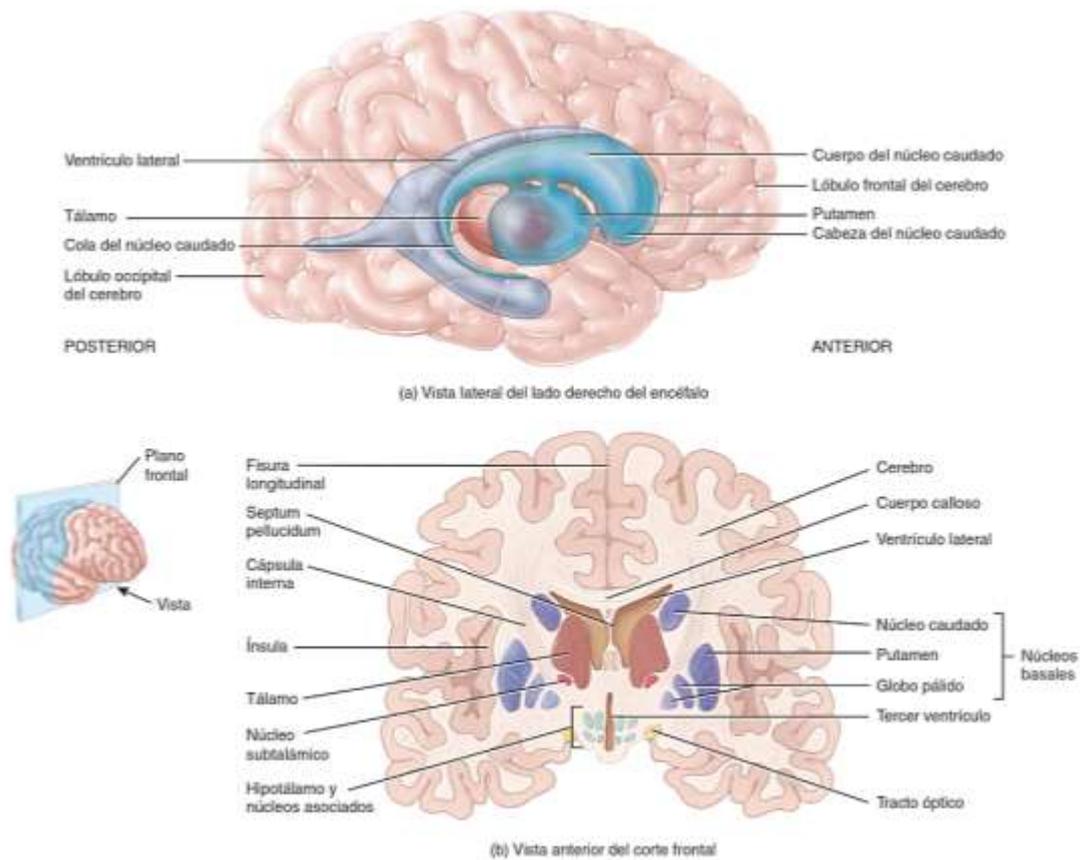
- *Fascículos de asociación* que conectan entre sí las circunvoluciones corticales de un mismo hemisferio cerebral.
- *Fascículos comisurales* que conducen impulsos nerviosos desde las circunvoluciones de un hemisferio cerebral a las circunvoluciones homólogas del otro hemisferio. El más grande e importante es el cuerpo calloso.
- *Fascículos de proyección* que interconectan la corteza cerebral con estructuras inferiores del sistema nervioso central: el tálamo, el tronco encefálico y la médula espinal.

Los ganglios basales

Los ganglios basales son un grupo de centros de sustancia gris empotrados en el interior de la sustancia blanca, siendo los más importantes el núcleo caudado, el núcleo lenticular —putamen y globus pallidus—, el núcleo accumbens, el núcleo subtalámico y la sustancia negra. El núcleo caudado, el putamen y el globus pallidus están anatómicamente y funcionalmente relacionados y forman el llamado **cuerpo estriado**.

El **núcleo caudado** tiene forma de C con un trayecto que adelgaza progresivamente siguiendo la concavidad del ventrículo lateral, y se conecta con el putamen por medio de una serie de puentes fibrosos, formando ambos el **núcleo neostriado**. El núcleo neostriado constituye la principal vía de entrada de las aferencias a los ganglios basales. La parte más anterior y ventral del neostriado se denomina **núcleo accumbens**, que, a través de sus conexiones con la amígdala, establece una importante relación entre los ganglios basales y el sistema límbico.

El **núcleo lenticular** es una masa de sustancia gris con forma de cuña localizada en la concavidad del núcleo caudado. Una lámina vertical de sustancia blanca divide el núcleo en una parte lateral más voluminosa y oscura, el **putamen**, y en una parte medial más clara, el **globus pallidus**.



Ganglios basales

Fuente: Tortora y Derrickson (2011)

El **núcleo subtalámico**, componente del diencefalo, localizado en el punto de unión entre el mesencéfalo y el tálamo, y la **sustancia negra**, componente del mesencéfalo, ubicada inmediatamente debajo del núcleo subtalámico, son núcleos clave en la interconexión de las diferentes estructuras basales.

Los ganglios basales participan en la regulación del movimiento corporal y de procesos cognitivos, emocionales y motivacionales, funciones que realizan a través de cuatro circuitos: circuito esquelomotor, circuito oculomotor, circuito asociativo prefrontal y circuito asociativo límbico.

El **circuito esquelomotor** conecta la corteza cerebral —área motora primaria, área premotora, área motora suplementaria y área somatosensorial primaria—, el putamen y el tálamo, y se encarga de la planificación e iniciación de los movimientos, especialmente los complejos, interviene en la ejecución automática de movimientos aprendidos, y realiza ajustes durante los movimientos para que la acción planificada resulte eficaz.

El **circuito oculomotor** conecta los campos motores oculares frontal y occipital, el núcleo caudado y el tálamo, controla el movimiento de los ojos y colabora con el circuito esquelomotor para poder fijar la mirada en el objetivo correcto.

El **circuito asociativo prefrontal** conecta la corteza prefrontal, la cabeza del núcleo caudado y el tálamo, e interviene en el control de funciones cognitivas: organización y planificación de acciones no motoras, mantenimiento y recuperación de la memoria episódica —información necesaria para realizar actos mentales como contar una historia o resolver problemas—, o creación del mapa extracorporal necesario para guiar adecuadamente la ejecución de movimientos dirigidos hacia un objetivo.

El **circuito asociativo límbico** conecta la corteza cerebral —área cingulada anterior, áreas asociativas límbicas de la corteza orbitofrontal y temporal anterior—, el núcleo accumbens, la región ventral del *globus pallidus* y el tálamo, y participa en la regulación de los procesos emocionales y motivacionales, que, por ejemplo, permiten a las personas mantener conductas adecuadas al contexto social y expresar un tono afectivo en las relaciones interpersonales.

El sistema límbico

El sistema límbico es un conjunto de estructuras que se disponen formando un anillo alrededor del cuerpo caloso y la parte superior del tronco encefálico, siendo las principales el hipotálamo, el giro cingulado, el giro parahipocampal, el giro dentado, el hipocampo, la amígdala, el septum, el núcleo anterior del tálamo y el fórnix.

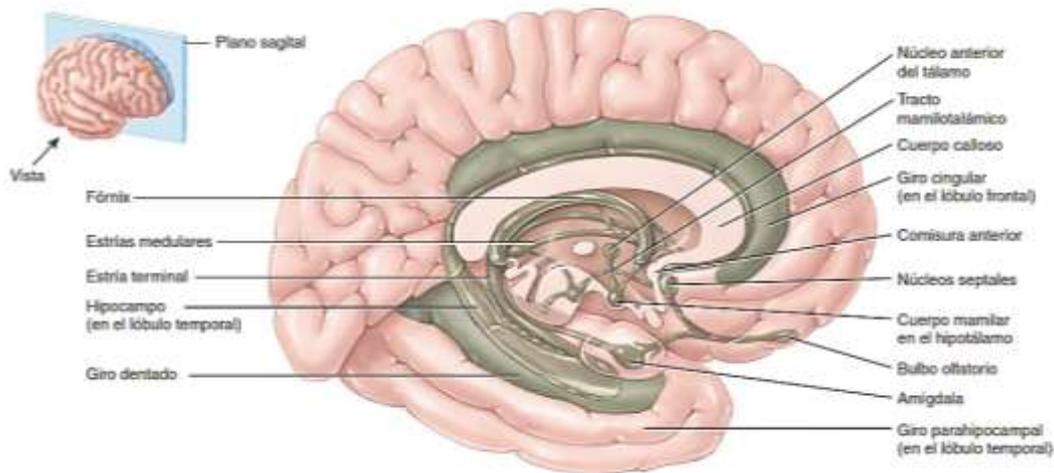
El **giro cingulado**, arqueado sobre la superficie superior del cuerpo caloso, juega un importante papel en el desencadenamiento de las emociones y el placer. El **giro parahipocampal**, ubicado en la parte inferior del lóbulo temporal, se une al giro cingulado detrás de la zona posterior del cuerpo caloso, formando un anillo denominado corteza límbica.

El **giro dentado** es una estrecha banda de sustancia gris situada entre el giro parahipocampal y el hipocampo. El **hipocampo**, localizado en la parte medial del lóbulo temporal, es, al igual que el giro dentado, una estructura de la corteza cerebral que no es neocorteza, pues sólo tiene tres capas. Ambas estructuras intervienen en procesos de aprendizaje, la memoria a corto plazo, la memoria de orientación espacial, la atención y el mantenimiento del estado de alerta.

La **amígdala** es un núcleo con forma almendrada situado en la parte interna del giro parahipocampal, al lado del tálamo y en el extremo inferior del hipocampo, que integra las percepciones que acompañan a las emociones y las conductas que las expresan, y participa en el reconocimiento de expresiones emocionales en los rostros de los demás, el aprendizaje asociativo vinculando los estímulos y su significado en términos de recompensa o aversión, la atención visual y el control de impulsos básicos como el hambre y la conducta sexual.

El **septum** es un núcleo ubicado en el extremo anterior de la circunvolución cingulada que está relacionado con la sensación de placer. Los **cuerpos mamilares** son núcleos situados en la cara inferior del hipotálamo que transmiten los impulsos nerviosos

procedentes de la amígdala y el hipocampo hacia el núcleo anterior del tálamo, que, a su vez, los proyecta hacia la corteza cerebral.



Sistema límbico

Fuente: Tortora y Derrickson (2011)

Los distintos centros de sustancia gris que conforman el sistema límbico están interconectados por los fascículos de asociación intralímbica, entre los que destaca el **fórnix**, que tiene una forma de arco y conecta la amígdala, el hipocampo, el tálamo, los cuerpos mamilares del hipotálamo, el septum y el núcleo accumbens.

Además, el sistema límbico se conecta con otras estructuras del sistema nervioso central por medio de aferencias y eferencias. Las vías aferentes provienen principalmente de la corteza cerebral, que conducen información somatosensorial sobre el ambiente externo, los órganos internos y la propiocepción; el tálamo, que envía información sensorial directamente a la amígdala; y la formación reticular, que envía información sobre los órganos internos y el dolor, además de aportar neurotransmisores monoaminérgicos que regulan la actividad límbica.

Las vías eferentes están dirigidas hacia la corteza cerebral —áreas somatosensoriales secundarias y asociativas, sobre todo, de la corteza prefrontal—, la hipófisis y los núcleos vegetativos del tronco encefálico y la médula espinal, de modo que los estados emocionales y motivacionales influyen en los procesos cognitivos —pensamiento y lenguaje—, la conducta motora y la percepción emocional.

3. Las células del sistema nervioso

A nivel celular, el sistema nervioso está constituido básicamente por dos tipos de células: las neuronas y las neuroglías.

3.1 Las neuronas

Las neuronas son células especializadas en recibir, conducir y transmitir impulsos bioeléctricos denominados impulsos nerviosos. Los impulsos nerviosos son transmitidos de unas neuronas a otras a través de circuitos neuronales o a los órganos efectores del sistema nervioso integrados por músculos y glándulas de secreción.

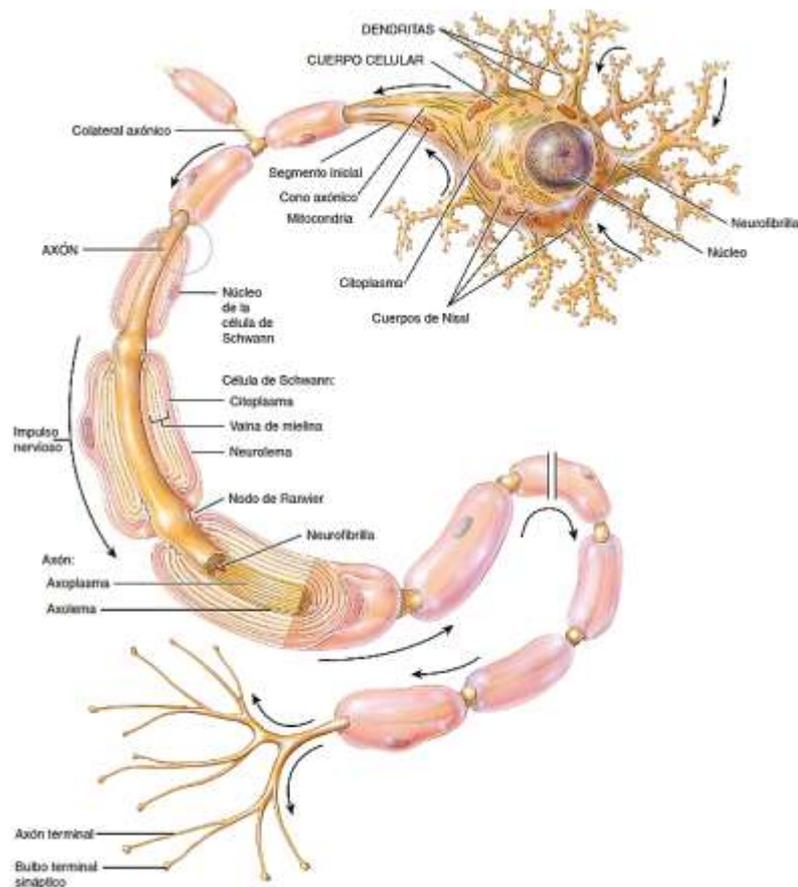
a) Estructura de las neuronas

Las neuronas constan de un **cuerpo celular** o **soma** donde se encuentran el **núcleo**, estructura esférica que contiene el ADN y regula la actividad celular, y el **citoplasma**, líquido celular interno en el que abundan diversos orgánulos:

- *Retículo endoplasmático*: estructura de membranas plegadas con áreas rugosas —con ribosomas— que intervienen en la síntesis de proteínas y áreas lisas —sin ribosomas— que participan en la síntesis de lípidos.
- *Ribosomas*: orgánulos localizados en el retículo endoplasmático cuya función es sintetizar proteínas.
- *Aparato de Golgi*: sistema de membranas encargadas de empaquetar las moléculas sintetizadas en vesículas.
- *Mitocondrias*: orgánulos donde se genera la energía que necesita la célula a partir de la glucosa, energía de naturaleza aeróbica, es decir, que requiere consumo de oxígeno.
- *Microtúbulos*: microtubos a través de los cuales se produce el transporte rápido de moléculas en la neurona.

Del cuerpo celular de la neurona surgen unas prolongaciones citoplasmáticas o **neuritas**, las dendritas y el axón, dotadas de un citoesqueleto compuesto por microtúbulos y otros microfilamentos. Las **dendritas** son prolongaciones arborizadas que reciben los impulsos nerviosos emitidos por otras neuronas y los transmiten hacia el cuerpo celular o hacia el axón. El **axón** es una prolongación tubular larga que sale del **cono axónico**, siempre es único, y conduce los impulsos nerviosos desde el soma neuronal hacia otras neuronas o hacia los órganos efectores. El axón, tras recorrer un trayecto cuya longitud varía entre

decenas de micras y varios centímetros, incluso metros, acaba dividiéndose en una serie de ramas, los **axones terminales**, cuyos extremos finales se llaman **botones o bulbos terminales sinápticos**. La ramificación del axón terminal es menos extensa que la de la dendrita, pudiendo hacer contacto con cientos de sitios dendríticos en muchas otras neuronas. En determinadas neuronas, los axones están recubiertos por envolturas de capas lipoproteicas denominada **mielina**, separadas entre sí por segmentos sin revestimiento miélinico llamados **nódulos o nodos de Ranvier**.



Estructura de una neurona multipolar. Las flechas indican la dirección del impulso nervioso: dendritas → cuerpo celular → axón → axones terminales.

Fuente: Tortora y Derrickson (2011)

La **membrana celular** de las neuronas es una bicapa lipídica formada por dos capas de moléculas grasas en cuyo interior se hayan numerosas moléculas proteicas que atraviesan la membrana: unas son **proteínas de canal** a través de las cuales pueden pasar determinadas moléculas al medio interno de la neurona, y otras son **proteínas de señal** que transmiten señales al interior de la neurona cuando ciertas moléculas se pegan a su parte externa.

b) Tipos de neuronas

Se estima que el sistema nervioso de los seres humanos está integrado por más de 100 mil millones de neuronas. Unas pocas son **neuronas sensoriales primarias**, neuronas aferentes que transmiten los impulsos nerviosos desde los receptores sensoriales hacia el encéfalo y la médula espinal. Cerca de 3 millones son **neuronas motoras**, neuronas eferentes que transmiten impulsos desde el encéfalo y la médula espinal hacia los músculos y las glándulas. La inmensa mayoría, el 99.98% de las neuronas, son **interneuronas**, neuronas que transmiten los impulsos desde las neuronas sensoriales primarias hasta las neuronas motoras, o se conectan entre sí formando circuitos reguladores que hacen posible el comportamiento complejo.

En función del número de neuritas que parten del cuerpo celular, las neuronas pueden clasificarse en:

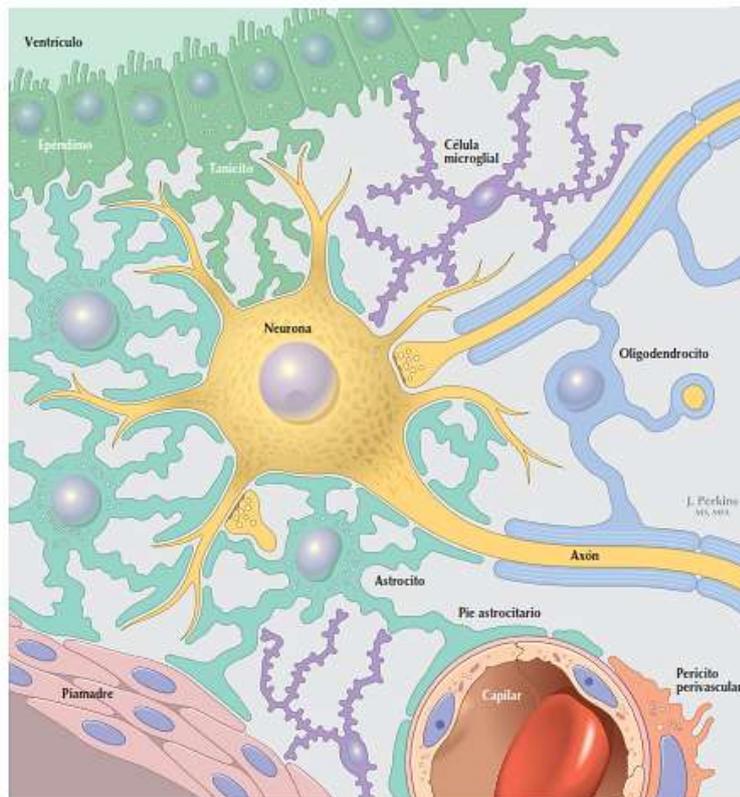
- **Neuronas unipolares:** tienen una única neurita, un axón que se divide en dos ramas: una de las ramas se introduce en el sistema nervioso central, y la otra rama se dirige a una estructura periférica acabando en finas ramificaciones que se denominan dendritas.
- **Neuronas bipolares:** neuronas con un cuerpo celular alargado de cuyos extremos parten respectivamente un axón y una dendrita, lo que determina que reciban contactos sinápticos de muy pocas o, incluso, una sola neurona, al igual que en el caso de las neuronas unipolares.
- **Neuronas multipolares:** neuronas con un cuerpo celular grande y una gran cantidad de neuritas, un axón largo y muchas dendritas cortas, lo que le permite recibir contactos sinápticos de cientos o miles de neuronas. La mayoría de las neuronas presentes en el encéfalo y la médula espinal son multipolares.
- **Interneuronas:** neuronas que no tienen axón o tienen un axón corto, pero sí una gran arborización dendrítica.

3.2 Las neuroglías

En el sistema nervioso existen unas células que proporcionan protección y soporte físico a las neuronas para mantenerlas unidas, les proveen nutrientes, reparan daños celulares, y absorben las células muertas y los desechos. Estas células de sostén físico y funcional reciben el nombre de **neuroglías, glías o células gliales**.

Las células gliales de mayor tamaño son las **astroglías** o **astrocitos**, que tienen una forma estrellada debido a la gran cantidad de neuritas que se ramifican con el fin de construir una matriz de soporte y establecer contacto con las neuronas vecinas y, a la vez, recubrir la superficie externa de los vasos sanguíneos. Al unir neuronas y vasos sanguíneos,

desempeñan un papel nutricional y, al mismo tiempo, contribuyen a crear una barrera de permeabilidad limitada, la barrera hematoencefálica, que separa el tejido nervioso de la circulación sanguínea evitando la entrada de toxinas. Además, intervienen en la actividad sináptica de las neuronas, eliminando el exceso de iones K^+ del medio extracelular y neurotransmisores liberados durante la transmisión sináptica.



Tipos de células gliales en el sistema nervioso

Fuente: Felten y Shetty (2010)

Las **microglías** son células pequeñas pertenecientes al sistema inmune que cuentan con abundantes prolongaciones citoplasmáticas para detectar señales de degeneración celular o la presencia de agentes extraños. Cuando se activan, aumentan de tamaño, se ponen en movimiento y proceden a fagocitar microorganismos y restos de células degeneradas, o a reparar el daño celular causado por lesión o enfermedad, incluyendo las terminales sinápticas destruidas.

Otro tipo de neuroglías son las **oligodendroglías** u **oligodendrocitos**, que se disponen a lo largo de los axones de determinadas neuronas, recubriéndolos con unas envolturas lipoproteicas, las vainas de mielina, que facilitan la conducción del impulso nervioso al aislar eléctricamente los axones. Un axón presenta a lo largo de su trayecto sucesivos oligodendrocitos, pero un oligodendrocito puede formar vainas de mielina alrededor de varios axones.

En el sistema nervioso periférico, la mielinización de los axones es realizada por las **células Schwann**. Cada célula Schwann constituye un segmento de mielina, mientras que una oligodendroglía, gracias a sus prolongaciones citoplasmáticas, forma varios segmentos de mielina en un mismo axón.

4. Conducción neuronal y transmisión sináptica

4.1 Potencial de membrana en reposo

La bicapa lipídica de la membrana de la neurona es altamente impermeable a los fluidos intracelular y extracelular y a los iones disueltos en estos fluidos: iones de sodio (Na^+), iones de potasio (K^+), iones de cloro (Cl^-) e iones proteicos cargados negativamente. Los iones solamente pueden atravesar la membrana a través de los **canales iónicos** (las proteínas de canal incrustadas en la membrana celular) que, en función de su estructura, se abren y se cierran pasivamente al azar —canales pasivos—, en respuesta a estímulos químicos —canales dependientes de ligando—, estímulos mecánicos —canales accionados mecánicamente— o a un cambio de voltaje en la membrana —canales dependientes de voltaje—.

En estado de reposo, la membrana de la neurona presenta un potencial eléctrico estable aproximado de -70 mV denominado **potencial de reposo**, es decir, entre el interior y el exterior de la membrana de la neurona existe una diferencia negativa de carga eléctrica. En el exterior de la neurona, la concentración de los iones Na^+ y Cl^- es mayor que en el interior, mientras que en el citoplasma predomina la concentración de cationes K^+ y los aniones proteicos. Al tener la membrana más canales pasivos a los iones K^+ que canales pasivos a los iones Na^+ , la cantidad de iones K^+ que se desplazan desde el interior de la neurona hacia el líquido extracelular es mayor que la cantidad de iones Na^+ que se difunden desde el líquido extracelular hacia el citoplasma. Teniendo en cuenta la imposibilidad de que los aniones proteicos atraviesen la membrana y salgan al exterior debido a su tamaño, el eflujo de iones K^+ hacia el líquido extracelular provoca que el interior de la neurona se vuelva cada vez más negativo y el exterior, más positivo.

Además de a la permeabilidad de la membrana a los iones, la desigual concentración de iones en el citoplasma y el líquido extracelular se debe también a la intervención de una fuerza activa: la **bomba de sodio-potasio**. El gradiente electroquímico¹⁹⁵ provoca que los iones K^+ estén constantemente impulsados a salir de las neuronas en reposo y, a pesar de

¹⁹⁵ El gradiente electroquímico es una fuerza que actúa distribuyendo homogéneamente los iones en un fluido debido a una diferencia de concentración de sustancias químicas sumada a una diferencia de cargas eléctricas: los iones se mueven de áreas en las que se encuentran en mayor concentración a áreas donde se hallan en menor concentración —componente químico—, y los cationes con cargas positivas tienden a moverse hacia zonas con cargas negativas y los aniones con cargas negativas se desplazan a zonas con cargas positivas —componente eléctrico—.

la resistencia de la membrana celular, los iones Na^+ se vean impulsados a entrar al citoplasma. La entrada pasiva de iones Na^+ y la salida pasiva de iones K^+ de la neurona son compensadas mediante una bomba metabólica, situada en la membrana celular, que bombea hacia fuera los iones Na^+ según entran y bombea hacia dentro iones K^+ a medida que van saliendo, intercambiando tres iones Na^+ del interior por dos iones K^+ del exterior.

4.2 Generación y conducción de los potenciales de acción

En estado de reposo, la membrana de la neurona está polarizada, presenta una carga negativa en el interior levemente más elevada que en el exterior. Cuando las moléculas de neurotransmisores se unen a los receptores postsinápticos, la membrana neuronal bien se despolariza —disminución del potencial de reposo o de la carga negativa interior—, o bien se hiperpolariza —aumento del potencial de reposo o de la carga negativa interior—. Las despolarizaciones postsinápticas se denominan **potenciales postsinápticos excitatorios** porque aumentan la probabilidad de que se produzca un impulso nervioso, mientras las hiperpolarizaciones postsinápticas se llaman **potenciales postsinápticos inhibitorios**, pues disminuyen la probabilidad de que la neurona se dispare.

La mayoría de las neuronas cuentan con miles de receptores postsinápticos ubicados en las dendritas y el cuerpo celular, de modo que, cuando la suma de los potenciales postsinápticos excitatorios e inhibitorios¹⁹⁶ que llegan al cono axónico alcanza el denominado **umbral de excitación** —aproximadamente -55 mV —, se genera un **potencial de acción** o **impulso nervioso**.

El potencial de acción es un potencial eléctrico de todo o nada, es decir, su magnitud no guarda relación con la intensidad de los estímulos que lo provocan, y surge como una reacción en cadena que presenta tres fases. En la *fase ascendente*, cuando la membrana del cono axónico se despolariza hasta llegar al umbral de excitación, los canales iónicos de Na^+ , activados por el cambio de voltaje, se abren completamente, los iones Na^+ del líquido extracelular entran al interior de la neurona, provocando una inversión del potencial de membrana que pasa de -70 mV a $+40 \text{ mV}$. Este cambio brusco en el potencial de membrana, debido a la entrada de iones Na^+ , activa la apertura de los canales iónicos de K^+ , a través de los cuales los iones K^+ cercanos a la membrana son expulsados al exterior de la neurona debido a su elevada concentración relativa interna y al aumento de la carga positiva interna. Un milisegundo después de su apertura, los canales iónicos de Na^+ se cierran y comienza la *fase descendente del potencial de acción* o *fase de repolarización de*

¹⁹⁶ Los potenciales postsinápticos excitatorios e inhibitorios son respuestas graduadas, es decir, son proporcionales a la intensidad de los estímulos que los provocan y, en las neuronas, estos potenciales postsinápticos son integrados en una única señal, sumando las señales que se producen en diferentes puntos de la neurona —suma espacial— y las señales que se producen en una sucesión rápida en la misma sinapsis —suma temporal—. Dado que los potenciales postsinápticos excitatorios e inhibitorios se atenúan progresivamente durante su transmisión, las sinapsis cercanas al cono axónico, zona donde se genera el potencial de acción, son las que mayor influencia ejercen en el disparo de la neurona.

la membrana gracias a la masiva salida de iones K^+ , reestableciéndose rápidamente el potencial de reposo tras un breve periodo de *hiperpolarización*. La hiperpolarización es debida a que los canales iónicos de K^+ adicionales permanecen abiertos durante 1 a 2 milisegundos después de alcanzarse el potencial de reposo, produciéndose un eflujo de iones K^+ .

Durante la fase de hiperpolarización de la membrana, la neurona no puede generar un nuevo potencial de acción. Este periodo se denomina **periodo refractario absoluto** y es seguido por un **periodo refractario relativo** en el que el umbral de excitación se alcanza con un valor superior a lo normal. Estos factores regulan la actividad neuronal, propiciando que los potenciales de acción se transmitan en un único sentido y no puedan invertir su trayectoria, y limitando la frecuencia máxima de disparo de una neurona a unos 1.200 impulsos por segundo.

La conducción de los potenciales de acción a lo largo de un axón se realiza activamente. El potencial de acción generado en el cono axónico se transmite pasivamente por la membrana axónica hasta los canales iónicos de Na^+ adyacentes que, activados por el cambio de voltaje, se abren y permiten la rápida entrada de iones Na^+ en el interior del axón, generando un nuevo potencial de acción en esa región de la membrana axónica. Este potencial de acción se propaga pasivamente —de forma instantánea y atenuándose progresivamente— hacia los siguientes canales iónicos de Na^+ donde nuevamente se desencadena otro potencial de acción, y así sucesivamente hasta llegar a los bulbos terminales sinápticos.

En los axones mielinizados la propagación de los potenciales de acción se denomina conducción saltatoria, pues la generación sucesiva de potenciales de acción se realiza únicamente en los nódulos de Ranvier, los espacios no mielinizados existentes entre las vainas de mielina, donde hay una gran cantidad de canales iónicos de Na^+ que, activados por voltaje, se abren y permiten la entrada de iones Na^+ al interior del axón, generando un nuevo potencial de acción. Dado que la mielina aumenta la resistencia de la membrana, el potencial de acción se transmite por el centro del axón y, si bien se atenúa a medida que se propaga por los tramos mielinizados, esta propagación pasiva, por tanto, instantánea, junto con la distribución regular de los nodos de Ranvier —cada 1-2 mm—, hacen que la velocidad de conducción sea mucho más rápida que en los axones no mielinizados, donde la transmisión pasiva está mucho menos presente.

Las interneuronas que carecen de axones, no pueden generar potenciales de acción, de modo que los potenciales postsinápticos excitatorios e inhibitorios se atenúan progresivamente durante su transmisión.

4.3 La transmisión sináptica

El funcionamiento del sistema nervioso se basa en la generación, la conducción y la transmisión de impulsos nerviosos entre las neuronas, que se unen entre sí formando vías

de comunicación funcional. Los puntos de conexión funcional entre dos neuronas se denominan **sinapsis** y constan de tres estructuras: el botón terminal sináptico, la hendidura sináptica y la membrana postsináptica. Las sinapsis más habituales son las que se dan entre los botones terminales axónicos de la neurona presináptica y las dendritas o el soma de la neurona postsináptica, respectivamente nombradas como sinapsis axodendrítica y sinapsis axosomática, pero también existen sinapsis axoaxónicas y dendrodendríticas. Las terminaciones axónicas y dendríticas son múltiples, de manera que una neurona puede conectarse con otros cientos o miles de neuronas.

La transmisión sináptica puede ser de naturaleza eléctrica o química, aunque, en la mayoría de los casos, las transmisiones sinápticas son químicas. En la transmisión eléctrica, las neuronas presináptica y postsináptica están en contacto a través de las uniones con hendidura, mientras que, en la transmisión química, la neurona presináptica libera moléculas de neurotransmisores que actúan sobre los receptores de la neurona postsináptica.

Las neuronas, en muchos casos, sintetizan dos tipos de neurotransmisores: un neurotransmisor de molécula pequeña y un neuropéptido, o péptido de cadena corta constituido por 10 o menos aminoácidos, que tiene un mayor tamaño. Los neurotransmisores de pequeño tamaño son sintetizados en el citoplasma del botón terminal axónico, introducidos en vesículas sinápticas en el aparato de Golgi del botón, y almacenadas en grupos junto a la membrana presináptica. Los neuropéptidos se sintetizan en los ribosomas del citoplasma somático, se empaquetan en vesículas sinápticas en el complejo de Golgi, son transportadas a través de los microtúbulos a los botones terminales axónicos y almacenadas en puntos menos próximos a la membrana presináptica.

Cuando el potencial de acción alcanza el botón terminal sináptico de un axón presináptico, los canales iónicos de Ca^{2+} , muy abundantes en la membrana presináptica, activados por voltaje, se abren, y los iones de Ca^{2+} , presentes en mayor concentración en el líquido extracelular, entran en el citoplasma del botón, desencadenando la **exocitosis**: las membranas de las vesículas sinápticas se fusionan con la membrana presináptica y las moléculas de neurotransmisor son liberadas hacia la hendidura sináptica.

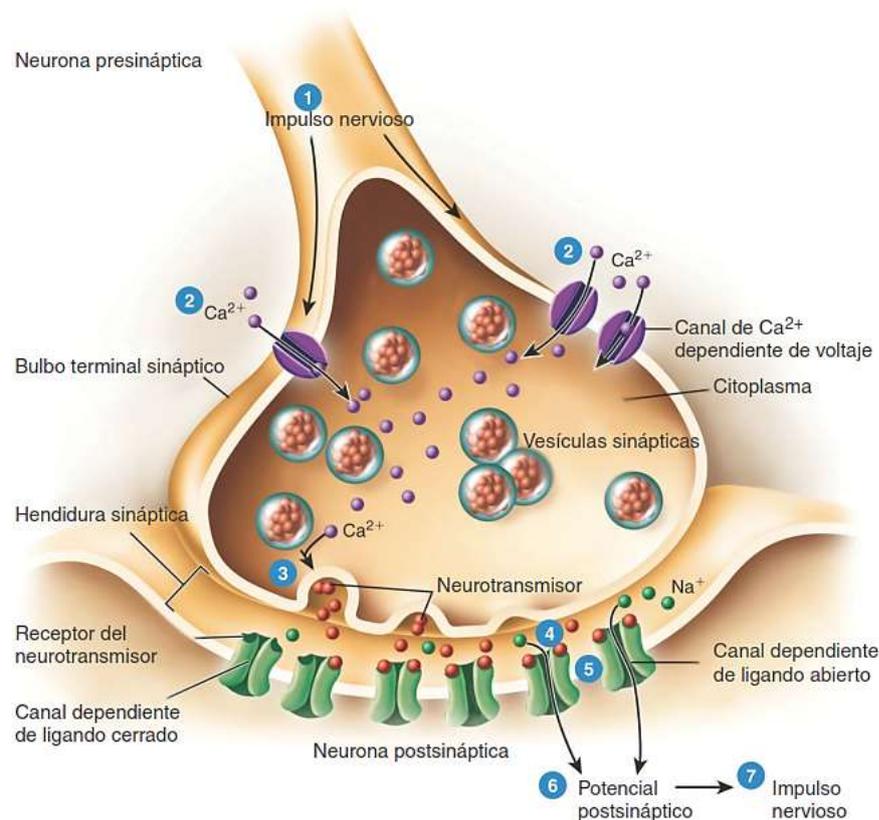
a) Los receptores de neurotransmisores

Una vez liberadas, las moléculas de neurotransmisor se unen a los receptores de neurotransmisores situados en la membrana de la neurona postsináptica. Los receptores son proteínas que cuenta con uno o más lugares de unión para determinados neurotransmisores, y se clasifican en receptores ionotrópicos y metabotrópicos. Los **receptores ionotrópicos** son proteínas que contienen un sitio de unión y un canal iónico activado por ligando —neurotransmisor—, y los **receptores metabotrópicos** contienen un sitio de unión y están acoplados a un tipo de proteínas llamadas proteínas G.

Cuando un neurotransmisor se une a un receptor ionotrópico, el canal iónico activado por ligando se abre o se cierra, generando un potencial postsináptico excitatorio o

inhibitorio. Los potenciales postsinápticos excitatorios suelen producirse cuando un neurotransmisor activa la apertura de los canales iónicos de Na^+ , aumentando el flujo de entrada de los iones Na^+ al interior de la neurona y provocando la despolarización de la membrana postsináptica. Los potenciales postsinápticos inhibitorios suelen generarse cuando un neurotransmisor activa la apertura de los canales iónicos de K^+ o Cl^- , aumentando la salida de iones K^+ o la entrada de iones Cl^- , lo que produce la hiperpolarización de la membrana postsináptica.

Los receptores metabotrópicos son más abundantes, “y sus efectos se inician más lentamente, duran más tiempo, son más difusos y son más variados” (Pinel, J. P. J, 2001: 109). Cuando un neurotransmisor se une a un receptor metabotrópico, una subunidad de la proteína G asociada se separa, uniéndose a un canal iónico e induciendo un potencial postsináptico excitatorio o inhibitorio, o activando la síntesis de otra molécula llamada segundo mensajero. El segundo mensajero se difunde por el citoplasma y puede unirse a los iones de Ca^{2+} generando un potencial postsináptico excitatorio o inhibitorio, influir en las actividades metabólicas de la neurona, o entrar en el núcleo y unirse al ADN, influenciando la expresión genética de la neurona.



Transmisión de señales en una sinapsis química. En una sinapsis química, una neurona presináptica convierte una señal eléctrica (impulso nervioso) en una señal química —liberación del neurotransmisor—. Luego, la neurona postsináptica convierte esta señal química nuevamente en una señal eléctrica (potencial postsináptico).

Fuente: Tortora y Derrickson (2011)

Los neurotransmisores de molécula pequeña tienden a unirse a receptores ionotrópicos o metabotrópicos que activan directamente los canales iónicos, transmitiendo señales rápidas y breves excitatorias o inhibitorias a las neuronas adyacentes, mientras los neuropéptidos tienden a unirse a receptores metabotrópicos que activan la síntesis de segundos mensajeros, transmitiendo señales lentas, duraderas y más difusas.

Un tipo especial de receptores son los **autorreceptores**, receptores metabotrópicos situados en la membrana presináptica que regulan la cantidad de neurotransmisores presente en la sinapsis: cuando la hendidura sináptica se satura, los neurotransmisores se ligan a los autorreceptores e inhiben su liberación, y, cuando la concentración de neurotransmisores es baja, estimulan su liberación.

b) La eliminación de los neurotransmisores

La eliminación de los neurotransmisores de la hendidura sináptica es fundamental en la regulación de la actividad neuronal, pues, si los neurotransmisores permanecieran en la hendidura sináptica, la estimulación de las neuronas postsinápticas y, por ende, la estimulación de las células musculares y glandulares, sería constante. Los mecanismos que eliminan los neurotransmisores de la hendidura sináptica poniendo fin al impulso nervioso son la recaptación y la degradación enzimática.

En la **recaptación**, el mecanismo más habitual, los neurotransmisores son reabsorbidos a través de la membrana presináptica de los botones terminales que los liberaron o de la membrana de las células gliales adyacentes. Una vez internalizados, los neurotransmisores son empaquetados en vesículas sinápticas y nuevamente liberados en la hendidura sináptica, un proceso que se produce una y otra vez. En la **degradación enzimática**, los neurotransmisores son desactivados por la acción de ciertas enzimas, generándose productos metabólicos que son absorbidos por el botón terminal sináptico y empleados en la síntesis de más moléculas de neurotransmisor.

5. Sistemas neurotransmisores

En el sistema nervioso central existen varios sistemas neurotransmisores que no actúan de forma aislada, sino en interacción múltiple con otros sistemas neurotransmisores. Por eso, un sistema de neurotransmisión puede intervenir en la modulación de varias funciones del sistema nervioso: motoras, vegetativas, cognitivas, emocionales o motivacionales. Los principales sistemas neurotransmisores del sistema nervioso central son:

Sistemas neurotransmisores	Neurotransmisores
Sistema colinérgico	<ul style="list-style-type: none"> • Acetilcolina
Sistemas monoaminérgicos	<ul style="list-style-type: none"> • Noradrenalina • Adrenalina • Dopamina • Serotonina • Histamina
Sistemas por aminoácidos	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido γ-aminobutírico (GABA) • Glicina • Glutamato • Aspartato
Sistemas por neuropéptidos	<ul style="list-style-type: none"> • Péptidos gastrointestinales • Péptidos hipofisarios • Péptidos hipotalámicos • Péptidos opioides • Péptidos relacionados con la calcitonina • Otros péptidos
Sistemas por purinas	<ul style="list-style-type: none"> • Adenosina • Trifosfato de adenosina (ATP) • AMP • Uridintrifosfato • Polifosfatos de diadenosina
Sistemas por gases solubles	<ul style="list-style-type: none"> • Óxido nítrico (NO) • Monóxido de carbono (CO)

A continuación, se va a exponer los sistemas neurotransmisores que son manipulados por los psicofármacos utilizados en los tratamientos psiquiátricos de la esquizofrenia: el sistema colinérgico, los sistemas monoaminérgicos y los sistemas por aminoácidos.

5.1 Sistema colinérgico

El sistema colinérgico utiliza como neurotransmisor la **acetilcolina**. La acetilcolina es sintetizada en el citoplasma de la neurona a partir de la colina y la acetilcoenzima A mediante la acción de la enzima colinoacetil transferasa.

Las vías colinérgicas de proyección presentan una distribución homogénea en el encéfalo, pudiendo diferenciarse dos grupos de circuitos colinérgicos: los circuitos locales y los tractos que conectan estructuras encefálicas diferentes. Los **circuitos locales**,

formados por interneuronas, están presentes en el núcleo *accumbens*, el caudado, el putamen, el hipocampo y los tubérculos olfatorios. Entre los tractos hay tres grandes vías:

- La **vía cortical** parte de neuronas situadas en varios núcleos basales —núcleo de Meynert, el núcleo entopeduncular, el putamen ventral— que emiten proyecciones hacia toda la corteza cerebral y la amígdala.
- La **vía septohipocámpica** tiene su origen en el *septum* y el núcleo del tracto diagonal de Broca, y proyecta hacia el hipocampo y el giro dentado.
- La **vía del sistema activador reticular ascendente** se origina en grupos de neuronas localizadas en la formación reticular del *tegmentum*, y proyecta hacia el tectum, el *globus pallidus*, el *locus coeruleus*¹⁹⁷, núcleos del rafe, núcleos cerebelosos profundos, núcleos motores de los nervios craneales —III-VII y IX-XII— y el tálamo.

Los efectos de la acetilcolina están mediados por los dos tipos de receptores colinérgicos: receptores nicotínicos y receptores muscarínicos. Los **receptores nicotínicos** son receptores ionotrópicos acoplados a canales iónicos de Na⁺. Abundan, sobre todo, en la corteza cerebral y el hipocampo, y su función es activar la neurotransmisión excitadora incrementando la liberación de neurotransmisor, y participar en el desarrollo sináptico y en procesos de modulación temporal del receptor.

Los **receptores muscarínicos** son receptores metabotrópicos acoplados a proteínas G, que se clasifican en cinco subtipos en función de su estructura molecular —M₁ a M₅—. Se localizan preferentemente en la corteza cerebral, el caudado, el putamen, el núcleo *accumbens*, la amígdala, el hipotálamo y el hipocampo, e intervienen en el control motor, la regulación de la temperatura, la regulación cardiovascular, el aprendizaje y la memoria.

El sistema colinérgico, al igual que los sistemas monoaminérgicos, es un sistema de modulación difusa sobre la actividad de muchas funciones del sistema nervioso central, pues está constituido por neuronas con axones no mielinizados muy ramificados que se distribuyen por amplias regiones del encéfalo y la médula espinal. El sistema colinérgico desempeña un papel fundamental en el mantenimiento del estado de alerta y la regulación del ritmo vigilia-sueño, facilita la excitabilidad de la corteza cerebral, modula el procesamiento sensorial, algunas fases del sueño —como la iniciación de la fase REM— y procesos de aprendizaje y memoria.

¹⁹⁷ Núcleo localizado en la región gris central de la parte dorsal de la protuberancia anular o puente.

5.2 Sistemas monoaminérgicos

Los sistemas monoaminérgicos se clasifican según el tipo de monoaminas que utilizan como neurotransmisores: noradrenalina, adrenalina, dopamina, serotonina e histamina.

a) Sistema noradrenérgico

El neurotransmisor que interviene en la transmisión sináptica del sistema noradrenérgico es la **noradrenalina**. La noradrenalina es una catecolamina¹⁹⁸ que se sintetiza a partir de la dopamina mediante la acción de la enzima dopamina- β -hidroxilasa. Los siete grupos de neuronas que sintetizan noradrenalina se hallan en la formación reticular del puente, el bulbo raquídeo y el *locus coeruleus*, y cuentan con axones profusamente ramificados que inervan gran parte de las estructuras del sistema nervioso central.

Las principales vías noradrenérgicas son la vía noradrenérgica dorsal y la vía noradrenérgica ventral. La **vía noradrenérgica dorsal** nace en el *locus coeruleus* y asciende hasta la sustancia gris periacueductal, entrando en el hipotálamo, el *septum* y el cíngulo. A lo largo de este recorrido emite ramificaciones hacia la corteza cerebral, el tálamo, la amígdala, los tubérculos olfatorios y el hipocampo. En sentido descendente, proyecta hacia el cerebelo y algunos núcleos del tronco cerebral y la médula espinal —astas ventrales y dorsales—.

La **vía noradrenérgica ventral** tiene su origen en varios grupos neuronales ubicados en la formación reticular del bulbo raquídeo y el puente, y presenta fibras ascendentes que inervan el tectum, el *tegmentum*, el hipotálamo y el área preóptica, y fibras descendentes que se dirigen a centros bulbares y núcleos de las astas anteriores, posteriores e intermediolaterales de la médula espinal.

Los receptores adrenérgicos o adrenoceptores son receptores metabotrópicos acoplados a proteínas G que son activados selectivamente por la adrenalina y la noradrenalina. Se clasifican en receptores adrenérgicos α y β . Los **receptores α -adrenérgicos** son estimulados por las tres catecolaminas con el orden de potencia adrenalina > noradrenalina > isoprenalina, y los receptores β -adrenérgicos son estimulados con el orden de potencia isoprenalina > adrenalina > noradrenalina.

En los receptores α -adrenérgicos se distinguen dos subtipos: α_1 y α_2 . Los receptores α_1 -adrenérgicos desempeñan una función excitadora y su localización es principalmente postsináptica, mientras los receptores α_2 -adrenérgicos tienen una función inhibitoria y una localización presináptica y postsináptica. Los receptores α_1 -adrenérgicos abundan en la corteza cerebral y el cerebelo, y los receptores α_2 -adrenérgicos, además de en la corteza cerebral, se hallan en el *locus coeruleus*, el hipocampo, el tálamo y el bulbo olfatorio.

¹⁹⁸ Las catecolaminas son un grupo de neurotransmisores sintetizados a partir del aminoácido tirosina y están formados por un grupo catecol —grupo aromático 3,4-dihidroxifenilo— y un grupo amino en la cadena lateral. Las tres catecolaminas son la adrenalina, la noradrenalina y la dopamina.

Los **receptores β -adrenérgicos** también se clasifican en dos subtipos: β_1 y β_2 . Los receptores β_1 -adrenérgicos son, en su mayoría, postsinápticos y presentan una afinidad casi idéntica por la adrenalina y la noradrenalina, mientras los receptores β_2 -adrenérgicos también en su mayoría son postsinápticos, y presentan mayor afinidad por la adrenalina que por la noradrenalina. Los receptores β_1 -adrenérgicos abundan en la corteza cerebral y el hipotálamo, y los receptores β_2 -adrenérgicos, en la corteza cerebral, el hipocampo, el bulbo olfatorio y el cerebelo.

El sistema noradrenérgico interviene en el estado de alerta y vigilancia, no en un sentido difuso sino selectivo, centrándose en mantener la atención, a la vez que filtrando la información sensorial que pueda ser distractora. También interviene en las respuestas emocionales emitidas ante estímulos intensos: emociones aversivas —ira, agresividad—, emociones gratificantes —afecto—, estímulos estresantes. Y también participan en la regulación de las motivaciones básicas, como las sensaciones de hambre, saciedad o sed.

b) Sistema adrenérgico

Las neuronas del sistema adrenérgico utilizan como neurotransmisor la **adrenalina**. La adrenalina es una catecolamina sintetizada a partir de la noradrenalina por la acción catalizadora de la enzima feniletanolamina-N-metiltransferasa.

El sistema adrenérgico tiene una distribución muy restringida en comparación con el sistema noradrenérgico. Las neuronas que producen adrenalina se agrupan en tres complejos localizados en la formación reticular del bulbo y la protuberancia, proyectando fibras ascendentes hacia el tálamo, algunos núcleos hipotalámicos, el núcleo olfatorio y regiones periventriculares, y fibras descendentes hacia la zona intermediolateral de la médula espinal —parte del sistema nervioso autónomo simpático—.

Entre sus funciones, el sistema adrenérgico interviene en la regulación del medio interno y la actividad visceral del organismo mediante su acción en los núcleos hipotalámicos y vegetativos, y también en la regulación del apetito, la presión sanguínea y la respiración.

c) Sistema dopaminérgico

El sistema dopaminérgico utiliza como neurotransmisor la **dopamina**. La dopamina es una catecolamina que se sintetiza a partir del aminoácido tirosina por la acción secuencial de dos enzimas catalizadoras: la tirosina-hidroxilasa y la dopa-descarboxilasa. Las neuronas que sintetizan dopamina, forman ocho grupos distribuidos entre el mesencéfalo, el subtálamo, el hipotálamo y el bulbo olfatorio. Sus axones se agrupan en vías que terminan en neuronas del telencéfalo y el diencefalo, siendo las principales vías:

- La **vía nigroestriada**, formada por neuronas con axones de trayecto largo, tiene su origen en la sustancia negra y la formación reticular mesoencefálica, y termina ramificándose amplísimamente en el núcleo caudado y el putamen.
- La **vía mesolímbica** nace en el área tegmental ventral, y también está integrada por fibras largas que se proyectan al sistema límbico a excepción del hipocampo: núcleo *accumbens*, tubérculo olfatorio, núcleo central de la amígdala, *septum* lateral y núcleo intersticial de la estría terminal.
- La **vía mesocortical**, igualmente formada por neuronas de trayecto largo, tiene su origen en el área tegmental, y proyecta hacia las principales áreas sensoriales, motoras y de asociación de la corteza cerebral.
- Las vías cortas, constituidas por neuronas con axones cortos, son principalmente dos: la **vía tuberoinfundibular**, que nace en el hipotálamo ventral tuberobasal y llega hasta la eminencia media y el lóbulo intermedio de la hipófisis, y la **vía incertohipotalámica**, que conecta el hipotálamo dorsal y posterior con los núcleos laterales septales.
- Las **vías ultracortas**, formadas por neuronas con axones muy cortos, se hallan en la capa nuclear interna de la retina, la sustancia gris periacueductal y el bulbo olfatorio.

Los receptores dopaminérgicos son receptores metabotrópicos y, desde el punto de vista molecular, se distinguen cinco tipos: D₁ y D₅, acoplados a proteínas G estimuladoras, y D₂, D₃ y D₄, acoplados a proteínas G inhibitoras. Desde una perspectiva farmacológica, en cambio, se establecen dos tipos: el receptor postsináptico D₁ —que engloba a D₁ y D₅— y el autorreceptor D₂ —D₂, D₃ y D₄—, que interviene en la regulación de la neurotransmisión dopaminérgica.

Los **receptores D₁** son los más abundantes en el sistema nervioso central y se encuentran principalmente en las áreas inervadas por las vías nigroestriada y mesolímbica: el caudado, el putamen, el núcleo *accumbens*, el tubérculo olfatorio y la sustancia negra; y, en menor medida, en el hipocampo, la amígdala y la corteza cerebral. Los receptores D₅ son muy escasos y se localizan, sobre todo, en el hipocampo, el tálamo y el hipotálamo.

Los **receptores D₂**, al igual que los D₁, se hallan principalmente en las estructuras donde terminan las vías nigroestriada y mesolímbica, y también están presentes en la amígdala, el hipocampo, la hipófisis y el lóbulo temporal medio. Los **receptores D₃** están situados en el núcleo *accumbens*, el tubérculo olfatorio y en algunos lóbulos del cerebelo. Los **receptores D₄** se localizan principalmente en la corteza frontal, el hipotálamo, el tálamo, el núcleo *accumbens*, la amígdala y el mesencéfalo.

A nivel funcional, el sistema dopaminérgico participa activamente en los procesos en los que el movimiento y la ejecución de tareas son fundamentales. La vía nigroestriada es esencial para que la ejecución del movimiento sea realizada de forma armoniosa, precisa

y acorde a las órdenes voluntarias del individuo. Las vías mesolímbica y mesocortical desempeñan una función importante en la regulación de la conducta motivacional, el mantenimiento del estado de atención, el pensamiento ideativo, la evaluación de la conducta social y la capacidad de decisión.

d) Sistema serotoninérgico

La **serotonina** es el neurotransmisor utilizado en la sinapsis de las neuronas que conforman el sistema serotoninérgico. La serotonina es una amina biógena sintetizada a partir del aminoácido triptófano, procedente de la dieta, por la acción secuencial de las enzimas triptófano-hidroxilasa y la L-aminoácido-descarboxilasa.

Las neuronas serotoninérgicas se agrupan en nueve grupos situados en los núcleos del rafe, los seis núcleos de la banda medial de la formación reticular que se distribuyen a lo largo del bulbo raquídeo —núcleo pálido y núcleo oscuro—, el puente —núcleo magno del rafe y núcleo pontino del rafe— y el mesencéfalo —núcleo dorsal del rafe y núcleo central superior—. Estos grupos de neuronas envían proyecciones a todo el sistema nervioso central, incluida la médula espinal. Las principales vías de proyección son:

- La **vía ascendente ventral** nace en el núcleo central superior y el núcleo dorsal del rafe, y emite proyecciones hacia la sustancia negra, el hipotálamo, el tálamo, el núcleo caudado, el putamen, la corteza cerebral, el *septum*, el tubérculo olfatorio, la amígdala, el núcleo *accumbens* y el hipocampo.
- La **vía ascendente dorsal** tiene su origen en el núcleo magno del rafe, el núcleo pontino del rafe y el núcleo central superior, proyectándose hacia la sustancia gris periacueductal, el hipotálamo, los ventrículos laterales, el tercer ventrículo y los plexos coroideos.
- La **vía cerebelosa** sale del núcleo pontino del rafe y el núcleo central superior, y proyecta hacia la corteza y los núcleos profundos del cerebelo.
- La **vía descendente propiobulbar** que, desde el núcleo central superior, el núcleo dorsal del rafe, el núcleo magno del rafe y el núcleo pontino del rafe, inerva otros núcleos del tronco encefálico: *locus coeruleus*, formación reticular bulbar y pontina, núcleo tegmental dorsal y complejo olivar.
- La **vía descendente bulbospinal** nace en el núcleo magno del rafe, el núcleo pálido y el núcleo oscuro, proyectándose hacia las astas anteriores y posteriores de la médula espinal y el núcleo intermediolateral —sistema autónomo—.

Los receptores serotoninérgicos son muy abundantes en el sistema nervioso central y presentan una gran variedad de tipos y subtipos. Se clasifican en siete tipos o familias —5-HT₁ a 5-HT₇—, identificándose cinco subtipos en los receptores 5-HT₁ —5-HT_{1A} a 5-HT_{1F}— y tres en los 5-HT₂ —5-HT_{2A} a 5-HT_{2C}—. Salvo el tipo 5-HT₃, que son receptores ionotrópicos

acoplados a canales iónicos de Na⁺ y K⁺, los receptores serotoninérgicos son receptores metabotrópicos acoplados a proteínas G.

Los **receptores 5-HT_{1A}** son receptores postsinápticos presentes con una gran densidad en la corteza cerebral, el hipocampo, el *septum* y la amígdala, y también se encuentran en las neuronas serotoninérgicas de los núcleos de rafe funcionando como autorreceptores somatodendríticos que inhiben la actividad neuronal. Los **receptores 5-HT_{1B}** son autorreceptores que se localizan abundantemente en los ganglios basales —*globus pallidus* y sustancia negra— y la corteza prefrontal, aunque también funcionan como receptores postsinápticos en arterias cerebrales y meníngeas, produciendo vasoconstricción cuando se activan. Los **receptores 5-HT_{1D}** son autorreceptores situados en los terminales axónicos y se encuentran en los ganglios basales —*globus pallidus*, núcleo caudado, putamen, sustancia negra—, el núcleo dorsal del rafe y el *locus coeruleus*.

Los **receptores 5-HT_{2A}** son receptores postsinápticos que se hallan en gran abundancia en la corteza cerebral, especialmente en las áreas frontales, y, en menor medida, en el hipocampo y la amígdala. Los **receptores 5-HT_{2B}** están presentes en el cerebelo, la corteza cerebral, la amígdala, los ganglios basales, el tálamo, el hipotálamo y la retina. Los **receptores 5-HT_{2C}** abundan en los plexos coroideos y, en menor densidad, en el sistema límbico y áreas motoras de la corteza cerebral.

Los **receptores 5-HT₃** se hallan abundantemente presentes en el área medial del lóbulo temporal, la amígdala, algunos núcleos del tronco encefálico, el área postrema —reguladora del vómito— y la sustancia gelatinosa del asta dorsal de la médula espinal. Los **receptores 5-HT₄** se distribuyen con una gran densidad en el núcleo caudado, el *globus pallidus*, el tubérculo olfatorio y la sustancia negra y, con una densidad menor, en el hipocampo y la corteza cerebral. Los **receptores 5-HT₆** se encuentran en el núcleo caudado, el putamen, el núcleo *accumbens*, el tubérculo olfatorio, el hipocampo y la corteza cerebral. Los **receptores 5-HT₇** están presentes en baja densidad en la corteza cerebral, el septum, el tálamo, el hipotálamo, la amígdala y el hipocampo.

La abundante y extensa variedad de receptores serotoninérgicos proporciona al sistema serotoninérgico una gran capacidad para modular múltiples funciones del sistema nervioso. Las proyecciones corticales y límbicas intervienen en la regulación de la emocionalidad, la conducta afectiva y el tono vital, de modo que, cuando su funcionamiento presenta alteraciones, pueden ser responsables de trastornos depresivos, ciertas formas de ansiedad, trastornos obsesivo-compulsivos, ideación suicida, o agresividad hacia uno mismo o hacia otras personas. Las vías que inervan las áreas hipotalámicas, intervienen en la regulación neuroendocrina y el metabolismo, como la secreción hormonal, el control del apetito y la ingesta de alimentos y la regulación de la temperatura corporal. Las vías mesencefálicas y troncoencefálicas de proyección espinal participan en la regulación del vómito y los ritmos de sueño y vigilia.

e) Sistema histaminérgico

El neurotransmisor utilizado en la transmisión sináptica del sistema histaminérgico es la **histamina**, una amina que se sintetiza a partir del aminoácido histidina mediante la acción de la enzima L-histidina descarboxilasa.

Las neuronas histaminérgicas están concentradas en una región del hipotálamo posterior denominada núcleo tuberomamilar, y proyectan extensamente a todo el sistema nervioso central. Hay dos vías de proyección: una **vía ascendente** hacia las estructuras cerebrales y una **vía descendente** hacia el tronco encefálico y la médula espinal. Las terminaciones histaminérgicas se encuentran, con una densidad decreciente, en el hipotálamo, el *septum*, el tálamo, la corteza cerebral, los ganglios basales, la amígdala, el tubérculo olfatorio, el hipocampo, el *tegmentum*, el bulbo raquídeo, el cerebelo y la médula espinal.

La distribución de los receptores histamínicos es muy extensa en el sistema nervioso central, se clasifican en cuatro tipos —H₁ a H₄—, y todos ellos son receptores metabotrópicos acoplados a proteínas G. Los **receptores H₁** se localizan en la corteza cerebral, el hipotálamo y el sistema límbico. Los **receptores H₂** están presentes con una gran densidad en la corteza cerebral, el núcleo caudado, el putamen y el sistema límbico, aunque no en el hipotálamo. Los receptores H₁ y H₂ producen efectos excitadores al despolarizar la membrana postsináptica por el bloqueo de canales iónicos de K⁺.

Los **receptores H₃** son autorreceptores que regulan la síntesis y la liberación de la histamina, y se hallan en la corteza cerebral, el núcleo caudado, el putamen, el sistema límbico, el hipocampo y la sustancia negra. También intervienen en la regulación presináptica de otros neurotransmisores y neuromoduladores, como la noradrenalina, la serotonina, la dopamina, la acetilcolina y algunos neuropéptidos.

El sistema histaminérgico interviene en numerosas funciones relacionadas con la regulación de la conducta, el ritmo vigilia-sueño, el control del apetito y la ingesta de alimentos, la función vestibular, la nocicepción, la actividad neuroendocrina y el control del sistema nervioso autónomo.

5.3 Sistemas por aminoácidos

Los aminoácidos neurotransmisores tienen una gran presencia en la transmisión sináptica del sistema nervioso central. Mientras las aminas neurotransmisoras intervienen en un porcentaje relativamente pequeño en la comunicación interneuronal del sistema nervioso central, el GABA es el neurotransmisor inhibitor más utilizado, actuando en el 30% de las sinapsis producidas en el encéfalo y la médula espinal, y el glutamato es el neurotransmisor excitador más importante, interviniendo en más del 40% de las sinapsis.

a) Ácido γ -aminobutírico (GABA)

El **ácido γ -aminobutírico (GABA)** se sintetiza a partir del ácido glutámico por medio de la acción de la enzima ácido glutámico-descarboxilasa. Las neuronas gabaérgicas son muy abundantes en el núcleo caudado, el putamen, el *globus pallidus* y la sustancia negra. También se encuentran en el cerebelo, el bulbo olfatorio, el hipocampo, el *septum* lateral, la corteza cerebral, el tálamo, el hipotálamo y las astas ventrales y dorsales de la médula espinal. Las vías de proyección gabaérgica se clasifican en **vías de largo alcance**, que salen de la corteza cerebelosa, el *globus pallidus*, la sustancia negra y el núcleo reticular del tálamo; y **vías de corto alcance** o interneuronas de axón corto que actúan sobre grupos de neuronas próximas.

Los receptores GABA se clasifican en tres tipos: GABA_A, GABA_B y GABA_C. Los receptores GABA_A y GABA_C son receptores ionotrópicos asociados a un canal de Cl⁻, mientras que el receptor GABA_B es un receptor metabotrópico acoplado a proteínas G. La distribución de los **receptores GABA_A** y **GABA_B** es similar en el sistema nervioso central, aunque en casi todas las regiones predominan los receptores GABA_A. Los receptores GABA_A son abundantes en la corteza cerebelosa, el tálamo, el hipocampo, la corteza cerebral, los núcleos basales y del tronco encefálico y en las astas ventrales y dorsales de la médula espinal. Los **receptores GABA_C** se localizan en las células de la retina, el núcleo caudado, el tronco encefálico y el cuerpo calloso.

El sistema gabaérgico, a través de sus vías largas y sus vías cortas, realiza una función inhibitoria y controla la actividad de sistemas excitadores, de forma que el aumento o la disminución de la sinapsis gabaérgica se traduce respectivamente en la disminución o el aumento de la actividad excitadora. Su amplia distribución hace que el sistema gabaérgico intervenga en la regulación de muchas funciones del sistema nervioso central: el control del movimiento, el tono muscular, la nocicepción, el ritmo vigilia-sueño, la emocionalidad, la atención, la memoria.

b) Glicina

La **glicina** se sintetiza a partir de la serina y es el neurotransmisor inhibitorio más importante en el tronco encefálico y la médula espinal, mientras que el GABA es el más importante en las regiones del encéfalo. Las neuronas glicinérgicas abundan especialmente en los núcleos motores de los nervios craneales y los segmentos cervicales y lumbares de la médula espinal, donde se hallan las grandes raíces motoras, más en las astas ventrales que en las dorsales. Los receptores glicinérgicos son receptores ionotrópicos asociados a canales iónicos de Cl⁻, y están presentes en la médula espinal, los núcleos bulbares y pontinos y, en menor densidad, en el mesencéfalo, el tálamo y la corteza cerebral.

El papel fundamental del sistema glicinérgico es la regulación de la sensibilidad sensorial, la función motora y el ritmo vigilia-sueño.

c) Glutamato

El **glutamato** es un aminoácido sintetizado en las terminales axónicas a partir del α -cetoglutarato generado en el ciclo de Krebs bajo la acción de la enzima aminotransferasa. El glutamato también puede sintetizarse a partir de la glutamina por la acción de la enzima mitocondrial glutaminasa, una glutamina producida en los astrocitos vecinos que captan el glutamato liberado por las terminaciones glutamatérgicas, lo transforman en glutamina y la transfieren a las terminales glutamatérgicas.

Las **vías de proyección glutamatérgicas** son muy numerosas:

- Vías descendentes integradas por fibras largas que se originan en la corteza cerebral y proyectan al cuerpo estriado, el sistema límbico, el diencefalo y las estructuras troncoencefálicas.
- Vías sensoriales aferentes auditivas que van al ganglio coclear y vías sensoriales periféricas que penetran en las astas posteriores de la médula espinal.
- Vías que proyectan desde el hipotálamo al *septum*.
- Neuronas que conectan diferentes zonas dentro de una misma estructura: vías intraestriatales, intrahipocámpicas e intrecerebelares.
- Interneuronas de la médula espinal.

Los receptores glutamatérgicos se clasifican en tres receptores ionotrópicos —AMPA, kainato y NMDA— y en una familia de receptores metabotrópicos que engloba ocho subtipos diferentes —mGluR₁-mGluR₈—. Los **receptores AMPA** y **kainato** presentan una cinética rápida, con una rápida despolarización seguida de una rápida desensibilización, mientras los **receptores NMDA** generan potenciales postsinápticos excitadores más lentos. Los receptores metabotrópicos de glutamato son receptores acoplados a proteínas G que generan respuestas sinápticas lentas.

El sistema glutamatérgico ejerce una acción estimuladora sobre circuitos neuronales y vías nerviosas de proyección en el sistema nervioso central a través de la transmisión de potenciales postsinápticos excitadores y la denominada *potenciación a largo plazo* (LTP). La potenciación a largo plazo es un fenómeno en el que una estimulación eléctrica breve y de alta frecuencia de una neurona presináptica provoca un aumento prolongado de los potenciales excitadores postsinápticos —minutos u horas—, de manera que la transmisión sináptica en respuesta a estímulos posteriores se mantiene en el tiempo. La acción glutamatérgica a través de la potenciación a largo plazo está presente en los procesos de memoria y aprendizaje regulados por el hipocampo.

Bibliografía

Primera parte

Diseño y método de investigación. El lugar y los sujetos de estudio

AYUNTAMIENTO CONSTITUCIONAL DE SAN FELIPE USILA (2011). *Plan Municipal de Desarrollo 2011-13*. Documento mecanografiado.

BARTOLOMÉ, Miguel Alberto y BARABAS, Alicia Mabel (1990). *La presa Cerro de Oro y el ingeniero El Gran Dios. Relocalización y etnocidio chinanteco en México*. México: Dirección General de Publicaciones del Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Instituto Nacional Indigenista.

CARRERO, Virginia; SORIANO, Rosa María y TRINIDAD, Antonio (2012 [2006]). *Teoría Fundamentada Grounded Theory. El desarrollo de la teoría desde la generalización conceptual*. Colección Cuadernos Metodológicos, núm. 37. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

COMISIÓN NACIONAL PARA LOS SALARIOS MÍNIMOS (CONASAMI) (2015). *Revisión de los salarios mínimos generales y profesionales para cerrar la diferencia entre los salarios de las dos áreas geográficas*. Extraído de http://www.conasami.gob.mx/pdf/bolatinos_sal_minimo/2015/revision_abril.pdf.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL) (2007). *Los mapas de pobreza en México. Anexo técnico metodológico*. México: CONEVAL. Extraído de https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/med_pobreza/1024.pdf.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL) (2011). *Pobreza a nivel municipio 2010. Tablas dinámicas (mapas y gráficas por municipio)*. Extraído de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Tablas-dinamicas-municipales.aspx>.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL) (2016). *Anexo estadístico de pobreza a nivel municipio 2010 y 2015*. Extraído de https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/AE_pobreza_municipal.aspx.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL) (2017a). *La pobreza en los municipios de México, 2015*. Extraído de https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/Pobreza_municipal/Presentacion_resultados_pobreza_municipal_2015.pdf.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL) (2017b). *Pobreza a nivel municipio 2015. Oaxaca*. Extraído de https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Oaxaca/Paginas/pobreza_municipal2015.aspx.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL) (2018). *Informe de pobreza en los municipios de México 2015*. México: CONEVAL. Extraído de https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/Pobreza_municipal/Presentacion_resultados_pobreza_municipal_2015.pdf.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL) (2019). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*. México: CONEVAL. Extraído de <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Metodologia-medicion-multidimensional-3er-edicion.pdf>.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL) (2021). *Medición de la Pobreza. Índice de Rezago Social (IRS). Anexos Estadísticos del IRS 2000-2020*. Extraído de https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Indice_de_Rezago_Social_2020_anexos.aspx.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL) (2023). *Contenido y valor de las Líneas de Pobreza por Ingresos 1992-2021*. Extraído de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO) (2012a). *Índices de marginación por entidad federativa y municipio 2010*. México: CONAPO, pp. 1-63. Extraído de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/671846/1_IMEyM2010_PAG_1_64.pdf.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO) (2012b). “Anexo B: Índice de marginación por municipio, 2010”. En *Índices de marginación por entidad federativa y municipio 2010*. México: CONAPO, pp. 195-233. Extraído de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/671844/8_IMEyM2010_PAG_19_5-233.pdf.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO) (2016a). “El concepto y las dimensiones de la marginación”. En *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2015*. México: CONAPO, pp. 11-15. Extraído de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/159052/01_Capitulo_1.pdf.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO) (2016b). “Marginación en los municipios, 2015”. En *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2015*. México:

- CONAPO, pp 23-38. Extraído de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/159054/03_Capitulo_3.pdf.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO) (2016c). “Anexo A: Índice marginación por entidad federativa, 2015”. En *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2015*. México: CONAPO, pp. 59-62. Extraído de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/459286/05_Anexo_A.pdf.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO) (2016d). “Anexo B: Índice marginación por municipio, 2015”. En *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2015*. México: CONAPO, pp. 155-254. Extraído de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/159049/06_Anexo_B2.pdf.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO) (2016e). “Anexo C: Metodología de estimación del índice de marginación”. En *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2015*. México: CONAPO, pp. 337-357. Extraído de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/459289/07_Anexo_C.pdf.
- DE TERESA, Ana Paula (1999). Población y recursos en la región chinanteca de Oaxaca. *Desacatos*, 1: 125-151.
- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (2002). “La concepción estructural de las teorías y el concepto de “relatedness””. En GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, A. y MOLINA, J. L. (eds.), *Abriendo surcos en la tierra. Investigación básica y aplicada en la UAB*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions, pp. 395-421.
- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (2003). *Crítica de la singularidad cultural*. Barcelona: Anthropos Editorial, Universidad Autónoma Metropolitana.
- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (2006). “Del utillaje conceptual de la antropología: los usos del término “inductivismo” y los usos del término “hermenéutica”. Dos propuestas de clarificación”. *Revista de Antropología Social*, 15: 327-372.
- HAMMERSLEY, Martin y ATKINSON, Paul (1994 [1983]). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) (2005). *Guía para la Interpretación de Cartografía Climatológica*. México: INEGI. Extraído de https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bviniegi/productos/historicos/1329/702825231781/702825231781_1.pdf.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) (2009). *Censo Agrícola, Ganadero y Forestal 2007*. Extraído de <https://www.inegi.org.mx/programas/cagf/2007/#tabulados>.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) (2010). *Compendio de Información Geográfica Municipal 2010. San Felipe Usila*. Extraído de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datosgeograficos/20/20136.pdf>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) (2011). *Conteo de Población y Vivienda 2010*. Extraído de <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/#tabulados>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) (2015). *Guía para la interpretación de cartografía. Uso de suelo y vegetación*. México: INEGI. Extraído de <https://studylib.es/doc/5190244/gu%C3%ADa-para-la-interpretaci%C3%B3n-de-cartograf%C3%ADa-uso-del-suelo-y-vegetaci%C3%B3n>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI) (2016). *Anuario Estadístico y Geográfico de Oaxaca 2016*. México: INEGI. Extraído de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/anuarios_2016/702825084295.pdf.
- JOCILES RUBIO, María Isabel (1999). “Las técnicas de investigación en antropología. Mirada antropológica y proceso etnográfico”. *Gazeta de Antropología*, 15, Artículo 01.
- NATERA, Guillermina y MORA, Jazmín (2000). “La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones”. En MERCADO MARTÍNEZ, F. J. y TORRES LÓPEZ, T. M. (comps.), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. México: Universidad de Guadalajara, Plaza y Valdés, pp. 73-95.
- PÉREZ LUSTRE, Martín, CONTRERAS DÍAZ, Rusby Guadalupe y SANTOS-MORENO, Antonio (2006). “Mamíferos del bosque mesófilo de montaña del municipio de San Felipe Usila, Tuxtepec, Oaxaca, México”, *Revista Mexicana de Mastozoología*, 10 (1): 29-40.
- SANMARTÍN ARCE, Ricardo (2000). “La entrevista en el trabajo de campo”. *Revista de Antropología Social*, 9: 105-126.
- SECRETARÍA DE AGRICULTURA, GANADERÍA, DESARROLLO RURAL Y ALIMENTACIÓN (SAGARPA) (2015a). *Manual de Especificaciones para la Operación del Componente PROAGRO Productivo*. México: Subsecretaría de Agricultura, Dirección General de Operación y Explotación de Padrones. Extraído de <https://www.agricultura.gob.mx/sites/default/files/sagarpa/document/2018/07/30/1192/manual-v03-21ago15-final-sf.pdf>.
- SECRETARÍA DE AGRICULTURA, GANADERÍA, DESARROLLO RURAL Y ALIMENTACIÓN (SAGARPA) (2015b). *Listado de Beneficiarios PROAGRO-Productivo. Ciclo Agrícola Otoño-Invierno 2014/2015*. Oaxaca. Extraído de <https://www.agricultura.gob.mx/listado-de-beneficiarios/ciclo-otono-invierno-2014-2015>.

- SECRETARÍA DE AGRICULTURA, GANADERÍA, DESARROLLO RURAL Y ALIMENTACIÓN (SAGARPA) (2015c). Listado de Beneficiarios PROAGRO-Productivo. Ciclo Agrícola Primavera-Verano 2015. Oaxaca. Extraído de <https://www.agricultura.gob.mx/listado-de-beneficiarios/ciclo-primavera-verano-2015>.
- SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL) (2014a). *Reglas de Operación del Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias, para el ejercicio fiscal 2015*. Diario Oficial, Primera Sección, sábado 27 de diciembre de 2014. Extraído de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/26103/rop_pdzp.pdf.
- SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL) (2014b). *Reglas de Operación del Programa de Abasto Social de Leche, a cargo de Liconsa, S.A. de C.V., para el ejercicio fiscal 2015*. Diario Oficial, Cuarta Sección, sábado 27 de diciembre de 2014. Extraído de https://portalsocial.guanajuato.gob.mx/sites/default/files/programas_sociales/reglas_operacion/2015_SEDESOL_Programa_de_abasto_social_de_leche_a_cargo_de_liconsa_reglas_de_operacion.pdf.
- SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL) (2014c). *Reglas de Operación del Programa de Apoyo Alimentario, para el ejercicio fiscal 2015*. Diario Oficial, Séptima Sección, sábado 27 de diciembre de 2014. Extraído de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/70155/2015.pdf>.
- SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL) (2014d). *Reglas de Operación del Programa Pensión para Adultos Mayores, para el ejercicio fiscal 2015*. Diario Oficial, Octava Sección, sábado 27 de diciembre de 2014. Extraído de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/579756/ROP_Pensi_n_Adultos_Mayores_2015.pdf.
- SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL) (2014e). *Reglas de Operación de PROSPERA Programa de Inclusión Social, para el ejercicio fiscal 2015*. Diario Oficial, Octava Sección, martes 30 de diciembre de 2014. Extraído de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/70155/2015.pdf>.
- SECRETARÍA DE DESARROLLO SOCIAL (SEDESOL) (2015). *Padrón de Beneficiarios de los Programas Sociales*. Extraído de http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Padron_de_Beneficiarios.
- SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES (SEMARNAT) (2020). "Agricultura y ganadería. Glosario". En *Compendio de Estadísticas Ambientales 2020*. Extraído de https://apps1.semarnat.gob.mx:8443/dgeia/compendio_2020/RECUADROS_INT_GLOS/D2_GLOS_AGRIGAN.htm.
- SERVICIO DE INFORMACIÓN AGROALIMENTARIA Y PESQUERA (SIAP) (2014a). *Cierre de la producción agrícola. Anuario Estadístico de la Producción Agrícola*. Extraído de <https://nube.siap.gob.mx/cierreagricola/>.

SERVICIO DE INFORMACIÓN AGROALIMENTARIA Y PESQUERA (SIAP) (2014b). *Cierre de la producción pecuaria. Anuario Estadístico de la Producción Ganadera*. Extraído de https://nube.siap.gob.mx/cierre_pecuario/.

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE OAXACA (DIF OAXACA) (2014). *Padrón de Beneficiarios Aprobados Bimestre Julio-Agosto 2014*. Extraído de http://difoaxaca.gob.mx/wp-content/uploads/2014/08/Publicación_Aprobados-2014.pdf.

SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA DEL ESTADO DE OAXACA (DIF OAXACA) (2015). *Programa Bienestar de Apoyo a Personas con Discapacidad*. Extraído de <http://difoaxaca.gob.mx/programas-y-servicios/atencion-a-personas-con-discapacidad/programa-estatal-de-apoyo-personas-con-discapacidad/>.

VALLES, Miguel S. (1997). "Técnicas de observación y participación: de la observación participante a la investigación-acción-participativa". En *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis, pp. 142-176.

Segunda parte

El parentesco en San Felipe Usila

- ARIEL DE VIDAS, Anath (2007). "Prácticas familiares en la Huasteca veracruzana: algunas aportaciones contemporáneas al estudio del parentesco huasteco". *Nuevo Mundo-Mundos Nuevos*, Bibliothèque des Auteurs du Centre. Extraído de <http://journals.openedition.org/nuevomundo/3323>.
- BOEGE, Eckart (1988). "El consejo de ancianos". En *Los mazatecos ante la nación. Contradicciones de la identidad étnica en el México actual*. México: Siglo XXI Editores, pp. 57-85.
- BRUYEL, Damián (1993). *Y me quedé con ellos ... Una experiencia misionera entre los chinantecos de Usila, México*. Guatemala: Misioneros Combonianos.
- CAMPILLO, Fabiola (2000). "El trabajo doméstico no remunerado en la economía". *Nómadas* (Col), 12: 98-115.
- CARRASCO BENGÓA, Cristina (1995). "El treball domèstic i la reproducció social". *Documents d'anàlisi geogràfica*, 26: 73-81.
- CARRASCO BENGÓA, Cristina (2001). "La sostenibilidad de la vida humana: ¿Un asunto de mujeres?". *Mientras Tanto*, 82: 43-70.
- CARRASCO BENGÓA, Cristina (2014). "La economía feminista: ruptura teórica y propuesta política". En CARRASCO BENGÓA, C. (ed.) *Con voz propia. La economía feminista como apuesta teórica y política*. Madrid: La oveja roja, pp. 25-47.
- CARRASCO, Cristina; BORDERÍAS, Cristina y TORNS, Teresa (2011). "Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales". En CARRASCO, C.; BORDERÍAS, C. y TORNS, T. (eds.), *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Los Libros de la Catarata, pp. 13-95.
- CARRASQUER OTO, Pilar (2013). "El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31 (1): 91-113.
- CARRASQUER, Pilar; TORNS, Teresa; TEJERO, Elisabet y ROMERO, Alfonso (1998). "El trabajo reproductivo". *Papers*, 55: 95-114.
- COMAS D'ARGEMIR, Dolors (2000). "Mujeres, familia y Estado del bienestar". En DEL VALLE, T. (ed.), *Perspectivas feministas desde la antropología*. Barcelona: Ariel, pp. 187-204.

- COMAS D'ARGEMIR, Dolors (2017). "El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados". *Quaderns*, 22 (2): 17-32.
- CHAMOUX, Marie-Nöelle (2005). "Parentesco, residencia y casa entre los nahuas de Huauchinango, Puebla". En ROBICHAUX, D. (Comp.), *Familia y parentesco en México y Mesoamérica: unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 367-392.
- CHÁVEZ MEJÍA, Cristina y VIZCARRA BORDI, Ivonne (2008). "El solar mazahua y sus relaciones de género". *Sociedades Rurales, Producción y Medio Ambiente*, 8 (15): 41-70.
- D'AUBETERRE BUZNEGO, María Eugenia (1995). "Tiempos de espera: emigración masculina, ciclo doméstico y situación de las mujeres en San Miguel Acuexcomac, Puebla". En GONZÁLEZ MONTES, S. y SALLES, V. (coords.), *Relaciones de género y transformaciones agrarias. Estudios sobre el campo mexicano*. México: El Colegio de México, pp. 255-297.
- D'AUBETERRE BUZNEGO, María Eugenia (2002). "El sueño del metate: la negociación de poderes entre suegras y nueras". *Debate Feminista*, 26 (13): 167-183.
- D'AUBETERRE BUZNEGO, María Eugenia (2003). "Los múltiples significados de robarse la muchacha: el robo de la novia en un pueblo de migrantes del Estado de Puebla". En ROBICHAUX, D. (comp.), *El matrimonio en Mesoamérica ayer y hoy: unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 249-264.
- DE LEÓN PASQUEL, Lourdes (2005). *La llegada del alma. Lenguaje, infancia y socialización entre los mayas de Zinacantán*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- DE LEÓN PASQUEL, Lourdes (2015). "Mayan children's creation of learning ecologies by initiative and cooperative action". En CORREA-CHÁVEZ, M.; MEJÍA-ARAUZ, R. y ROGOFF, B. (eds.), *Advances in Child Development and Behaviour*, Vol. 49, "Children learn by observing and contributing to family and community endeavors: A cultural paradigm". Whaltman: Academic Press, pp. 153-184.
- DE LEÓN PASQUEL, Lourdes (2017a [2011]). "Calibrando la atención: directivos, adiestramientos y responsabilidad en el trabajo doméstico de los niños mayas zinacantecos". En FRISANCHO, S.; MORENO, M. T.; RUIZ BRAVO, P. y ZAVALA, V. (eds.), *Aprendizaje, cultura y desarrollo. Una aproximación interdisciplinaria*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, pp. 81-108.
- DE LEÓN PASQUEL, Lourdes (2017b). "Texting Amor: Emerging Intimacies in New Courtship Practices among Tzotzil Mayan Youth". *Ethos. Journal of the Psychological Anthropology Society*, 45 (4): 462-488.

- DE LEÓN PASQUEL, Lourdes (2020). "En torno a la agencia infantil y juvenil: espacios, tensiones y paradojas en comunidades históricas indígenas tsotsiles mayas de Chiapas, México". En PLASCENCIA GONZÁLEZ, M.; BUENO FERNÁNDEZ, M. L.; PANTEVIS SUÁREZ, M. y CORVALÁN, F. (coords.), *Infancias: contextos de acción, interacción y participación*. Tuxtla Gutiérrez: Universidad Autónoma de Chiapas, Editora da Universidade de Brasília, Editorial Universidad Surcolombiana, Editorial Universidad Nacional de Rosario, pp. 33-63.
- DEL ÁNGEL PÉREZ, Ana Lid y MENDOZA BRISEÑO, Martín A. (2007). "Estructura y dinámica de la familia extensa y nuclear totonaca". En ROBICHAUX, D. (comp.), *Familias mexicanas en transición: unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 61-86.
- DEHOUE, Danièle (1978). "Parenté et mariage dans une communauté nahuatl de l'état de Guerrero (Mexique)". *Journal de la Société des Américanistes*, 65: 173-208.
- DURÁN, Mari Ángeles (2011). "El trabajo de cuidado en el marco macroeconómico". En DURÁN, M. A. (dir.), *El trabajo del cuidado en América Latina y España*. Documento de trabajo n° 54. Madrid: Fundación Carolina-CeALCI, pp. 11-32.
- FRANCO PELLOTIER, Víctor M. (1992). "El sistema de parentesco". En *Grupo doméstico y reproducción social. Parentesco, economía e ideología en una comunidad otomí del Valle del Mezquital*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ediciones de la Casa Chata, pp. 133-198.
- FRANCO PELLOTIER, Víctor M. (2003). "El ritual de petición matrimonial entre los amuzgos: arreglo de relaciones interfamiliares". En ROBICHAUX, D. (comp.), *El matrimonio en Mesoamérica ayer y hoy: unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 137-156.
- GASKINS, Suzanne (1999). "Children's daily lives in a Mayan village: A case study of culturally constructed roles and activities". En GÖNCÜ, A. (ed.), *Children's engagement in the world: Sociocultural perspectives*. New York: Cambridge University Press, pp. 25-61.
- GASKINS, Suzanne (2000). "Children's daily activities in a Mayan Village: A culturally grounded description". *Journal of Cross-Cultural Research*, 34 (4): 375-389.
- GOLOUBINOFF, Marina (2003). "¿Por qué se roba la novia? Las razones de una costumbre negada pero viva". En ROBICHAUX, D. (comp.), *El matrimonio en Mesoamérica ayer y hoy: unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 237-248.
- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (1994a). *Teorías del parentesco. Nuevas aproximaciones*. Madrid: Eudema.

- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (1994b). “La Teoría del Parentesco. ¿Proyección etnocéntrica o elaboración Teórica?”. Ponencia presentada en el III Congreso EASA, Oslo. Mecanografiado.
- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (1995). “Hacia una antropología de la procreación”. *Familia y Sociedad*, 3: 95-110.
- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (2002). “La concepción estructural de las teorías y el concepto de “relatedness””. En GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, A. y MOLINA, J. L. (eds.), *Abriendo surcos en la tierra. Investigación básica y aplicada en la UAB*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions, pp. 395-421.
- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (2004). “Nota a propósito de la utilización de Needham por Ortuño”. *Quaderns-e de l’Institut Català d’Antropologia* 04, 2004b. Extraído de <http://www.antropologia.cat//antiga/quaderns-e/04/0405.htm>.
- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (2010a). “Parentesco y género. Intersección y articulaciones”. En FONS, V., PIELLA, A., y VALDÉS, M. (eds.), *Procreación, crianza y género. Aproximaciones antropológicas a la parentalidad*. Barcelona: PPU, pp. 335-357.
- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (2010b). “Reflexiones complementarias”. En FONS, V., PIELLA, A., y VALDÉS, M. (eds.), *Procreación, crianza y género. Aproximaciones antropológicas a la parentalidad*. Barcelona: PPU, pp. 377-386.
- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (2010c). “Jardines analíticos de coral. La naturaleza y la cultura en el parentesco occidental y en la teoría antropológica”. En DÍAZ CRUZ, R. y GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, A. (eds.), *Naturalezas, cuerpos, culturas. Metamorfosis e intersecciones*. México: Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), Juan Pablos, pp. 45-80.
- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (2011). “La Antropología del parentesco. Dominio analítico, modelos teóricos y comparación transcultural”. En GRAU, J., RODRÍGUEZ, D. y VALENZUELA, H. (eds.), *Parentescos. Modelos Culturales de Reproducción*. Barcelona: PPU, pp. 27-57.
- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (2012). “El parentesco después de Needham. La antropología entre la singularidad cultural y la comparación”. *Ankulegi*, 16: 89-108.
- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (2015). “Procedimientos de comparación cultural: La comparación sucesiva”. *GRAFO Working Papers*, (5): 95-127.
- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora (2016). “El alcance de las teorías sobre la parentalidad. La comparación transcultural como extensión de los modelos etnográficos”. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 10 (3): 33-58.

- GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora, CASADO AIJÓN, Irina, FONS i RENAUDON, Virginia, GRAU REBOLLO, Jorge y cols. (2010). "Sobre la definición de los dominios transculturales. La antropología del parentesco como teoría sociocultural de la procreación". *Alteridades*, 20 (39): 93-106.
- GONZÁLEZ MONTES, Soledad (1988). "La reproducción de la desigualdad entre los sexos: prácticas e ideología de la herencia en una comunidad campesina". En ARANDA, J. (comp.), *Las mujeres en el campo*. Oaxaca: Universidad Autónoma Benito Juárez, pp. 65-81.
- GONZÁLEZ MONTES, Soledad (1989). "El ciclo doméstico campesino y los cambios ocupacionales. Xalatlaco, 1933-1974". *Memorias de la Tercera Reunión Nacional Sobre la Investigación Demográfica en México*. México: Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 729-744.
- GONZÁLEZ MONTES, Soledad (1991). "Los ingresos no agropecuarios, el trabajo remunerado femenino y la transformación de las relaciones genéricas y generacionales de las familias campesinas". En SALLES, V. y PHAIL E. Mc (comps.), *Textos y pre-textos. Once estudios sobre la mujer*. México: El Colegio de México, pp. 225-257.
- GONZÁLEZ MONTES, Soledad (1994). "Del matrimonio eterno a las mujeres que no aguantan. Cambios recientes en familias rurales". En DORING, T. (comp.), *La pareja o hasta que la muerte nos separe. ¿Un sueño imposible?*. México: Ed. Fontamara, pp. 105-121.
- GONZÁLEZ MONTES, S. (1996). "Novias pedidas, novias robadas, polígamos y madres solteras. Un estudio de caso en el México rural, 1930-1990". En LÓPEZ BARAJAS, M. P. (comp.), *Hogares, familias: desigualdad, conflicto, redes solidarias y parentales*. México: Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 29-38.
- GONZÁLEZ MONTES, Soledad (1999). "Las costumbres del matrimonio en el México indígena contemporáneo". En FIGUEROA CAMPOS, B. (coord.), *México diverso y desigual: Enfoques sociodemográficos. V Reunión de investigación sociodemográfica en México. Volumen 4*. México: El Colegio de México, Sociedad Mexicana de Demografía, pp. 87-105.
- GONZÁLEZ MONTES, Soledad (2010). "Conflictividad conyugal y separaciones en un municipio rural del centro de México, 1970-2000". En BAITENMANN, H.; CHENAUT, V. y VARLEY, A. (coords.), *Los códigos del género. Prácticas del derecho en el México contemporáneo*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género, pp. 253-274.
- GONZÁLEZ ORTIZ, Felipe (2001). "La organización social de los mazahuas del Estado de México". *Ciencia Ergo Sum*, 8 (1): 19-29.

- GOOD ESHELMAN, Catharine (2003). "Relaciones de intercambio en el matrimonio mesoamericano. El caso de los nahuas del Alto Balsas de Guerrero". En ROBICHAUX, D. (comp.), *El matrimonio en Mesoamérica ayer y hoy: unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 157-184.
- GOOD ESHELMAN, Catharine (2005). "Trabajando juntos como uno: conceptos nahuas del grupo doméstico y la personas". En ROBICHAUX, D. (comp.), *Familia y parentesco en México y Mesoamérica: unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 275-294.
- GOOD ESHELMAN, Catharine (2013). "Formas de organización familiar náhuatl y sus implicaciones teóricas". *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, IV (37): 9-40.
- GRAU REBOLLO, Jorge (2004). "A propósito de D. M. Schneider". *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia* 03, 2004a. Extraído de <https://www.antropologia.cat//antiga/quaderns-e/03/0305.htm>.
- GRAU REBOLLO, Jorge (2006). *Procreación, género e identidad. Debates actuales sobre el parentesco y la familia en clave transcultural*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- GRAU REBOLLO, Jorge (2019). "Redes informales de crianza en el ámbito adoptivo". *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, número monográfico: *Escenarios y políticas de la parentalidad*, 14 (3): 463-489.
- INSTITUTO NACIONAL DE LENGUAS INDÍGENAS (INALI) (2008). "Segunda Sección. Chinanteco". En *Catálogo de las Lenguas Indígenas Nacionales: Variantes Lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoestadísticas*. México: INALI, pp. 59-61.
- LETABLIER, Marie-Thérèse (2001). "Le travail centré sur autrui et sa conceptualisation en Europe". *Travail, genre et société*, 2001/2 (6): 19-41.
- MARTÍN PALOMO, María Teresa (2008): "Domesticar el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados". *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26 (2): 13-44.
- MARTÍNEZ PÉREZ, Margarita (2014). "Iniciativa infantil y aprendizaje multimodal en la acción y la interacción: un estudio de socialización entre los mayas tsotsiles de Huixtán". *Methados. Revista de Ciencias Sociales*, 2 (2): 256-274.
- MAYNARD, Ashley E. (2002). "Cultural teaching: The development of teaching skills in Mayan sibling interactions". *Child Development*, 73 (3): 969-982.
- MAYNARD, Ashley E. y GREENFIELD, Patricia M. (2005). "An ethnomodel of teaching and learning: Apprenticeship of Zinacantec Maya women's tasks". En MAYNARD, A. E. y MARTINI, M. I. (eds.), *Cultural Models of Learning in Context: Families, Peers and Schools*. New York: Kluwer Academic, Plenum Press, pp. 75-103.

- MINDEK, Dubravka (2003a). "La pareja, su discurso y su actuar cotidiano en un pueblo de migrantes de la Mixteca". En ROBICHAUX, D. (comp.), *El matrimonio en Mesoamérica ayer y hoy: unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 311-330.
- MINDEK, Dubravka (2003b). "Formación y disolución del matrimonio indígena: una revisión crítica". En ROBICHAUX, D. (comp.), *El matrimonio en Mesoamérica ayer y hoy: unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 331-360.
- MINDEK, Dubravka (2018). "Individualización y transformación de la intimidad en el medio rural mexicano. Un estudio de caso enfocado en parejas conyugales". *Cultura y representaciones sociales*, 12 (24): 247-272.
- MULHARE DE LA TORRE, Eileen M. (2003). "Respetar y confiar: ideología de género versus comportamiento en una sociedad post nahua". En ROBICHAUX, D. (comp.), *El matrimonio en Mesoamérica ayer y hoy: unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 267-290.
- MULHARE DE LA TORRE, Eileen M. (2005). "Hijas que se quedan, hijas que regresan: las mujeres solas y el grupo doméstico natal en el México rural". En ROBICHAUX, D. (comp.), *Familia y parentesco en México y Mesoamérica: unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 331-349.
- NÚÑEZ PATIÑO, Kathia y ALBA VILLALOBOS, Cecilia (2011). "Socialización infantil y estilos de aprendizaje. Aportes para la construcción de modelos de educación intercultural desde las prácticas cotidianas en una comunidad ch'ol". *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 6 (12): 105-132.
- OEHMICHEN, Cristina (2002). "Parentesco y matrimonio en la comunidad extendida: el caso de los mazahuas". *Alteridades*, 12 (24): 61-74.
- PÉREZ OROZCO, Amaia (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: el caso de los cuidados*. Madrid: Consejo Económico y Social, Colección Estudios, 190.
- PÉREZ OROZCO, Amaia (2014). "Del trabajo doméstico al trabajo de cuidados". En CARRASCO BENGOA, C. (ed.) *Con voz propia. La economía feminista como apuesta teórica y política*. Madrid: La oveja roja, pp. 49-73.
- PICCHIO, Antonella (2012). "Un enfoque macroeconómico ampliado de las condiciones de vida". En AÍDA CONCHA, L. (ed.), *La economía feminista como un derecho*. México: REDGE-Mujeres para el Diálogo, pp. 43-66.
- RABAIN-JAMIN, Jacqueline; MAYNARD, Ashley. E. y GREENFIELD, Patricia (2003). "Implications of sibling caregiving for sibling relations and teaching interactions in two cultures". *Ethos*, 31 (2): 204-231.

- RABY, Dominique (2012). "No dejes que te anden abusando. Costumbres y prácticas nahuas contra la violencia intrafamiliar". *Estudios Sociológicos*, XXX: 199-231.
- ROBICHAUX, David (1988). "Hombre, mujer y la tenencia de la tierra en una comunidad náhuatl de Tlaxcala". En ARANDA BEZAURY, J. (comp.), *Las mujeres en el campo*. Oaxaca: Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, pp. 83-100.
- ROBICHAUX, David (1997). "Un modelo de familia para el "México profundo"". En SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF), *Espacios familiares: ámbitos de sobrevivencia y solidaridad*. México: DIF, pp. 187-231.
- ROBICHAUX, David (2002a). "Cultura, economía y grupo doméstico en México: una crítica y una propuesta desde la antropología". En RIBEIRO, M., RONDEAU, G. y HERNÁNDEZ, S. (coords.), *La Familia en América del Norte. Evolución, problemática y política*. México: Trillas, pp. 265-319.
- ROBICHAUX, David (2002b). "El sistema familiar mesoamericano: testigo de una civilización negada". En DE LA PEÑA, G. y VÁZQUEZ LEÓN, L. (coords.), *La antropología sociocultural en el México del milenio. Búsquedas, encuentros y transiciones*. México: Instituto Nacional Indigenista, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Fondo de Cultura Económica, pp. 107-161.
- ROBICHAUX, David (2003). "La formación de la pareja en la Tlaxcala rural y el origen de las uniones consuetudinarias en la Mesoamérica contemporánea". En ROBICHAUX, D. (comp.), *El matrimonio en Mesoamérica: Unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 205-236.
- ROBICHAUX, David (2004). "Bilateralidad, transmisión de la herencia y género: el caso del sistema familiar mesoamericano". *Temas de Mujeres. Revista del CEHIM* (1): 85-95.
- ROBICHAUX, David (2005). "Principios patrilineales en un sistema bilateral de parentesco: residencia, herencia y el sistema familiar mesoamericano". En ROBICHAUX, D. (comp.), *Familia y parentesco en México y Mesoamérica: unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 167-272.
- ROBICHAUX, David (2007). "Hogar, familia y grupos de acción: el sistema familiar mesoamericano ante los desafíos del siglo XXI". En ESTEINOU, R. (ed.), *Fortalezas y desafíos de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, pp. 485-517.
- RUIZ, J.; SÁNCHEZ UTAZU, Y. y VALERO PICAZO, J. (2009). "Trabajo doméstico". En REYES, R. (dir.), *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales*, Volumen 4. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Plaza y Valdés Editores, pp. 3139-3142.

- TORNS, Teresa (2008). "El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género". *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 15: 53-73.
- SAN ROMÁN ESPINOSA, Teresa, GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, Aurora y GRAU REBOLLO, Jorge (2003). *Las relaciones de parentesco*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions.
- SKINNER, Leonard E. y SKINNER, Marlene B. (2000). *Diccionario Chinanteco de San Felipe Usila, Oaxaca. Serie de vocabularios y diccionarios indígenas "Mariano Silva y Aceves", número 43*. México: Instituto Lingüístico de Verano.
- VALDÉS GÁZQUEZ, María (2011). "Organizar la reproducción humana. Malinowski como precedente". En GRAU, J., RODRÍGUEZ, D. y VALENZUELA, H. (eds.), *Parentescos. Modelos Culturales de Reproducción*. Barcelona: PPU, pp. 59-85.
- VALDÉS, María y PIELLA VILA, Anna (2016). "La parentalidad desde el parentesco. Un concepto antropológico e interdisciplinar". *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 21 (2): 4-20. Extraído de <https://raco.cat/index.php/QuadernseICA/article/view/320534>.
- VÁZQUEZ GARCÍA, Verónica (1997). "Mujeres que "respetan su casa": Estatus marital de las mujeres y economía doméstica en una comunidad nahua del sur de Veracruz". En GONZÁLEZ MONTES, S. y TUÑÓN, J. (comps.), *Familias y mujeres en México: del modelo a la diversidad*. México: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, pp. 162-193.
- VÁZQUEZ SÁNCHEZ, Bernabé y DE LEÓN PASQUEL, Lourdes (2012). "La amenaza: Análisis de una práctica discursiva de socialización infantil en una comunidad maya ch'ol de Chiapas". En DE LEÓN PASQUEL, L. (coord.), *Nuevos senderos en la adquisición de lenguas mesoamericanas: Estructura, narrativas y socialización*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, pp. 165-211.
- VIZCARRA BORDI, Ivonne y MARÍN GUADARRAMA, Nadia (2006). "Las niñas a la casa y los niños a la milpa: la construcción social de la infancia mazahua". *Convergencia*, enero-abril, 13 (40): 39-67.
- WEITLANER, Roberto J. y CASTRO, Carlos Antonio (1973). *Usila. Morada de Colibríes*. Papeles de la Chinantla VII, Serie Científica 11. México: Museo Nacional de Antropología, Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Tercera Parte

La visión biomédica: la enfermedad y la atención médica de las esquizofrenias y otras psicosis

Capítulo 14. Las esquizofrenias y otras psicosis

ANTONOVA, Elena, SHARMA, Tonmoy, MORRIS, Robin y KUMARI, Veena (2004). "The relationship between brain structure and neurocognition in schizophrenia: a selective review". *Schizophrenia Research*, 70: 117-145.

BLACK, Donald W. y ANDREASEN, Nancy C. (1996 [1995]). "Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno delirante (paranoide)". En HALES, R. E., YUDOFKY, S. C. y TALBOTT, J. A. (eds.), *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora, pp. 435-490.

CHÁVEZ-LEÓN, Enrique, MADRIGAL DE LEÓN, Eduardo, ONTIVEROS URIBE, Martha Patricia y NG, Bernardo (2013). "El tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis". En *La psicopatología y su tratamiento por el especialista*. México: Asociación Psiquiátrica Mexicana, pp. 139-214.

COUTURE, Shannon M., PENN, David L. y ROBERTS, David L. (2006). "The Functional Significance of Social Cognition in Schizophrenia: A Review". *Schizophrenia Bulletin*, 32 (S1): S44-S63.

GONZÁLEZ P., Augusto y TÉLLEZ-VARGAS, Jorge (2013 [2010]). "Esquizofrenia". En TORO GREIFFENSTEIN, R. J., YEPES ROLDÁN, L. E. y PALACIO ACOSTA, C. A. (eds.), *Fundamentos de Medicina. Psiquiatría*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas, pp. 131-159.

GREEN, Michael F., PENN, David L., BENTALL, Richard, CARPENTER, William T. y cols. (2008). "Social Cognition in Schizophrenia: An NIMH Workshop on Definitions, Assessment and Research Opportunities". *Schizophrenia Bulletin*, 34 (6): 1211-1220.

JIMÉNEZ, M. Pilar, RAMOS, Francisco y SANCHÍS, M. Carmen (2009). "Las esquizofrenias: Aspectos clínicos". En BELLOCH, A., SANDÍN, B. y RAMOS, F. (eds.), *Manual de Psicopatología*, Volumen II. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, pp. 371-395.

JIMÉNEZ, M. Pilar y RAMOS, Francisco (2009). "Las esquizofrenias: Hipótesis psicobiológicas". En BELLOCH, A., SANDÍN, B. y RAMOS, F. (eds.), *Manual de Psicopatología*, Volumen II. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, pp. 421-447.

- MAMAH, Daniel, WANG, Lei, BARCH, Deanna, DE ERAUSQUIN, Gabriel A. y cols. (2007). "Structural analysis of basal ganglia in schizophrenia". *Schizophrenia Research*, 89: 59-71.
- MONDRAGÓN-MAYA, Alejandra, RAMOS MASTACHE, Daniel, ROMÁN, Pedro D. y YÁÑEZ-TÉLLEZ, Guillermina (2017). "Cognición Social en Esquizofrenia, Familiares No Afectados e Individuos en Riesgo Ultra-Alto de Psicosis: ¿Qué Sabemos Actualmente?". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 45 (5): 218-226.
- MOORE, David P. y JEFFERSON, James W. (2005). "Esquizofrenia". En *Manual de Psiquiatría Médica*. Barcelona: Elsevier, pp. 115-124.
- OKADA, N., FUKUNAGA, M., YAMASHITA, F., KOSHIYAMA, D. y cols. (2016). "Abnormal asymmetries in subcortical brain volume in schizophrenia". *Molecular Psychiatry*, 21: 1460-1466.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1992). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- PARDO, Vicente (2005). "Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. I. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día". *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69 (1): 71-83.
- PERALTA MARTÍN, Víctor y CUESTA ZORITA, Manuel J. (2009). "Esquizofrenia y psicosis relacionadas". En PALOMO, T. y JIMÉNEZ ARRIERO, M. A. (eds.), *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores, pp. 267-283.
- PINO, Óscar, GUILERA, Georgina, GÓMEZ-BENITO, Juana, NAJAS-GARCÍA, Antonia y cols. (2014). "Neurodesarrollo o neurodegeneración: Revisión sobre las teorías de la esquizofrenia". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 42 (4): 185-195.
- RIAZA BERMUDO-SORIANO, C., PUENTE GARCÍA, R., QUINTERO GUTIÉRREZ DEL ÁLAMO, F. J., CHINCHILLA MORENO, A. y cols. (2004). "Etiopatogenia de la esquizofrenia: el valor de la neurobiología, el neurodesarrollo y la neurodegeneración". *Psiquis*, 25 (6): 246-263.
- RUIZ-RUIZ, Juan Carlos, GARCÍA-FERRER, Sonia y FUENTES-DURÁ, Inmaculada (2006). "La relevancia de la cognición social en esquizofrenia". *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3): 137-155.
- SAIZ RUIZ, Jerónima, DE LA VEGA SÁNCHEZ, Diego C. y SÁNCHEZ PÁEZ, Patricia (2010). "Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia". *Clínica y Salud*, 21 (3): 235-254.
- SADOCK, Benjamin J. y SADOCK, Virginia A. (2008). "Esquizofrenia". En *Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Wolters Kluwer Health España, pp. 467-497.

WRIGHT, Ian C., RABE-HEKETH, Sophia, WOODRUFF, Peter W. R., DAVID, Anthony S. y cols. (2000). "Meta-Analysis of Regional Brain Volumes in Schizophrenia". *American Journal of Psychiatry*, 157 (1): 16-25.

Capítulo 15. Fármacos utilizados en el tratamiento de las esquizofrenias y otras psicosis

ARMIJO, J. A. y HERRANZ, J. L. (2008). "Fármacos antiepilépticos y anticonvulsivos". En FLÓREZ, J., ARMIJO, J. A. y MEDIAVILLA, A. (dir.), *Farmacología Humana*. Barcelona: Elsevier Masson, pp. 579-605.

BOUSOÑO, Manuel, ARANGO, Celso, BASCARÁN, M. Teresa y BOBES, Julio (2009). "Fármacos ansiolíticos e hipnóticos". En LORENZO, P. y cols. (dir.), *Farmacología Básica y Clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 275-290.

BOWDEN, Charles L. (2006 [2004]). "Valproato". En SCHATZBERG, A. F. y NEMEROFF, C. B. (eds.), *Tratado de Psicofarmacología*. Barcelona: Elsevier Masson, pp. 619-632.

CHÁVEZ-LEÓN, Enrique, MADRIGAL DE LEÓN, Eduardo, ONTIVEROS URIBE, Martha Patricia y NG, Bernardo (2013). "El trastorno obsesivo compulsivo y su tratamiento". En *La psicopatología y su tratamiento por el especialista*. México: Asociación Psiquiátrica Mexicana, pp. 127-137.

DEL RÍO, Joaquín y FLÓREZ, Jesús (2008). "Fármacos antidepresivos y antimaníacos". En FLÓREZ, J., ARMIJO, J. A. y MEDIAVILLA, A. (dir.), *Farmacología Humana*. Barcelona: Elsevier Masson, pp. 647-661.

FLÓREZ, Jesús (2008). "Fármacos antipsicóticos neurolépticos". En FLÓREZ, J., ARMIJO, J. A. y MEDIAVILLA, A. (dir.), *Farmacología Humana*. Barcelona: Elsevier Masson, pp. 629-645.

GIBERT-RAHOLA, Juan y MICÓ, Juan A. (2009). "Fármacos antipsicóticos". En LORENZO, P. y cols. (dir.), *Farmacología Básica y Clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 291-304.

GIL-NAGEL, Antonio y GARCÍA-MORALES, Irene (2009). "Fármacos anticonvulsivantes y antiepilépticos". En LORENZO, P. y cols. (dir.), *Farmacología Básica y Clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 243-259.

GOFF, Donald C. (2006). "Risperidona". En SCHATZBERG, A. F. y NEMEROFF, C. B. (eds.), *Tratado de Psicofarmacología*. Barcelona: Elsevier Masson, pp. 541-552.

- GOVANTES, Carlos, OCA, Laura y AYUSO, José L. (2009). "Fármacos antidepresivos y antimaniacos". En LORENZO, P. y col. (dir.), *Farmacología Básica y Clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 305-320.
- HURLÉ, María A., MONTI, Jaime y FLÓREZ, Jesús (2008). "Fármacos ansiolíticos y sedantes. Farmacología de los trastornos del sueño". En FLÓREZ, J., ARMIJO, J. A. y MEDIAVILLA, A. (dir.), *Farmacología Humana*. Barcelona: Elsevier Masson, pp. 543-566.
- KETTER, T. A., WANG P. W. y POST R. M. (2006 [2004]). "Carbamazepina y oxcarbazepina". En SCHATZBERG, A. F. y NEMEROFF, C. B. (eds.), *Tratado de Psicofarmacología*. Barcelona: Elsevier Masson, pp. 633-662.
- LIEBERMAN, Jeffrey A. (2006a [2004]). "Quetiapina". En SCHATZBERG, A. F. y NEMEROFF, C. B. (eds.), *Tratado de Psicofarmacología*. Barcelona: Elsevier Masson, pp. 517-531.
- LIEBERMAN, Jeffrey A. (2006b [2004]). "Aripiprazol". En SCHATZBERG, A. F. y NEMEROFF, C. B. (eds.), *Tratado de Psicofarmacología*. Barcelona: Elsevier Masson, pp. 533-540.
- MARTÍN, M. Isabel, ABALO, Raquel y GARCÍA DE YÉBENES, Justo A. (2009). "Fármacos en la enfermedad de Parkinson y en otros trastornos del movimiento". En LORENZO, P. y cols. (dir.), *Farmacología Básica y Clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 261-273.
- PAZOS, Ángel y PASCUAL, Julio (2008). "Farmacología de los movimientos anormales. Fármacos antiespásticos". En FLÓREZ, J., ARMIJO, J. A. y MEDIAVILLA, A. (dir.), *Farmacología Humana*. Barcelona: Elsevier Masson, pp. 607-627.
- SILVA, Hernán (2001). "Mecanismos de acción de los estabilizadores del ánimo". *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 39 (3): 219-230.
- STANILLA, Joseph K. y SIMPSON, George M. (2006 [2004]). "Fármacos utilizados en el tratamiento de los efectos adversos extrapiramidales". En SCHATZBERG, A. F. y NEMEROFF, C. B. (eds.), *Tratado de Psicofarmacología*. Barcelona: Elsevier Masson. Pp. 567-575.
- WILKAITIS, John, MULVIHILL, Teresa y NASRALLAH, Henry A. (2006 [2004]). "Antipsicóticos clásicos". En SCHATZBERG, A. F. y NEMEROFF, C. B. (ed.), *Tratado de Psicofarmacología*. Barcelona: Elsevier Masson, pp. 465-482.

Sexta parte

El cuidado de las personas enfermas

- BURY, Michael (1982). "Chronic illness as biographical disruption". *Sociology of Health and Illness*, 4 (2): 167-182.
- CAMPOS NAVARRO, Roberto (1992). "Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa". En CAMPOS NAVARRO, R. (comp.), *La antropología médica en México*, Tomo 1. México: Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 186-210.
- CORBIN, Juliet y STRAUSS, Anselm (1985). "Managing chronic illness at home: three lines of work". *Qualitative Sociology*, 8 (3): 224-247.
- CORBIN, Juliet y STRAUSS, Anselm (1987). "Accompaniments of chronic illness: changes in body, self, biography, and biographical time". En ROTH, J. A. y CONRAD, P. (eds.), *Research in the Sociology of Health Care. The Experience and Management of Chronic Illness*. Greenwich: Jai Press Inc., vol. 6, pp. 249-281.
- CHARMAZ, Kathy (1983). "Loss of self: a fundamental form of suffering in the cronically ill". *Sociology of Health and Illness*, 5 (2): 168-195.
- ESTROFF, Sue E. (1989). "Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of subjectivity". *Schizophrenia Bulletin*, 15 (2): 189-196.
- ESTROFF, Sue E. (1993). "Identity, Disability, and Schizophrenia. The Problem of Chronicity". En LINDENBAUM, S. y LOCK, M. (eds.), *Knowledge, power, and practice: The anthropology of medicine and everyday life*. Berkeley: University of California Press, pp. 247-286.
- GERGEL, Tania y IACOPONI, Eduardo (2017). "Psychosis and identity: alteration or lost?". *Journal of Evaluation of Clinical Practice*, 23: 1029-1037.
- HARO ENCINAS, Jesús A. (2000). "Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud". En PERDIGUERO, E. y COMELLES, J. M. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra, pp. 101-161.
- MASANA, Lina (2015). "La dimensión temporal de la enfermedad crónica: duración, diagnóstico y edad". *Revista de Ciências Sociais*, 41: 45-68.

- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1992a). "Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes". En CAMPOS NAVARRO, R. (comp.), *La antropología médica en México*, Tomo 1. México: Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 141-185.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1992b). "Reproducción social, mortalidad y antropología médica". En MENÉNDEZ, E. L. y GARCÍA DE ALBA, J. G. (comps.), *Prácticas populares, ideología médica y participación social: aportes sobre antropología médica en México*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, pp. 13-36.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (1993). "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde la perspectiva de la antropología médica. En MERCADO, F. J., ROBLES, L., DENMAN, C., ESCOBAR, A. e INFANTE, C. (eds.). *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, El Colegio de Sonora, pp. 130-162.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciencia & Saúde Colectiva*, 8 (1): 185-207.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. (2005). "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos". *Revista de Antropología Social*, 14: 33-69.
- MERCADO MARTÍNEZ, Francisco Javier (1996). *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- MESSERI, Peter, SILVERSTEIN, Merrill y LITWAK, Eugene (1993). "Choosing optimal support groups: a review and reformulation". *Journal of Health and Social Behavior*, 34 (2): 122-137.
- MÓDENA, María Eugenia (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata, 37.
- OSORIO CARRANZA, Rosa María (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Instituto Nacional Indigenista.
- ROBLES SILVA, Leticia (2001). "El fenómeno de las cuidadoras: un fenómeno invisible del envejecimiento". *Estudios Demográficos y Urbanos*, 48: 561-584.
- ROBLES SILVA, Leticia (2003). "Doble o triple jornada: el cuidado a enfermos crónicos". *Estudios del Hombre*, 17: 75-99.

- ROBLES SILVA, Leticia (2004). "El cuidado en el hogar a los enfermos crónicos: un sistema de autoatención". *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2): 618-625.
- ROBLES SILVA, Leticia (2007a). *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos: un estudio cualitativo en el Barrio de Oblatos*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- ROBLES SILVA, Leticia (2007b). "La pobreza urbana. ¿Cómo sobrevivir enfermo y pobre?". En ARIAS, P. y MORALES, O. W. (coords.), *¿Campo o ciudad? Nuevos espacios y formas de vida*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, pp. 67-100.
- ROBLES SILVA, Leticia (2007c). "La designación de cuidadoras de padres enfermos: la ultimogenitura femenina en un sector popular urbano de Guadalajara". En ROBICHAUX, D. (comp.), *Familias mexicanas en transición: unas miradas antropológicas*. México: Universidad Iberoamericana, pp. 353-369.
- ROBLES SILVA, Leticia (2010). "La autoatención en la enfermedad crónica: tres líneas de cuidado". *Rivista della Società italiana di antropología medica*, 29-32 (2010-2011): 279-298.

Apéndice

La visión biomédica: el sistema nervioso humano

CROSSMAN, Alan R. y NEARY, David (2015). “Núcleos basales”. En *Neuroanatomía*. Barcelona: Elsevier Masson, pp. 146-154.

FELTEN, David L. y SHETTY, Anil N. (2010). “Neuronas y sus propiedades”. En *Netter. Atlas de Neurociencia*. Barcelona: Elsevier Masson, pp. 3-25.

FLÓREZ, Jesús y PAZOS, Ángel (2008). “Neurotransmisión en el sistema nervioso central”. En FLÓREZ, J., ARMIJO, J. A. y MEDIAVILLA, A. (dir.). *Farmacología Humana*. Barcelona: Elsevier Masson, pp. 495-522.

GARCÍA-PORRERO, Juan A. y HURLÉ, Juan M. (2015a). “Componentes celulares y organización funcional del tejido nervioso”. En *Neuroanatomía Humana*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 3-14.

GARCÍA-PORRERO, Juan A. y HURLÉ, Juan M. (2015b). “Diencefalo (tálamo e hipotálamo): estructura, conexiones y síntesis funcional”. En *Neuroanatomía Humana*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 145-159.

GARCÍA-PORRERO, Juan A. y HURLÉ, Juan M. (2015c). “Ganglios basales: estructura, conexiones y significación funcional”. En *Neuroanatomía Humana*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 161-171.

GARCÍA-PORRERO, Juan A. y HURLÉ, Juan M. (2015d). “Sistema límbico: estructura, conexiones y síntesis funcional”. En *Neuroanatomía Humana*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 181-191.

GARCÍA-PORRERO, Juan A. y HURLÉ, Juan M. (2015e). “Sistemas moduladores difusos del sistema nervioso central”. En *Neuroanatomía Humana*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 193-202.

PINEL, John P. J. (2001a [2000]). “Anatomía del sistema nervioso”. *Biopsicología*. Madrid: Pearson Educación, pp. 57-87.

PINEL, John P. J. (2001b [2000]). “Conducción neuronal y transmisión sináptica”. *Biopsicología*. Madrid: Pearson Educación, pp. 89-119.

RAINS, G. Dennis (2004a [2002]). “Mecanismos neuronales en los niveles molecular y celular”. En *Principios de neuropsicología humana*. México: McGraw-Hill Interamericana, pp. 20-45.

- RAINS, G. Dennis (2004b [2002]). "Introducción a la estructura y función del sistema nervioso central". En *Principios de neuropsicología humana*. México: McGraw-Hill Interamericana, pp. 46-69.
- RUIZ-GAYO, Mariano y FUENTES CUBERO, José A. (2009). "Introducción a la farmacología del sistema nervioso central. Neurotransmisores y receptores". En LORENZO, P. y cols. (dir.). *Farmacología Básica y Clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 191-211.
- SALICES, Mercedes, ALONSO, M. Jesús y HERNANZ, Raquel (2009). "Introducción a la farmacología del sistema nervioso autónomo". En LORENZO, P. y cols. (dir.). *Farmacología Básica y Clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, pp. 97-119.
- THIBODEAU, Gary A. y PATTON, Kevin T. (2012). "Sistema nervioso". En *Estructura y función del cuerpo humano*. Barcelona: Elsevier, pp. 166-203.
- TORTORA, Gerard J. y DERRICKSON, Bryan (2011a [2007]). "Tejido nervioso". En *Principios de Anatomía y Fisiología*. México: Editorial Médica Panamericana, pp. 447-491.
- TORTORA, Gerard J. y DERRICKSON, Bryan (2011b [2007]). "La médula espinal y los nervios espinales". En *Principios de Anatomía y Fisiología*. México: Editorial Médica Panamericana, pp. 492-526.
- TORTORA, Gerard J. y DERRICKSON, Bryan (2011c [2007]). "El encéfalo y los nervios craneales". En *Principios de Anatomía y Fisiología*. México: Editorial Médica Panamericana, pp. 527-580.
- TORTOSA i MORENO, Avelina y REIRIZ PALACIOS, Julia (2009). "Sistema nervioso: generalidades". Mecanografiado. Extraído de https://www.infermeravirtual.com/esp/actividadesdelavidadiaria/ficha/generalidades/sistema_nervioso.