

# Prácticas de cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua

Traditional and spiritual care practices in nahua Indian community

## Práticas de cuidados tradicionais e espirituais em uma comunidade Nahua

Eunice Victoria García Piña<sup>1</sup>, Marco Antonio Cardoso Gómez<sup>2</sup>, Carlos Serrano Sánchez<sup>3</sup>,  
Rosa María Ostiguín Meléndez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Licenciada en Enfermería y Obstetricia, <sup>2</sup>Doctor en Antropología, <sup>3</sup>Doctor en Antropología, <sup>4</sup>Maestra en Enfermería.

*Cómo citar este artículo en edición digital: García Piña, E., Cardoso Gómez, M.A., Serrano Sánchez, C. y Ostiguín Meléndez, M<sup>a</sup>. (2015). Prácticas de cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 19, 41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.41.06>*

Correspondencia: Ayuntamiento 114, Col. La Fama, Del. Tlalpan, C. P. 14269. México, D. F.

Correo electrónico: eunice1388@hotmail.com.

Recibido: 6/11/2014; Aceptado: 20/02/2015



### ABSTRACT

The object of study of nursing has been defined by various authors. When considering these definitions in Mexican practice, it is decontextualized or new definitions are created to attempt to standardize a view of the practice of care; these proposals consider primarily biological aspects, while sidestepping social, cultural and / or spiritual aspects that are part of the lifeways of individuals subject to care.

**Objective:** Describe the practices of traditional and spiritual care in a Nahua community and provide information on the empirical knowledge of care practices in that community, which complement the conceptual frameworks of nursing.

**Methodology:** Qualitative, phenomenological. Informants: tepatih (tepatih: Nahuatl, referred to as “the healer”) and a Catholic priest. Both are complementary elements, responding to specific features of the community by dealing with situations of illness within their own ideological and cultural worldview, an important consideration to reinforce current theoretical frameworks relevant to nursing.

**Keywords:** Care practices, spirituality, Indian community, traditional medicine.

### RESUMO

**Introdução:** O objeto de estudo da enfermagem foi definido por vários autores. Ao considerar essas definições na prática mexicana, é descontextualizada ou novas definições são criados para tentar padronizar uma visão da prática de cuidados; estas propostas consideram os aspectos biológicos, principalmente, enquanto negligenciando os aspectos sociais, culturais e / ou espirituais que fazem parte dos modos de vida das pessoas sujeitas aos cuidados.

**Objetivo:** descrever as práticas de cuidados tradicionais e espirituais em uma comu-

nidade Nahua e fornecer informações sobre o conhecimento empírico das práticas assistenciais dessa comunidade que complementam os modelos conceituais de enfermagem.

**Metodologia:** Qualitativa, fenomenológica. Informantes: tepatihs (“aquele que cura” ou “curandeiro”, em náhuatl) e um ministro da igreja católica. Las técnicas utilizadas foram: entrevistas em profundidade, observação participante e dados do trabalho de campo.

**Resultados e conclusões:** Em Tequila, as práticas de cuidados tradicionais possuem dois componentes principais: o primeiro, oferecido pelos tepatihs, cura as doenças comuns na região e está baseado na fé; o segundo tipo se trata dos rituais religiosos, isto é, das expressões do cuidado espiritual oferecido pela ministra da Igreja Católica. Ambos os elementos são complementários. De esta forma, se manifestam as características específicas da comunidade para lidar com as situações de doença de acordo com a sua própria estrutura ideológica-cultural. Ambas posturas são importantes na hora de considerar os modelos teóricos de enfermagem.

**Palavras-chave:** práticas de atenção, espiritualidade, comunidade indígena, medicina tradicional.

## RESUMEN

**Introducción:** El objeto de estudio de enfermería ha sido definido por varios autores. Al considerar estas definiciones en la práctica mexicana, se descontextualiza o en su caso, se crean definiciones que pretenden estandarizar la práctica del cuidado, atendiendo principalmente aspectos biológicos y soslayando aspectos sociales, culturales y/o espirituales que forman parte de la forma de vida de las personas.

**Objetivo:** Describir las prácticas de cuidado tradicional y espiritual y ofrecer informaci-

ón sobre los conocimientos empíricos de prácticas de cuidado en una comunidad indígena nahua, que complemente los marcos conceptuales de enfermería.

**Metodología:** Cualitativa, fenomenológica. Los informantes: tepatihs (tepatih: en náhuatl, referido como “el que cura”) y una ministra de iglesia católica. Se utilizó la técnica de entrevista a profundidad, observación participante y diario de campo.

**Resultados y conclusiones:** En Tequila, las prácticas tradicionales de cuidado tienen dos componentes esenciales: el primero ofrecido por los tepatihs y apoyado en la fe, curar enfermedades de la región; y el segundo ofrecido por la ministra de iglesia, los rituales religiosos, expresión de los cuidados espirituales. Ambos elementos complementarios. Se manifiestan rasgos de la comunidad para afrontar situaciones de enfermedad desde su propio marco ideológico-cultural, importantes para retroalimentar los actuales marcos teóricos de enfermería.

**Palabras clave:** Prácticas de cuidado, espiritualidad, comunidad indígena, medicina tradicional.

## INTRODUCCIÓN

México es un país con una amplia diversidad cultural y poblacional. Se estima que un 10.5% de la población total es indígena. En todos los estados de la República Mexicana hay población indígena, excepto en cinco. Los estados con mayor población indígena son Chiapas, Oaxaca y Veracruz (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2012).

En México, 6 695 228 personas de 5 años y más hablan alguna lengua indígena, de las cuales 1 544 968 hablan náhuatl, representan-

do así a la lengua nativa más hablada del país (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), 2010).

El estado de Veracruz, reúne al 10% de la población indígena del país (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 2012), de este porcentaje, los nahuas representan el grupo más numeroso, con un total de 355 785 personas, seguidos de los totonacas, huastecos y popolucas (INEGI, 2010). La Sierra Zongolica pertenece a la región de las Grandes Montañas donde se concentra el mayor número de municipios de Veracruz, y también el mayor porcentaje de hablantes de náhuatl del estado (Martínez, 2010). Por lo anterior, y por ser una comunidad representativa, se eligió el municipio de Tequila, en la Sierra Zongolica para llevar a cabo el estudio.

### MARCO CONCEPTUAL

Existe toda una gama de definiciones referentes al cuidado; mismas que obedecen a cuestiones teóricas de su desarrollo y función. Sin embargo, el contexto histórico y social en que se desenvuelva el cuidado determinará el quehacer de la profesión, así como la generación de conocimientos sobre la enfermería.

El cuidado ha existido desde los primeros antepasados humanos, pero la preocupación por una definición surge más adelante, con la enfermería como profesión.

El concepto de cuidado se ha construido a través del tiempo en función de los momentos históricos y las circunstancias socio-culturales de los grupos que reciben el mismo. Es así que Madeleine Leininger, “durante su trabajo en el área de psiquiatría infantil observó que el personal sanitario no comprendía los factores culturales que influían en el comportamiento de los niños y las diferencias en las necesidades de atención; lo cual llevó a ella y a sus compañeras

de trabajo a hacerse muchas preguntas sobre cómo cuidarlos mejor” (Tomassini, 2013).

Según Tomassini, “al no encontrar respuestas en la enfermería comenzaron a recurrir a otras disciplinas, y fue durante estos años que Leininger conoce a la famosa antropóloga Margaret Mead, cuya influencia será decisiva para explorar las posibles relaciones entre la antropología y la enfermería. Leininger fue la primera enfermera en obtener un título y un doctorado en antropología, estudiando en profundidad a por lo menos seis culturas” (Tomassini, 2013).

Derivado de aquel contexto hospitalario y de los estudios etnográficos que realizó, Leininger, definió el cuidado como la “ciencia y arte humanista aprendidos, centrados en los comportamientos, las funciones y los procesos de cuidado personalizado, dirigidos hacia la promoción y conservación de los comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y reestructurando los cuidados culturales” (Kerouac, 1996). Las situaciones que llevaron a Leininger a enfocarse en el aspecto cultural son significativas para la enfermería de hoy en día, sin embargo, es importante retomar también lo que proponen otras teóricas desde su experiencia particular.

Tal es el caso de Jean Watson, quién como profesora, fue inspirada por sus alumnos y plantea una teoría del cuidado humanizado, con la finalidad de brindar a la disciplina un marco epistemológico y ontológico capaz de utilizarse en la docencia (Urrea, Jana, García, 2011). “Se apoya en la filosofía de la alteridad de Emanuel Levinás y Knud Logstrup, en la búsqueda de un modelo de ciencia que reintegre la metafísica con el dominio material y así reencuentre la trascendencia del ser en el mundo y con los otros (Urrea, Jana, García, 2011). Además, sienta las bases de su teoría en

el existencialismo, la fenomenología y la psicología.

Watson (citada en Cohen, 1991) propone la siguiente definición de cuidado: “cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante a la que la otra persona los experimenta” Además como parte de sus supuestos teóricos, hace alusión a la importancia de “la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, puesto que son vivencias que han estado presentes a lo largo de toda la historia y de la narrativa que da cuenta de la convivencia de la especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos” (Cohen, 1991).

A lo largo de la historia de la enfermería, las diferentes definiciones de cuidado han guiado la práctica de esta disciplina. Sin embargo, también han limitado su quehacer al ser definiciones creadas en torno a un grupo de personas, época o perspectiva, dado que la teoría, a la vez que revela, simultáneamente oculta (Rodríguez, Gil, García, 1999).

Esto lleva a inferir que ante la falta de una definición de cuidado desarrollada en el contexto mexicano, se pudo haber descontextualizado la práctica e identidad enfermera, puesto que la teoría de enfermería que daría sustento y cohesión a sus intervenciones y perspectivas, no existe hasta la fecha.

Contar con una amplia gama de definiciones de cuidado ha facilitado utilizar una u otra en diferentes épocas y lugares. Sin embargo así como ventaja, también ha sido un menoscabo en la cohesión en el quehacer de la profesión, reflejándose en la falta de identidad y desconocimiento del propio objeto de estudio.

En este sentido se considera que es más útil establecer lineamientos que sirvan de guía

para estandarizar la creación de definiciones (Cardoso, Figueroa, Moreno, Orozco, 2003). Asimismo, éstos no deben pasar por alto la pertinencia de explorar las necesidades de cada persona.

Como menciona Watson (citada por Urra, Jana, García, 2011): “la enfermería ha perdido su alma por servir ya sea a la medicina, la tecnología y la práctica basada en la evidencia, las que por cierto se necesitan; pero sin la dimensión humana esto puede ser destructivo. Es fundamental preservar la esencia humana y reposicionar el cuidado dentro de nuestros sistemas”.

La salud y la enfermedad también son conceptos que no deben concebirse estrictamente biológicos e individuales, sino que deben formularse como procesos condicionados por determinadas circunstancias sociales y económicas. (Caba 1990, citado por Palomino, Grande, Linares, 2014: 74). La salud es entendida como un proceso de adaptación; a partir del cual, salud y enfermedad son fenómenos relacionados con acontecimientos biológicos, la trayectoria personal, el entorno físico, social y cultural de las personas, en una relación que envuelve la vida de las personas (Palomino, Grande, Linares, 2014: 74.) La propia OMS reformula en los años noventa su noción de salud para expresar que la salud es un concepto positivo entendido como un potencial o capacidad de realización personal que incluye aspectos espirituales (OMS1998, citado por Palomino, Grande, Linares, 2014: 75).

De ahí la importancia de realizar el presente estudio, en el que se identifican aspectos espirituales trascendentales en los procesos de salud-enfermedad y que brindan un mayor conocimiento de la persona y sus necesidades. Para que una relación de ayuda sea eficaz es fundamental que el profesional de enfermería

tenga la capacidad de identificar y dar respuesta a las necesidades espirituales y emocionales de la persona a la que presta cuidados, atendiendo al sentido que ésta da a la vida, a la muerte, a su situación de crisis, a la enfermedad, etc. (Cánovas, 2008: 36).

### CONTEXTO

Tequila es un municipio ubicado en la Sierra Zongolica a 18.6 km. de distancia de la Cd. de Orizaba, Veracruz. “El Municipio de Tequila, tiene su origen del topónimo que se compone de Tequitl que quiere decir “tributo” y Tlan igual a “lugar”, por lo que literalmente significa: lugar donde se paga tributo” (Zepahua 2014).

Tequila cuenta con 14,648 habitantes, de los cuales 11,211 son hablantes de la lengua indígena náhuatl (INEGI, 2010)

En el aspecto físico, la mayoría de los caminos en Tequila son de tierra y piedras. Para llegar a las casas es necesario caminar sobre elevaciones y depresiones de varios metros e incluso kilómetros de longitud, lo que limita o dificulta el acceso a algunas viviendas de la comunidad. Los caminos son estrechos, generalmente sólo cabe una o dos personas y las casas están sobrepuestas, por lo cual, en algunas ocasiones, el acceso sólo se logra agachándose. El acceso es únicamente a pie. Hay caminos planos para automóviles, sin embargo no se utilizan por el costo que implican.

A lo abrupto del terreno se suma la inexistencia de pavimento o medios de acceso (escalinatas, rampas, etc.), pues el terreno está conformado de tierra suelta y rocas. Hay lluvias la mayor parte del año, por lo cual el suelo es extremadamente lodoso al formarse encharcamientos que dificultan el caminar sin humedecerse los pies. El mes más lluvioso es junio, aunque prácticamente hay lluvia todo el verano y otoño.

El clima es templado-húmedo-extremoso por la abundante vegetación, los árboles son muy altos y se encuentran a los lados de todos los caminos. Hace mucho frío, sobre todo en las mañanas y en las noches, acompañado de neblina.

Las viviendas, en su mayoría, están construidas de madera con techo de lámina de cartón. Entre las maderas que forman las paredes se observan espacios que permiten la entrada del viento e incluso de arañas, moscos u otros insectos, que son muy comunes en la región, tanto por el clima como por la vegetación. Los pisos de las viviendas son de tierra y en muy pocas, de cemento. En todas las casas hay un altar, grande en la mayoría de los casos, que se organiza por niveles como en escalera, en el cual hay imágenes, flores y algunas veladoras.

Respecto a las condiciones de morbilidad, son frecuentes las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y sus complicaciones, así también, existen las enfermedades agudas, sobre todo del sistema respiratorio y otras no identificadas. Esto es referido por las personas. Ellos manifiestan tener alguna enfermedad desconocida porque “no han ido al médico”. Por ejemplo un señor en silla de ruedas responde ante el cuestionamiento ¿de qué está usted enfermo? –“No sé, perdí la fuerza en mis piernas y ya no pude caminar. Nunca fui al doctor, pero no me siento mal, sólo son las piernas, no puedo caminar”. Otro ejemplo: el caso específico de una señora que padece diabetes tipo 2. Ella menciona: “...me dolía mi pie, fui al doctor y me operaron porque me dijeron que tenía pus en la rodilla y ahora tengo que usar andadera”. El uso de la andadera le dificulta la movilidad, y más en un área física con las características mencionadas, en la que desplazarse con algún dispositivo para la deambulacion es imposible, por la irregularidad del suelo. De ser posible el traslado, se requie-

re la colaboración de dos o más personas para ayudarla a descender, prácticamente en andas.

Para las personas de la comunidad, la salud implica movilidad, realizar sus actividades cotidianas sin apoyo y satisfacer sus necesidades diarias. El concepto de enfermedad tiene que ver con la limitación para realizar actividades cotidianas.

En Tequila aún se conservan prácticas tradicionales de cuidado, por ejemplo: una de las habitantes de la comunidad llamada Imelda, quién es ministra de iglesia, visita de manera voluntaria a toda persona enferma o senil, sin importar el tipo de padecimiento que presentan.

#### **OBJETIVO:**

- Describir las prácticas de cuidado tradicional y espiritual en una comunidad indígena nahua.
- Ofrecer información sobre los conocimientos empíricos de las prácticas de cuidado en una comunidad indígena nahua, que complemente los marcos conceptuales de la enfermería.

#### **METODOLOGÍA**

En el presente estudio, se construyó la siguiente definición de prácticas de cuidado: comportamientos que son configurados por la cultura y que son promovidos por los miembros de una sociedad. Su finalidad es satisfacer las necesidades de supervivencia y bienestar físico, emocional y espiritual, de cada uno de los miembros de esa sociedad. La definición orientó el análisis y categorización de los datos.

Se vincula al ámbito de la antropología aplicada, entendida como ofrecer “un conjunto general de principios a los que debe adecuarse cualquier programa de acción si se quiere que tenga éxito” (Harris 1996).

Los datos que se exponen fueron obtenidos mediante la metodología cualitativa entendida: “no como una solución, más bien, como una vía para llegar a una mejor comprensión de la condición humana, con la esperanza de contribuir a la adopción de decisiones más racionales y una mayor eficacia e impacto de los programas de salud” (Ulin, Robinson y Tolley, 2006: 7).

El método fue fenomenológico porque estudia, tanto las realidades cuya naturaleza y estructura sólo pueden ser captadas desde el marco de referencia interna del sujeto que las vive y experimenta (Martínez, 2001), como la forma como los hombres comunes de una sociedad construyen y re-construyen el mundo de la vida diaria a través del conocimiento y la interacción, y especialmente cómo proceden para producir y experimentar la vida cotidiana (Mercado 1996).

Los informantes son cuidadores de la comunidad: tepatihs y ministros de iglesia.

Las técnicas de recolección de datos: entrevista a profundidad, observación participante y diario de campo.

Análisis de la información: se grabaron y transcribieron las entrevistas y se analizaron mediante los procedimientos descritos por Miles y Huberman (1994): reducción de datos, separación y clasificación de unidades en categorías. El diario de campo también se analizó de la misma manera.

Ética: se utilizó el consentimiento informado por escrito con cada uno de los participantes.

Validez del estudio: triangulación entre técnicas y de datos (diario de campo, entrevista a profundidad y observación participante), con literatura científica y con investigadores de diferentes universidades, que han realizado investigaciones en la zona de estudio.

## RESULTADOS

### Prácticas de cuidado tradicional

Los tepatihs son los curanderos de la comunidad, la muestra de tepatihs se conforma de dos especialistas en enfermedades de niños y un huesero, todos con más de 20 años llevando a cabo la labor de manera voluntaria, quienes reciben a cambio un poco de pan, azúcar, refresco o algún donativo voluntario. Brindan atención todos los días a cualquier hora.

Todos ellos identifican como principales padecimientos, los denominados: empacho, espanto, quebrantamiento, calentura, mal de ojo y cólicos, cada uno de ellos tiene síntomas específicos que los distingue y así también existe un tratamiento específico para curarlo.

En el empacho, se identifican síntomas como la pérdida del apetito y dolor abdominal. Para el tratamiento se utiliza el unto de cerdo (grasa que se extrae de la piel del cerdo), mismo que se aplica en el abdomen del niño y se embueca (embuecar: dar ligeras palmaditas en la espalda del niño).

En el espanto los síntomas que se identifican son pérdida del apetito asociado a algún evento impresionante reciente. El material médico que se utiliza es hierba de espanto, hoja de aguacate, y esencia maravillosa. Se prepara un té de hierba de espanto con hoja de aguacate y se le adiciona una cucharada de esencia maravillosa (Es una solución [tipo jarabe] preparado a base de una planta que se llama esencia maravillosa. Se compra envasada en algunas tiendas naturistas de la Cd. de Orizaba, Veracruz.), se consume por dos o tres días, se suspende una semana y se repite el procedimiento hasta terminarse el frasco de esencia maravillosa.

En el quebrantamiento, el principal síntoma es el calor corporal, los materiales que se utilizan para el tratamiento de este pade-

cimiento son rosas (flor), aguardiente, vinos-títico (es un tipo de vino no especificado que se utiliza en tratamientos de curación en esta comunidad indígena.)y pomada de manzana, la mezcla de todos éstos se aplican en la cabeza del niño, con leves apretones. Este padecimiento se identifica como específico en niños.

En la calentura, que si bien podría tratarse de un síntoma más que una enfermedad por sí misma, los síntomas son calor corporal con énfasis en la cabeza. Para curarlo se utiliza vinos-títico y tomate. Se realiza un baño con vinos-títico y tomate tibio de la rodilla para abajo y baño con vinos-títico y tomate a temperatura ambiente en la cabeza. Aquí se identifica los opuestos de frío y calor para la curación.

El mal de ojo es un padecimiento que se puede presentar a cualquier edad, se manifiesta en los niños por llanto frecuente y en los adultos por inquietud, los principales materiales de curación son huevo de totola (es decir, los huevos de guajolote.), hoja de palma, hoja de romero, café en polvo, azúcar, aceite, listón rojo. Se sahuma con romero, palma, café, azúcar y aceite, posteriormente se limpia con el huevo todas las noches hasta mejorar. El listón rojo se amarra a la ropa del niño a modo de que siempre lo lleve consigo y le brinde una protección.

En los cólicos que se presentan en los bebés, y que se manifiestan por llanto, inquietud y dolor abdominal se prepara un té de hierba buena con flor de manita y se agrega media cucharada de anís estrella, se le da en gotas al bebé, siempre y cuando sea mayor de 6 meses. Para niños más pequeños solo se le dan palmaditas en la espalda.

De esta manera, se identifica que las prácticas de cuidado tradicional se enfocan más a la curación del cuerpo mediante materiales físicos. Sin embargo, éstas incluyen una parte

espiritual en la que el tepatih realiza un pedimiento a un ser superior mediante un elemento primordial que es la fe, sin embargo, dicha curación no es posible si la persona enferma carece de fe. El tepatih menciona “Hay que tener fe, si no se tiene fe, no se cura uno con nada”.

### Prácticas de cuidado espiritual

Doña Imelda es viuda, ama de casa, se desempeña como ministra de iglesia en la comunidad en la que vive desde hace un año. Entre sus principales funciones está el llevar la ostia a los enfermos del área centro de Tequila una vez a la semana, además de apoyar en otras actividades de la iglesia. Realiza esta actividad de manera voluntaria.

Con base en lo referido por Cánovas (2008:24) “Cuidar del ser humano es acompañarle, estar con él, no dejarle ‘solo’. No dejar sola a la persona doliente es ocuparse día a día de sus necesidades biológicas, espirituales y emocionales, y hacerle saber que estamos interesados por él”, las prácticas de cuidado espiritual en la comunidad se identificaron en lo que realiza la ministra de iglesia católica, quién apoya y acompaña a las personas.

Doña Imelda, ministra de iglesia, visita a los enfermos de la comunidad que no pueden desplazarse a la iglesia y realiza algunos rituales religiosos. Esto se lleva a cabo los días jueves de cada semana. La labor de Doña Imelda acontece desde las 15 hrs, que es cuando acude a la iglesia “a pedir la ostia al Señor”, posteriormente camina a la capilla de San Miguel Cotlajapan que está aproximadamente a 20-25 minutos de distancia. En el interior de la capilla, sobre repisas, se observan imágenes de santos, ángeles y la virgen María. En el centro hay una mesa, y en ésta hay un “sahumerio” (vasija de barro donde se coloca carbón y/o brasas para encender el copal y generar humo).

La capilla es muy pequeña, caben aproximadamente 10 personas, contando niños y niñas. Si hay alguien que no cabe, se queda fuera escuchando tras una reja que permanece abierta durante la “hora santa”. Asisten señoras y niñas, algunas son familiares de enfermos.

Al llegar a la capilla Doña Imelda se persigna, cambia las flores por flores frescas, coloca la ostia al centro de la mesa y enciende el copal para “sahumar” (dar humo aromático a algo a fin de purificarlo o para que huelga bien) la ostia. Enseguida da inicio el ritual con un rezo.

La “hora santa” es una variante de misa dirigida por la ministra de iglesia en la que se realizan rezos por los enfermos, por los niños, por los difuntos o por alguna circunstancia de interés en la comunidad. Si existe alguna petición por parte de los asistentes, se menciona. Las niñas que asisten a la “hora santa” dan lectura a varios rezos o pasajes bíblicos y dirigen los cantos que realizan el resto de las asistentes.

Enseguida empiezan las visitas a los enfermos. Algunas niñas acompañan a doña Imelda y realizan cantos y rezos, que ellas eligen en cada casa y para cada enfermo. Las niñas pertenecen a la comunidad, y tienen entre 10 y 11 años de edad. Asisten de manera voluntaria.

Dependiendo del número de enfermos o las condiciones de enfermedad de los mismos, es el tiempo dedicado a los rezos y cantos. Al llegar a cada casa, Doña Imelda coloca el recipiente de la ostia en medio del altar. Posteriormente algún miembro de la familia trae el copal al centro del altar. Doña Imelda es la primera en sahumar la ostia y posteriormente cada miembro de la familia, incluida la persona enferma, sahuma la ostia semejando la figura de una cruz.

Cuando todos los miembros de la familia terminan esta actividad, la ministra de iglesia inicia los rezos y cantos que lleva previamente



seleccionados, en ocasiones selecciona otros más, así también las niñas que la acompañan rezan o leen pasajes bíblicos y cantan con un elevado tono de voz. Casi al final se entrega al enfermo la ostia y se reza el “padre nuestro” y el “Ave María”.

Finalmente, Doña Imelda dedica algunos minutos a platicar con toda la familia. Mientras tanto algún miembro de la familia les ofrece café, té, pan o algún otro alimento. Doña Imelda se despide y dirige al siguiente domicilio caminando. Entre una casa y otra el traslado se realiza en 15 o 20 minutos. Y así, en una u otra casa se repite el ritual. Lo característico es que cuando Doña Imelda llega se reúne toda la familia de la persona enferma a presenciar el acto religioso.

Las actividades de la “hora santa” concluyen entre las 20 y 21 hrs. aproximadamente. El número de personas enfermas a las que visita Doña Imelda son entre 7 y 10 en el mismo día.

Se observa que las personas consideran importante la actividad realizada por Doña Imelda. Una posible manifestación puede ser el compartir café o té al finalizar el ritual religioso.

Cuando se le pregunta a la Sra. Imelda: ¿por qué realizar la “hora santa”? Ella refiere “teniendo fe en Dios, sana uno”.

## CONCLUSIONES

En la comunidad de estudio, las prácticas de cuidado reflejan aspectos espirituales y tradicionales. Mientras que las prácticas de cuidado tradicional se enfocan a detectar los síntomas de los padecimientos y abordarlos mediante un tratamiento específico culturalmente determinado, las prácticas de cuidado espiritual tienen como característica principal establecer un vínculo de acompañamiento en los procesos de enfermedad y muerte, en los que se reconoce un medio para ejercer esta práctica y que desencadena un beneficio para la dualidad de cuidado, es decir, para la persona que cuida como para la que es cuidada. El principal beneficio es la paz emocional percibida por ambos actores, al recibir o brindar algún tipo de cuidado espiritual. En conjunto ambas prácticas se complementan, mientras que una trabaja la curación mediante la fe y el uso de recursos terapéuticos tradicionales (práctica tradicional), la otra se dedica a fortalecer la fe mediante la creencia en un ser superior (práctica espiritual). En conjunto, generan apoyo y cuidado en los procesos de salud enfermedad.

Todos estos aspectos forman parte del cuidado en la comunidad, y no se vislumbran en las definiciones de cuidado mencionadas anteriormente, sin embargo, son parte de una ideología social y cultural de este grupo de personas. Por lo cual, resulta relevante para la enfermería explorar y conocer otros contextos de cuidado y retroalimentar sus marcos conceptuales a través de los conocimientos empíricos que en ésta como en otras comunidades se han vivido durante muchos años, generando bienestar, afrontamiento en los procesos de salud-enfermedad y conservación de la vida.

Limitarse a una definición universal de cuidado, aunque haya sido aceptada por con-

senso académico, podría dejar a un lado elementos importantes a considerar en determinado espacio y tiempo, así como restringir el quehacer de la enfermería, pero sobre todo, los beneficios dirigidos al sujeto de cuidado.

La definición de cuidado, entonces, debería construirse conforme lineamientos tecnológico-científicos que consideren el momento histórico, social y cultural de los sujetos de cuidado. Específicamente para la comunidad de estudio se propone la siguiente definición de prácticas de cuidado: Actividades de acompañamiento que consideran aspectos culturales y/o espirituales del sujeto de cuidado, tales como rituales religiosos y de curación que generan bienestar en el afrontamiento de los procesos de salud-enfermedad.

## REFERENCIAS

- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2014). Sistema de información e indicadores de la población indígena de México. México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010). Censo General de Población y Vivienda. Resultados Definitivos. México.
- Canovas, T. (2008). La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. España.
- Cardoso, M., Figueroa, R., Moreno, B. y Orozco, C. (2003). Un obstáculo etnocéntrico para el control de la diabetes: su propia definición. *Estudios de Antropología Biológica*, 11(1), 297-319.
- Cardoso, M., Zarco, V., Aburto, L. y Rodríguez, L. (2014). Paciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. México*, 57(5), 32-42.
- Cohen, J. (1991). Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 16(8), 899-909. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01794.x
- Harris, M. (1996). *Antropología cultural*, 4ª reimpresión, Madrid: Alianza Editorial.
- Kerouac, S. (1996). *Concepciones de Nightingale a Parse. El Pensamiento Enfermero*. Madrid: Elsevier Masson.
- Martínez, L. (2010). La dinámica comunitaria vista desde la migración en la sierra nahua de Zongolica, Veracruz. *Análisis y perspectivas de estudio. Migraciones internacionales*, 5(4), 7-37.
- Martínez, M. (2001). *Comportamiento humano: nuevos métodos de investigación*, México D.F: Trillas.
- Palomino, L., Grande, G. y Linares, A. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1) 71-91. doi:10.3989/ris.2013.02.16
- Rodríguez, G., Gil, F. y García, J. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Tomassini, M. (2005). Ledimensioni culturali della professione infermieristica. *Savar Rivista del nursing in movimento*. 8(3), 3-14.
- Ulin, P., Robinson, E. y Tolley E. (2006). *Investigación aplicada en Salud pública. Métodos Cualitativos*. USAID, FHI y OPS (1)
- Urra, M., Jana, A., García, V. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de los cuidados transpersonales. *Ciencia y enfermería*. 17(3), 11-22.
- Zepahua, V. (2014). *Cosmovisión y formas de atención en salud de un huesero, partera y medico nahua de la sierra de Zongolica, Veracruz*. *Psicología y prácticas de medicina tradicional*. Tesis de licenciatura en psicología. Universidad del Golfo de México. México.