



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

El sentido de las manos: experiencias sensitivas terapéuticas
en la atención y cuidado de trastornos funcionales del aparato
locomotor en la zona fronteriza de Baja California

Tesis presentada por

Ma. Cristina Guirette Barbosa

Para obtener el grado de

DOCTORA EN ESTUDIOS CULTURALES

Tijuana, B.C., México
2025

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Directora de Tesis: Dra. Christine Alysse Von Glascoe.

Aprobada por el jurado examinador.

1. Dra. Norah Anita Schwartz Post, lectora interna.
2. Dra. Lina Rosa Berrio Palomo, lectora externa.
3. Dra. María Alejandra Aguilar Ros, sinodal.
4. Dr. Rafael Alarcón Medina, sinodal.

A los cuerpos dolientes
De la herida que sangra...

Agradecimientos

Esta investigación se realizó gracias al apoyo otorgado por la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), a través de El Colegio de la Frontera Norte, A. C. y su programa de Doctorado en Estudios Culturales. El trayecto de esta investigación presentó ritmos e intensidades diferentes e inflexiones importantes las cuales se sortearon gracias a la dirección de la Dra. Christine Von Glascoe a quien agradezco su compartir de cúmulo de experiencias del andar estas tierras, su atenta escucha en largas conversas y sus “gotitas de amor” que fueron importantes para concluir. La calidez y fortaleza de la Dra. Norah Schwartz fueron cruciales para no desistir en esta pesquisa. La Dra. Lina Rosa Berrio ha contribuido de forma especial con la mirada crítica y amorosa paciencia para que esta investigación sea tal. A la Dra. Alejandra Aguilar Ros agradezco las reiteradas oportunidades y confianza otorgadas en esta iniciativa y al Dr. Rafael Alarcón Medina por el apoyo, gestión y experiencia para culminar la investigación. Agradezco a investigadores e investigadoras que en el compartir de cursos y evaluaciones, fueron un respiro en la mar de tareas por realizar. A la Dra. Marlene Solís, por apoyar y hacer posibles sueños otros. Al Dr. Luis Escala por su entrañable amistad e invaluable apoyo. A quienes compartieron en aulas, debates o foros que con sus piensos contribuyeron a reflexiones enriquecedoras: Dr. Camilo Contreras, Dr. Miguel Olmos Aguilera y la Dra. Ana Lilia Nieto y a la Dra. Olga Odgers. Al personal administrativo, de apoyo y de servicios, así como a becarios (as) que hacen posible gran parte de la operatividad de este centro de investigación. Algunas de estas personas, que, a razón del devenir de transitar los caminos, son parte del tejido profundo de afectos entrañables como la Mtra. Irene Becerra, Mtra. Claudia Verduzco, Alma Guerra, Mtra. Estela Soler, Mariana Ochoa y a los hermanos Humberto y Carlos Félix Berumen. A la Mtra. Nancy Utley por su transparencia y solidaridad. A los compañeros y compañeras con quien se transitó este trayecto en aulas, cursos, debates, WhatsApp y café: Julio Morales, Lupita Herrera, Ely Rodríguez. A quienes fueron clave en momentos complicados: por la contención y celebración a Dátse Velázquez y José Javier Reséndiz, por la introspección y sentipensares compartidos a Luz Areli Hernández, a Talina Hernández por su narrativa y a Lorena Castro por hacer divertido el trayecto que sabíamos terminaría. De manera especial mi más sentido agradecimiento a todas las personas que aceptaron colaborar con esta investigación con entrevistas o conversaciones informales. Gracias a las familias, Koléew, Kumiay, Cucapá y Pa Ipai y a la Sra. Norma Carvajal por compartir su sabiduría de la vida en tierras Yumanas. A los amigos y amigas que en la lejanía abrazaron este sueño: Roberto Hernández Trejo y la pareja divina de Santa María del Tulé, Oax.: María Eugenia Hernández y Víctor Vásquez Quintas. Gracias a mi gran amada familia de sangre, extendida y cósmica. Y todos los días, todo el día, antes y después de todos los tiempos gracias a María Paz Arriaga, María Gloria Cisneros, María Guadalupe Barbosa. A mi escuela amorosa de la vida: Emi Alejandra, Aisha Nureén, Haruki Nathaniel, Claudio Yuev y Yalo Guirette por renovar y resignificar el devenir. Gracias infinitas a Omar Alejandro Guirette Barbosa por ser y estar. Y, a la música que resuena en mi ser encarnado, al ritmo de la sincronía de tiempo y del amor.

Resumen.

Esta investigación centró su objetivo en caracterizar cinco escenas en tres situaciones sociales en donde se oferta atención y cuidado a los trastornos funcionales del aparato locomotor (TFAL) con técnicas manuales profundas, al interior del hiper pluralismo médico en la zona fronteriza de Baja California. A partir del enfoque teórico de la Antropología Médica Clínica y los Modelos Explicativos, los Modelos Médicos de Atención de la Antropología Médica Crítica, la Antropología del dolor y sensitiva; se presenta un marco interpretativo de los aquí denominados SPA de día adherido a clínica (SAC), SPA de día adjunto a Hospital (SAH), Consultorio adyacente a vivienda (CAV) así como la caracterización de los sobadores y sobadoras populares urbanos, y la experiencia sensitiva terapéutica táctil EST que se sucede en la praxis clínica. La prevalencia e incidencia de TFAL acontece en el ámbito doméstico, así como la atención y en forma complementaria al interior de los PSEA-C con dinámicas contextuales que ensancha la brecha de injusticia social e incuria para los sectores más desfavorecidos. La metodología hace uso de los postulados de la Teoría fundamentada y la información aquí presentada se obtuvo del análisis etnosemántico del proceso de elicitación de la entrevistas etnografía y la observación participante. El incremento de las etnocirugías, el Clúster de Turismo Médico, los convenios transnacionales a la par de los padecimientos desatendidos se suman a las múltiples causas que limitan e imposibilitan atender TFAL a cuerpos dolientes, cuerpos subalternos.

Palabras clave: Pluralismo Médico, Trastornos funcionales del aparato locomotor, Dolor, Experiencia sensitiva, Consultorio Adyacente a Vivienda.

Abstract.

This research focused on characterizing five scenes in three social situations where care and treatment are offered for functional disorders of the musculoskeletal system (FDLS) using deep manual techniques, within the context of medical hyper-pluralism in the border area of Baja California. Based on the theoretical approach of Clinical Medical Anthropology and Explanatory Models, Medical Models of Care in Critical Medical Anthropology, Anthropology of Pain and Sensitivity, an interpretive framework is presented for what are referred to here as day SPA attached to clinics (SAC), day SPA attached to hospitals (SAH), clinics adjacent to homes (CAV), as well as the characterization of popular urban massage therapists and the EST tactile therapeutic sensory experience that occurs in clinical practice. The prevalence and incidence of TFAL occurs in the domestic sphere, as well as in care and in a complementary manner within PSEA-C with contextual dynamics that widen the gap of social injustice and neglect for the most disadvantaged sectors. The methodology makes use of the postulates of Grounded Theory, and the information presented here was obtained from

the ethnosemantic analysis of the elicitation process of ethnographic interviews and participant observation. The increase in ethno-surgeries, promoted by the Medical Tourism Cluster, transnational agreements, and neglected conditions are among the many causes that limit and make it impossible to provide TFAL to suffering bodies, subordinate bodies.

Keywords: Medical Pluralism, Functional Disorders of the Locomotor System, Pain, Sensory Experience, Clinic Adjacent to Housing.

Índice Temático

	Pág.
Introducción	02
Capítulo I. Planteamiento de investigación	06
1.1 Antecedentes	06
1.2 Delimitación del problema de investigación	09
1.3 Pregunta general de investigación	09
1.3.1 Preguntas específicas de investigación	09
1.4 Objetivo general de investigación	12
1.4.1 Objetivos específicos de investigación	12
1.5 Hipótesis de investigación	12
1.6 Justificación	13
1.7 Metodología	19
1.7.1 Criterios de inclusión de informantes clave	20
1.7.2 Apartado ético	20
1.8 Análisis etnosemántico	21
1.8.1 Dominios culturales	22
1.8.1.1 Análisis taxonómico	23
1.8.1.2 Análisis de componentes	23
1.8.1.3 Análisis de tema	23
1.9 Trabajo de campo	23
1.9.1 Primera etapa	24
1.9.2 Segunda etapa	24
1.9.3 Tercera etapa	30
1.10 Observación participante	31
1.11 Entrevista etnográfica	35
1.12 Transcripción de entrevistas	36
1.12.1 Dominios culturales folk	36
“Sobada curativa”	36
“El sentido de las manos”	36
“Una chinga”	36
“Validar el dolor”	36
“Andar bien jodidos”	37
“Quemarse las manos”	37
1.12 Dominios culturales folk de las tres situaciones sociales	37
1.12.1 “Sobada curativa”	37
1.12.2 “El sentido de las manos”	37
1.12.3 “Una Chinga”	38
1.12.4 “Dolores bien heavy”	38
1.12.5 “El codito”	38
1.14 Relaciones semánticas	38
1.15 Descripción de Dominios culturales	38
	60

1.15.1 “El sentido de las manos” (Perfil profesional)	46
1.15.2 “Quemarse las manos” (Lesiones)	49
1.15.3 “Una Chinga” (Recursos Terapéuticos)	52
1.15.4 “Validar el dolor”	59
1.16 Conclusiones	62
Capítulo II. Marco Teórico-conceptual	66
Introducción	66
2.1 Modelo antropológico clásico	66
2.2 Surgimiento y consolidación de la Antropología médica	67
2.3 Modelo pragmático	68
2.4 Modelo crítico	69
2.5 Antropología Médica Clínica	69
2.5.1 Modelos explicativos de Kleinman (EMs)	69
2.6 Antropología Médica Crítica	72
2.7 Antropología del cuerpo y del dolor	74
2.7.1 Antropología del dolor	77
2.8 Conclusiones	78
Capítulo III: Estado del arte	79
Introducción	79
3.1 Estudios Culturales	79
3.2 Sociología Médica	81
3.3 Sociología del cuerpo	82
3.4 Salud Pública	86
3.5 Epidemiología en la zona fronteriza de Baja California	88
3.5.1 Salud Fronteriza	90
3.5.2 Frontera Saludable	90
3.5.3 Salud Internacional	91
3.5.4 Salud Global	91
3.5.5 Salud Binacional	92
3.5.6 Salud Migrante	92
3.5.7 Salud Fronteriza	92
3.6 Antropología Médica	96
3.6.1 Pluralismo médico	98
3.7 Antropología Médica Crítica	100
3.8 Conclusiones	102
Capítulo IV: Contexto urbano de la lesión y el dolor.	104
Introducción	104
4.1 Delimitación del área de estudio	105
4.1.1 La zona fronteriza de Baja California	105
4.1.1.1 Ubicación	105
4.2 Población	111
4.3 Cobertura de servicios de salud e infraestructura	111
4.3.1 Infraestructura para atención a la salud en la zona fronteriza de Baja California	112
4.3.2 Consulta externa sistema público	114

4.3.3 Consulta externa sistema privado	116
4.3.4 Infraestructura pública hospitalaria	117
4.3.5 Infraestructura hospitalaria privada	118
4.4 Lesiones al aparato locomotor atendidos por la Secretaría de Salud en la entidad de Baja California	119
4.5 Antecedentes de investigación de Pluralismo médico en atención y cuidado a TFAL	127
4.6 Convenios y tratados: SIMNSA	134
4.6.1 Programa Blue Shield of California	135
4.6.2 Pase Médico-Medical Pass	137
4.7 Crisis en el ISSSTE CALI	139
4.8 Marco Legal	140
4.8.1 Constitución Política de México	140
4.8.2 Organización Mundial de la Salud	141
4.8.2.1 Tratados internacionales vigentes relativos a TFAL	141
4.8.2.2 Últimos cambios a la ley en Salud Pública en México	143
4.9 Conclusiones	146
Capítulo V. Primera Escena: “Sobadas curativas”.	149
Introducción	149
5.1 Situación social 1: Sobadores (as) populares urbanos en catedral de Tijuana y: ¡En el nombre sea de Dios!	150
5.2 Convivencia entre conocedores	168
5.3 Experiencia sensitiva táctil	159
5.4 Conclusiones	184
Capítulo VI. Segunda escena: “Spa de día y el Masaje milagroso”	187
Introducción.	187
6.1 SPAs de día	189
6.2 Clúster Turismo Médico	190
6.3 SPA de día adherido a clínica (SAC)	195
6.4 SPA de día adyacente a hospital (SAH)	208
6.5 Conclusiones	215
Capítulo VII. Tercera Escena: “En la búsqueda”	219
Introducción	219
7.1 Escuela profesionalizante Colegio de Terapias Alternativas de México, A.C	219
7.2 Convivencia entre conocedores	220
7.3 Conclusiones	237

Capítulo VIII. Cuarta Escena: “Validar el dolor”	239
Introducción	239
8.1 Consultorio Adyacente a Vivienda (CAV) Mantra	240
Conclusiones	266
Capítulo IX. Quinta Escena: “Sirviendo para sanarte”	269
Introducción	269
9.1 Contexto geográfico	270
9.2 Clima y flora	272
9.3 Contexto arqueológico	273
9.4 Organización social	274
9.5 Cronología de la cultura arqueológica del desierto	276
9.6 Etapa contacto occidental	279
9.7 Shulmules yumanos	280
9.8 Los grupos yumanos hoy	282
9.9 Conclusiones	308
Comentarios finales	312
Bibliografía	322
Anexos	
Índice de gráficos, cuadros, figuras, ilustraciones o mapas	

Índice de Tablas	Página
1.1 Tabla Conversaciones informales y entrevistas etnográficas. Escena 1 Situación Social 2	25
1.2 Tabla Conversaciones informales y entrevistas etnográficas, Escena 2 Situación social 2	27
1.3 Tabla Conversaciones informales y entrevistas etnográficas Escena 5, Situación social 3. Sirviendo para sanarte	28
1.4 Tabla Conversaciones informales y entrevistas etnográficas Escena 3, Situación social 2. En la búsqueda	30
1.5 Tabla Conversaciones informales y entrevistas etnográficas Escena 4, Situación Social 2	31
1.6 Tabla Relaciones semánticas de estricta inclusión	38
1.7 Tabla, Relaciones semántica de profesionales que cuidan y atienden TFAL	39
1.8 Tabla Relaciones semánticas de tipo de relación en el tiempo	40
1.9 Tabla Relaciones semánticas de causas por las que se recurren a los conocedores que atienden y cuidan TFAL	40
1.10 Tabla, “Relación semántica de la terapia manual empleada por conocedores que atienden y cuidan TFAL	42
1.11 Tabla Relación semántica de efectos de la atención y el cuidado de TFAL	43
1.12 Tabla “relaciones semánticas de los principales pasos efectuados por profesionales en la atención y cuidados TFAL	43
1.13 Tabla, Relaciones semánticas de atributos de diagnóstico efectuado por profesionales que atienden y cuidan TFAL	44
1.14 Tabla, “Relación semántica de herramientas y recursos empleados en la atención y cuidado de los TFAL	44
1.15 Tabla, “Relación semántica técnicas empleadas en la atención y cuidado de TFAL	45
1.16 Tabla, “Relaciones semánticas de principales atributos de los profesionales que atienden TFAL	45
4.1 Tabla distribución por municipio según afiliación de población de Baja California	115
4.2 Tabla establecimientos de infraestructura en Baja California por década: 1950	117
4.3 Tabla Establecimiento de infraestructura en Baja California; 1960	120
4.4 Tabla Recursos físicos nacionales y por entidad: Baja California	120
4.5 Tabla Tipo de establecimiento de salud por entidad	120
4.6 Tabla Médicos especialistas nacionales y por entidad	121
4.7 Tabla Personal de salud por entidad	122
4.8 Tabla Lesiones referidas por	123
4.9 Tabla Lesiones área anatómica	124

4.10 Tabla Lesiones agentes	125
4.11 Tabla Lesiones sito de ocurrencia	125
4.12 Tabla Lesiones consecuencia mayor	127
4.13 Tabla infraestructura y recursos en la región de Baja California	145
5.1 Tabla “Resultados de búsquedas en Google Maps® georreferenciadas de profesionales y conocedores que atienden y dan cuidado a TFAL	165
5.2 Tabla “Resultados en Google Maps® de búsqueda georreferenciadas de sobadores (as) que atienden y cuidan TFAL	165
5.3 Tabla “resultados de búsquedas de conocedores y profesionales denominados fisioterapeutas georeferenciados que atienden TFAL	167
5.4 Tabla “Caracterización de técnicas y métodos, recursos terapéuticos y tipo de relación en el tiempo	168
5.5 Tabla, Lesiones atendidas en Escena 1, situación social 1.	175
5.6 Tabla “Motivos de consulta en Escena 1, situación social 1.	176
5.7 Tabla, “Tipo de dolor que se atiende Escena 1, situación social 1.	181
6.1 Tabla Principales centros sanitarios de turismo médico en México.	192
6.2 Tabla Cronología de establecimiento de infraestructura hospitalaria del sector privado en Tijuana, periodo 2000-2010.	193
6.3 Tabla, Principales especialidades en centros sanitarios de turismo médico en México.	195
6.4 Tabla, Resultados de búsquedas en Google Maps georreferenciados de osteópatas y alfabiotistas y quiropráctico que atienden y cuidan TFAL.	198
6.5 Tabla, Establecimientos que atienden TFAL georeferenciados en Tijuana como masaje”.	207
6.6 Tabla “TFAL que se atiende y cuida en Spa de día, SAC y SAH.	210
6.7 Tabla “Oferta de servicios en Escena 2, situación social 2, Spa de día y masaje milagroso”.	211
7.1 Tabla “Caracterización de técnicas y métodos, recursos terapéuticos y tipo de relación en el tiempo. Escena 3, situación social. 2.	233
7.2 Tabla “Tipología de técnicas manuales”.	235
7.3 Tabla “Tipología de técnicas manuales profundas”.	235
8.1 Carac., métodos y recursos terapéuticos. CAV Mantra	261
8.2 Caracterización de lesiones atendidas en CAV Mantra, Tecate, B.C.	262
9.1 Principales investigaciones, áreas de estudio y aportes arqueológicos.	276
9.2 Fechas y complejos asociados a la cultura del desierto	277
9.3 Cronologías, tradiciones culturales arqueológicas en Baja California.	278
9.4 Caract. métodos, recursos terapéuticos y tipo de relación en el tiempo.	292
9.5 Miscelánea de herbolaria	296
9.6 Motivaciones de consulta por las que se recurre a atención y cuidado.	304
9.7 Lesiones frecuentes atendidas. Escena 5 situación social 3.	305
9.8 Tipo de dolor atendido, según escena en zona fronteriza de Baja Cal.	306
9.9 Tipo de lesiones atendidas, según escena zona fronteriza de Baja Cal.	307

Índice de imágenes y mapas.

4.1 Mapa de ubicación de la zona fronteriza de Baja California.	110
4.2 Clínica de rehabilitación física. ISSSTECALI, Mexicali, B.C.	115
4.3 Farmacias del Ahorro, Zona Centro, Tijuana, B.C.	117
4.4 Hospital General de Tijuana.	118
4.5 Hospital Blue, Zona río, Tijuana, B.C.	119
4.6 Puente de acceso “Medical center SIMNSA.	135
4.7 Vista posterior “Medical Center SIMNSA.	135
4.8 Espectacular publicitario de servicios médicos, Tijuana, B.C.	137
4.9 Espectacular publicitario “New city medical plaza”.	137
4.10 Panorámica de edificios New city medical plaza y Quartz Hotel.	137
5.1 Imagen de Atrio de catedral, delegación centro, Tijuana, B.C.	151
5.2 Sobador popular urbano itinerante (SPUI) y consultorio itinerante motorizado (CIM).	151
5.3 Sobador popular urbano itinerante, zona centro, Tijuana, B.C.	152
5.4 Sobador itinerante, Atrio de catedral, zona centro, Tijuana, B.C.	153
5.5 Tarjetas de presentación, atrio de catedral, zona centro, Tijuana, B.C.	156
5.6 Sobador establecido en atrio de catedral, zona centro, Tijuana, B.C.	157
5.7 Sobador itinerante adherido a farmacia (SIAF), calle segunda, zona centro, Tijuana, B.C.	158
5.8 Puente Chaparral. Acceso peatonal y cruce de San Ysidro y canalización del Río Tijuana, Tijuana, B.C.	160
5.9 Rampa de acceso a “Parque Las Californias, delegación centro, Tijuana, B.C.”	160
5.10 Plaza comercial “Las Californias”, zona centro, Tijuana, B.C.	160
5.11 Puente México, zona centro, Tijuana, B.C.	160
5.12 Mapa de ubicación zona centro, Tijuana B.C.	161
5.13 Arco de acceso, calle primera, delegación centro, Tijuana, B.C.	162
5.14 Calle revolución, zona centro, Tijuana, B.C.	162
5.15 Mapa de distribuc. de conocedores y prof. georeferenciados.	166
6.1 Anuncio publicitario. Plaza patria, Tijuana, B.C.	188
6.2 Mapa de distribución de conocedores y profesionales georeferenciados a partir de búsquedas de “quiropáticos” en Google Maps®.	199
6.3 Anuncio publicitario Plaza comercial “La pajarita”, Tijuana B.C.	205
6.4 Anuncio publicitario, Friki Plaza, zona centro, Tijuana, B.C.	205
6.5 Mapa de distribución y establecimientos georeferenciados como “SPA” a partir de búsquedas georeferenciadas en Google Maps® en Tijuana, B.C.	207
6.6 Barda de espectaculares promocionales de cirugías estéticas e implantes de cabello. Localización adjunta a torre de especialidades, zona río adjunta a carriles ready line, sentry, y pase médico, Tijuana, B.C.	208
6.7 Spa adyacente a Hospital (SAH) Resort Quartz.	209
7.1 Curso de Kinesiología Holística. Escuela Yulitia, Plaza Otay, Tijuana, B.C.	231

7.2	Terapeuta y kinesiólogo holístico. Escuela Yulitia, Plaza Otay, Tijuana, B.C.	231
7.3	Publicidad de terapia de Masaje terapéutico en CAV, Playas de Tijuana, B.C.	232
7.4	Publicidad de terapia de Masaje terapéutico y quiromasaje. San Antonio de los Buenos, Tijuana, B.C.	232
8.1	Tarjeta de presentación CAV “Mantra”. Tecate, B.C.	241
8.2	Tarjeta de presentación CAV “Mantra”. Tecate, B.C.	241
8.3	Acceso principal a CAV “Mantra”. Tecate, B.C.	242
8.4	Construcción Call center terapéutico Adyacente a CAV. Tecate, B.C.	242
8.5	Consultorio y cabina principal de CAV Mantra, Tecate, B.C.	243
8.6	Aplicación de técnica manual profunda a grupo muscular de antebrazo. CAV “Mantra, Tecate, B.C.	248
8.7	Aplicación de técnica manual profunda en espalda alta, y trapecio.	248
8.8	Aplicación de técnica manual profunda en elevador de la escápula, trapecio superior y cervicales.	249
8.9	Aplicación de técnica osteopática en cintura escapular y húmero.	249
8.10	Aplicación de ventosas frías en espalda alta.	
8.11	Deslizamientos asistidos de ventosas sobre músculo de espalda.	251
8.12	Aplicación de ajustes articular.	251
8.13	Aplicación de trusth en articulación de antebrazo.	251
8.14	Aplicación de kinesiotape y/o vendaje neuromuscular en articulación lesionada.	258
8.15	Indicación de ejercicios terapéuticos a ejecutar por consultante.	258
8.16	Instrucción de ejercicio terapéutico para corrección en vértebras cervicales.	261
8.17	Instrucción de ejercicio terapéutico para corrección de vertebras torácicas.	261
9.1	Festival nativa 2023. artesanía y souvenirs. Plaza “puerta al mar”, Ensenada, B.C.	288
9.2	Festival Nativa 2023, Cantadores tradicionales. Plaza “Puerta al mar”, Ensenada, B.C.	288
9.3	Salva y salvia real. Festival Nativa 2023, Plaza “Puerta al mar”, Ensenada, B.C.	289
9.4	Reconocimiento señorita Nativa. Festival Nativa 2023.	289
9.5	Puesto del Shulmul Koleéw, Festival Nativa 2023, Plaza “Puerta al mar”, Ensenada, B.C.	290
9.6	Carpa de sobadora de Shulmul Koleéw, Festival Nativa 2023, Plaza “Puerta al mar”, Ensenada, B.C.	290

INTRODUCCIÓN

Esta investigación profundiza en la problemática de atención y cuidado de los trastornos funcionales del aparato locomotor (TFAL) a partir de su prevalencia e incidencia en el sector subalterno de la población que encarna dolores rebeldes o crónicos resultado de la incuria que acontece en la zona fronteriza de Baja California. Documenta la insuficiencia de cobertura por parte del SAS público para otorgar atención y cuidado a padecimientos emanados de lesiones musculoesqueléticas en cuerpos que experimentan dolores rebeldes resultado de la injusticia social que se encarna en la zona. Ahonda en la praxis clínica que acontece entre conocedor y consultante, en espacios de atención y cuidado en cinco escenas de tres situaciones sociales. Presenta una caracterización de tres momentos de la atención, el diagnóstico, atención y seguimiento. Propone la experiencia sensitiva terapéutica táctil, como recurso efectivo y afectivo, en tanto un tipo de terapéutica centrada en la persona y recurso disponible al interior de las dinámicas fluidas, cambiantes, flexibles del hiper pluralismo médico.

En el primer apartado se efectúa el planteamiento de esta investigación que buscó responder a la cuestión central que ahonda en la experiencia sensitiva, como una alternativa en la atención de los TFAL dada la alta incidencia en el año 2024 de caídas y accidente en el ámbito doméstico en la entidad de Baja California, mismas que atraviesan varias situaciones sociales que muestran el acelerado crecimiento y proliferación de conocedores “marginales” en el sistema de atención a la salud privado en la zona fronteriza de Baja California; contribuyendo a un abordaje que visibiliza los TFAL en tanto resultado de la incuria y de injusticia social. Se delimitan los objetivos, se enuncian algunas de las limitantes en la incursión al trabajo de campo y se especifica la metodología empleada, así como los resultados de la elicitación de la etnosemántica efectuada a las entrevistas etnográficas de informantes clave en cinco escenas de tres situaciones sociales: Situación social 1: Sobadores y sobadoras populares urbanos y ¡en el nombre sea de Dios!, Escena 1: “Sobadas curativas”. Situación social 2. Profesionalización en la atención y cuidado de TFAL en: Escena 2: “Spa de día el Masaje Milagroso”, Escena 3. Escuela profesionalizante Yulitia “En la búsqueda”;

Escena 4. “Validar el dolor” en consultorios adyacentes a vivienda (CAV) y en la Situación social 3: Atención y cuidado a TFAL entre grupos y comunidades originarios: Escena 5. “Sirviendo para sanarte”.

En el segundo apartado se presenta el marco teórico-conceptual que se construyó desde los Estudios Culturales y su interdisciplina, recuperando los postulados de los Modelos Explicativos de la Teoría antropológica médica clínica que destaca los conceptos de *Disease*, *Illness* y *Sickness*, conceptos que posibilita situar las experiencias en la construcción sociocultural de los TFAL según la relación terapeuta-paciente, que se construye en la praxis clínica. Siguiendo los postulados teóricos de Kleinman (1980) se destaca el de los profesionales o conocedores y por otra, de manera complementaria, los Modelos Médicos de Atención de Menéndez (2016); ambas construcciones teóricas posibilitan abordar los PSEA-C que se suceden en cinco escenas de la zona fronteriza de Baja California y que dan cuenta del hiper Pluralismo Médico y la prevalencia respecto a las afecciones musculoesqueléticas y su atención-desatención. De igual manera, se recuperan conceptos como Salud binacional y Salud Fronteriza, mismos que han sido parte de las principales contribuciones de la Salud Pública (Araujo et al., 2016; Fierros Hernández, 2016). Se sitúa además en la zona fronteriza de Baja California (Von Glascoe, 2021), concepto que ofrece un marco interpretativo respecto a las condiciones de vida cotidianas de la población subalterna, trabajadora y migrante.

En el tercer apartado se desarrolla el estado del arte de las investigaciones efectuadas desde las disciplinas referidas en el marco teórico de esta investigación. Se exponen los principales avances efectuados por parte de los Estudios Culturales que deja ver la necesidad de construir puentes entre disciplinas a razón de la ausencia de un marco interpretativo propio de la subdisciplina que posibilite abordajes como el aquí planteado. Se incursiona en la Salud Pública, la Epidemiología sociocultural, Antropología Médica Clínica, Antropología Médica Crítica, Antropología del cuerpo, sensitiva y del dolor. De tal suerte que se integran conceptos resultado de la labor investigativa de la Salud pública como son: Salud binacional, Salud fronteriza, Zona fronteriza de Baja California. Desde los Modelos Explicativos (EMs)

de Kleiman, aquí se destaca la de los conocedores o profesionales “marginales” posibilitando una lectura microsocia de la praxis clínica. En términos macrosociales, los PSEA-C y de atención-desatención enmarcan inferencias otras que en la práctica clínica o micro no son asibles. Por su parte, los Modelos Médicos de Atención; Hegemónico, (MMH), Modelo Médico Alternativo y Subordinado, (MMAA), y Modelo Médico de Autoatención y Autocuidado (MMAA) a la par de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEA-C) y procesos de atención-desatención. Por su parte la subdisciplina de la antropología del cuerpo, sensitiva y del dolor, posibilitan una interpretación experiencial en las situaciones sociales que se presentan en los apartados subsecuentes.

En el cuarto apartado se describen algunas especificidades respecto a la infraestructura establecida en la zona fronteriza de los SAS tanto pública como privada. Se trata de una reconstrucción del panorama histórico cultural que con una lectura en capas, que se van sedimentando en estrecha relación con los cambios sociales y económicos que se suceden en periodos de tiempo delimitados por la construcción de hospitales públicos y privados; y que se van colocando sobre el estrato más profundo, que responde a su vez, a la alta prevalencia de los TFAL pero también en relación con procesos sociales, económicos y políticos que han acontecido en el estado de California en Estados Unidos, como la incorporación y acreditación de los quiroprácticos a las compañías de seguros y el surgimiento de la escuelas del masaje californiano y la quiropraxia.

En el quinto apartado se realiza la descripción de la Escena 1: “Sobadas curativas” en la situación social 1: “Sobadores y sobadoras populares urbanos” de la zona centro de la ciudad de Tijuana. Se enuncian algunas de las problemáticas que prevalecen respecto al acceso a los servicios de salud y de infraestructura y la demanda de experiencias terapéuticas para la atención y cuidado de los TFAL. Se da cuenta de algunas particularidades de los conocedores como de los procesos capacitacionistas que han sido incorporados en la transmisión del oficio, dejando ver el entramado de sobreposiciones dinámicas de aspectos variados de disímiles SAS. Se identificaron los siguientes: sobadores (as) populares urbanos itinerantes

(SPUI), sobadores (as) populares urbanos establecidos (SPUE), sobador popular urbano adherido a farmacia (SPUAF) y consultorio itinerante motorizado (CIM).

En el sexto apartado se describe la Situación social 2: “Profesionalización en la atención y cuidado a los TFAL en la zona fronteriza de Baja California”, misma que incluye las escenas 2, 3 y 4. Especificando: Escena 2. “SPA de día y Masaje Milagroso”. Se presenta una tipología de los denominados SPA de día en base a mapeos de distribución, densidad de establecimientos identificados, servicios, herramientas, entre otros aspectos que permitieron identificar: Spa de día doméstico (SD), Spa de día adherido a clínica (SAC), Spa de día adyacente a hospital (SAH). En dinámicas aceleradas, el crecimiento exponencial de estos espacios responde en forma análoga a las etapas específicas del establecimiento de infraestructura médica privada transnacional, que desde los años noventa del siglo pasado, y con la puesta en marcha de las políticas neoliberales en el país, efectúan acuerdos y negociaciones constantes; y que, con las sucesivas políticas desarrollistas implementadas en las últimas tres décadas, posibilita hablar de un *hiper pluralismo médico*.

En el séptimo apartado se describe la Escena 3: “En la búsqueda”, que forma parte de la Situación social: “Profesionalización”, en donde se describe la trayectoria de una escuela profesionalizante y capacitacionista, que certifica a más de medio millar de masoterapeutas en la zona fronteriza y que ha integrado conocedores certificados a la demanda transnacional propia de los acuerdos firmados entre SAS privado en México y SAS privado en Estados Unidos y compañías de seguros.

En el octavo apartado se describe la Escena 4. Consultorio Adyacente a Vivienda (CAV), en tanto parte del SAS privado, en donde, desde una terapéutica de la persona, al interior del hiper pluralismo médico; los procesos de atención y cuidado se despliegan en una miscelánea híbrida, fluida, flexible y expansiva para atender y cuidar TFAL, resultado de la sinergia de la experiencia sensitiva terapéutica táctil (EST).

En el capítulo noveno se describe la Escena 5: “Sirviendo para sanarte” en la Situación social 3. “Grupos y comunidades originarias”, dando cuenta de algunos cambios y adaptaciones que se suceden en el ámbito de los PSEA-C de los TFAL y el filtrado sutil por el que la biomedicina incorpora a estas comunidades, a partir de los mecanismos de control de la biomedicina desplegados con caravanas de salud del SAS público, universidades, así como por algunas denominaciones religiosas judeocristianas; integrando una cobertura de servicios de salud y medicalización vía capacitar a au

xiliares de enfermería. Además, la participación política y la larga trayectoria de estas comunidades en la lucha por el reconocimiento y salvaguarda de un patrimonio con prácticas que se ajustan a la demanda de la cultura global, en donde el extractivismo, en sus múltiples modalidades, ha sido una tema sensible y generador de conflictivos. Muestra el lado corpóreo de quienes cuidan, atienden, estudian, trabajan, se capacitan, maternan y hacen que la vida funcione con una serie de racismos encarnados

En el apartado noveno y último se presentan algunos comentarios finales de esta investigación. A manera de sugerencias se proponen algunas conjeturas buscando contribuir a visibilizar y atender las lesiones musculoesqueléticas y/o TFAL en el SAS público. Debido a la alta prevalencia según la lectura cruzada aquí elaborada, la cotidianeidad con las que se han asumido estos TFAL, les diluye en la sobre saturación de estímulos sensitivos propios de nuestra contemporaneidad, a la par de la medicalización, por lo que el dolor al ser atendido en ámbito doméstico y vecinal nos remite a relaciones muy particulares establecidas en la inmediates, la proximidad y prestigio social vecinal, como el que acontece en los consultorios adyacentes a vivienda (CAV). Lo cotidianeidad de experimentar un TFAL y que derivan en desplazamientos y mecánicas corporales no económicos, acumulativos, a manera de sedimento, se traslapan en el devenir de la vida acumulándose en los tejidos musculares que habrán de ser tocados profundamente para resarcir la memoria muscular compensatoria.

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN.

Introducción.

Los trastornos funcionales del aparato locomotor (TFAL) en la zona fronteriza de Baja California son resultado de la incuria y la injusticia social que vive de manera cotidiana la población subordinada y trabajadora. Las bases de datos dan cuenta de su frecuencia, el lugar de ocurrencia, así como en el que se atienden. En estrecha relación con el establecimiento de la infraestructura médica pública y privada, los TFAL en el SAS público han sido relegados a la atención y cuidado del dolor encarnado a las prácticas que interactúan en el hiper pluralismo médico; presentando insuficiencia en su atención. Se trata de afecciones cotidianas, sentidas y vividas en cuerpos dolientes que recurren a experiencias sensitivas terapéuticas táctiles con concedores que fluctúan y transitan entre varios SAS.

1.1 Antecedentes.

Los aspectos relacionados a la salud y la enfermedad han sido tópicos abordados por la antropología desde el surgimiento de esta. La subdisciplina médica, se ha enfocado en abordar desde varias perspectivas teórico-metodológicas estos aspectos, mismas que se engloban en tres premisas: 1. Parte fundamental de la experiencia humana son los padecimientos y la curación, mismos que pueden ser comprendidos holísticamente en contextos de diversidad cultural y de la biología humana. 2. Un aspecto importante de la enfermedad es la influencia tanto del comportamiento humano como de aspectos adaptativos bioculturales y, 3. Los aspectos culturales de los sistemas de salud tienen consecuencias pragmáticas importantes para la aceptabilidad, la efectividad y el mejoramiento de la atención a la salud sobre todo en sociedades multiculturales (Brown et al., 2000, p.64).

Para el modelo interpretativo de la antropología médica, el punto de partida es entender a la enfermedad como un fenómeno multidimensional, frente al de la biomedicina centrada en la biología que articula al modelo biomédico. Investigaciones precedentes, han destacado los conceptos de *disease*, *illness* y *sickness*, para designar las dimensiones biológicas y psicobiológicas, culturales y sociales de la enfermedad y/o padecimientos, mismas que dan cuenta de dimensiones estructurales en las relaciones establecidas al interior de los sistemas explicativos de Kleinman (A. Kleinman et al., s/f, 2006; A. M. Kleinman, 1980). Así, “la contribución fundamental reside en “destacar la sensibilidad sobre el papel que los saberes y mundos locales guardan en la constitución de la salud, la enfermedad y los procesos de curación” (Martínez Hernández, 2008, p. 110).

Resultado de la convivencia de varios sistemas de atención a la salud de los padecimientos de trastornos funcionales del aparato locomotor¹ (TFAL), se posibilitan otros abordajes relativos a padecimientos que por el contexto sociocultural en el que se sitúan, visibilizan esta convivencia que abreva en relaciones particulares entre terapeuta y la persona que padece, a nivel anatómico-estructural, los efectos y consecuencias del capitalismo tardío a manera de impronta corporal en individualidades subsumidas en relaciones de producción y consumo que pone de relieve el fuerte impacto de “la estructura estructurante”, a la Bourdeau a nivel de corporeidades².

“Solamente desde la categoría existencial de corporeidad, entendida desde el punto de vista antropológico básicamente como una dialéctica entre la apertura y el retraimiento, se comprende la relación intersubjetiva en la vida cotidiana como una interacción inmediata y originaria, real e incuestionable, en la que el otro resulta más

¹ Desde la fisioterapia del aparato locomotor, el movimiento y coordinación de la postura corporal son entendidos como: “La capacidad del cuerpo, plena, equilibrada y dirigida a un objetivo, de modificar su situación y posición de sus extremidades”. Para que ocurra una evolución coordinada del movimiento, es importante un funcionamiento combinado y sin molestias de huesos, ligamentos, articulaciones, musculatura del esqueleto y el sistema nervioso central (SNC). Los trastornos de coordinación surgen de dolencias en el ámbito del SNC y producen una colaboración incorrecta de la musculatura, muy a menudo debido a trastornos de percepción. Por su parte, los trastornos funcionales pueden ser reversibles, es decir, se crean por medio del bloqueo sin sustrato morfológico o se forma por modificaciones estructurales en los huesos, articulaciones, tendones o ligamentos. Los trastornos de función o de coordinación indican siempre modificaciones patológicas del sistema del movimiento o del sistema nervioso central y, por lo tanto, se deben tener muy en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico (Reichel & Ploke, 2003, p.18).

² “Es la unidad antropológica que hace posible que yo me construya vitalmente en un entorno vivencial (Unwelt) y en un tiempo propio (kairós). El ego constituye, por un lado, una biografía íntima, pero con otro soporte de lo corpóreo, lo que le confiere identidad (Mélich, 2008, p.427).

real que yo mismo. Él es exterioridad, pero no es absolutamente externo, sino alguien que llega a ser reconocido por mi propia corporeidad” (Méliç, 2008, p. 472).

Al destacar la dimensión cultural de los trastornos funcionales del aparato locomotor (TFAL), aquí se considera la experiencia de los profesionales en su atención y cuidado, a fin de destacar el rol que desempeña en la construcción sociocultural de TFAL al interior de la praxis de la práctica terapéutica. Pues “la biología constriñe y modula la experiencia humana, llegando a convertirse en enfermedad y aflicción humana solo si recibe significado, si es interpretada y articulada en un conjunto de relaciones sociales” (Le Breton, 2019).

Ahora que, al ser un indicador o referente de los TFAL, el dolor suele estar estrechamente relacionado con la atención y cuidado o bien, contribuye a su invisibilización ya que, a decir de Le Breton (2019) la experiencia del dolor está modulada por las condiciones sociales y culturales, edad, género y los contextos particulares en los que aparece el dolor.

“Ella mezcla todos los matices en el seno de un idioma cultural, pero es siempre primero la experiencia singular de un individuo. Si bien las situaciones de incomodidad o de dolor afectan a todas las poblaciones, estas no son siempre percibidas como dignas de interés por sí mismas. No siempre llevan a consultar a un médico o a un curandero local. Las poblaciones acostumbradas a una vida dura son indiferentes a los dolores que desgarran a otras, más habituadas a la comodidad y con mayor tendencia a autoexaminarse. El dolor es evaluado de acuerdo a una medida propia de la vida cotidiana y a la sensibilidad particular de un individuo” (Le Breton, 2019, p.19).

Por lo tanto, es oportuno, para dilucidar los TFAL, recuperar la experiencia de los profesionales en las investigaciones que pongan en evidencia la perspectiva, desde la experiencia, relativa a la construcción del padecimiento de TFAL y la experiencia en la corporeización aloplástica³ y autoplástica⁴.

³ Son transformaciones del cuerpo que se deben a la utilización de objetos y materiales extracorporales, tales como máscaras, vestidos y adornos, así como de artificios poco duraderos como el maquillaje, el peinado y las pinturas aplicadas al cuerpo (Lagardera, 2008).

⁴ Se denomina así a las transformaciones del cuerpo mediante la realización de perforaciones (orejas, nariz, labios, etc.) o manipulaciones (circuncisión, cliterodectomía,...) propias de tradiciones culturales cada vez menos frecuentes. En la actualidad, las transformaciones autoplásticas están representadas esencialmente por la cirugía plástica (Lagardera, 2008, p. 473).

Kleinman en su trabajo titulado *Patients and healers in the context of culture* (1980), propone al sistema biomédico de la misma forma que la medicina tradicional china y las prácticas populares, se trata de “sistemas culturales” o “sistemas socioculturales”. Para este autor la patología, (*disease*), como la aflicción o padecimiento (*Illness*) “son representaciones posibles, construcciones del conocimiento o categorías culturales susceptibles de ser analizadas etnográficamente, con esto se posibilita el estudio de las estrategias terapéuticas de la medicina occidental, los procesos de construcción del conocimiento biomédico o los discursos y prácticas de los profesionales ante un episodio de enfermedad (Martínez Hernández, 2008, p. 43).

1.2 Delimitación del problema de investigación.

En esta propuesta se parte de que los TFAL son padecimientos⁵ que toda persona experimenta alguna vez en la vida. Se tratan de condiciones anatómico-estructurales que se atienden al interior de los sistemas de atención a la salud (SAS) (*health care system*)⁶ que abrevan en aspectos socioculturales y con ello al interior del denominado Pluralismo médico⁷, y que en sociedades posmodernas y complejas es ineludible la presencia simultánea de varios sistemas.

Los modelos explicativos (EMs) al interior de los sistemas de atención a la salud, son entendidos como “un sistema social que comprende roles organizacionales en estructuras institucionales inmersas en un sistema social más vasto. Los roles más importantes son los del curador y el paciente” (Brown et al., 2000, p. 475). Se trata de dos modelos explicativos, (EMs) el de profesionales que es el componente fundamental de la atención en salud y su estudio habla de cómo ellos entienden y tratan la enfermedad; y el de EMs, de los pacientes y

⁵ Se refiere a las percepciones y la experiencia vivida de enfermedad de una persona, es decir, un estado socialmente devaluado, que incluye la enfermedad, pero no se limita a ella. Al padecimiento le incluyen las dimensiones sociales, culturales, psicológicas y simbólicas (Brown et al., 2000).

⁶ Este sistema alude a la diversidad de sistemas médicos existentes que pueden cohabitar en un marco social determinado y que se establecen entre ellos relaciones de influencia mutua a partir de la praxis clínica (Martínez Hernández, 2008, p. 98).

⁷ Se trata de la coexistencias y convivencia de sistemas de atención a la salud toda vez que existen universos plurales de práctica médica, también llamado Pluralismo médico; en donde se suceden intercambios y prestaciones de saberes que cobran realidad en el instante de la comunicación clínica, ese instante que es también el lugar de la interacción entre los diferentes modelos explicativos (Martínez Hernández, 2008, p. 99).

familiares, expresa cómo ellos dotan de sentido un episodio de aflicción y cómo escogen y valoran diferentes tratamientos.

Esta investigación en un primer nivel, en el de la interacción microsocia, delimita su abordaje a los EMs de los profesionales, pues a decir de Martínez Hernández, “el dominio cultural de legos, profanos –o, si se prefiere, el universo folk o popular–, aparece en un plano de paridad con el grupo de los profesionales de la salud que incluye, aunque no en exclusividad, a los profesionales de la biomedicina” (Martínez Hernández, 2008, p. 98). Y es a partir de la experiencia de estos, desde los recursos terapéuticos con los que cuentan y con los cuales interactúa con los pacientes; que se posibilita una interpretación respecto a la construcción sociocultural de los TFAL al interior de la experiencia de atención de los profesionales.

El rol del paciente en el sistema médico involucra el rol del enfermo. Una persona que toma el rol del enfermo está exenta, temporalmente, del comportamiento normativo, y se espera, en cambio, que cumpla ciertos roles de paciente: obedecer al médico, reducir gradualmente la dependencia de la atención de este y curarse (Brown et al., 2000, p. 475).

Abordados los TFAL desde la fisioterapia, éstos se originan en la mecánica del cuerpo, en donde la cinemática⁸ se ve modificada por una clara disminución en el movimiento y desplazamiento, mismos que presentan como principal problema: dolores resultados de los trastornos que a su vez afectan la vida social de quien adolece pues limitan hasta la quietud,

Ahora bien, la biomedicina con sus cada vez más mecanizados procedimientos, con las pruebas de imagenografía como (rayos x, resonancias magnéticas) se reduce en atención a un

⁸ Es el movimiento natural que se produce de modo automático reactivo y está sujeto al principio de economía. Sin embargo, los movimientos incorrectos también se pueden automatizar y, después, ya no se llevan a cabo de un modo económico. Al observar a detalle es posible advertir de forma inmediata que algo no funciona bien en la secuencia de un movimiento. Para ello se requieren de conocimientos tanto de cinemática como del sistema muscular, anatómica funcional y la neurofisiología. Saber cómo atender la estructura del aparato locomotor ante las lesiones, en la obtención de síntomas y hallazgos para desarrollar su plan de tratamiento. Así, la tarea es promover mejoría en la calidad de vida con movimiento apropiado. Para tener valores de referencia, habrá de partir de los de una persona sana y con ello analizar el comportamiento normal y sus carencias (Reichel & Ploke, 2003, p. 3).

diagnóstico no siempre alentador. Para tal efecto, Kleinman (1980) ya explicó cómo se sucede la convivencia entre sistemas médicos. Debido a que no hay una jerarquización entre estos modelos explicativos (EMs) es posible realizar una aproximación interpretativa a los TFAL ya que se trata de “transacciones” y convivencia. Y esta convivencia en el momento de la atención-desatención, según apunta Hersh-Martínez & Salamanca, “Esa invisibilidad corresponde al marco histórico y epistemológico de la modernidad y la colonialidad”. (Hersch-Martínez & Salamanca, 2021).

Martínez Hernández (2008), propone entender la dimensión cultural como un nivel de significación y experiencia que puede ser abordado antropológicamente y que además interviene en los procesos de construcción social, mediación y producción de las bases biológicas y psicobiológicas de la enfermedad (Martínez Hernández, 2008, p.80).

En este sentido, esta investigación se plantea en términos generales de responder a:

1.3 Pregunta general de investigación.

- ¿Cómo se sienten, atienden y cuidan los TFAL en cinco escenas de tres situaciones sociales diferenciadas, al interior del hiper pluralismo médico de los SAS, desde la experiencia sensitiva terapéutica de profesionales y concedores en la zona fronteriza de Baja California?

1.3.1 Preguntas específicas de investigación.

- ¿Qué relevancia tiene en la experiencia sensitiva el/la terapeuta, en la construcción sociocultural de atención y cuidado a los TFAL, en cinco escenas de tres situaciones sociales diferenciadas en la zona fronteriza de Baja California?
- ¿Cuáles son los principales aspectos sociales de esta construcción sociocultural desde la experiencia sensitiva en la terapéutica en atención a los TFAL?

- ¿Cómo se emplean técnicas y herramientas de SAS diferenciados al interior del hiper pluralismo médico por el/la terapeuta en la experiencia sensitiva terapéutica de atención a los TFAL?

1.4 Objetivo general de investigación.

- Interpretar a partir de la caracterización de repertorios terapéuticos en tres situaciones sociales y cinco escenas de praxis clínica, la experiencia sensitiva terapéutica de la atención y cuidado a los trastornos funcionales al aparato locomotor (TFAL) de las y los conocedores y profesional en la zona fronteriza de Baja California.

1.4.1 Objetivos específicos.

- Interpretar la relevancia, que tiene el (la) conocedor (a) al interior de la praxis clínica de la experiencia sensitiva terapéutica táctil, en la construcción sociocultural de atención a los TFAL.
- Caracterizar los principales aspectos sociales en la construcción sociocultural de la experiencia sensitiva terapéutica de atención y cuidado a los TFAL.
- Describir las técnicas y herramientas de SAS diferenciados desplegados por el/la conocedor en la experiencia sensitiva terapéutica de atención a los TFAL.

1.5 Hipótesis de trabajo.

Los trastornos funcionales del aparato locomotor (TFAL), en la experiencia sensitiva terapéutica de atención y cuidado efectuada por los profesionales requieren de repertorios de técnicas, discursos y narrativas que se ajustan a los requerimientos de quien padece y con ello se suceda la construcción sociocultural de los TFAL, en estrecha relación con el quehacer profesional; por lo que, parte de la praxis entre el profesional y quien padece es el lenguaje sensitivo con el cual, se hace uso de métodos y técnicas que les relacionan a sistemas de salud diferenciados que en la práctica se vuelven difusos pero efectivos en el

sentir de motricidad y economía de desplazamiento y entonces, de bienestar de la población atendida.

1.6 Justificación.

Los trastornos funcionales del aparato locomotor (TFAL), en tanto uno de los más frecuentes a nivel de vida cotidiana⁹, en las bases de datos oficiales brilla por su ausencia y la falta de datos desagregados en gran medida, es resultado de la desatención e incuria en la que estos trastornos han sido invisibilizados; en gran medida dada la praxis clínica de la biomedicina en donde la proxémica, la atenta escucha y la participación del paciente, no son integradas. Por lo que, en forma complementaria, y debido a los contextos sociales, económicos y culturales que atraviesan la zona fronteriza de Baja California, abordar el dolor rebelde o crónico emanados de los TFAL, desde la experiencia de conocedores y profesionales, posibilita agenciar conocimientos otros, ontologías corpóreas que abrevan en la síntesis sensitiva promovida en los espacios de atención y cuidado.

El dolor que resulta de los TFAL, es uno de los principales aspectos abordados en esta investigación, dando cuenta desde la praxis clínica, la efectividad de saberes que abrevan en prácticas sobre cuerpos dolientes con toques intencionados que dan cuenta de procesos de atención y cuidado con repertorios que los profesionales despliegan para revertir los trastornos y con ello palear las consecuencias físicas, psicológicas e incluso sociales de quienes padecen. El abordan desde múltiples sistemas de atención a la salud (SAS)¹⁰ a fin de,

⁹ En términos generales, Alaníz y colaboradores (Alaníz et al., 2020), señalan que resulta difícil definir con precisión a los trastornos musculoesqueléticos, sin embargo, se trata, dicen, “de un conjunto de alteraciones que abarcan un amplio abanico de signos y síntomas que pueden afectar a distintas partes del cuerpo: manos, muñecas, codos, nuca, espalda, así como a distintas estructuras anatómicas: huesos, músculos, tendones, nervios, articulaciones.” Clínicamente es difícil identificar estas alteraciones pues el dolor es el síntoma clave, el cual define como “una sensación subjetiva y representa muchas veces la única manifestación”. Los diagnósticos suelen ser: “cervicalgia (dolor cervical) o lumbalgia (dolor lumbar)”, es decir, referenciando áreas de localización anatómica de un síntoma. “Su origen debido a múltiples causas y su carácter acumulativo a lo largo del tiempo añaden dificultades a una definición precisa”.

¹⁰ En esta investigación se recupera la visión sistémica que ha definido la autoridad en materia de salud en el país, la Secretaría de Salud como: “un conjunto de elementos que se encuentran articulados en pro de la consecución de un fin (equifinalidad) de manera sinérgica. Posee la suficiente capacidad de respuesta para lo que el entorno le demanda (variedad requerida), y tiene un ritmo determinado (parsimonia)”. Esta definición es

en su integración en la práctica terapéutica, incidir en un estado de bienestar para las personas que encarnan mejoría y reducción del dolor rebelde o crónico.

Esta propuesta, documenta la relevancia en la atención y cuidado de TFAL, a través del uso y aplicación de múltiples técnicas, herramientas, instrumentos y métodos, entre varios SAS y que no están siendo considerados como prioritarios por parte del SAS oficial que le ciñe a otros rubros de la atención primaria. Atender TFAL a partir de deducir con pruebas de imaginación y encontrar el origen del dolor encarnado, reducir la proxémica y el tiempo de atención son algunas de las limitantes que han alimentado la incuria. Mientras que, en las escenas aquí descritas, se observa que parte de las características de la praxis clínica, es inducir mejoría en la persona consultante a partir de estímulos táctiles que resignifican el cuerpo doliente.

El hiper pluralismo médico que acontece en la zona fronteriza de Baja California, presenta dinámicas aceleradas entre las múltiples convivencias que se “transaccionan”, entre los modelos médicos (MMH/MMAS/MMAA) (Menéndez 1990), que a su interior, y desde el modelo explicativo de los conocedores (Kleinman 1985), es en la experiencia sensitiva terapéutica en donde acontecen importantes intercambios entre diversos SAS al interior de los procesos de PSEA-C¹¹ favorecen la reducción de dolor rebelde o crónico, economía en el desplazamiento y reducción de sensaciones desagradables, inflamación y dolor.

Ahora que, la cultura de atención y cuidado al cuerpo, desde una corporeización autoplástica o aloplástica, pone de relieve el cuerpo al convertirse en territorio sobre el cual se puede ejercer lo que en palabras de Mélich es una “axiología de la corporeidad”, que se manifiesta

la oficial desde el Sistema de Atención a la Salud Público (también llamado biologicista), mismo que se fundamenta en los documentos de los organismos internacionales en donde definen tres principales SAS, 1) Alopata, 2) Medicina Tradicional Mexicana y 3) Medicinas Alternativas y complementarias. Cabe referir que al ser un enfoque sistémico, la oficialización de éstos es el criterio por el que se recupera su definición a fin de profundizar en la interacción y las transacciones que entre diferentes SAS se sucede en la praxis clínica al interior de los Modelos Explicativos de Kleinmann (1985) y los Modelos Médicos de Menéndez (Menéndez, 1990).

¹¹ Respecto de los procesos de s/e/a-p, por lo menos en las sociedades capitalistas actuales, operan diferentes formas de atención de los padecimientos, que momentáneamente podemos referir a cuatro formas: la Biomédica, la medicina popular y tradicional, la denominada *new age* y la autoatención, que son utilizadas por los diferentes sectores sociales (Menéndez, 1990, p. 91)

en una educación física, siguiendo tres valores de base: 1. Respeto al otro como rostro, como persona, como alguien al margen del rol o del estatus social. 2. Responsabilidad para con el otro. En el ser del otro está implicado mi propio ser, y su negación llevaría consigo mi propia negación y 3. Complicidad, El otro deja de ser un extraño para convertirse en cómplice de mi propio proyecto (Mélích, 2008, p. 473).

Los TFAL en el registro y seguimiento en los sistemas de salud es difuso pues suelen ser atendidas-desatendidas¹² en clínicas, en sus varios niveles, por medio de aparatología y resultados por imagen como rayos x, resonancia magnética, entre otras; así la práctica médica profesional propia de la biomedicina ha dejado los TFAL a estas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, reduciendo en gran medida la atenta escucha del relato de la persona que experimenta el padecimiento, la anatomía palpatoria afectiva y efectiva, así como la adecuada proxémica en la relación establecida en la praxis clínica.

Las personas que refieren dolor muscular, ya sea agudo o crónico, suele ser minimizado, cuando no invisibilizado, tanto por parte de los profesionales como por quienes los padecen, pues en tanto sistema cultural, la biomedicina está arraigada en suposiciones y valores culturales, asociada con reglas de conducta e inserta en un contexto más amplio (Brown et al., 2000, p. 474).

Le Breton (2019) detalla que el dolor no es una sensación sino una percepción individual, es decir, un significado, la interpretación finalista de este como “sentido defensivo” resulta insuficiente. “Otros individuos, según su condición cultural y el examen que hagan de la situación, prefieren consultar a un curandero, o bien dirigirse de entrada al hipnotizador, al kinesiólogo, al masajista, etc. para unos males a lo que suponen un origen articular. Otros

¹² Cfr. Hersch-Martínez y Salamanca (2021) quienes proponen la importancia, al interior de los PSEA-C considerar el del proceso atención-desatención. Desde un posicionamiento decolonial y desde la Ética del cuidado afirman que “la atención es un primer paso determinante; es un detonador del cuidado, pero no lo consume, pues atender no equivale a resolver, sino a visibilizar y reconocer. Por ello, la atención misma demanda justamente visibilidad y reconocimiento, al ser una clave para desencadenar procesos de cuidado; pero, además, porque, de manera correlativa, el daño evitable, para concretarse, pasa precisamente por dinámicas sinérgicas de desatención individual y colectiva. No estamos ante una elucubración academicista o una especulación: simplemente, en los ámbitos individual y colectivo, al daño que se produce y podría ser evitable lo precede la desatención (p. 4-5)

dan la espalda al dolor u oponen una feroz resistencia a la agresión, contentándose con sus propios recursos morales” (Le Breton, 2019, p. 74).

En la ciudad de Tijuana, la oferta de servicios que atienden estos TFAL es amplia en el SAS privado. En gran medida los TFAL se relacionan con la actividad ocupacional,¹³ por lo tanto, encuentra lógica que estas lesiones sean compartidas con la población en ambos lados de la frontera. Además, siete de cada diez estadounidense padecen una vez en su vida una lesión a nivel del aparato locomotor (Brownstein, 2001), mientras que, en nuestro país, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, figura como segunda causa en la demanda de servicios privados, los de fisioterapia, además de que Tijuana es el municipio con mayor crecimiento demográfico, y la cuarta ciudad después de México, Monterrey y Guadalajara con mayor infraestructura médica (INEGI et al., 2020).

El acceso a cifras oficiales y bases de datos relacionados con el dolor ha sido una limitante de esta investigación, sin embargo, los resultados aquí obtenidos contribuyen desde la experiencia de “ser-en-el-mundo” (Merleau-Ponty, 1985) y la experiencia de cuerpos dolientes (Le Breton, 2019).

Es a partir de la experiencia sensitiva terapéutica, como las de las terapias manuales profundas para atender los TFAL, entendida bajo la lente fenomenológica de Merleau-Ponty es “inestable y extraña a la percepción natural que se hace con todo nuestro cuerpo simultáneamente y se abre a un mundo intersensorial. Los sentidos son distintos unos de otros y distintos de la intelección, en cuanto que cada uno de ellos aporta consigo una estructura de ser que nunca es exactamente transponible” (Merleau-Ponty, 1985, p. 240-241).

“Ser cuerpo es estar aunado a un cierto mundo, vimos nosotros, y nuestro cuerpo no está, ante todo en el espacio: es del espacio” (Merleau-Ponty, 1985, p. 165). En la zona Fronteriza de Baja California, la desatención a los TFAL establece un referente contextual relevante de ser en el mundo de los cuerpos dolientes.

¹³ Entre los principales riesgos físicos causantes de los TFAL figuran: manipulaciones de cargas pesadas, posturas forzadas, movimientos repetitivos, aplicación de fuerzas excesivas, vibraciones, altos ritmos de trabajo, falta de pausas y autonomía, entre otros (Alaníz et al., 2020).

“El alivio eficaz del dolor implica una medicina de la persona. Ciertos campos de comprensión exigen una especie de ciencia de lo único. El dolor es una experiencia de ese tipo, reclama una clínica atenta, centrada en los detalles de la historia de vida y en una investigación sobre el quejido y la organicidad que tomó en cuenta un cuerpo de una especie, sí, pero que le pertenece solo al paciente. No solo un cuerpo de infancia sino también un cuerpo por venir. Haría falta, para cada paciente, una teoría de su dolor. Una perspectiva de este tipo, centrada en la persona y no ya solo en el organismo, exige también sumergirse en la dimensión del sentido que le da a su experiencia (Le Breton, 2019, p. 27).

Si estas lesiones no se atienden deviene en incuria, que según define Hersh-Martínez, de los cuidados y en relación con los procesos de atención-desatención:

“En la epidemiología y la salud pública tradicionales no se abordan con especificidad las dinámicas de desatención, que, al tenerlas en cuenta, pueden enriquecer dicho análisis en una perspectiva colectiva, a partir de patrones y niveles de desatención, como expresión compartida de procesos de incuria, damnificadores, resultantes no solo de la desatención como no reconocimiento inicial, sino también como desencadenantes de irresponsabilidad, incompetencia, rechazo y desorganización social y, por tanto, de incuria, siguiendo los componentes postulados desde la ética del cuidado (Hersch-Martínez & Salamanca, 2021).

“El proceso de atención-desatención, considerado como parte de un mismo proceso y no de manera dicotómica, subyace como detonador del cuidado o de la incuria, que deriva en daño evitable; resulta, por tanto, objeto relevante de la salud colectiva”. De manera correlativa, continúa diciendo, “existe una tensión excluyente entra la atención y la enfermedad, así como entre la desatención y la salud” (Hersch-Martínez & Salamanca, 2021, p.8).

Según las cifras, se sostiene que en un porcentaje considerable y dada la incuria, las actuales cirugías al interior de la traumatología con la reposición de cadera y rodilla, sería parte del “daño evitable”. Este aspecto es relevante a la luz de los postulados teóricos de la antropología médica clínica pues desde su quehacer, “propone que la enfermedad debe entenderse como un fenómeno multidimensional frente a la unidimensionalidad analítica y centrada exclusivamente en la biología que ha articulado el modelo biomédico en los últimos tiempos” (Martínez Hernández, 2008, p.79).

Por lo anterior, y dado que los TFAL están siendo desatendidos por parte de la biomedicina y de hacerlo figuran entre sus posibilidades de atención, el uso de medicamento o intervención quirúrgica; “pensar la enfermedad como un símbolo, un texto o una narrativa de aflicción significa, así recuperar sentidos considerados erróneos desde la perspectiva biomédica, como son los propios saberes populares, que se expresan a través de actores sociales que representan eso que Kleinman ha llamado “mundo local moral” (Martínez Hernández, 2008).

Es así que, a partir de una aproximación desde la antropología médica clínica en un nivel interpretativo, a la par de la fenomenología que posibilitan los postulados de Kleinman (1985), quienes consideran que las enfermedades o aflicciones están relacionadas con los aspectos sociales y culturales, y parten de la idea de que “enfermedad” es un síndrome de experiencias típicas, un conjunto de palabras, experiencias y sentimientos que se entienden como un conglomerado para los miembros de una sociedad. “Tal síndrome no es meramente un reflejo de la relación de los síntomas con una realidad natural, sino un conjunto de experiencias asociadas entre sí a partir de una red de significación y de interacción social” (Good 1997:27 en Martínez Hernández, 2008).

El papel del terapeuta al interior de la atención-desatención de los TFAL, desde las narrativas de experiencia tanto de profesionales como de legos, revelan métodos de diagnósticos, atención y seguimiento que se suceden en la subjetivación de que dicho padecimiento se narre. “Se trata de interpretar aquello que significan las enfermedades para sus propios actores” (Martínez Hernández, 2008).

Al abordar los TFAL desde una perspectiva que posibilita recuperar y dotar de relevancia la experiencia de atención, con entrevistas que ahonden en lesiones; los repertorios de técnicas y recursos de los conocedores, dan cuenta de la frecuencia de lesiones específicas que se atienden con recursos del paciente, tanto económicos como sociales y culturales, en la convivencia de los sistemas múltiples de atención a la salud que encuentra lógica y relevancia en la interacción en el ámbito de lo corpóreo en la atención y cuidado de cuerpos dolientes.

Las enfermedades con sus signos y síntomas son construcciones de significado que se articulan en un contexto cultural. El análisis de los modelos explicativos constituye un instrumento clave para dar cuenta de las diferentes versiones de la enfermedad que se establecen en los mundos profesionales y populares, con sus diversas significaciones y resignificaciones. Los síntomas, por su lado, son entendidos como artefactos comunicativos en donde se pone a prueba la pericia del afligido para movilizar su red social o para negociar determinados privilegios con su interlocutor. Ellos son también símbolos condensadores de significación cuya interpretación abre las puertas a una narrativa nativa de aflicción y sufrimiento. En este punto, la enfermedad ha sido reconvertida en relato biográfico, en texto, en documento humano, pero también cultural, solo aprehensible mediante una hermenéutica (Martínez Hernández, 2008, p. 102).

1.7 Metodología.

Para efectuar esta investigación se realizó observación participante y entrevistas etnográficas con profesionales que atienden y cuidan los TFAL al interior del pluralismo médico en la región fronteriza del estado de Baja California.

Para tal efecto, se recuperan los términos que propone James Spradley, (Spradley, 1979, 1980) con profesionales que ofertan servicios de atención y cuidado a los TFAL. El registro se realizó en el diario de campo, grabaciones de audio, imagen y fotografía.

Se realizó una guía de tópicos a considerar durante las conversaciones y entrevistas etnográficas toda vez que “las preguntas descriptivas son la base de la entrevista etnográfica” (Spradley, 1979, p. 90).

Se siguió una ética de no afectación y a partir de los criterios de inclusión, se propició la conversación informal; con el fin de localizar informantes clave que hablen, hagan explicaciones sencillas y den respuestas que promuevan el uso del lenguaje ordinario. Cuando éstos se combinan con la formulación de preguntas etnográficas, la relación

generalmente se desarrollará de una manera suave desde las primeras aproximaciones hasta la colaboración (Spradley, 1979, p. 82).

1.7.1 Criterios de inclusión de informantes clave.

Para la selección de informantes clave que aceptasen participar en esta investigación, se tomaron en cuenta dos factores de inclusión: a) que la persona sea conocedora y labore activamente en la atención y cuidado a TFAL y, b) aceptación desinteresada en participar y/o concluir en el momento que así lo disponga, pues no se entregó ningún incentivo económico o en especie.

1.7.2 Apartado Ético

Esta investigación se desarrolló desde una perspectiva relacional basada en la confianza mutua cimentada en la transparencia del acercamiento y la intención siempre manifiesta del interés y objetivos de la investigación. Para tal efecto, se realizaron acercamientos exploratorios, se efectuaron conversaciones informales, misma que a manera de bola de nieve, favorecieron integrar a informantes clave para posteriormente efectuar entrevistas etnográficas a los conocedores (as) en las escenas aquí descritas, en las cuales se han cambiado los nombres reales de los (as) informantes clave, a fin de salvaguardar su identidad.

En el caso de la escena de los grupos y comunidades originarias, además de las conversaciones informales y primer acercamiento, se acudió a los domicilios particulares de mujeres pertenecientes a las comunidades y pueblos originarios de Baja California que realizan atención y cuidado a TFAL. Se hicieron algunas caminatas por territorio Kumiai y se convivió en diversos eventos culturales convocados por las familias Yumanas como la fiesta de la comunidad Kumiai de “La Huerta”.

Las grabaciones de las entrevistas etnográficas, que sumaron cerca de diez horas, se entregaron en archivo digital a las personas que colaboraron para que, y en caso de haber alguna parte que las personas desearan omitir, lo expresaran y actuar en apego a ello. La permanencia de colaborar en la investigación y su consentimiento en todo momento es de elección libre, sin sanciones o incentivos, es una relación que surge de la confianza y el principio de “no afectación”.

La incursión de la investigación, en abordar aspectos subjetivos respecto a la ejecución del toque mutuo, fue un reto de envergadura. Una metodología, como el *embodiment*¹⁴, permitió el registro de los estímulos táctiles a partir de encarnar la experiencia sensitiva terapéutica táctil integrada a la observación participante a fin de profundizar en el trabajo efectuado en cuerpos dolientes, y con ello responder a la pregunta central de investigación. Cabe destacar que, de las cinco escenas aquí descritas, solo en dos de ellas se encarnó la experiencia sensitiva táctil con lo que se integró información respecto a la síntesis sensitiva. Lo anterior contribuyó a integrar en el apartado ético la importancia de no afectación de la propia investigación, ampliando el autocuidado como otro de los principios rectores de la investigación.

Se recupera de la “Ética de la incomodidad” (Ellis et al., 2019) reposicionarse de manera constante cuestionando los costos y beneficios de la relación que se establece con las personas que aceptaron colaborar en esta investigación. Se privilegiaron los ciudadanos ante posibles riesgos que puedan presentar los y las informantes clave como resultado de su participación.

¹⁴ En términos generales, Silvia Citro arguye que se trata antes bien, de un posicionamiento fenomenológico en donde el cuerpo vivido es el punto de partida metodológico antes que un objeto de estudio se trata, dice recuperando a Csordas (2011) de un campo metodológico indeterminado definido por la experiencia perceptual y por los modos de presencia y compromiso en el mundo”, y que sería complementaria con las tradiciones de estudio anteriores, centradas en la textualidad. (Citro & Aschieri, 2011).

1.8 Análisis etnosemántico.

Los registros en audio se transcribieron y convirtieron a texto a fin de realizar la elicitación a la entrevista etnográfica en el proceso de análisis de dominios. Para lo anterior, el uso de la paquetería de software de AtlasTi®, permitió el manejo de ocho unidades hermenéuticas obtenidas y con ello facilitar la elicitación de las transcripciones de las entrevistas, mismas que contiene los “términos tapadera”. Así, se definieron los dominios culturales, mismo que “son categorías de significado cultural que incluye a otras categorías más pequeñas”, según lo define Spradley (1980, p. 98). Pueden ser de tres tipos estos dominios: los naturales, mixtos y los analíticos.

A partir de la asignación de relaciones semánticas, o propiamente dicho, según Spradley (1980) “etnosemántica”, se establecieron los dominios culturales, mismo que posibilitaron descripciones de las situaciones sociales en las que se atienden los TFAL en la zona fronteriza de Baja California. Una relación semántica, se entienden como “todas las palabras y las frases que definen y dan significado a los objetos, eventos y actividades que el individuo observa, entre los dominios analizados”.

1.8.1 Dominios culturales.

El análisis de dominio “es una unidad importante que existe en cada cultura, es una categoría de significado cultural que incluye otras categorías más pequeñas. El análisis de dominio no es un procedimiento único, habrá de repetirse según se obtenga la información mediante la observación participante (Spradley, 1980, p.98).

Para efectuar el análisis se siguieron seis pasos interrelacionados (Spradley, 1980, p. 98-99): 1. Elegir una relación semántica, 2. Preparar una ficha de análisis de domino, 3. Elegir una entra de notas de campo, 4. Buscar posibles términos abarcativos y términos incluidos que ajusten apropiadamente en la relación semántica, 5. Repetir la búsqueda con otras relaciones semánticas y 6. Hacer una lista de todos los dominios identificados.

1.8.1.1 Análisis taxonómico.

El análisis taxonómico “es el primer paso para efectuar un análisis sistemático de algo para determinar sus partes, las relaciones entre las partes y su relación con la totalidad. El análisis se encamina a buscar “patrones culturales” (Spradley, 1980). Al ser una situación social que implica variables de tiempo, actores, acciones, escenarios, lugares, entre otras, posibilita descubrir la “escena cultural” de esa situación social en particular.

Ahora bien, por cultura, se entiende: “los patrones de conducta, artefactos y conocimiento que la gente ha aprendido o creado. La cultura es una organización de cosas, el significado dado por la gente a los objetos, lugares y actividades. Toda la sociedad humana está constituida culturalmente” (Spradley, 1980).

1.8.12 Análisis de componentes.

Este nivel de análisis trata de la búsqueda de los atributos de los términos en cada dominio (Spradley, 1980).

1.8.13 Análisis del tema.

Esta parte de la investigación se centra en la búsqueda de las relaciones entre los dominios y cómo están entrelazados a la escena cultural como una totalidad.

1.9 Trabajo de campo.

Esta investigación ha tenido varios momentos, intensidades y rumbos a lo largo de su ejecución. En un primer momento, el planteamiento surgía de la pregunta ¿inocente? respecto a la posible larga data de los saberes respecto al cuidado de músculos y huesos

previo a la explosiva y creciente oferta de espacios sanitizados denominados Spa de día y que figuran cada vez más en la zona fronteriza de Baja California.

Ahondar en el origen y transformación de una “cuasiprofesión” o “conocimiento marginal”, ha llevado años de capacitación y adquisición de habilidades y saberes relativos a la masoterapia. Así, no se realizó propiamente una inmersión a campo, sino en sentido contrario. Emergido del campo y ha transitado del campo a la teoría y después de la teoría al campo y de nueva cuenta del campo a la teoría.

1.9.1 Primera etapa.

Para realizar los primeros acercamientos con conocedores que atienden los TFAL en la zona fronteriza de Baja California, se procedió en un primer momento a la realización de búsquedas sistemáticas de sobadores y sobadoras, así como conocedores que promocionan sus servicios en internet a través de la georeferenciación que establece Google Maps®, y que especifican atender lesiones estructurales o musculoesqueléticas; toda vez que para promover los servicios, la empresa confirma los espacios a través de operadores de la plataforma, la veracidad del establecimiento, confirmando cierto grado de confiabilidad respecto a su existencia más allá de la virtualidad de las búsquedas generales.

De estas búsquedas se realizó una base de datos de los conocedores especificando servicios, atención, datos de ubicación y mapeos georeferenciados en dos momentos de esta investigación en las delegaciones de Playas de Tijuana y del centro de la ciudad de Tijuana, el primero se efectuó en el año 2023 y el segundo en el 2025.

Del primer momento, se desprendió un panorama general del patrón de distribución espacial de conocedores y profesionales, itinerantes y establecidos que ofertan atención y cuidado a los TFAL en la Delegación de Playas de Tijuana y la zona centro de la ciudad. Lo anterior posibilitó la creación de un panorama de distribución espacial y ubicar las áreas a donde ir a realizar observación participante.

Con las personas conocedoras que se ubican en la perimetral de catedral se establecieron conversaciones informales con cinco conocedores de establecimientos itinerantes y establecidos. A esta escena se le ha denominado “Escena 1. ‘Sobadas curativas’. Sobadores populares urbanos. Situación social 1.

Llevándose a cabo el primer acercamiento con información de la ubicación, servicios, así como de las afecciones que atienden, se elaboró un mapeo realizado con las búsquedas sistemáticas en Google Maps®. Acto seguido, se efectuó un recorrido de superficie, registrando el espacio del atrio, ubicando comercios, flujo de personas, técnicas e insumos en el manejo de los servicios que ofertan. De los conocedores que fue posible confirmar su ubicación, se realizó el primer acercamiento propiciando la conversación informal. Cabe referir que, debido a las ocupaciones propias de algunos de los conocedores, no todas las personas a quienes se solicitó la conversación accedieron a ella, sin embargo, fue posible ubicar informantes clave. Tras realizar el recorrido en el atrio, dos conocedores aceptaron realizar la entrevista etnográfica.

Tabla N°1.1 Conservaciones informales y entrevistas etnográficas. Escena 1: “sobadas curativas”. Situación social 1: Sobadores (as) urbanos populares en Delegación Centro de Tijuana, B.C.

Conversaciones informales.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sr. Carolina. (SPUI). 2. Sra. Alma. (SPUI). 3. Sr. Alfredo. (SPUE) (CIM). 4. Sra. Hilda. (SPUE). 5. Sr. Gerardo.(SPUE).
Entrevistas etnográficas con informantes clave.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sr. Beto. (SPUAF). 2. Sr. Ricardo. (SPUI) (CIM).

Tras las conversaciones informales con los conocedores en el atrio, se realizaron dos entrevistas etnográficas a informantes clave. Siguiendo la guía de tópicos de entrevista se realizó la primera entrevista etnográfica al Sr. Beto. Es importante destacar que al ser el primer informante clave, el proceso que se siguió durante el tiempo de la entrevista fue simultaneo a la atención; justo respondía las preguntas e iba tocando parte del brazo derecho.

Los toques fueron rápidos e invasivos. Realizó algunos no apropiados, resultando molestos e incómodos. El lugar, a pie de calle, fue el escenario en el que este conocedor, tras responder la guía de entrevista, simultáneamente tocaba la articulación del húmero con el cúbito y el radio con manipulaciones profundas y dolorosas, pero no fue tan incómodo como el último que ejecutó tras deslizar sus manos de codo a seno sin aviso, mientras articulaba oraciones católicas pues esta intersección es el elemento clave para la efectividad de la terapia con este conocedor.

Al corporeizar su tactilidad como invasiva y violenta, fue en extremo difícil gestionar la vulnerabilidad en la que como investigadora “inocente” me colocaba. Se le solicitó parar la terapia y se dio por concluida la entrevista.

Se destaca este momento de la investigación como uno de los primeros ajustes que se realizó a la metodología y las posibilidades, hasta ese momento planificadas, de realizar el registro de la entrevista a la par de experimentar directamente las formas, intensidades y frecuencias con las que se ejecutaba las manipulaciones en la sesión de atención y cuidado a los TFAL. Tras el toque inapropiado, el cuerpo se retrajo y se replantearon los límites de la proxémica como primordiales en todo momento en el trabajo de campo.

El segundo informante clave de esta escena fue el Sr. Ricardo. quien, a diferencia del primer informante, no realizó ningún toque y accedió a responder a la entrevista. Este conocedor, a manera de bola de nieve, refirió a otros dos conocedores establecidos que heredaron el oficio incorporando certificaciones y conocimientos que avalan su profesión. Sr. Antonio. y Sr. Ramiro, conocedores establecidos en el pasaje adjunto a catedral, que fue calle y hoy comercios establecidos en donde se han acientado hijo y nieto de Sr. Ricardo. La entrevista etnográfica se sucedió de forma natural y con escucha respetuosa.

Es importante señalar algunos aspectos sensibles de la escena, toda vez que, por su contexto, debe extremarse precauciones y cuidado en el momento de cualquier tipo de aproximación, dada la extrema vigilancia vinculadas a actividades ilícitas que se suceden en sus calles.

El segundo seguimiento del mapeo en Google Maps® se efectuó después de las entrevistas etnográficas y se observó un descenso de los “sobadores y sobadoras” que se ubican en el atrio de catedral y por otra parte, el número total de masoterapeutas y establecimientos que ofrecen terapias de manipulación profundas, presentó un aumento considerable en relación con el primer momento. Si bien este tipo de seguimientos no fueron planificados dentro de los objetivos, se trata de un resultado adicional que se desprende de la información obtenida durante esta investigación.

Tabla No. 1.2 Conservaciones informales y entrevistas etnográficas.

Escena 2: “Spa de día y “El masaje milagroso”.

Situación social 2: “Profesionalización masoterapéutica en la zona fronteriza de Baja Cal.

- | |
|---|
| 1. Conversación informal y entrevista etnográfica con personal de recursos humanos y reclutamiento del establecimiento. |
|---|

1.9.2 Segunda etapa.

La segunda etapa del trabajo de campo de la investigación surge como posibilidad, tras acudir a la fiesta Nativa en 2024 organizada por las comunidades y grupos originarios Yumanos en la ciudad de Ensenada, B.C. donde se contactó a dos mujeres medicina, curanderas, parteras y artesanas. En este acercamiento se realizaron conversaciones informales. Una de estas se llevó a cabo mientras ejecutaba la secuencia de toques propios de una sesión de masajes antiestrés.

En esa ocasión, en condiciones análogas, durante la sesión de masaje, sentí sus manos en espalda y piernas. Pague por sus servicios. Tras la conversación informal y experimentar la sesión de atención y cuidado a los TFAL, le interesó la idea que platicar después en extenso. Así, concertamos la primera visita en el domicilio particular semanas después efectuando más tarde dos entrevistas etnográficas.

Para profundizar y acceder a informantes clave, fue necesario primero tener un panorama general de la forma de organización, representatividad y tipo de presencia política de estas

comunidades. Se asistió a varios festivales culturales y se realizaron conversaciones informales en los municipios de Rosarito, Tecate, Ensenada y Tijuana al interior de los festivales culturales organizados durante el año 2024. Además, se asistió a una de las fiestas tradicionales de las comunidades Yumanas en la comunidad de la Huerta, así como al evento de la Resistencia indígena el 12 de octubre del mismo año en ciudad de Ensenada. En estos lugares se efectuaron conversaciones informales según se sucedía la interacción.

Tabla No. 1.3 Conservaciones informales y entrevistas etnográficas.

Escena 5: “Sirviendo para sanarte”.

Situación social 3: Sobadora perteneciente a grupos y comunidades originarias de la zona fronteriza de Baja California.

Conversaciones informales.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sra. Tere. (Koleéw). 2. Sra. Salomé. (Kumiai). 3. Sra. Yanet. (Kimuai). 4. Sra. Juanita. (Pa Ipai). 5. Sra. Adelaida. (Pa Ipai). 6. Sra. Claudia. (Kumiai). 7. Sra. Adriana. (Kumiai) 8. Sra. Patricia. (Kumiai) 9. Sr. Ismael. (Kumiai)
<p>Entrevistas etnográficas a informantes clave</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sra. Tere. (Koleéw). 2. Sra. Salomé. (Kumiai). 3. Sra. Yanet. (Kimuai). 4. Sra. Juanita. (Pa Ipai). 5. Sra. Adelaida. (Pa Ipai). 6. Sra. Claudia. (Kumiai). 7. Sra. Adriana. (Kumiai) 8. Sra. Patricia. (Kumiai) 9. Sr. Ismael. (Kumiai) 10. Sra. Norma Carvajal. (Kumiai).

Después de los primeros intentos de aproximación a las comunidades y grupos originarios, situación en extremo complicada para quien desconoce de las relaciones entre las familias yumanas y los procesos de legitimación de la “originalidad” y de la pertenencia étnica al interior de estas familias extensas; se realizaron conversaciones informales y una entrevista etnográfica en la comunidad de Santa Catalina, comunidad Pa-IPai con la Sra. A, quien

accedió a compartir sus saberes, previo establecimiento en la comunidad, situación no prevista en esta investigación en términos de tiempos y costos, por lo tanto, esta posibilidad no fue viable para el desarrollo de la investigación.

Toda vez que, las prácticas no éticas de algunos investigadores (as), han generado un perfil del investigador (a) al interior de las familias yumanas, –ya sea por prácticas investigativas no éticas previas o no–, se cuestionó el objeto de la investigación con fuertes señalamientos de ser extractivista, colonialista, mexicana, blanca. Las comunidades y grupos originarios han aprendido a desplegar prácticas proteccionistas antiextractivista, este cuestionamiento incorporó otro aporte interesante, la apropiación de discursos y “performatividades” según el escenario.

Se necesitaba una persona a manera de “padrino” o “madrina” que entreabriera una puerta que no se abre con facilidad pues el discurso respecto a la pertenencia étnica y los procesos de autoadscripción y heteroadscripción, en este último, algunos investigadores (as) han permeado a estas comunidades con consecuencias restrictivas por no prever aspectos éticos, y su reclamo se escuchaba fuerte y claro.

El contraste de la otredad, la persona foránea frente a la diferencia siempre genera resistencia, una en extremo difícil de disuadir. En suma, estos aspectos, a la par del objetivo de esta investigación, el trabajo de las manos para atender afecciones no reconocidas como tales, llevó a cuestionar la viabilidad de seguir intentando colaborar con los grupos y comunidades originarias en donde no estaba teniendo mucha oportunidad de entrar. La reflexión, por segunda vez, ponía a cuestión la pertinencia de hacer una investigación y hablar sobre la historia de vida de una sola persona, ya que a la fecha solo dos mujeres que se auto adscriben a los grupos y comunidades originarias yumanas portan el “don de sobar”, y solo una accedió a compartir en entrevistas etnográficas.

Esta posibilidad, de ceñir la investigación a un estudio de caso es muy sugerente, viable, pertinente; pero también corría el riesgo de seguir hablando por quienes tiene voz y una fuerte presencia política en la zona fronteriza de Baja California, y a nivel transnacional,

como es el caso de los grupos y comunidades yumanas y en especial de las colaboradoras, informantes clave en esta investigación. Se designo a esta escena como Escena 5: “Don de sanar” Situación social 3: Sobadoras pertenecientes a grupos y comunidades originarios de la zona fronteriza de Baja California.

En esta etapa se sucedió otro momento de inflexión en la investigación pues, escribir sobre una persona que es ampliamente identificada en la zona por su condición de origen étnico y su actividad política en al ámbito cultural, requiere de tiempo para efectuar una etnografía propiamente y requiere interactuar y compartir con los grupos y comunidades originarios en sus comunidades; no se contaba con suficiente tiempo. La salida fue el dolor como eje articulador de las escenas hasta ese momento consideradas, y la atención y cuidado de los TFAL; dejando para futuras propuestas la historia de vida y no afectar exponiendo su patrimonio.

Bajo el principio de no afectación, se integraron experiencias de masoterapeutas que atienden y cuidan TFAL en la zona fronteriza de Baja California a la par de los registros anteriores y ampliar la muestra a otra situación social 2: Escena 3 “la profesionalización”.

1.9.3 Tercera etapa.

Esta integró conservaciones informales y entrevistas etnográficas a informantes clave que cuentan con formación a nivel técnico como masoterapeutas, kinesiólogos, osteópatas y cosmetólogas egresados de una de las escuelas profesionalizantes en la zona de Baja California. Se realizaron entrevista etnográfica al director de la escuela profesionalizante, y que cuenta con sede en Tijuana y sucursales en Ensenada, B.C. y en Cabo San Lucas, B.C.S.

Tabla No. 1.4 Conservaciones informales y entrevistas etnográficas.

Escena 3: “En la búsqueda”.

Situación social 2: Profesionalización. Escuelas Profesionalizantes de Masoterapeutas en la zona fronteriza de Baja California.

Conversaciones informales.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Profr. Alberto. 2. Sra. Gabriela. 3. Sr. Jaime. 4. Diana. <p>Entrevistas etnográficas a informantes clave</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Profr. Alberto. 2. Diana.

Finalmente se realizaron conversaciones informales con terapeutas de un consultorio adyacente a vivienda (CAV) de las cuales se obtuvo con posterioridad una entrevista etnográfica. En este caso, y a diferencia de las anteriores ocasiones, se incursionó en el registro de la sesión sobre otro cuerpo, es decir, se registró de principio a fin la sesión de atención y cuidado de un TFAL. Esta posibilidad permitió, además de ir preguntando por cada movimiento o por las frecuencias e intensidades, observar el manejo de los cuerpos dolientes mientras se sucedía la entrevista etnográfica. Esta fue una experiencia que abrió la posibilidad de integrar al registro la posibilidad de observar las manipulaciones y obtener en el momento de las ejecuciones explicaciones sobre la labor de atención y cuidado a los TFAL.

Tabla No. 1.5 Conservaciones informales y entrevistas etnográficas.

Escena 4: “Validar el dolor”.

Situación social 2: Profesionalización. Consultorios Adyacentes a Vivienda (CAV).

Conversaciones informales.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sr. Jaime. 2. Sra. Marcela. 3. Sra. Gabriela. 4. Diana. 5. Adri. 6. Osmar. 7. Ian.
Entrevista etnográfica.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Diana.

1.10 Observación participante.

Esta investigación de corte cualitativo privilegia acciones microsociales a fin de profundizar en la construcción sociocultural de los padecimientos emanados de los TFAL, dadas la prevalencia que acontecen. El tipo de relación que se sucede al interior de la praxis clínica entre conocedor (a) y la persona con cuerpo doliente, desde la perspectiva de quienes atienden en la zona fronteriza de Baja California que, al convertirse en intérpretes de lenguajes sensoriales aprensibles en la experiencia sensitiva, se posibilitan lecturas de mundos locales que abrevan en la matriz moral de segundo orden, en la que se ha constituido del MMH la medicalización.

Para llevar a cabo la observación participante, ésta se efectuó desde una perspectiva emic en los escenarios de las escuelas profesionalizantes y los CAV ya que se cuenta con formación como terapeuta especializada en aparato locomotor y kinesiología holística, lo que contribuyó en la localización de informantes clave y el proceso de rapport.

En la escena de “Sobadas curativas”, sobadores y sobadoras populares urbanos que atienden y cuidan los TFAL en el atrio de la catedral de Tijuana y los grupos y comunidades originarias de la rama lingüística Yumana en Ensenada, la perspectiva fluctuó a una etic, toda vez que se trata de escenarios en lo que el acceso no es fácil, tanto por ser espacios conflictivos por actividades ilícitas como por las dinámicas propias de pertenencia étnica.

Para el caso de la Escenas 2. “SPAs de día y masaje milagroso”, como parte de la situación social “profesionalizante” se solicitó información directamente al área de personal del establecimiento. El cambio de perspectiva en la observación participante posibilitó ahondar a su vez en el rol del consultante que requiere de manos con sentido para atender y cuidar un TFAL al de conocedor que se subemplea en un establecimiento formal.

Cabe destacar que en el ir y venir del rol de conocedor (emic) al de consultante (etic) la observación participante posibilitó experimentar encarnar, el “don de toque” en manos de los conocedores que atienden TFAL con terapia manual profunda. Es decir, la experiencia

sensitiva terapéutica táctil favoreció obtener parte de la información aquí vertida respecto al rol que desempeñan los conocedores en la construcción sociocultural de los TFAL.

En todo momento se hizo explícito el objetivo del acercamiento y se obtuvo el consentimiento informado. Se entregaron las grabaciones de las entrevistas etnográficas efectuadas a los conocedores, solicitando la revisión del audio y, en caso de alguna observación o solicitud de omitir alguna parte de la entrevista lo notificaran. No hubo solicitudes posteriores a la entrega del audio por lo que el material se transcribió y codificó en su totalidad.

La observación participante fue exógena, para las Escenas 1. “Sobadas curativas” en el atrio de catedral de la ciudad de Tijuana y, escena 5. “Sirviendo para sanarte” de la situación social 3 de las comunidades y grupos originarios en Ensenada, B.C. Y endógena en las escenas 2, 3 y 4 en la situación social 2 “profesionalizante” que integra a los SPA domésticos (SD), SPAs de día Adherido a clínica (SAC) y SPAs Adyacente a Hospital (SAH), las Escenas de escuelas profesionalizantes y consultorios adyacentes a vivienda (CAV). Se privilegió el registro de la relación que se acontece en la experiencia sensitiva terapéutica entre conocedor y consultante y formas de atención a través de la terapia manual profunda para resarcir los TFAL.

Las tres situaciones sociales de las cinco escenas en los que se efectúa la atención y cuidado, desde la experiencia en la atención y cuidado contribuyen a delinear el hiper pluralismo médico en la zona fronteriza de Baja California, logrando con ello el objetivo principal de esta investigación.

Hay que destacar que la caracterización de las escenas y los recursos con lo que cuentan los profesionales para dar atención y cuidado en la interacción misma, de la experiencia sensitiva terapéutica, en situaciones sociales concretas, posibilita lecturas macrosociales, al interior de la ineficacia e ineficiencia por parte del SAS público.

Derivado de que los TFAL, en su atención y cuidado, implica aspectos subjetivos en la construcción del mismo, está estrechamente vinculado con la relación que se sucede entre los profesionales y la persona que adolece; es decir, relaciones de poder por lo que se efectuaron los acercamientos tras seguir: a) iniciar el proceso se rapport, b) realizar conversaciones informales, c) realizar entrevistas etnográficas y d) observación participantes, a fin de interpretar desde el modelo explicativo de los profesionales la perspectiva que tienen sobre las lesiones y reconstruir una porción de la realidad social de quienes conviven, sienten, atienden y cuidan los TFAL.

Siguiendo a Kleinman (1985) y sus Modelos explicativos (EMs), que explican la enfermedad en cuanto a síntomas, causas, tratamiento, etc. a partir de elementos distintivos de los distintos sectores (folk, profesional y popular). “Ya sea en los trabajos centrados en los saberes o en los actores, en estas contribuciones clásicas se visibiliza la coexistencia de saberes médicos negados por las aproximaciones coloniales y contribuyen a delinear los primeros elementos teóricos que permiten pensar un campo nuevo al interior de la salud fronteriza en la zona; definido principalmente por las dimensiones culturales, sociales y experienciales que participan del pluralismo médico, Piñones (Piñones Rivera et al., 2020), le llama pluralismo medico transnacional, a lo que bien cabe integrar “hiper” dada la clara expansión y proliferación de espacios y concedores que ofertan alternativas de atención y cuidado.¹⁵

Otras propuestas han planteado la necesidad de estudiar las relaciones entre los distintos sistemas médicos. Así, Kleinman (1978), desde una concepción interpretativista, propone estudiar los Modelos Explicativos (EM), a fin de explicar la enfermedad, síntomas, causas, tratamiento, etc., tomando elementos de los distintos sistemas de atención a la salud (SAS) (como los denominados folk, profesional y popular). La articulación de sistemas médicos es concebida por Kleinman como procesos de traducción entre distintos idiomas (Kleinman 1978 en Piñones Rivera et al., 2020).

¹⁵ Cft. Daniel Valdez (Valdez Márquez, 2022) realizó investigación sobre terapéutica holística. Sin embargo, en dicha investigación no fue considerada la terapia manual profunda, no así para las opciones denominadas “holísticas” en las que esta terapia manual no figura ya que las prácticas a las que refiere Valdez, no se realizan a través de contacto físico. Sin embargo, arroja resultados compartidos con esta, como la presencia de la herbolaria como elemento presente en los resultados.

1.11 Entrevista etnográfica.

Siguiendo la metodología propuesta por Spradley (1979) se parte de que “el lenguaje es considerado como un medio por el cual se transmite el conocimiento cultural”. Por lo que las entrevistas etnográficas se efectuaron en los términos que propone el autor.

La entrevista etnográfica es entendida como “una estrategia para encontrar a la gente hablando acerca de lo que ellos conocen. Se trata de una técnica indispensable para realizar etnografía” (Spradley, 1979, p. 58). Las entrevistas efectuadas partieron de guías generales de tópicos a considerar en el desempeño de su desarrollo. Las preguntas que se realizaron fueron direccionadas según se sucedía la entrevista, llevándose a cabo de forma natural en los contextos en donde los conocedores y profesionales que atienden y cuidan los TFAL se desenvuelven normalmente, es decir, “el campo de investigación” (Vela, 2001).

Siguiendo con Spradley (1980), quien dice que a cada situación social le integran tres elementos principales: actores, actividades y lugar determinado, es decir, el escenario de la praxis clínica, en donde se conversó sobre tres ejes temáticos,: a) la anmesis y/o diagnóstico efectuado por cada conocedor, es decir, las técnicas, toques o preguntas que realiza el conocedor a fin de seleccionar el tipo de técnica o herramienta a utilizar según se defina o identifique el tipo de lesión, b) La aplicación del tipo de técnica, la dirección y el sentido, por parte del conocedor, ahondando en las razones por las que se elabora o aplican. El tercer momento se centró en el seguimiento, en caso de haberlo, entre conocedor y consultante en donde, se establece el tipo de relación entre los actores, quienes desarrollan una relación específica en la atención y cuidado de lesiones estructurales.

El rol del conocedor agencia, en la relación que se va desarrollando a través de la sesión con técnicas, movimientos y la estrategia terapéutica que los conocedores priorizan en la praxis y la construcción del proceso de, sanar y “enseñar a sentir el cuerpo”, a través del ejercicio terapéutico referido como trabajo de autocuidado a efectuar por parte del consultante o bien, como actividad exclusiva del conocedor ceñida al espacio de la consulta.

1.12 Transcripción de entrevistas.

Realizadas las entrevistas se procedió a transcribir en su totalidad las grabaciones de audio para la posterior elicitación. Cada texto o entrevista realizada transcrita es una unidad hermenéutica. En total se trata de cinco unidades hermenéuticas de un total de doce horas de audio. Las unidades se etiquetaron de la siguiente manera: T. (4'35''00), D (2'56''00) Á.M. (1'13''00) Sr. R. (26''00) Sr. B (15''00).

Para efectos de la sistematización de la información, esta investigación se enmarca en la teoría fundamentada, misma que “facilita las herramientas y los elementos para el análisis de datos, el desarrollo de conceptos y la creación de teorías que permitan la comprensión de un fenómeno en particular. A través de la teoría fundamentada se puede acceder y comprender la realidad de los significados, las percepciones y las experiencias que construyen las personas participantes con relación a una situación en particular” (Palacios Rodríguez, 2020, p.49).

Para el manejo y sistematización de la información recuperada en campo se hizo uso de la paquetería AtlasTi® misma que facilitó la organización y ordenamiento de los datos empíricos para su elicitación.

1.12.1 Dominios culturales folk.

El total de unidades hermenéuticas ascendió a cinco, de los cuales resultaron los siguientes dominios culturales folk:

- “Sobada curativa” (Tipo de Terapéutica)
- “El sentido de las manos”. (Eficacia simbólica de la EST táctil).
- “Una chinga” (Recursos terapéuticos, mismo que integran técnicas y herramientas e instrumento).
- “Validar el dolor” (Cuerpo que a su vez le integra el dominio de dolor). Cuerpo (como partes para su atención y áreas anatómicas afectadas).

- “Andar bien jodidos” (Lesiones).
- “Quemarse las manos” (TFAL en profesionales).

Los dominios culturales fueron sometidos a un análisis taxonómico a fin de conocer su organización a través del análisis de los componentes en búsqueda de atributos de los términos en cada dominio y así obtener el análisis del tema respecto a la escena cultural como una totalidad. Los dominios generados por los participantes y provienen del lenguaje usado por la gente en una situación social (Spradley, 1979). A los dominios se les asignaron relaciones semánticas para establecer los dominios de análisis, siguiendo los pasos propuestos por Spradley en su metodología de la entrevista etnográfica. Para establecer los dominios de análisis se siguió: a) selección de una relación semántica, b) se estableció la forma en que es expresada esta relación, c) un ejemplo para nuestro enunciado cultural que incluye los términos y las relaciones semánticas y términos tapadera (Spradley, 1979, p. 112).

1.12 Dominios culturales folk de las tres situaciones sociales son las siguientes:

1.12.1 “*Sobada curativa*. “Mi sobada es curativa porque yo sí les doy presión. Yo, yo no, yo nomás no las acaricia porque: ¡Yo les doy presión yo trato de rehabilitar! Para referirse a su labor, los sobadores (as) les denominan como un tipo de terapia específica.¹⁶

1.12.2 “*El sentido de las manos*”. “Ponerles sentido a tus manos y saber lo que estás haciendo, más o menos, no te cuesta nada leer un poquito de nervios y huesos. Y aparte de eso, ponerles mucho sentido a tus manos. Lo más importante. Si no le pones sentido a tus manos, si no más trabajas. Tienes que sentir, las coyunturas, los nervios, ¿cómo están? Depende del sentido que se les da a las manos en el momento de trabajar lo que garantiza la obtención de resultados favorables.¹⁷

¹⁶ Entrevista etnográfica efectuada en Escena 1, situación Social. 1.

¹⁷ Entrevista etnográfica efectuada en Escena 1, situación Social. 1.

1.12.3 “*Una chinga*”. ¡Le pegué una chinga! Le pegue una buena sobada y: ¡se aliviano!¹⁸
Sinónimo de un tipo de terapia que como resultado o efecto de ésta ocasiona sensaciones incómodas.

1.12.4 “*Dolores bien heavy*”¹⁹. Tipos de dolor que las personas experimentan y por lo cual recurren a la atención y cuidado.

1.12.5 “*El codito*”. “A parte de la técnica manual, ¿que otra técnica utilizas, algún apoyo? ¡Uy, mi especialidad es el codito!”²⁰

1.14 Relaciones semánticas.

1.15 Descripción de dominios culturales.

Del análisis de dominios se obtuvo los siguientes resultados. Para las escenas aquí referidas en la zona fronteriza de Baja California. La caracterización para los profesionales que atienden los TFAL figuran sobadores, masoterapeutas, mujer medicina/shamana/curandera/bruja, huesero (a), quiropráctico (a), hierbero (a), osteópata, kinesiólogo (a), fisioterapeuta, traumatólogo (a) y neurólogo (a).

Tabla No. 1.6 Relaciones semánticas de estricta inclusión.

Es un tipo	de profesional que atiende los TFAL	
		Sobador (a)
		Masoterapeuta
		Mujer medicina/shamana/curandera/wish (bruja)
		Huesero (a)
		Hierbero o hierbatero
		Osteópata
		Kinesiólogo (a)
		Fisioterapeuta
		Traumatólogo
		Neurólogo

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

¹⁸ Entrevista etnográfica efectuada en Escena 1, situación Social. 1.

¹⁹ Entrevista etnográfica efectuada en Escena 5, situación Social. 3.

²⁰ Entrevista etnográfica efectuada en Escena 4, situación Social. 2.

En la ciudad de Tijuana, el mejor: el Cholo, fue un electricista que durante años atendió en una de las colonias populares, la Altamira. A este profesional se le adjudica un movimiento estructural que se ejecuta al consultante en posición decúbito lateral, con la pierna del lado lesionado flexionada al cual se le imprime una tracción o trusth para acomodar la articulación sacro-iliaca. Este movimiento se enseña en las escuelas profesionalizantes y se le conoce como “El Cholo”. Según la información recuperada en campo, este conocedor desarrolló su práctica en base a la intuición, logrando su prestigio como profesional en la ciudad, siendo, según nuestros informantes clave, el mejor que se ha conocido.

Tabla No.1.7 Relación semántica de profesionales que atienden y cuidan TFAL.

Es un tipo	de profesional que atiende los TFAL	Sobador (a)	“El Cholo”
		Masoterapeuta	Diana. Profr. Alberto
		Mujer medicina/shamana/wish (bruja)	Sra. Tere.
		Huesero (a)	Sr. Ricardo, Sr. Beto.
		Hiervero o hierbatero	Sr. Ricardo, Sr. Beto.
		Osteopata	Profr. Alberto.
		Kinesiólogo (a)	Diana. Profr. Alberto.
		Fisioterapeuta traumatólogo	
		Neurólogo Quiropráctico	

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

Para el tipo de relación que se suele establecer entre el conocedor y/o profesional en la atención y cuidado a los TFAL, el análisis arrojó tres tipos que están relacionados con el tiempo, la frecuencia y el seguimiento que los y las profesionales establecen con los consultantes en la atención y cuidado que ofertan.

Tabla No. 1.8 Relación semántica de tipo de relación entre concedores y consultantes.

Es un tipo	de relación entre terapeuta y paciente	“Vienen cuando andan mal”. (corto plazo).
		“Ya conocen mi trabajo”. (mediano plazo).
		Tratamiento (largo plazo).

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

Respecto a la motivación o causa que promueve acudir a los servicios de los profesionales que atienden los TFAL, figuran lesiones musculares, dolor crónico, inmovilidad, incapacidad de movimiento, lesión estructural, fractura, patrón de movimiento repetitivo, búsqueda de equilibrio y dolores bien heavy.

Hay que andar “bien jodidos” o “cargados de tanto que ni se enteran”, para recurrir a esta posibilidad de atención y cuidado. En forma regular el consultante por iniciativa propia ya ha hecho uso de otras posibilidades como el uso de analgésicos, vitamina b, radiografías, antiinflamatorios, pomadas e infusiones. Esto responde a la prevalencia de la incuria ya plateada por Hersch-Hernández (Hersch-Martínez & Salamanca, 2021) en consonancia con los procesos de atención-desatención que son contenidos a su vez en los PSEA-C. En el hiper pluralismo médico de la zona, se dejan ver las necesidades más sentidas, las de todos los días, las de siempre, las que no se van pues se desatienden, salvedad de lo acontecido en el primer momento de la atención que es el doméstico, pasando al de primer nivel en consultorios adyacentes a farmacias (CAF) o a vivienda (CAV). Para entonces, y en relación con el tipo de dolor que se experimenta, serán los recursos que privilegiará en la carrera de atención del dolor encarnado del ser explotado (a).

Tabla No. 1.9 Relaciones semánticas de casusas por las que se recurre a los profesionales que atienden y cuidan TFAL.

Es una causa	de la atención a los TFAL	Andar bien jodidos (lesión muscular)
		“Caso difícil” Dolores bien heavy
		Dolor crónico
		Incapacidad de movimiento
		Lesión estructural

	Fractura
	Patrón de movimiento repetitivo
	Búsqueda del equilibrio
	Inmovilidad

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

Las relaciones semánticas respecto a la terapia empleada por los conocedores y profesionales que hacen uso de las terapias manuales profundas para la atención de TFAL son: una chinga, la friega, sobada curativa, terapéutico y descontracturante.

La “sobada curativa” es una terapia manual profunda que anuncia el efecto de su aplicación. Se trata de una serie de manipulaciones directas sobre el tejido muscular, acompañada de ajustes estructurales como la tracción o el trusth en la espalda del (la) consultante a nivel de articulación de vertebra-costilla y cervicales. Esta sobada para ser efectuada requiere fe y confianza en que el conocedor a través del sentido que le dé a las manos promoverá sanación y mejoría en el cuerpo doliente.

La “chinga” o “friega” es una terapia que prevé los resultados de las técnicas a emplear. Alude a la corporeización de las lesiones durante la sesión en la que se efectúa la atención y cuidado de TFAL. Incluye las sensaciones resultantes de las terapias manuales durante y después de su aplicación. El efecto resultado del trabajo manual corporalizado incluye toques profundos apropiados no gratos y sensaciones incómodas, movimientos para ampliar margen de movilidad articular o muscular, dolor, relajación del músculo, mallugamiento, entre otras.

Quien recurre por primera vez sabe al referenciar que va a que le “peguen una chinga” o “una friega”, conoce o ha oído hablar del efecto y resultado que obtendrá. Quienes saben de su efecto, son personas que ya tienen una relación de corto o mediano plazo con él o la conocedora o profesional en terapia manual profunda; hay quienes requieren “agarrar valor” para reaprender a sentir su cuerpo y estar conscientes de las lesiones.

Si bien el proceso de atención y cuidado de los TFAL a partir de la terapia manual profunda no es del todo placentero, sí lo es en términos de efectividad. Por lo que vale la pena vivir la

experiencia de “revivir” tras haber encarnado dolor, tanto por la lesión como por el tratamiento. Sin embargo, y a pesar de lo profunda que se llegue a sentir la sesión de atención y cuidado, la persona consultante tras experimentar el proceso curativo propio del cuerpo, resultado de la aceleración de la irrigación sanguínea en las fibras muscular y las conexiones que se suceden entre los nociceptores y el sistema nervioso periférico; que suele tener una duración entre 24 a 48 horas, e incluso más según el grado de lesión atendida. El músculo tras la relajación y para reparar las fibras que le constituyen, requiere pasar por un proceso de recuperación que se refleja en la necesidad de descansar tras sentirse “adolorido”, “molido”, “cansado”, resultado de que, para que el músculo se reparé se requiere reposo, de tal suerte que estas sensaciones van implícitas en la enunciación en estas “chingas o friegas”.

“El codito” es una herramienta corporal del conocedor (a) efectiva para la atención y cuidado de los TFAL, su aplicación se efectúa en músculos largos y grandes y dada la anatomía y las posibilidades de penetración en las fibras, es efectivo para lesiones profundas ubicadas en las capas musculares próximas a la estructura ósea. Un ejemplo en donde se suele aplicar es en los músculos erectores de la espalda, en trapecio y subescapular, glúteo y bíceps femoral, basto interno y basto externo de la pierna o el piramidal. Este último inerva en el coxis y se inserta en el trocánter del fémur, y al estar contraído deviene en desfases de la articulación y con ello pérdida en la economía de desplazamiento. Este músculo requiere profundidad para ser tratado, se ubica debajo de glúteo mayor y éste es el más grande del cuerpo, anatómicamente hablando.

Tabla No. 1.10 Relación semántica de la terapia manual empleada por los profesionales que atienden y cuidan TFAL.

Es un tipo	de terapia manual profunda	“El codito”
		una chinga
		friega
		sobada curativa
		relajante
		Terapéutico/ descontracturante

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

En la atención de los TFAL en los escenarios aquí descritos, las relaciones semánticas para los efectos de la atención son: dolor, sentirse molido (a) y/o adolorido (a) y agarrar valor.

Tabla No. 1.11 Relación semántica de efectos de la atención y cuidado de TFAL.

Es un efecto	de la atención a los TFAL	sentirse molido (a)
		revivir
		adolorido (a)
		Dolor
		Agarrar valor

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

Del análisis de las relaciones semánticas, el procedimiento a seguir por profesionales que atienden TFAL en la zona fronteriza de Baja California, en la sesión destinada a dar la atención y cuidado a los TFAL contempla varios momentos, entre los más destacados figuran: “sí o sí tocar”, “el sentido de las manos”, “movimiento de analgesia”, “validar el dolor”, “suponer la lesión”, tocar, tentar, palpar, “percebir (sic)”, “dar con el punto”, cambio de temperatura corporal y diferencia en textura.

Tabla No. 1.12 Relación semántica los principales pasos efectuados por profesionales en el tratamiento de TFAL.

Es un paso	en la atención y cuidado a los TFAL	“sí o sí tocar”. Movimiento de analgesia.
		Validar el dolor.
		Suponer la lesión.
		Percebir (sic).
		Tocar.
		Palpar.
		Tentar.
		Dar con el punto.
		Cambio de temperatura
		Diferencia en textura y uniformidad.

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

Entre los atributos de diagnóstico, figuran la fe, la fe y confianza, validar el dolor, suponer, desequilibrio estructural, sensaciones, dolor y ser una persona buena para sobar.

Tabla No. 1.13 Relaciones semánticas de atributos del diagnóstico efectuado por profesionales que atienden y cuidan TFAL.

Es un atributo	del diagnóstico	Bueno para sobar
		Tener fe
		Tener fe y confianza
		Validar el dolor
		Suponer
		“Responsabilidad de la salud” Desequilibrio
		Sensaciones
		Dolor

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

Los recursos terapéuticos empleados, según las relaciones semánticas analizadas en las escenas aquí descritas son: el codito, manipulaciones variadas, ventosas, martillito neurológico, Tens-EMS (electropuntura) Kinesiotape, infusión, pomadas de autor (a), maceraciones, pruebas de movilidad, ejercicio terapéutico, movimiento de analgesia, ajuste estructural, tracción, trusth, descarga muscular, validar el dolor, terapia neural, quelaciones, auriculoterapia y acupuntura.

Tabla No. 1.14 Relación semántica de herramientas y recursos empleados por profesionales que atienden y cuidan TFAL.

Es un tipo	de recurso terapéutico en la atención y cuidado a los TFAL	Codito
		Manipulaciones variadas.
		Ventosas.
		Martillito neurológico.
		Tens-EMS.
		Kinesiotape.
		Infusión.
		pomadas de autor (a).
		Maceración.
		pruebas de movilidad.

	Ejercicio terapéutico.
	Movimiento de analgesia.
	Ajuste estructural.
	Tracción.
	Trusth.
	Descarga muscular.
	Validar el dolor.
	Terapia neural/ Quelaciones
	Movimiento “El Cholo”.
	Acupuntura.

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

De las principales técnicas para atender los TFAL registradas en esa investigación figuran la terapia manual profunda, kinesiología y osteopatía.

Tabla No. 1.15 Relación semántica de principales técnicas empleadas en la atención y cuidado a TFAL.

Es un tipo	de técnica para atender y cuidar los TFAL	Terapia Manual profunda.
		Osteopatía.
		Kinesiología.

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

Los principales atributos de los conocedores y profesionales que atienden TFAL, se registraron: sí o sí tocar, percibir, tentar, darse cuenta, el sentido de las manos, delegar y la discreción, adquirir o desarrollar un don.

Tabla No. 1.16 Relaciones semánticas de principales atributos de los profesionales que atienden y cuidan TFAL.

Es un atributo	del profesional que atiende TFAL	Sí o sí tocar.
		Percebir (sic).
		Tentar/palpar.
		darse cuenta.
		El sentido de las manos.
		Delegar.

	Discreción.
	Adquirir o desarrollar un don.
	pegarle más fuerte.

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

1.15 Descripción de Dominios culturales.

1.15.1 “El sentido de las manos” (Perfil profesional).

Para el dominio cultural “Perfil de profesionales”, el total de códigos es de 215. De los códigos que hacen alusión a un profesional, como apunta Kleinman (1980), para los EMs, los conocedores, al tratar una afección en específico, en este caso, las relacionadas con los TFAL, se suceden los EMs en términos del rol que desempeñan, sinónimos, análogos, sin diferenciación de formación, se trata de conocedor o profesional a quien la práctica manual profunda le otorga la diferenciación dentro de la gran diversidad de conocedores, como compartió una de las colaboradoras:

Diana: “Cada quien trabaja diferente. Es también como la primera vez que me dijeron, ¿usted es huesera?, Y yo, ¡ah cabrón!, ¿y eso? Y ¿de dónde? Pues en su pueblo les dicen hueseros. Y le dije yo, lo que sea, como usted conozca esto, eso soy. C. O sea, ¿puedes ser huesera, puede ser masoterapeuta, puede ser sobadora, son sinónimos?

Diana: Digo, a final de cuentas, hay un estudio detrás de, por eso lo estudias. Igual ellos estudian a su manera, por algo son sobadores, es más empírico.²¹

Existen varias maneras de nombrar, reconocer, identificar y validar a un profesional que atienden los TFAL. Según se trate de la escena, habrá presentes diferentes procesos y maneras de obtener reconocimiento social. Al sucederse en tres situaciones sociales diferenciadas, con diferentes poblaciones en interacción desde el ámbito doméstico y vecinal, local, regional, transnacional; las siguientes posibilidades de nombrar y reconocer a un profesional que emplea las terapias manuales profundas son: a) sobador (a) huesero (a), b)

²¹ Entrevista etnográfica, Situación social 2, escena 4.

hierbatero (a), c) hierbero (a), d) curandero (a), e) chamán (a), f) brujo (a), g), un real curandero (a), h) valores, j) personas capacitadas, k) verdadero sanador (a) y m) “El mejor: El Cholo”.

En el dominio de perfil de profesionales, “cualidades de los profesionales” integran aspectos éticos, morales y profesionales. De las cualidades positivas que un profesional o conocedor suele considerar importante en el desempeño profesional para atender los TFAL en la zona fronteriza de Baja California figuran: a) congruencia, b) criterio clínico, c) colaboración, d) delegar, e) deducir el problema, f) “darse cuenta”, g) discernimiento, h) discreción en la práctica, i) entendimiento del ser, j) humildad, k) pertinencia, l) protocolo de comunicación, m) reconocer el ámbito de competencia, n) referenciar, o) responsabilidad terapéutica, p) saber sin saber, q) solvencia ética, r) solvencia moral, s) sanarse-sanarte²², t) visión holística e integral y u) “quemarse las manos”. Las negativas son: a) fraude, b) imprudencia y c) charlatanería.

Respecto al código “sanarse-sanarte”, resulta interesante el intercambio en el juego de roles de algunos de los conocedores, pasando de consultantes a conocedores por experiencia de un TFAL; compartió Prof. Alberto: “Pues yo tenía problemas de todos lados. Yo por eso anduve con muchos sobadores también en Mexicali, en diferentes lados. Me decían que fuera con tal y yo allá iba. No sabía nada y quería que me atendieran y me arreglaban algo los Arce²³, pero al rato estaba igual”.²⁴

“Sr. Beto: El motivo que yo vine aquí a Tijuana, yo empecé jugando haciendo esto, empecé como un juego. Yo tengo más de 40 años atendiéndome con sobadores, con diferentes. No estoy mencionando aquí los quiroprácticos. Allá en Estados Unidos, porque allá, eso es lo que se acostumbra. Yo he estado muchas veces con quiroprácticos en Estados Unidos. Entonces como yo no les tengo confianza a los

²² En tres de los escenarios abordados en esta investigación, figura como parte importante de la incursión en el ámbito de las terapias manuales para atender TFAL, que los conocedores, previo a ofertar los servicios, desempeñaron el rol del enfermo, es decir, “vivían grandes dolores” y en la carrera de atención, estos conocedores primero vivieron la necesidad de atender los propios TFAL para después incursionar en el ámbito de los profesionales. Este código es “in vivo” y hace alusión a los conocedores que hacen referencia a haber requerido atención y en “la búsqueda” se abre el espacio para incursionar en el ámbito de la salud en los variados sistemas de atención.

²³ Los Arce de la comunidad de Maneadero en Ensenada, es una familia que desde hace tres generaciones realizan terapia manual profunda.

²⁴ Entrevista etnográfica en Situación social 2, escena 3.

quiropáticos, pero a fuerzas en los Estados Unidos tiene uno que ir con los quiropáticos porque son los que tienen las aseguranzas para empezar un proceso, un proceso de sanación. Entonces se cumple cierto tiempo y ya la terapia, no sirvió, entonces, ya lo mandan con el neurólogo y ya lo ve el neurólogo y ya luego agendan una cita con una cirugía, de esa manera trabajan en Estados Unidos. A mí me quisieron hacer una cirugía quitar un hueso de aquí para ponerlo acá en 1999.

CG: ¿De su cadera para su cervicales?

Sr. Beto: Ei! y tenía carpo tano, me iban a hacer cirugía en mis dos brazos.

CG: A ver, pero luego díganme ¿cómo fue que usted empezó? me dijo que usted acudía al otro lado.

Sr. Beto: Aquí y al otro lado. Yo tengo más de 40 años yendo a que me atiendan a mí.

CG: Entonces, aquí, ¿quién lo atiende?

Sr. Beto: A mí me atienden varias personas. Hasta mi esposa. Yo le tengo fe y me tiro en el piso y ella con un pie me arregla la espalda, pero le tengo fe, es que si no hay fe no se puede curar la persona.²⁵

Así, un “verdadero sanador” integra múltiples aspectos, herramientas y recursos para atender y dar cuidado.

“Pues es aquel que busca de manera integral, desde que toca, desde que ve, desde que escucha, desde que hace las pruebas, desde que aplica la terapia; se hace consciente de cuál es la función que va a hacer para equilibrar y sanar, ¿no?, por el conocimiento por muy limitado que tengas. Pero entiende que, si tú estás intoxicado por pensamientos o por la comida, tú tocas y estás contaminando, intercambiando sus energías y sus porquerías, ¿no? Entonces, esa es la base, para mí tiene que haber una congruencia un respeto a ti y al universo.”²⁶

Una visión holística del conocedor conlleva, entre otros aspectos, momentos diferenciados para hacer uso de herramientas y técnicas para dar atención y cuidado a los TFAL, pero además hay una clara diferenciación de los SAS, mismos que son transmitidos en las escuelas profesionalizantes, abonando a la versatilidad con la que se integran a una praxis fluida de SAS que no corresponden a la matriz ideológica, como sucede con la acupuntura, que Kleinman ya le había excluido de los conocedores populares o folk:

“Entonces la clave es cómo diagnostican, cómo visualizan y cómo van a curar, pero si tú ves medicina china, no vas a ver diabetes no va a saber cáncer, no vas a ver, este, alguna enfermedad cardiovascular, vas a ver desequilibrios y cómo reequilibrar y a veces vas a equilibrar con plantas, a veces vas a reequilibrar con Tui-na, a veces vas a reequilibrar con acupuntura. ¿No? Entonces, así es como pienso yo”.²⁷

²⁵ Entrevista efectuada a Sr. Beto. Situación social 1, Escena 1.

²⁶ Entrevista efectuada a Profr. Alberto, Situación social 2, Escena 3.

²⁷ Entrevista efectuada situación social 2, Escena 3.

Los conocedores o profesionales hacen uso de varias técnicas, herramientas y estrategias para promover sus servicios. Hay quienes hacen uso de la digitalidad, otros salen a “pescar”. En el contexto urbano popular “pescar” refiere a la estrategia empleada para conseguir consultantes, la cual implica “pescar” al consultante, vía la promoción de los servicios a pie de calle. Estos conocedores ya tienen establecida una red de consultantes y con ello un determinado prestigio social a través del reconocimiento de su práctica. En suma, y a la par de las escuelas profesionalizantes y las comunidades y grupos originarios, se trata de tres generaciones de conocedores que han transmitido la práctica de terapias manuales profundas, a la que se integran modificaciones y adaptaciones novedosas, flexibles y dinámica, en un ir y venir entre varios SAS, la profesionalización y capacitación.

Las técnicas manuales profundas para atender y cuidar TFAL por parte del sobador (a) popular urbano, con más de treinta años de trayectoria, es un conocedor que transmite y reproduce nociones relacionadas con la medicina humoral, al dar atención y cuidado a las afecciones propias resultado del “calentamiento” derivado de la “sobadas curativas” que realiza. También conocen y tratan algunas afecciones propias de los síndromes de filiación cultural, como caída de mollera, empacho y otras. Estas afecciones también están presentes en las atendidas por mujeres pertenecientes a las comunidades y grupos originarios de la rama lingüística Yumana: Koléew y Kumiai.

1.15.2 “Quemarse las manos”.

“Quemarse las manos” es consecuencia o resultado de la actividad propia de realizar terapias manuales profundas en la zona fronteriza de Baja California.

Aquí me vengo a pescar. Si me quedo allá valgo madre. Tengo que venir a pescar.

C. ¿usted ya tiene sus agendas?

Sr. Ricardo: Si, pero No. Pero no todo el tiempo vienen. Vienen cuando andan mal.

Uno tiene que buscarle, ¿no? Si me quedo a esperar a que, ¡no, pues ahí me quedo!

Esta persona que viene ya se ha sobado conmigo, por eso viene conmigo. Ya conoce

mi trabajo. La gente que viene, cuando usted les hace un buen trabajo y dice: me funcionó. Me sirvió. Regresa. Y andando bien jodidos.²⁸

“Quemarse las manos” también dignifica la práctica profesional frente a las corruptelas y malas prácticas de inspectores municipales, cuerpos de seguridad y agrupaciones delictivas en la zona norte de la ciudad de Tijuana, quienes viven de las cuotas de recuperación voluntarias que son requeridas a los sobadores (as) en la zona centro de Tijuana. También es el resultado de la práctica en la atención y cuidado a los TFAL.

También los, el Gobierno también quieren dinero. Todo mundo quiere su tajada. Ah Huihui! También quieren dinero. Y como yo nunca les moshe. ¡Nunca le eh...! ¡Trabajen cabrones!, yo les digo. ¡Quémense las manos para que sepan cómo se gana el dinero! Porque no me lo regalan. Me quemo mis manitas. Hasta la fecha mis manos ya están malitas.

C: Y a usted quien le soba sus manitas?

Sr, Ricardo: No, esto ya ni con sobadas! Hasta la fecha ahorita ya están, de tanto calentamiento, tanto calentamiento que haces, se te debilitan tus nervios y se te debilitan tus huesos de tanto calentamiento. Yo no puedo dar un golpe con mi puño porque se me quiebra mi mano, si doy un golpe, si mano con mano me duele, ahora imagínate que dé un golpe fuerte, en la pared o en una tabla, mis manos... y yo era de huesos fuertes.

La práctica de tocar, de hacer terapias manuales profundas para dar atención a TFAL en el ámbito académico a nivel de formación no siempre figura como una práctica “buena para realizar”. En algunas universidades privadas que ofrecen formación a nivel licenciatura para el profesional fisioterapeuta, parten de la concepción de la afirmación: “Cuando el fisio tiene hambre es cuando hace masajes”; diferenciando al interior de los conocedores, por lo menos en el discurso, de masoterapeutas y/o masajistas. Docentes y alumnos comparten la creencia de que la práctica de hacer masaje no es “buena para realizar” por los profesionales fisioterapeutas. En todo caso, éstos se encargan de efectuar o enseñar ejercicios, hacer uso de aparatología, apoyos ortopédicos, vendajes neuromusculares, electropuntura, pero en menor frecuencia los masajes con técnicas manuales profundas.

Diana: “¿Qué pasa? Por ejemplo, el otro día estaba hablando con Adri, de que había una fisio que estaba dando masaje con cuencos. Y le digo yo: ¡Ya le entró el hambre!, le dije. Si se las dan de que ellos no dan masajes, “nada más dan masaje cuando tienen hambre”, dicen. [...] En eso llega un profe burlándose, dando un ejemplo, me

²⁸ Entrevista etnográfica, Situación Social 1, escena 1.

daba clases a mí y decía: ¡ah! y acuérdense de nunca dar masajes, porque ustedes son fisios, no son masajistas. Y dice, y me metí a su página, y dice descuento en masaje relajante, no sé qué y no sé qué. Y dice él: “cuando entra el hambre, uno hace el trabajo”, dice. Entonces, de ahí el dicho, ¿no?: “cuando el fisio tiene hambre, ahora si hace masajes”.

Estas relaciones al interior de los EMs de los conocedores son interesantes ya que, según sea el modelo médico en el que se ubique el conocedor, será la idea de salud y padecimiento y el subsecuente tratamiento. Discurso, técnicas y herramientas empleadas en la praxis clínica propician a su vez la diferenciación de clase entre los profesionales y su práctica; como parte sustancial del hiper pluralismo médico que caracteriza la zona fronteriza de Baja California.

Para la biomedicina, la aparatología, pruebas de imagenaría, resonancias magnéticas y fármacos es la miscelánea con la cual se da tratamiento a los TFAL y como resultado del pujante y creciente Turismo Médico, y establecimientos que proveen a estos requerimientos, tratándose de un expansionismo no sólo de medicamentos y cirugías, lo es también en cuidados, terapias alternativas y complementaria en relación con la población a la que se dirige este tipo de servicios.

Hacer alusión al hambre como condición *sine quanon* de la práctica de realizar masajes, integra una diferenciación de clase entre los conocedores cimentada en el conocimiento “formal”. Los (as) fisioterapeutas están diferenciándose como otro tipo de profesionales, uno que no toca o toca poco. La diferencia se realiza a partir de la necesidad biológica no cubierta de comer. Tener hambre y no así la forma de proveer esa necesidad es estar jodido y nadie quiere estar jodido; ergo, si hacer masaje es actividad de persona jodida, un fisioterapeuta al distanciarse de la técnica manual profunda para atender y cuidar TFAL, es un profesional sin hambre, sin necesidad de recurrir a la experiencia sensorial de tocar.

La exclusión del círculo profesional entre conocedores propicia al mismo tiempo la selección del mercado o tipo de padecimiento, con los que la fisioterapia, al formar parte del MMH, interactúa entre el MM Alternativo subordinado por medio de las herramientas, técnicas y métodos de atención que, recordemos, se ciñe al modelo cartesiano del cuerpo.

Ahora que, la terapéutica que emplea el conocedor se ajusta al padecimiento según la matriz ideológica a partir de la cual se dotan de sentido los síntomas y en relación a ello, la adaptación de la terapia manual profunda para, ya se “un golpe de aire”, “contractura” o “empacho”.

Un ejemplo que cabe referir en analogía con lo anterior es la que acontece derivado de la cantidad de cirugías estéticas efectuadas en la zona fronteriza de Baja California que demandan otros servicios como los drenajes linfáticos, lo cuales suelen ser efectuados con aparatología, propios del desarrollo de la cosmiatría y cosmetología, prevaleciendo el desarrollo de la ciencia médica moderna y su aparatología como la panacea para resarcir un TFAL derivado de estas y otras causas; incluso, pese a que las técnicas manuales de drenaje profundo son más efectivas. De tal suerte que se privilegia el uso de aparatología, apoyos ortopédicos y ejercicios por encima del toque. La práctica de conocedores fisioterapeutas persigue la misma dirección en la atención y cuidado a los TFAL que la biomedicina y sus análogos traumatólogos.

Por otra parte, también entre los conocedores existe diferenciación de sexo, toda vez que es más frecuente que la atención y cuidado de TFAL con técnicas manuales profundas sea efectuadas por mujeres, se trata de un ámbito laboral en el que se privilegia la labor feminizada, según la información recuperada en campo.

1.15.3 “Una chinga” (Recursos Terapéuticos).

En el dominio de “Recursos Terapéuticos”, se elicitaron las explicaciones y argumentos respecto al empleo y desarrollo de procesos, métodos e instrumentos, así como el espacio de atención; destacados por los conocedores a quienes se realizaron las entrevistas etnográficas.

El código que se asignó al “toque”, refiere a la experiencia sensitiva, a través del tacto entre conocedor y consultante en diferentes grados, intensidades, direcciones y con diversos objetivos a fin de dar atención y cuidado a los TFAL.

Diana: “si te vas a poner a tocar a la gente, tienes que aprender a sentir el problema, porque no es la misma contractura la que él maneja a la que tu manejas. Yo no te puedo decir, así es una contractura o realmente es nada más una inflamación. Porque primero tengo que palpar cómo se sienten tus inflamaciones, tus adherencias y ya entonces voy a saber qué está pasando. Por eso primero es tocar. O sea, imagínate una persona te llega con un dolor, no sé, de cuádriceps, después de haber hecho ejercicio, pues nada más de estar caminando, llega la persona y te dice: ¿sabes qué?, es que no puedo flexionar la pierna porque me duele, y tú lo pones a hacer ejercicio para que se le quite el dolor; ¿tú crees que la persona lo va a querer hacer ese ejercicio? o tú le pones compresas para que desinflame o le pones TENS, cualquier tipo de los cuatro factores que se pueden usar [...] Al final de cuentas toda terapia tiene que activar el sistema nervioso del músculo y lo activas con toque. Por eso siempre duele, ahora sí que como dice el dicho, “si no duele no sirve”. Tienes que ver como activar el sistema nervioso de una u otra forma. Entonces, ¿qué pasa? Que la terapia manual profunda sirve, porque, porque provoca que se active el sistema nervioso. Hay otras maneras de activarlo, pero si la función es muscular, pues te tienes que meter con el músculo y no podemos tratar el musculo si no lo tocas.”²⁹

Los recursos terapéuticos contemplan el diagnóstico, pruebas, aplicación de técnicas e instrumentos para la atención y cuidado, y probables sesiones posteriores para dar seguimiento. En el primer momento, se hacen algunas preguntas sobre lo que la persona consultante infiere, deduce y exterioriza de su padecimiento; éste deriva en la construcción de un idioma que se sucede a partir de iniciar un lenguaje específico entre las partes, sucediéndose el proceso comunicativo a partir del diálogo corporal establecido a partir del toque; mismo que resulta en un tipo de experiencia sensitiva entre conocedor y consultante. En una dinámica: sensación-interpretación a través de -experiencia sensitiva- que es relacional pues tanto conocedor como consultante viven las sensaciones- de la selección de técnicas y herramientas reconfiguradas en la praxis de un tipo de clínica encaminada a lo que Le Breton (2019) sugiere como una medicina de la persona, individual, específica, y la especificidad se aborda desde la multiplicidad y diversidad que caracteriza al hiper pluralismo médico.

Este idioma se construye desde el primer momento de la atención, y suele ser la base a partir de la cual los EMs interactúan y homologan las sensaciones que se suceden en la experiencia sensitiva al interior de la praxis clínica y con ello, la interpretación generada por

²⁹ Entrevista etnográfica en situación social 2, Escena 4.

las técnicas manuales profundas que promoverá sensaciones a partir del “*feedback*”, mismas que serán referidas y entendidas desde la condición propia de quien padece TFAL; es un idioma propio de cada relación. Es decir, se propicia igualdad de entendimiento en los aspectos involucrados en los TFAL y su atención y cuidado. Enseñar a sentir el cuerpo es el objetivo que persiguen algunos (as) terapeutas, hacer conscientes a los (as) consultantes del TFAL a partir de una serie de varios toques que se originan en dolor muscular o articular que dice tener y las sensaciones que se reconocen producto de las terapias manuales profundas asociadas al tipo de dolor encarnado.

Diana: “Ir buscando el punto y preguntarle a como yo conozco las sensaciones. Porque todos las conocemos de diferente manera. No sé, alguien te puede decir, si se duermen los dedos es circulatorio. O si se duermen los dedos es nervios. Pero si se duermen los dedos hay dos posibilidades o hasta más, si se te duermen los dedos. Pero la persona no sabe, o sí. Pero la persona te puede decir, siento como si me hormigueara, realmente está entumido. Entonces, si créele, ¿por qué? Porque tienes que validarle su dolor y tienes que saber cómo la persona lo interpreta. Y de ahí, tú vas a generar ese idioma con la persona, de interpretar como ella lo entiende. Aunque tu sepas que eso está entumido, la persona lo ve como hormigueo. Si tú le dices, ok, y ya se lo explicas. Sabes que, ese hormigueo que tu sentías, realmente fue un entumecimiento por esto, y esto. La persona ya entiende que cada vez que sienta eso, es que está entumido. Entonces les vas enseñando cómo sentir.”³⁰

Sr. Ricardo: “No más le digo, ¿cuál es el problema que tienes? Y ya me dice que la espalda. Pues entonces yo me dedico a investigar lo que es la espina dorsal, las costillas. Todo lo que es referente a la espalda y ese es mi trabajo. Voy trabajando. Conforme voy tentando, voy trabajando[...] Más bien cuando tú revisas, es nada más es una suposición, porque cuando ya haces el trabajo, ahí te das exactamente cuenta de lo que está pasando. Ya es muy diferente.”³¹

Diana: “Están tan acostumbrados en enfocarse que les duele todo que no se enfoca en qué le duele más o qué le impide hacer eso. Y. ¿qué haces?, vamos a tratarte todo, checando todo. Y ahora sí, vamos a checar que movimiento te duele, y ya checando su movimiento de analgesia, que en su caso es esto: baja más el dolor o se mantiene. Ya viendo eso, ya le dices a la persona, nos vamos a enfocar en esto. La persona se enfoca en eso y es más fácil para la persona tratar en esa zona que acordarse de todo lo demás. Porque realmente lo demás es porque esta compensado. Al final de cuentas cadenas musculares”³²

³⁰ Entrevista etnográfica, Situación social 2, escena 4.

³¹ Entrevista etnográfica, Situación social 1, escena 1.

³² Entrevista etnográfica, Situación social 2, escena 4.

Respecto a la pertinencia en el manejo del consultante, los conocedores destacan la disposición por parte del consultante en atenderse, los límites en la práctica y sus alcances estarán delimitados por esta apertura al trabajo por parte del consultante, sobre todo respecto a la profundidad y el nivel del cual cada conocedor eche mano para la atención; aunque no siempre están presente en la interacción pues también hay toques no apropiados.

[...]Por ejemplo, a mí me toca gente y yo inicio boca abajo, porque me toca gente que llora, ¡que llore!, Yo hago como que no los veo, porque al final de cuentas, es de ellos. Entonces, por eso te digo, si patatea, si se levanta y se vuelve a acostar, que lo haga. Por algo lo está haciendo. Y, o sea yo trabajo cosas, pero ellos no tienen que saber. No es necesario que la gente sepa: te hice reiki, ¿pa'qué? Claro, o sea, al final de cuentas, tú vas a usar lo que aprendiste, aunque no lo quieras usar. No es de: lo voy a usar. Es de que: lo estas usando. Así de sencillo. No es, hoy decidí usar esto. Por ejemplo, no ocupo usar el péndulo para saber lo que me va a contestar. Y lo que ocupo es que la gente sea consciente y ya. Con eso trabajo. Estoy algo en contra de que la gente le diga de golpe a la gente lo que pensó, ¿sabes? O lo que le llegó. ¿Por qué? Porque a ti se te ocurrió: hace tanto tiempo te pasó no sé qué. ¡Ay, me enoja que hagan eso!, la neta. Porque a ti se te hace bien fácil. Pero tú no sabes. Si está yendo al psicólogo, o si no está yendo. Si está yendo, ni te metas. Ya tiene un proceso con alguien más y ya ahí lo va a tener. O no le ayudes a tener más traumas, ya tiene bastantes que lidie con ellos. Por qué, porque tiene que trabajar ellos en su conducta.”³³

“Entonces, es lo que nosotros buscamos, que se libere eso que no es tuyo para que tu puedas salir adelante. Porque por desgracia, miles de gentes están enfermas por las ataduras que están, que están arraigados de lo que han agarrado. Y eso yo lo aprendí con una de mis hermanas. A ella nosotros les decíamos, Dr. Chapatin. Ella recetaba puro medicamento, era lo contrario de mí, puro medicamenteo de la farmacia, que parecía doctora. Y era tanto de ella su afán por ayudar a la gente, que ella se enfermó mentalmente, y te digo mentalmente porque todo lo que ella atendía con la gente que iban y la buscaban, ella fue agarrando sus enfermedades, no las tenía, pero las fue agarrando, al rato que le dolía el estómago, le dolía la pierna, le dolía la espalda, y así se las fue poniendo. Fue tanto que lleno su costalito y nunca quiso liberarse que cayó en cama. Cayó en cama y después puro cansancio y ahí se la llevó por años. Pero ella nunca quiso, y es la parte que les decía hace rato. Yo ayudo a la gente hasta donde ellos se dejan y hasta donde ellos quieren. Si ellos no quieren, yo no puedo cruzar esa barrera. Es límite. Para todo hay un límite y si ellos no quieren, yo me quedé ahí. Así de fácil.”³⁴

Respecto a la diversidad de técnicas empleadas para atender y cuidar los TFAL, éstas son numerosas, existe una gama amplia de posibilidades para realizar el toque según el conocedor (a), la técnica incorpora el “sentido de las manos” con profundidad, dirección,

³³ Entrevista etnográfica, Situación social 2, escena 4.

³⁴ Entrevista etnográfica, Situación social 3, escena 5,

frecuencia en los movimientos e incluso instrumentos; propios de las terapias manuales profundas a fin de resarcir el padecimiento del (la) consultante, reduciendo el dolor que experimenta y con ello favorecer su bienestar, que para tal efecto selecciona del bagaje de experiencias, habilidades, capacidades, conocimiento profesional o empírico que se ha acumulado. Un ejemplo de esto acontece con la cantidad de profesionales formados como masoterapeutas en la zona fronteriza de Baja California, que a la fecha rebasa los seiscientos profesionales con formación en estas y otras técnicas; que las contemplan en su uso y aplicación de varios SAS como profesional masoterapeutas³⁵ con especialidad en aparato locomotor y kinesiólogas (os) holísticas (os) y en los temas abordados durante el tiempo de escolarización en la capacitación de estas “profesiones de frontera”, (Rojas, 2009), cuasiprofesionales o marginales (Wardwell, 1998).

De tal suerte que es menester contar con una miscelánea de opciones terapéuticas dada la diversidad de población que atiende, sobre todo en los CAV. Los requerimientos específicos de cada consultante ameritan atención personalizada y para ello se selecciona del bagaje de saberes las posibilidades a emplear en el PSEA-C en estrecha relación a los requerimientos de cada consultante.

El dolor es relevante en este idioma que se sucede en la praxis de atención y cuidado de los TFAL. Es en este nuevo idioma corpóreo, relacional, en donde las sensaciones referidas como propias del dolor musculoesquelético son reinterpretadas desde una ontología corpórea a partir del tacto, uno que incomoda y que activa el sistema nervioso central; además de acelerar la irrigación sanguínea, estimular el sistema linfático y favorecer la movilidad muscular con las terapias manuales profundas, incide en la elasticidad de las fibras musculares y la activación de las conexiones nerviosas de los nociceptores.

³⁵ El catálogo de profesiones del INEGI no tiene como profesión la de masoterapeutas, no así terapeuta holístico, sobadores, quiroprácticos e incluso cosmetóloga. Este dato curioso pone de relieve la necesidad de figurar en el catálogo oficial de las profesiones y actividades laborales a las que un sector de la población se dedica. A nivel de propuesta, integrar al catálogo del INEGI esta profesión posibilitará contar con más información respecto a su importancia en el ámbito de la salud pública y con ello ahondar en investigaciones que den cuenta de estos CAV. Esta idea se desarrolla en extenso en el apartado de comentarios finales de esta investigación.

Diana: “Yo creo que: sí o sí tienes que tocar a la gente. Podrías decir yo con esto trato todo. No todo les funciona a todos. No hay una sola cosa que funcione. Dependiendo de la persona que esté tratando es lo que vas a tratar, no hay una sola cosa. Por ejemplo, yo digo ahorita, de todo lo que conocí, primero empecé por el área, toda el área, no puedo decir que, con el área alternativa, ya luego me metí a masoterapia, ya luego aprendí lo alternativo y la verdad es que, para trabajar aquí y ahora, pues tienes que trabajar con lo de aquí y ahora. No te puedes estar metiendo en otras cosas, porque si la persona le duele ahorita, tienes que trabajar ahorita. Si tu no le quitas ese dolor o no se lo bajas, la persona no va a volver a diez sesiones hasta que se le baje. O posible si, ¿no? Entonces, yo veo que hay más problema muscular, si tú tratas el músculo y luego haces las pruebas, te das cuenta realmente qué está pasando. Porque si ya relajaste, lo que es más fuerte que cualquier cosa, que es el músculo; ya te va a decir dónde está el problema”.³⁶

Las variadas técnicas que se identificaron en los contextos referidos en esta investigación figuran la “sobada curativa” “una chinga”, una “buena friega”, y “el codito”, como elementos importantes en la práctica de las técnicas manuales profundas. En la sobada curativa, la chinga o friega prevalecen en su mayoría las manipulaciones de toque profundo.

Sr. Ricardo. No, y, para esto se necesita power. No creas que no más vas, si estas todo..., pues no sirves para nada. Muchos aquí han querido entrar y mejor se salen.

C. ¿a qué se debe?

Sr. Ricardo: A que tus manos no sirven. Ponle que te dediques a trabajar, pero si a la gente no le gusta tu trabajo y para que la gente le guste tu trabajo, tienes que ponerle ganas. Como debe ser. A la gente le gusta que le hagas el trabajo a presión. Bien. Y hay otros que les gusta que no más les estés acá, haciendo cariñitos. Si. Fíjate que a mí no me gusta ese jalecito. No. A mí me gusta darles para que se curen. Las mías, mis sobadas son curativas. Eso, eso se los digo yo. Mi sobada es curativa porque yo sí les doy presión. yo no, yo nomás no, nomás no las caricias. Yo les doy presión yo trato de rehabilitar. Y para mí es un gusto. Luego también una señora de la semana pasada. Me habló una señora que vino y me dijo: Ay, oiga, dijo, le agradezco. ¡Me revivió! Le pegué una chinga. Le pegue una buena sobada, y se alivianó. Es clienta, ya tiene tiempo. Y le di una sobada y me habló: Oiga, le agradezco, dijo. Qué buena friega me pegó, duré dos días adoloridita, pero ya ando, re...me revivió. Eso es lo que es, esa es la satisfacción de uno, que la gente te agradece de tu forma de hacer las cosas. Y como te digo, vuelvo a lo mismo, yo, mi trabajo es a presión. Mi trabajo no es relajante o sea que también les doy relajante si quiero, puedo darle ligerito.³⁷

También como especialidad en la terapia manual profunda figura “el codito”. Se trata del uso de esta parte anatómica del terapeuta que se emplea imprimiendo profundidad,

³⁶ Entrevista etnográfica Situación social 2, Escena 4.

³⁷ Entrevista etnográfica, Situación social 1. Escena 1.

desplazamientos y dirección con la articulación del húmero - cúbito y radio. Esta articulación permite entrar a tejido profundo y dada su anatomía es efectiva en músculos grandes y alargados como isquiotibiales, glúteo y bíceps femoral, y es frecuente su empleo en la atención y cuidado de los TFAL, además de las manos. Diana: “Mi especialidad es el codito”³⁸.

El sentido de las manos -léase intención del tacto- es un aspecto importante en la práctica de atención y cuidado a TFAL, sin este sentido la terapia no tiene efecto en las personas consultantes.

Sr. Ricardo: “Pues en el correr de la vida. Al correr del trabajo. Vuelvo a lo mismo. Ponerles sentido a tus manos y saber lo que estás haciendo, más o menos. No te cuesta nada leer un poquito de nervios y huesos. Y aparte de eso, ponerles mucho sentido a tus manos. Lo más importante. Si no le pones sentido a tus manos, si no más trabajas. Tienes que sentir, las coyunturas, los nervios, ¿cómo están?”³⁹.

Diana: “Por ejemplo, la primera sesión yo trabajo más la parte de masoterapia. Y ya en la segunda es cuando me dedico a hacer pruebas. ¿Por qué? Porque ya trabajamos todo lo que son músculos y si había ahí alguna tensión provocada por una descompensación, ya se trabajó”.⁴⁰

Las técnicas, según requiera el consultante en el tejido muscular o las articulaciones, serán variadas, pueden incluir o no otras partes del cuerpo del conocedor además de las manos, instrumentos y herramientas adicionales. Entre las principales acciones empleadas figuran: a) revisión superficial, b) relajar el músculo, c) terapia manual profunda, d) ajuste osteopático, e) trabajo con presión, f) craneosacral, g) ajuste estructural, h) técnicas específicas y j) técnicas de autor.

Respecto a los tipos de masajes efectuados por los conocedores y a los cuales hacen referencia figuran: a) masaje terapéutico, b) masaje relajante, c) facial, d) erótico, e) descontracturante, f) deportivo, g) geriátrico, h) infantil, i) linfático y j) reductivo. Para el caso específico del masaje terapéutico éste incluye las manipulaciones de terapia manual

³⁸ Entrevista etnográfica, situación social 2, escena 4.

³⁹ Entrevista etnográfica situación social 1, Escena 1.

⁴⁰ Entrevista etnográfica, situación social 2, escena 4.

profunda, al igual que otras modalidades del quiromasaje y los ya descritos líneas arriba (sobada curativa, una chinga y/o una friega).

En la categoría de herramientas e instrumentos utilizadas para atender los TFAL, además de las corporales del conocedor y que se han clasificado en una subcategoría de modalidad de masaje, figuran: a) pruebas de movilidad, b) movimiento de analgesia, c) ejercicio terapéutico, d) martillito neurológico, e) kinesiotape, f) aparatos ortopédicos, g) apoyos para movilidad, h) aceites esenciales, i) ventosas (frías y calientes), j) vendajes, k) herbolaria, l) infusiones, m) maceraciones, n) pomadas de autor (a), o) termoterapia, p) electroterapia, q) kinesiología, r) kinesiología holística, s) auriculoterapia, t) acupuntura, u) terapia neural y v) quelaciones.

1.15.4 “Validar el dolor” (Cuerpo).

La densidad ascendió a 118 códigos, de los cuales 6 corresponde al código “alma” ésta a su vez, contiene: “alma fuerte,” “alma débil”, “alma transferible”, “alma intercambiable” en tanto propiedad o característica, y el código “Brujería”.⁴¹ Éste último código está estrechamente relacionado con la tradición judeocristiana y el “deber ser” de un buen feligrés. Por lo anterior se considera en el momento de efectuar la atención a los TFAL. Compartió uno de los informantes clave a quien se realizó entrevista etnográfica: “Si yo le pregunto a usted, ¿tiene fe? y me dice que no, le digo ¡Dios que la bendiga! porque no la voy a curar si no tiene fe”.⁴² En esta misma escena, además del precepto de fe, figura también la confianza, misma que es indispensable en el momento del inicio de la relación entre conocedor y consultante.

⁴¹ La palabra “Brujería” tiene muchas implicaciones en el ámbito de lo cotidiano en los contextos aquí descritos. Este código contiene las narraciones que aluden a una práctica “no buena para realizar”. Ahora que, ésta misma difiere en el sentido y las prácticas que se efectúan en otros escenarios. Para el primer caso, esta palabra es referida por el contexto de los sobadores populares urbanos en el centro de Tijuana y en las prácticas efectuadas en el ámbito rural-urbano de mujeres de origen étnico Koleéw. En el caso de los escenarios de las escuelas profesionalizantes y consultorios adyacentes a vivienda está presente el código, reconociendo su existencia sin otorgarle juicio moral, de valor y/o precepto fe, como sucede en los primeros. Esta diferencia es importante ser destacada pues para estos conocedores, parte importante de la relación “profesional-consultante” inicia con un diagnóstico que para ser tal, habrá de llevar implícitos valores y preceptos de considerable envergadura como la fe y confianza.

⁴² Entrevista efectuada por Sr. B. sobador popular urbano, Zona centro Tijuana, zona fronteriza Baja California.

Sr. Ricardo: “No, no, la revisión no más es ligera. No, más bien, te basas a lo que el cliente te dice. Porque la revisión, no pos si te la llevas revisando allí, pues ahí te quedas, ¿no? En cuanto ya se anima, ¡pas!, ¡pas!, ¡pas!, empiezas a trabajar y ahí vas descifrando.

C: ¿Cuándo es que se animan?

Sr. Ricardo: Pues cuando ellos quieren. Es cuando dices, sabes que: traigo un problema con la espalda y si tiene fe y confianza y sepas, ¿cuánto me cobras? ¡Tanto! Nos ponemos de acuerdo bien y si no, pues también. Así de fácil. ¿Cómo la ve?⁴³

En la subcategoría “inteligencia” se agruparon los códigos: “inteligencia biológica”, “inteligencia social”, “inteligencia energética”, “intuición”. Se trata de códigos “in vivo” que las personas entrevistadas compartieron y las cuales forman parte del diagnóstico y del momento del primer momento de la sesión de atención a los TFAL en el escenario de las escuelas profesionalizantes de masoterapeutas en la zona fronteriza de Baja California.

“Profr. Alberto: la clave es que en el momento que tú pones tu salud en manos de alguien, pues ya estás jodido, ¿no? O sea, tienes por supuesto a veces si tienes que recurrir a alguien, pero tienes que entender cómo funciona el cuerpo y entender que tú eres el responsable de tu salud. Claro, y entonces si tú estás distraído y no ves cómo funciona tu cuerpo, pues entonces vas con esos grandes especialistas y sí, o sea, eso es el tratamiento que vas a tener y darle a tu cuerpo, pero si le pones atención desde ¿qué es lo que estás respirando?, ¿qué es lo que estás comiendo?, ¿qué es lo que estás pensando? y ¿cómo trabajas? Todo eso. Entonces a partir de ahí tu misma inteligencia, que no va a ser nada más la inteligencia social, sino la inteligencia biológica, energética te dice a dónde vayas y cómo te sanes, ¿no? Entonces, ya estamos en una sociedad muy desviada o civilizada que hace que, pues, que no quieras que todo el mundo se cure como tú piensas. Pues, entonces tú tan solo vas a hacer una alternativa y más que palabras con tu ejemplo, puedes ayudar, ¿eh? Y hacer que más personas busquen la manera más sencilla y eficaz, ¿no? Y más integral de sanarse”.⁴⁴

Sra. Tere: “Cuando yo voy a empezar a sobar, yo tengo que comunicarme, tengo que pedir que me proteja y tengo que pedir que me ayude, y que no se me pase tanto lo que trae mi cliente. Porque empiezan a liberar infinidad de cosas como no tienes una idea, con un simple masaje, que tú dices, es un masaje, pero liberan tantas cosas de su cuerpo, ni ellos se dan cuenta”.⁴⁵

⁴³ Entrevista etnográfica, situación social 1, escena 1.

⁴⁴ Entrevista etnográfica, Situación social 2, escena 3.

⁴⁵ Entrevista etnográfica, situación social 3, escena 5.

Profr. Alberto.: “[...] Entonces la clave es cómo diagnostican como visualizan y cómo van a curar”.⁴⁶

En la búsqueda de atención y cuidado de los TFAL, las ofertadas por los conocedores que atienden con terapia manual profunda no suele ser de las primeras opciones a las que se recurre. La selección en gran medida está relacionada con el prestigio que el conocedor ha desarrollado a través de las técnicas manuales profundas y según se trate del contexto. Además de la disposición del consultante de exponer su límite corpóreo, que es la piel, para ser tocado por manos fuertes y con toques profundos, con la esperanza de resarcir las sensaciones que le imposibilitan la movilidad; a pesar de que se requiera desplazar los límites, y entreabrir la posibilidad de atención y cuidado experimentando dolor para así, tras la sinestesia y la terapia manual profunda, pasar de cuerpo doliente a cuerpo no doliente, pese a lo contradictorio que esto parezca.

Por lo tanto, contar con inteligencia social, alude a la capacidad de relacionarse y de echar mano de las redes, vínculos y relaciones sociales establecidas previamente. La inteligencia biológica alude a la información que emana de la capacidad de discernir con el cuerpo y sus sentidos a donde y con que conocedor recurrir para atenderse. Similar conjetura se desprende de la inteligencia energética, la que ha sido referida en términos no tangibles, pero si perceptibles, también conocida como intuición.

Las distracciones propias de la modernidad y el capitalismo tardío han traído consigo la pérdida de la conexión corporal hacia adentro, hacia las conexiones que se generan con el dolor y que se van sobreponiendo en el cúmulo de lesiones acumuladas en la historia de vida del (la) consultante. Sensaciones como el dolor, habrá de ser resignificadas y reconfiguradas, en otros términos, en un lenguaje no verbal para externar la experiencia sensitiva de cuerpos dolientes.

⁴⁶ Entrevista etnográfica, Situación social 2, escena 3.

1.16 Conclusiones.

En este apartado se presentó la investigación estableciendo en su primera sección lo referente al problema de investigación que plantea la incuria de TFAL en la zona fronteriza derivado de la insuficiencia del SAS público y la prevalencia de lesiones no atendidas o invisibilizadas resultado de aspectos sociales, económicos y estructurales que permean y se dejan ver y sentir en cuerpos con dolores rebeldes, crónicos o totales. Se especificó el marco teórico que integra posturas y corrientes que se complementan. Los EMs de Kleimann, (1979, 1980) propia de la tradición de la Antropología Cultural Norteamericana, posibilita la interpretación del mundo moral del cuerpo doliente. Estos mismos encuentran en los Modelos médicos de Menéndez (2002), desde la Antropología Médica Crítica, posibilita explicaciones relacionadas en torno a la complementariedad en la que se sucede la interacción de los SAS. En tanto “sistemas múltiples” (Shuwartz, 2001) de atención a la salud, su interacción, intercambio y fluidez, son algunos de los aspectos que en la praxis clínica cobran sentido para quienes promueven la experiencia sensitiva terapéutica y que despliega a partir de experiencias, saberes y conocimientos acumulados, tanto para buscar atención como para su ejecución; en tanto aspecto relevante para lograr resarcir el dolor en cuerpo dolientes atravesados, según apunta Von Glascoe (2011) por la injusticia social que se vive en la zona fronteriza de Baja California. El sentido de estas experiencias se resignifica y está en estrecha relación con los roles desempeñados por conocedor (a) y consultante, en donde se genera un lenguaje único, propio de la experiencia persona de atención y cuidado a TFAL. Por lo tanto, de la antropología del dolor y sensitiva de Le Breton (2009) integra el marco referencial de las experiencias personales de conocedores que siente, cuidan y atienden los TFAL a partir de la praxis clínica que este autor ha denominado como medicina de la persona. De igual forma, se enriquece de las experiencias de cuerpos dolientes, de tal suerte que complementan, en conjunto estas posturas teóricas, una interpretación del dato empírico recuperado por esta investigación.

La metodología empleada fue en base a la observación participante (Spradley, 1979, 1980) y entrevistas etnográficas, lo cual facilitó la obtención de datos empíricos que a su vez fueron sometidos a un análisis etnosemántico. De este análisis emanó la descripción de los

dominios culturales resultantes de la elicitación que son: “El sentido de las manos”, “Una Chinga”, “Dolores bien heavy”, “El codito” y “Validar el dolor”. Se presenta los resultados del análisis taxonómico, las relaciones semánticas y el análisis de dominios. Es relevante comentar que al interior de la praxis clínica y de experiencias sensitivas, el uso de aromaterapia, herbolaria y aceites esenciales figura en todas las situaciones sociales debido a las transformaciones integradas por las capacitaciones, certificaciones o los procesos de aprendizaje y la profesionalización de la práctica de los y las conocedores en la zona fronteriza de Baja California. Por otra parte, también evidencia proceso de discriminación por parte de universidades privadas en el momento de formar a los futuros fisioterapeutas de la región. “porque el fisio solo da masajes cuando tiene hambre”, reproduciendo estereotipos y procesos de exclusión social, fomentando discursos racistas, clasistas y elitistas.

Además, la transmisión o ejecución de la profesión por segundas y terceras generaciones, tanto de sobadores urbanos, comunidades y grupos originarios, como de las escuelas profesionalizantes es otra característica que define a los escenarios de atención a TFAL en la región de Baja California. Al tratarse de segundas y terceras generaciones, estamos en condiciones de afirmar que se trata de prácticas fuertemente arraigadas en la región y figuran en las posibilidades de atención en las trayectorias de los cuerpos dolientes.

Al interior del hiper pluralismo médico de la zona fronteriza de Baja California las terapias manuales profundas atienden y cuidan aspectos musculoesqueléticos y/o TFAL en respuesta a la insuficiencia de cobertura en el SAS público, pero con la medicalización como mundo moral de segundo orden, los fármacos y/o aparatología están al interior de los tres Modelos Médicos, en frecuencia y cantidad diferenciados y como principal recurso en los PSEA-C.

La posibilidad de recurrir a estos profesionales por parte de los consultantes responde a lesiones musculoesqueléticas que habrán de ser atendidas con manipulaciones profundas dolorosas, incómodas, no gratas la mayoría de las ocasiones. “Validar el dolor” es otro aspecto relevante en la praxis clínica, ya sea que a partir de un diagnóstico digital o bien, a partir de un precepto de fe, tradición y/o confianza las lesiones serán atendidas y cuidadas, pero es una característica relevante de estas técnicas manuales profundas.

La experiencia sensitiva terapéutica no siempre es la primera opción a la que se recurre y cuando es así, la trayectoria del consultante es ya larga y hay incredulidad, “están hartos y gastados”.

A las terapias manuales profundas, según los mismos conocedores, se le ubica dentro del “ámbito de la salud preventiva”, su uso en la atención en los sistemas de salud pública es mínimo y la capacidad de atención reducida, pese a la amplia demanda de la población. Por su parte, las instituciones universitarias públicas, como la Universidad Autónoma de Baja California, inicia la licenciatura en fisioterapia, lo cual oficializa la pertinencia de formar personas con perfiles que atiendan estos TFAL en respuesta al requerimiento social de la zona fronteriza de Baja California. Está es una oportunidad única para sensibilizar y visibilizar las relaciones de clase que se reproducen y refuerzan en los procesos educativos, en donde incluir la capacitación de estas técnicas, como parte formativa esencial de los y las estudiantes, a fin de priorizar el acceso digno, respetuoso y asequible a la población, sin diferenciación al interior del EMs de los profesionales en entornos más seguros, cálidos con toques apropiados y efectivos; posibilitará visibilizar y emplear formas otras de cuidados.

La pertinencia, saber delegar o conocer el ámbito de competencia requiere reconocer los límites propios y los ajenos entre conocedores, como en la praxis clínica. El aspecto ético es importante y es posible incluir temas relativos a las terapias manuales profundas para no solo dotar de herramientas y técnicas de atención, también lo es respecto la proxémica que resultado de múltiples factores, como los post-COVID 19, la distancia que media entre los actores en el escenario de la sesión de atención y cuidado a los TFAL se ha ensanchado reduciendo a lo mínimo indispensable las experiencias sensitivas táctiles.

Será a través de promover la mejora en la mecánica de desplazamiento de los consultantes, el momento en que se inicia la construcción de la lesión. A través de “enseñar a sentir el cuerpo” como parte de los procesos de enseñanza y resignificación, se considerará relevante: “sí o sí hay que tocar”, priorizando dotar en la experiencia sensitiva terapéutica “el sentido de las manos”.

El dolor, siguiendo a Le Breton, al ser una percepción que nos plantea nuestra relación con el mundo y la experiencia acumulada que “es sopesada y evaluada, integradas en términos de significación y de valor. Va más allá de lo puramente fisiológico: da cuenta de lo simbólico (Le Breton, 2019, p.36).

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.

*“El dolor es una de esas llaves con que abrimos las puertas
no solo de lo más íntimo,
sino a la vez del mundo
(Jünger, 2008).*

Introducción.

En este apartado se destacan los principales aportes teóricos en el ámbito de la Antropología médica, y en términos generales, se enuncian algunos aspectos históricos relacionados con el desarrollo y consolidación de la subdisciplina. Se destaca la pertinencia de los Modelos explicativos propuestos por Kleinman (Kleinman 1980), toda vez que se abordan desde distintas escenas clínicas los PSEA-C de los TFAL; en la praxis clínica en la que conviven y transaccionan los sistemas de atención a la salud (SAS) en la zona fronteriza de Baja California. Al ser la praxis clínica el espacio de interacción, el rol del conocedor y consultante en sinergia al interior de la experiencia sensitiva terapéutica, resignifican encarnar dolor. Por su parte, la Antropología Médica Crítica con los PSEA-C, Modelos Médicos, y sus abordajes críticos al Pluralismo médico, posibilita una interpretación de rango medio dotando de relevancia aspectos sociales, económicos y culturales que atraviesan al sector subalterno de la población que encarna dolor y que ha derivado en incuria. Toda vez que se realiza un abordaje micro social, experiencial, fenomenológico; Le Breton (2009) ofrece a esta investigación un andamiaje teórico sólido, desde el Interaccionismo simbólico que abreva a su vez en la Fenomenología de la percepción de Merleau-Ponty. Esta postura teórica se complementa con la un posicionamiento decolonial y una la ética del cuidado, pues ambas posturas pugnan con urgencia por una medicina de la persona. Si bien a nivel de conclusiones se integran la perspectiva decolonial, ésta sugiere líneas posibles de convergencia teórica de diálogo y reflexión de esta pequeña porción de la incuria del dolor.

2.1 Modelo antropológico clásico.

La antropología desde sus inicios se ha encargado de abordar, desde múltiples enfoques teóricos y metodológicos lo relativo a la salud y enfermedad de los grupos sociales. Algunos tópicos de los procesos de salud enfermedad ya se referían en las aportaciones de los trabajos pioneros antropológicos del siglo XIX, pero su impulso se sucede después de la Segunda guerra mundial. Sin embargo, en los años treinta del siglo XX se empieza a delinear lo que décadas más tarde se conocería como la Antropología Médica (AM).

Las escuelas académicas que se encargaron de empezar a delinear algunos conceptos surgen desde el intercambio entre intereses disciplinares similares, como los de la etnomedicina, o también conocida como “medicina tradicional”, que en gran medida consolidó los primeros trabajos de la segunda mitad del XX, misma que ya para el último cuarto de siglo cuestionaba críticamente la subdisciplina en nuestro país.

La trayectoria disciplinar de la AM no es el objetivo de esta sección, por lo tanto, se ciñe a delinear algunos de los periodos en los que se van sucediendo, no solo el desarrollo de investigaciones y tópicos centrados en los procesos de salud/enfermedad/atención-cuidado (PSEA-C), sino también con una postura crítica que cuestionara el mismo quehacer de la subdisciplina.

2.2 Surgimiento y consolidación de la Antropología Médica.

En el periodo que abarca del 1920 a 1950 se desarrollan diversas tendencias teóricas como el Funcionalismo Británico y el Culturalismo Norteamericano mismos que configuran lo que Menéndez denomina Modelo antropológico Clásico (Menéndez, 2002, p. 39). Será hasta la década de los 1950 y 1960, que el proceso de conocimiento de la antropología comienza a cuestionar su propio trabajo.

De entre los primeros trabajos que incidieron en el panorama nacional para el surgimiento de la AM, figuran los trabajos de Aguirre Beltrán y Eduardo Menéndez. Estos investigadores desde intereses y contextos histórico políticos específicos, influyeron en la Antropología

Médica en México y el subsecuente desarrollo exponencial de la “Anthropology at home” referida por Osorio (Osorio Carranza, 2001), (Freyermuth & Sesia, 2006).

La Antropología Médica Crítica es una subdisciplina de la Antropología Social.

“Estudia los problemas de la salud humana, así como los sistemas de curación. Privilegia los contextos sociales, culturales y económico-políticos. Analiza información cuantitativa que mide fenómenos diferenciados de atenderse, morir o enfermar según el grupo social del que se trate. También se encarga de abordar el tipo de relaciones sociales que se establecen con la participación o no para solucionar los problemas de salud” (Freyermuth & Sesia, 2006).

Varios autores ya han caracterizado las etapas del desarrollo de la subdisciplina, entre las que destacan Osorio Carranza (2001, 2011), Menéndez (2002, 2012), Freyermuth & Sesia, (2006), Martínez Hernández (Martínez H, 2008). Se recupera aquí sus caracterizaciones a fin de establecer cortes temporales que diferencian la consolidación de la AMC.

2.3 Modelo Pragmático.

Para el periodo de los trabajos de Aguirre Beltrán, los aspectos integracionistas y pragmáticos del quehacer antropológico tenían como intención incidir en las poblaciones que, a la luz del surgimiento de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud y los recursos por parte de la fundación Rockefeller para la implementación de programas que redujeran la morbilidad y mortalidad en los países pobres; es que se incluye la subdisciplina en el ámbito de la biomedicina a fin de implementar los programas de vacunación e higiene, figurando el propio antropólogo como agente de cambio al interior de estos países (Martínez Hernández, 2008).

Al respecto destacan los “Programas de salud en la situación intercultural” mismo que impulsó Aguirre Beltrán en nuestro país. Esta época se verá reforzada por la creación del Instituto Nacional Indigenista, a partir de la colaboración interinstitucional, se incide en la educación sanitaria de las poblaciones indígenas del país, formando parte de un aparato ideológico pragmático. A decir de Martínez Hernández, no se trata propiamente de una corriente de pensamiento, sino una serie de trabajos prácticos que inciden en la labor

“socio sanitaria, pero no inciden, en la constitución de un campo independiente de análisis” (2008, p. 34). Sin embargo, posibilitó otras áreas de investigación como la salud pública, la epidemiología sociocultural y la interculturalidad. Será hasta la década de los setenta del siglo XX, con la llegada de Eduardo Menéndez y su ya amplio trabajo y trayectoria a nivel internacional, que desarrolla los conocidos Modelos Médicos y los ya incorporados al vocabulario propio de la AMC, procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEA-C).

2.4 Modelo Crítico.

En los años setenta del siglo XX emergen otras posibilidades teórico-metodológicas para la descripción e interpretación de los procesos sociales en un momento en el que son cuestionadas las tendencias teóricas predominantes a nivel de la generalidad de las ciencias sociales e históricas (Menéndez, 2002, p. 33).

Las propuestas teóricas más relevantes que se destacan en este apartado son atribuidas a las Kleinman (1980) y Menéndez (2016). Ambas resultan esclarecedoras, pues “con ambas es posible recuperar categorías analíticas y elementos que nos ayudan a explicar los procesos de s/e/a” (Osorio, 2001, p. 22).

2.5 Antropología médica clínica.

2.5.1 Modelos explicativos de Kleinman (EMs).

Desde la perspectiva de Kleinman, toda sociedad cuenta con “sistemas médicos”, mismos que habrán de ser entendidos como “sistemas culturales simbólicos”, los cuales facilitan analizar “las respuestas sociales a la enfermedad, en términos de sus significados y experiencias, integrando para su análisis las relaciones entre instituciones, roles desempeñados, relaciones interpersonales, redes sociales, escenarios de interacción y, en menor medida las condicionantes económicas y políticas” (Osorio, 2001, p. 23). Estos sistemas son construcciones teórica-metodológicas que, a partir de las especificidades de los

sistemas de atención locales, sirven para analizar el juego de relaciones a nivel institucional, comunitario, familiar o individual (Osorio, 2001, p. 23).

Estos sistemas de atención a la salud (SAS) funcionan en la realidad social, a través de “transacciones” que los individuos establecen en la sociedad y deben ser analizados como construcción institucionalizada, internalizada y objetivada, mediante la atribución de significados y sentidos particulares (Osorio, 2001).

La propuesta de Kleinman (1980), psiquiatra y antropólogo, en su texto *Patientes and healer in the context of culture*, se centra en “entender al sistema biomédico de la misma forma que la medicina tradicional china y las prácticas populares” (Martínez Hernández, 2008, p. 42). “Este enfoque privilegia el nivel microsocio clínico de la relación terapeuta-paciente en la propia estructura del SAS” (Osorio 2001, p. 23), se trata de arenas o “sectores de cuidado a la salud”. Por una parte, está el del sector profesional que incluye a los practicas de la biomedicina, el folk y popular de sectores de la población. Este sector incluye a los terapeutas de la medicina científica moderna, conviviendo cotidianamente con otros SAS. Y por el otro, el de pacientes y familiares.

Es en el sector popular de la salud, el espacio propicio en el que se generan las actividades de diagnóstico, atención y cuidado de cualquier enfermedad en cualquier sociedad. Según afirma Osorio, (2001, p. 25) se ha demostrado que el 70% y 90% de los casos de enfermedad suelen ser resueltos en este nivel. Kleinman identifica en el sector popular una matriz que vincula a otros sectores de cuidado a la salud. Las conexiones se suceden cuando una persona acude a ellos. En este encuentro es que se producen las “transacciones”, modificaciones de rol (se pasa de ser enfermo a ser paciente o a cliente)”, se reestructura las orientaciones cognitivas del enfermo en términos de como la enfermedad es interpretada, etiquetada o es atendida (Osorio, 2001, p. 24).

Las aportaciones de Kleinman, también definidas como “Modelos explicativos” (EMs) cuentan con cinco aspectos fundamentales: etiología, tiempo y modo de la aparición de los síntomas, fisiopatología, curso de la enfermedad (severidad y tipo de rol del enfermo) y

tratamiento. Así, los EMs, se refieren a los episodios concretos de padecimientos, por lo mismo, estos se adecuan flexiblemente a cada situación y debe ser interpretado en contextos específico (Osorio, 2001, p.25).

Una de las fuertes crítica que se le ha realizado a esta propuesta es su nivel de análisis microsociales, a partir de la relación diádica y no como una expresión de las relaciones entre grupos sociales y de clase, al interior de una sociedad históricamente determinada (Osorio, 2001, p. 24).

Es en el espacio clínico en donde es posible analizar con mayor profundidad los procesos cognitivos, comunicativos y transaccionales, que se generan entre los practicantes y los pacientes, así como la distancia cognitiva de los diferentes EMs, evaluar los resultados de la comunicación con los pacientes y mejorar, en su caso, la eficacia del tratamiento médico (Osorio, 2011, p. 25).

El encuentro clínico es entendido como una interacción entre sujetos que comparten intereses comunes, como “aliados terapéuticos”, y los análisis que él o la antropóloga (clínico/a) hace del mismo, servirían de nueva cuenta, para mejorar el proceso comunicativo entre el médico y el paciente, cada cual con sus propios modelos médicos explicativos de la enfermedad y del padecer, elicitando los problemas que surgen en el proceso. Son elaboraciones hechas por los individuos, como respuesta adaptativa en los sistemas de atención a la salud (Osorio, 2011).

Sin embargo, en el ámbito del Pluralismo médico, de la convivencia de los SAS, al visibilizar para el área referida, hay otros matices y aspectos a destacar como los estructurales, políticos, económicos que acontecen en la zona fronteriza de Baja California, con dinámicas específicas como el del clúster denominado Turismo Médico, que es de naturaleza multisectorial, pues suma los sectores del clúster de turismo de hospedaje con el de salud.

Respecto a las particularidades del pluralismo médico en la zona fronteriza de Baja California, Norah Schwartz ha destacado que estos “sistemas múltiples” integran la medicina humoral como parte importante en la atención de asma en población infantil (Schwartz, 2001). Y lo que para la biomedicina puede entenderse como incumplimiento al rol del paciente, está vinculado con los aspectos económicos, sociales y culturales como el empleo de múltiples sistemas para atender en momentos diferenciados en la trayectoria de padecimientos y la supuesta “no adherencias” a un solo sistema (Schwartz, 2002).

Ahora bien, Osorio señala que esta posibilidad construye conclusiones incompletas, sobre todo por las limitadas posibilidades de expresarse, claro está, si se ciñe a la práctica clínica de los profesionales de la biomedicina, sin embargo, en esta convivencia entre conocedores, los cinco aspectos ya señalados de los EMs, se suceden de formas diferenciadas. Es en el espacio clínico en el que la escucha cobra relevancia, en el PSEA-C de los TFAL.

Esta subdisciplina en su modalidad clínica ha sido denominada de corte interpretativo. Mientras, que una histórico-socioeconómica pondrá en relieve los proceso a través de los cuales las sociedades producen sus malestares (sickness), en el que se incorpora la dimensión objetiva de la enfermedad (disease) en la dimensión biológica y psicobiológica; y el padecimiento (Illness) la dimensión cultural. Así la dimensión del malestar es entendida como “la expresión de las contradicciones económicas y políticas que la sociedad actual impone en los sujetos” (Osorio, 2001, p. 25).

Al señalar estas limitantes, esta propuesta abona a las definidas “transacciones” que se suceden en la interacción de la práctica clínica, a partir del tipo de herramientas utilizadas por el EMs de los profesionales. Documentar varios escenarios que atienden los TFAL, posibilita ampliar el nivel de análisis, pasando de la interpretación micro social, a una de nivel de rango medio articulado por el dolor enmarcado en la zona fronteriza de la región de Baja California.

2.6 Antropología Médica Crítica.

Esta postura teórica ha sido desarrollada y consolidada desde el último cuarto del siglo pasado a cargo de Eduardo Menéndez y un amplio grupo de colaboradores, alumnos, instituciones, foros y debates. Desde una perspectiva histórico-estructural, con influencia marxista-gramsciana, propone una construcción teórica sobre los “modelos de atención” en un análisis relacional con las condiciones sociohistóricas.

A partir de un análisis de las relaciones de hegemonía/subalternidad se diferencia distintos Modelos de atención: el modelo médico hegemónico, modelo médico alternativo subordinado y el modelo médico de autoatención y autocuidado. Estas son construcciones teórico-metodológicas, igual que los Modelos explicativos de Kleinman (A. Kleinman et al., 2006; A. M. Kleinman, 1980). Estos implican un determinado nivel de abstracción para así, aprender desde un enfoque relacional y dinámico, los procesos de producción, funcionamiento y organización de saberes teóricos-técnicos, ideológicos y socioeconómicos, que establecen los conjuntos sociales, los terapeutas y las instituciones, respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención, en contextos históricamente determinados (Osorio, 2001, 2011), (Martínez Hernández, 2008).

En este sentido, ambos Modelos, el explicativo como el de atención, enmarcan tanto en términos de praxis, como relacionales los PSEA-C, en contextos diferenciado que comparten, aun la aparente oposición; al pensamiento cartesiano propio de la biomedicina en tanto “marco moral de segundo orden”. Turner (1989) al definir a la medicina como “marco moral de segundo orden” en la sociedad contemporánea, a la par de las transiciones que el capitalismo tardío ha traído a consecuencia, lo que lleva a Turner a decir sobre la afección que:

El Estado, por consiguiente, regula el cuerpo por conducto de la acción de una variedad de aparatos ideológicos, en especial a través de la ley familiar y la medicina preventiva. El moderno régimen médico implica un cierto ascetismo en las costumbres como la principal defensa ante las enfermedades sexualmente transmitidas, las afecciones del corazón, la tensión nerviosa y el cáncer. En este sentido, las normas religiosas de la vida digna han sido transferidas a la medicina; el resultado es que la medicina, en tanto una supuesta ciencia neutral de la enfermedad, se inmiscuye tanto en la ley como en la religión al suministrar criterios de

normalidad. Mientras se marchita la sacra conciencia colectiva, la medicina proporciona, por así decirlo, un marco moral de segundo orden: un marco que, no obstante, se halla encubierto por el lenguaje de la enfermedad (Turner, 1989, p. 258).

2.7 Antropología del cuerpo y del dolor.

La idea de cuerpo y su constitución en el devenir del pensamiento filosófico y antropológico está diferenciado por las escuelas y los postulados que han surgido a lo largo de la historia. Al respecto David Le Breton (Le Breton, 2002) ha explicado cómo el cuerpo humano se ha llegado a constituir como objeto de las ciencias investigativas.

En la edad Media la concepción del cuerpo no estaba fragmentada, no había una separación entre la carne y el alma. “El cuerpo y la persona individual asociada con el mismo constituían una unidad inseparable”. Al estar prohibidas las disecciones, poco se conocía de las partes que le constituían al cuerpo (Bourdin, 2012, p.74).

Filósofos como Descartes y Spinoza en s. XVII, buscaban una explicación racional a esta dualidad y a la complementación entre cuerpo y alma o espíritu humano (Bourdin, 2012). En la época de Descartes y su famoso “cogito ergo sum”, que conjeturaban sobre la constitución del cuerpo-alma del individuo cartesiano que es maquina y mente. Las pasiones son del cuerpo, la razón del alma. Es en este momento que el cuerpo humano deja de ser sujeto para reducirse a objeto de utilización instrumental (Aguilar Ros & Morfín Otero, 2007; Díaz Cruz, 2012).

“Desde las prácticas médicas de Vesallio⁴⁷, hasta nuestros días se ha reforzado la idea del cuerpo como máquina humana; si bien, en el mejor de los casos considerada de alta perfección, siempre asumida como restrictiva de la persona en tanto esta máquina se desgasta, deteriora o envejece” (Aguilar Ros, & Morfín Otero, 2007, p.14). “El taylorismo y

⁴⁷ En 1543 se publicó “*De corporis humani fabrica*, considerado como el primer tratado anatómico de la modernidad (Díaz Cruz, 2012, p.54).

el fordismo revitalizaron el dualismo cartesiano, pero ahora es la mente gerencial que piensa y el cuerpo de cuantos trabajan” (Díaz Cruz, 2012, p. 55).

Ya entrado el siglo XX, las investigaciones que se efectuaban privilegiaban en sus niveles explicativos, con macro-teorías que abordaban la estructura, o bien, la micro-teoría que aludía a un yo incorpóreo. “Sin embargo, los cuerpos han estado siempre en la arena, en las batallas de los relieves sociales: son objetos e instrumentos a la vez que se despliegan en rejillas complejas de poderes, prácticas, deseos, significados. A caso esto sea cierto ahora más que nunca, en una circunstancia en que los conocimientos y prácticas tecnocientíficas han tenido un enorme desarrollo” (Díaz Cruz, 2019, p. 52).

En la antropología, Marcel Mauss fue pionero en denominar las “técnicas corporales” mismas que “son el montaje físico-psíquico-social de una serie de actos más o menos habituales”, el cuerpo es sometido a estas técnicas en cualquier sociedad, en el tiempo y la cultura que sea. De las principales técnicas corporales señala la de nacimiento y obstetricia, de infancia, crianza, alimentación, adolescencia, sueño, técnicas de cuidado del cuerpo y de consumición, técnicas de reproducción “ahí donde hay un cuerpo existen técnicas que operan sobre él: el objeto y medio técnico más normal del hombre es su cuerpo (Díaz Cruz, 2019, p.57).

Los escritos de Merleau-Ponty y su Fenomenología existencialista incorpora la perspectiva del “cuerpo vivido”. “En la fenomenología de Merleau-Ponty el cuerpo de la experiencia vital humana ofrece la doble cara de la relación sujeto/objeto como una unidad indiscernible entre lo sintiente y lo sentido; esta idea está condensada en una expresión metafórica alusiva al fenómeno de la “carne”. No es un objeto ni puede reducirse lógicamente a la condición de tal (como objeto de la ciencia o de cualquier otro saber objetivante), ya que es sostén de la conciencia de sí, es decir, que el cuerpo es también de algún modo sujeto de conocimiento (Bourdieu, 2012).

En las últimas décadas, a David Le Breton (Le Breton, 2019) se le atribuye en cierta medida el renovado interés sobre el cuerpo. Así, ha definido el cuerpo como “una matriz de la

identidad, el cuerpo es el filtro mediante el cual el hombre se apropia de la sustancia del mundo y la hace suya por intermedio de los sistemas simbólicos que comparte con los miembros de su comunidad” (Le Breton, 2009, p. 12).

Figura entonces una renovada tendencia al interior de las ciencias sociales, como lo refiere Turner (Turner, 1989) y Le Breton (2019) poniendo el cuerpo como problema de investigación en las ciencias sociales, y con ello se promueve la corporeidad como producto de las expresiones de la cultura a partir de técnicas del cuerpo. Mientras que la separación cartesiana del cuerpo y la razón, para el cuerpo se le otorga un carácter de instrumento en el empeño de construir precisamente la cultura de la que es producto, al mismo tiempo que otorga las técnicas del cuerpo un sentido histórico (Muñiz 2014, p.10).

Pedraza argumenta que es hasta en años recientes que se ha hecho visible la importancia que el cuerpo humano ha tomado en la escena de la investigación. “Tal diversidad implica que el cuerpo ha sido reconocido en sus dimensiones históricas y culturales, al punto incluso en el Paleolítico sería impropio fijarlo como una constante de la naturaleza humana (Ingold 2000 en Pedraza 2013) y se advierte sobre la importancia, por no decir necesidad, de estudiar “cómo comprender el cuerpo” en la historia de diferentes países y territorios” (Pedraza, 2013).

“Este motivo ha convertido el campo de estudios en una alternativa para concebir las ontologías humanas de la modernidad en una perspectiva transdisciplinaria y comprender los efectos que tienen en estas diversas consideraciones y saberes sobre el cuerpo, comenzando por el hecho mismo de que en las sociedades modernas vertebradas por los conocimientos de las ciencias, éste suele comprenderse social y culturalmente como la forma material y natural de la existencia humana, situada por fuera, y más precisamente, antes de la historia (Pedraza, 2013).

Para David Le Breton (2019), es en los actos corporales, en los movimientos y en los gestos en donde la dimensión simbólica que le proporciona al cuerpo su particularidad como obra cultural (Muñiz, 2014, p.11).

2.7.1 Antropología del dolor.

En su obra sobre el dolor, David Le Breton (Le Breton, 2019) presenta una tipología del dolor, a saber; dolor agudo, dolor postoperatorio, dolor crónico y dolor total; más tarde incorpora el dolor rebelde como categoría (2020). Para el caso que aquí nos atañe, se recupera la definición que proporciona de dolor rebelde y agudo, éste último resultado de caídas, quemaduras, dolores dentales, golpes, lesiones que demoran en curarse o malestares como las jaquecas. Les define como triviales y marcan la vida cotidiana, provocan molestias pasajeras y suelen ser aliviadas estas dolencias con la visita al médico, dentista o el profesional conocedor. En tanto síntoma, la percepción del dolor se hace acompañar con el desarrollo del padecimiento que hay que curar.

Según este mismo autor, el profesional o conocedor al que se recurre cuando hay dolor en tanto síntoma, figura como “interlocutor obligado” nombrando las causas y el origen del mal orgánico en el cuerpo doliente. Según se trató de las condiciones culturales y la valoración que se hace de la situación, las consultas pueden efectuarse ya sea con médicos, curanderos, kinesiólogos, masajistas. Hay también quienes dan la espalda al dolor, se le oponen con resistencia solo con los recursos morales con los que cuenta (Le Breton, 2019, p.74).

Resultado de estas resistencias, en término de la desatención de los TFAL, dichas afecciones suelen derivar en dolor crónico, el cual, “es un largo y penoso obstáculo para la existencia” (Le Breton, 2019, p. 77-78). “El conocimiento del carácter casi siempre provisional del dolor nos convence de que este no tardará en disolverse. Solo se trata de apretar los dientes el tiempo de una breve intervención del médico, unas horas de espera del dentista, o los días que tarda en pasar un ataque de gota. El dolor, cuyo próximo final adivina, pierde una parte de su violencia, y no menoscaba el sentimiento de identidad” (Le Breton, 2019, p. 75).

Al dolor crónico le caracteriza: la intermitencia que alteran la vida cotidiana y la continuidad que paraliza la mayor parte de las actividades a sabiendas que no hay una pronta salida.

En la actualidad, curando enfermedades que en otro tiempo habrían desembocado en la muerte, y tomando bajo control exclusivo la fase terminal de la vida, la medicina ha contribuido a hacer inevitables los dolores más o menos agudos y duraderos que solían desaparecer con la muerte o que no tenían tiempo de desarrollarse a causa de defunciones más precoces. El aumento de la longevidad, unido a condiciones más favorables de existencia en nuestras sociedades occidentales, ha coadyuvado al aumento de los dolores correspondientes a las enfermedades crónicas o a las secuelas del envejecimiento (Le Breton, 2019, p. 77- 79).

Así, en caso de que se suceda el alivio, éste borra el desamparo. Al reencontrarse con los hábitos de la existencia que por días y horas se impregnaron de sufrimiento. “Liberado de la capa de plomo que pesaba desde meses o años, experimenta a veces este momento como un renacer. El retorno se disipa en recuerdos, y únicamente persiste la experiencia de un horror insoportable, cuyo contenido ya no tiene sentido” (Le Breton, 2019, p.86).

2.8 Conclusiones.

A lo largo de este apartado se plantearon los referentes teóricos desde los cuales se sitúa esta investigación. De la Antropología médica clínica se recupera el modelo explicativo de los conocedores ya definido por Kleinman, que atienden y cuidan los TFAL en “mundos morales locales” en donde el lenguaje táctil cobra especial relevancia. Desde la praxis clínica particular y los modelos médicos de atención de la antropología médica crítica, la abstracción de dichos conceptos permite a su vez inferir los niveles de interacción y obtener lecturas más sistémico-estructurales. Los postulados de la fenomenología de la percepción a la par de la antropología del cuerpo y del dolor, posibilita la definición tentativa de un tipo de terapéutica de la persona en los espacios destinados a atender TFAL y el dolor encarnado. Al ser el dolor una experiencia de naturaleza subjetiva, su atención y cuidado, tendrá referentes significativos de las urdimbres simbólicas y referentes culturales del contexto en el que acontece la experiencia sensitiva terapéutica táctil.

CAPÍTULO III. ESTADO DEL ARTE.

Introducción.

En esta sección se presentan algunas de las investigaciones que nos preceden, recuperando los conceptos que han resultado de las trayectorias de las disciplinas y subdisciplinas que se interesan por la salud. En un primer momento se plantean las principales preocupaciones que le atañen a los Estudios Culturales, enfatizando en los enfoques y principales tendencias investigativas. En el mismo sentido se revisaron algunas de las aportaciones de la Salud Pública y la Epidemiología. De estas se recuperan conceptos abarcadores como Zona fronteriza de Baja California en tanto unidad integradora de problemáticas afines entre México y Estados Unidos. Salud Fronteriza y Salud Binacional, conceptos que han resultado del trabajo y esfuerzo conjunto entre diversas instituciones y organizaciones no gubernamentales en la zona Fronteriza de Baja California.

3.1 Estudios culturales.

Los Estudios Culturales, en los términos más abarcadores, entiende el cuerpo como una línea limítrofe: “al mismo tiempo que estas investigaciones exhiben la constitución histórica, cultural, y política del cuerpo, se ven obligados a confrontar los materiales y las temporalidades de una cultura con series heterogéneas como la de los discursos y prácticas médicas, los dispositivos policiales, la economía y la demografía, los descubrimientos y experimentaciones biológicas y genéticas, etc. (Giorgi, 2009, p.69).

“El cuerpo se torna, un lugar de intersección entre los discursos culturales y una multiplicidad de discursos que oponen un revés o una zona de opacidad respecto de las tradiciones culturales. En esa intersección, sus continuidades y sus cortes, lo que los estudios enfrentan como desafío y como problema epistemológico, disciplinario y político. El cuerpo y la población, y la dimensión biopolítica que inscriben, traen al centro del debate crítico el problema de los límites de “lo cultural” y sus relaciones con lo que no es “cultura” (Giorgi, 2009, p. 69)”.

De los temas principales en los estudios culturales latinoamericanos, el cuerpo es objeto e instrumento crítico y protagoniza múltiples recorridos e investigaciones. De entre los temas que prevalecen las principales preocupaciones en torno a la inscripción cultural y social del cuerpo son: a) cuerpo y violencia, b) género y sexualidad, c) mestizaje, d) enfermedad y salud (Giorgi, 2009).

La enfermedad y salud es una preocupación que a su vez atraviesa a las demás. “Debido a que salud y enfermedad han sido uno de los mecanismos eficaces de inscripción política y cultural de los cuerpos, precisamente porque parte de la modernidad es que los poderes se han legitimado en la “defensa de la salud” o la “preservación de la vida” (Giorgi, 2009,p. 70).

En los estudios culturales, sostiene Giorgi (2009), el cuerpo cobra una “dimensión interdisciplinaria” iluminando zonas límites de los vocabularios críticos, experimentaciones y transformaciones que reclaman nuevos lenguajes y aproximaciones.

“Debates e investigaciones en torno al estatus del cuerpo en relación con umbrales biotecnológicos, radicalmente transformados y, por lo tanto, a nuevas prácticas reproductivas y nuevas ficciones de la herencia, experimentos en torno a los límites de lo “natural” y a la fuerza de mutación del cuerpo (y los registros éticos en torno a esas prácticas biopolíticas); el entusiasmo renovado en torno a ciertos discursos eugenésicos, y el consecuente redimensionamiento de categorías raciales y étnicas; exploraciones en torno a los mapas políticos cambiantes de la salud y de la enfermedad, etc.: a través de estos temas y discusiones el registro histórico, político y estético de la potencia del cuerpo marca el rumbo de los nuevos desafíos para los estudios culturales (Giorgi, 2009)p. 71).

Parte del desafío de esta investigación ha sido construir un marco interpretativo desde los estudios culturales con el objeto de ahondar en la construcción de los TFAL, al interior de los PSEA-C, que se suceden en el hiper pluralismo médico de tres situaciones sociales en la zona fronteriza de Baja California. Enfatizando en la importancia del cuerpo para la tradición investigativa de los estudios culturales, y las renovadas y múltiples prácticas sobre éste; las aquí abordadas son aquellas que tienen como finalidad promover bienestar en el cuerpo

doliente que recurre a la experiencia sensitiva terapéutica y así resarcir condiciones que se dejan ver a través de corporeidades que padecen los TFAL.

Enfermedad y padecimiento y la diferenciación entre éstas han sido debates de larga data y forman parte de las diversas tradiciones filosóficas. Por ejemplo, en la hermenéutica de Gadamer y Habermas, postulan que “la enfermedad, además, debe considerarse, desde el punto de vista médico, y también del existencial: por ello se impone un concepto biológico no reduccionista de la salud, sino una idea de la enfermedad como expresión significativa de la vicisitud existencial del hombre”. Así, lo tocante en torno a la enfermedad, “en el plano antropológico y ético y constituyen uno de los argumentos más debatidos de la filosofía médica”⁴⁸ (Abbagnano, 2004, p. 372).

Desde la antropología médica, una importante contribución que abona al debate son los Modelos Explicativos de Kleinman (A. Kleinman et al., 2006). Ahora que, si bien la propuesta surge de la propia biomedicina, la gran aportación es precisamente que su construcción allana el camino en el ámbito de la comunicación clínica (Martínez Hernández, 2008).

3.2 Sociología médica.

⁴⁸ Según Abbagnano, al interior de la filosofía médica, misma que se constituye en 1844 con Blarlett y su obra *Essay on Phillosophy of Medical Science*, es que se considera una verdadera y propia filosofía de la medicina, por lo tanto, es hasta después de la segunda mitad del silo XX que se constituye como “un conjunto de investigaciones específicas”. Los principales problemas de la filosofía de médica son: 1) el tipo de conocimiento científico que compete al saber médico. En el estatuto epistemológico, son dos los modelos teóricos a) el objetivista-naturalista que insiste en el carácter biológico de la medicina, b) el antropológico-cultural o humanístico, que insiste en que la medicina es algo más que una rama de la ciencia natural, en la medida en la que tiene que vérselas con un ser (el hombre) que no solo es corporeidad. 2) La segunda problemática es la noción de enfermedad. En esta también son dos modelos explicativos básicos. a) El mecanicista-reduccionistas que compara al ser vivo con una máquina y la enfermedad sería una respuesta al proceso de la esfera biológica y b) el Holístico-humanista que considera la enfermedad como un modo ser que implica la totalidad “biopsicosocial” del individuo. 3) En la relación médico paciente son tres los modelos. a) el paternalista-autoritario, mismo que se centra en el papel del médico y la posición pasiva y subalterna del paciente. b) el del principio de autonomía, por contraposición, acentúa el papel del paciente y c) el del “carácter benéfico de la confianza” que con el concepto de “dignidad del enfermo” se enfocan en el papel del médico, cuya autoridad profesional y científica del paciente debe someterse con confianza, en tanto corresponde al compromiso médico de buscar el bien del propio paciente; y 4) Las implicaciones éticas de la Medicina. Se refiere a las cuestiones pertenecientes a la bioética (Abbagnano, 2004, p. 699).

La sociología médica en su tradicional Manual de Sociología Médica aborda de manera crítica e histórica los procesos institucionales por los cuales han atravesado diversas profesiones en su constitución médica oficial. Han avanzado en el estudio de profesionales o conocedores a quienes se les han denominado como “limitados y marginales”, a quienes se les atribuyen “servicios de salud confinados a artes específicas del organismo humano y a una gama parcial de terapia: practicantes marginales, que tratan casi toda la gama de funciones y desordenes del cuerpo, pero emplean terapias heterodoxas”. También figuran los cuasiprofesionales cuyas terapias son pseudocientíficas o incidentales de otra función, por lo general religiosa (Wardwell, 1998, p. 314).

Wardwell en su artículo “Los practicantes limitados y marginales” aborda los procesos de profesionalización y el reconocimiento tanto de las universidades, como de las asociaciones profesionales en Estados Unidos y de la American Medical Association (AMA). El quiropráctico desde 1974 es formalmente reconocido tanto por estados y condados como por las compañías de seguros. Entendido como practicante marginal, “el quiropráctico ha desarrollado el concepto de cumplir una misión importante: llevar ayuda a los afligidos que la medicina no puede curar. Están ideológicamente comprometidos con una terapia sin medicamentos, con una filosofía de la “enfermedad” y con sus tradicionales tratamientos a base de manipulación”. El mismo año, la Suprema Corte de California anula la ley que negaba licencia a los nuevos osteópatas (Wardwell, 1998, p. 330-331).

“La creciente aceptación pública de los quiroprácticos como practicantes que manipulan el cuerpo puede animar a los osteópatas a favorecer otras terapias. La insistencia de la osteopatía en tratar a la persona como un todo, en el mantenimiento de la salud y en emplear los poderes recuperativos naturales del cuerpo, probablemente sobreviva y fortalecerá ciertas tendencias, que ya se encuentran dentro de la corriente principal de la medicina. Entonces la osteopatía podría desaparecer como escuela distintiva de la medicina, así como virtualmente ha desaparecido la homeopatía” (Wardwell, 1998, p. 328).

“Los practicantes marginales más conocidos son los quiroprácticos, aunque a lo largo de la historia también los osteópatas fueron considerados como cultista”⁴⁹. La AMA, con los

⁴⁹ Según apunta Wardwell, Los osteópatas surgen en 1860 y subrayan la unidad autorreguladora del cuerpo y el poder curativo de la naturaleza. Recuperando a Taylor Still, el autor insiste que: “en la manipulación de huesos

argumentos de que los quiroprácticos son torpes o charlatanes perdió la buena voluntad de quienes si habían recibido beneficios en la mejora en lesiones de la articulación sacroilíaca (Wardwell, 1998, p. 331).

Las consecuencias de la condición marginal sobre quiroprácticos y practicantes presenta seis reacciones compartidas que han contribuido a mantener dichas condiciones: 1) los quiroprácticos se unen a fin de luchar por autoprotección, reconocimiento y aceptación pública, 2) comparten tal fe en la concepción de la enfermedad y la terapia que evidencia empírica contraria amenaza muy poco, y los fracasos se atribuyen a la falta de habilidad del conecedor, la morosidad del paciente en atenderse convierte en patologías irreversibles, 3) los quiroprácticos pueden considerar, dado que la terapia difiere totalmente a la de la medicina, no estudia las mismas materias que los médicos, o se someten a los mismos requerimientos para la obtención de licencias y no se sienten inferiores al médico y 4) comparten la ideología de minoría oprimida (Wardwell, 1998).

En sus conclusiones Wardwell (1998) propone cuatro líneas de acción investigativa: 1) relación entre factores relacionales y no relacionales en la aceptación y rechazo de nuevos modos de terapia, 2) función de un jefe carismático al legitimar la innovación terapéutica y nuevas soluciones relacionadas con la salud, 3) efecto de las actividades de la medicina organizada y las dependencias reguladoras del Estado sobre el establecimiento, evolución y posible desaparición de practicantes limitados, marginados y cuasi practicantes.

3.3 Sociología del cuerpo.

Por su parte, la sociología del cuerpo ha puesto en relieve, desde una lectura fenomenológica, que: “La enfermedad puede apreciarse como una invasión, o al menos como una alteración no deseada del metabolismo, la cual tiene la consecuencia de perturbar o refrenar mis relaciones y actividades sociales cotidianas. Una enfermedad pone un límite o restricción a

y coyunturas liberaba fuerzas restaurativas naturales y argumentaba que ningún sistema de alopatía son sus drogas fatales debería entrar por nuestras puertas” (1998. p. 327).

mi práctica sensorial y creativa”. El rasgo sobresaliente de la praxis humana dice Turner, es que “la enfermedad puede ser apropiada y transformada en cultura” (Turner, 1989, p. 281).

“Los procesos y tendencias analizados deben ser relacionados con el notable desarrollo de las investigaciones sobre el cuerpo, en particular dentro de la antropología médica. El cuerpo fue redescubierto a partir de los sesenta en términos de su papel en la vida cotidiana y en particular como preocupación central de lo que luego serían los estudios de género, y desde los setenta cobró importancia en las ciencias antropológicas que abordaron una variedad de problemas, especialmente los referidos al proceso salud-enfermedad-atención (S-E-A), para convertirse en la siguiente década en una de las categorías centrales de la antropología, especialmente de la norteamericana (Johnson, 1987; Martin, 1992; Sheper-Hughes y Lock, 1987; Turner, 1985 en Menéndez, 2001, p. 15).

La propuesta de Turner (1989, p. 294) se fundamenta en que una sociología del cuerpo “debe abrazar alguna noción de mediación que funcione en contra de cualquier reduccionismo simplista, en donde a través de la corporeidad, los seres humanos ejercitan alguna forma de gobierno corporal”. A su vez, debe consagrarse a la dicotomía entre naturaleza y cultura, puesto que la relación entre estas es social, histórica y contradictoria. Considera como sistemas clasificatorios a la biología y la fisiología que organizan y sistematizan la experiencia humana, y son, por ello, aspectos de la cultura, no de la naturaleza.

La definición de afección de Turner es entendida “como una clasificación de procesos biológicos y, (...) es asimismo una categoría cultural variable, determinada por una toma de decisión médica, la clasificación médica y las intervenciones tecnológicas (Turner, 1989, p. 295).

La corporeidad, argumenta Turner, es más que un concepto, “es potencialidad y la realización de su potencia requiere una crítica social que reconozca que algunas sociedades son más libres que otras” (Turner, 1989, p. 297).

La brecha entre la expectativa y el consumo representa un nivel de privación relativa que constituye el foco del desequilibrio social. Es por esta razón que el gobierno de la sociedad exige un gobierno del cuerpo. Todo gobierno implica regulación, y la regulación es la imposición de uniformidades de normas. La regulación burocrática de las poblaciones tiene lugar, tal como lo entendieron Weber y Foucault, a través de la individuación de los cuerpos, y en las sociedades contemporáneas la regulación moral de los cuerpos se efectúa bajo los auspicios de la salud. El problema es que la salud, al igual que el placer, es personal y

particular, precisamente porque la corporeidad es siempre única. Los cuerpos pueden ser gobernados, pero la corporeidad es la base fenomenológica de la individualidad (Turner, 1989, p. 300).

El dualismo cartesiano de larga tradición filosófica tendrá salida con Husserl y la tradición fenomenológica, para quien “El cuerpo es la experiencia aislada o individualizada, tras sucesivos actos de reducción fenomenológica (...) El cuerpo es considerado como una experiencia vivida relacionado con posibilidades humanas bien determinadas” (Abbagnano, 2004, p.254).

“La propuesta de la descripción fenomenológica será la de intentar recuperar o captar esta experiencia primera, preobjetiva o previa al pensar, que tenemos con el mundo, y esta experiencia perceptiva, kinética e incluso de lenguaje, es posible o se consume a través del cuerpo propio, el cual para Merleau-Ponty (1993[1945]) no podría reducirse ni a la res cogita ni a la res extensa, pues no es ni un "acto de conciencia" ni una "suma de reflejos" (Citro & Aschieri, 2011, p. 31).

En la antropología del cuerpo, Marcel Mauss, con su publicación “Las técnicas del cuerpo”, junto con Le Breton, “otorgan al cuerpo un carácter de instrumento en el empeño de construir precisamente la cultura de la que es producto, al mismo tiempo que les otorga a las técnicas del cuerpo un sentido histórico” (Muñiz, 2014).

Douglas, con su interés puesto en los ritos, contribuye argumentando de que “los ritos de pureza y de impureza crean la unidad en la experiencia. Lejos de ser aberraciones del proyecto central de la religión, son contribuciones positivas a la explicación. Mediante ellos, algunas configuraciones simbólicas se elaboran y exponen públicamente. Dentro de estas configuraciones los elementos dispares se relacionan y la experiencia dispar recibe sentido” (Douglas, 1970, p. 15). Lo cual renovará la atención a los vínculos entre las formas expresivas corporales y los modos de control social (Citro & Aschieri, 2011, p. 34).

La contribución central de Douglas fue exponer “la importancia del modo en que los sistemas de control se imponen sobre los cuerpos y contribuyen a formar determinados marcos cosmovisionales” (Citro & Aschieri, 2011, p. 35).

“Si el cuerpo es símbolo de la sociedad, según lo sugiere Mary Douglas, toda amenaza de su forma afecta simbólicamente al lazo social. Los límites del cuerpo dibujan a su escala el orden moral y significativo del mundo. Pensar el cuerpo es otra forma de pensar el mundo y el vínculo social; un trastorno introducido en la configuración del cuerpo es un desorden introducido en la coherencia del mundo (Le Breton, 1994, p. 209).

En fechas recientes, la producción académica ha tenido un desplazamiento del concepto de creencia al de práctica. La temática de la corporeidad se ha convertido en la apuesta para comprender las experiencias. La temática de la corporeidad cobra impulso a partir del concepto de *embodiment* de Csordas (Csordas, 2010), “la relevancia de este concepto recalificó la etnografía, abriéndose hacia transformaciones de la experiencia como el concepto de modos somáticos de atención” (Tavares & Caroso, 2018).

3.4 Salud Pública.

Siguiendo con las disciplinas que en la zona fronteriza han efectuado trabajos de investigación relativos a la Salud Pública fue menester indagar los principales temas desarrollados. De tal suerte que en Araujo et al. (2016) se documenta el estado del arte de la Salud Pública en la Frontera México-Estados Unidos. Fierros Hernández (2016) realiza un panorama histórico de la Salud Pública en Baja California, Estados Unidos en los siglos XIX y XX. Bautista-Arredondo et al., (2023) y su equipo de trabajo han enfatizado en la existencia de consultorios adyacentes a vivienda, mismos que recién documenta y a los cuales, la población acude a dar atención a su salud. Nigenda et al. (2009) aborda las alternativas con las que los migrantes mexicanos en Estados Unidos cuentan para atender sus problemas de salud. Sandberg (2016), ha enfocado sus esfuerzos a las terapias manuales que son practicadas en Carolina del Norte y a los que recurren los migrantes mexicanos. Aborda el pluralismo médico en Carolina del Norte con énfasis en los conocedores denominados sobadores. A los esfuerzos se suma también Gazo (Gazo Robles, 2017) y Langdon (Langdon, 2018; Langdon & Wiik, 2010) quienes dan cuenta de las prácticas y recursos de agentes tradicionales en zonas urbanas, pese a que se trata de otro contexto, enfatizan de la

relevancia de estos conocedores en los espacios urbanos, y como parte del pluralismo médico y prácticas de autoatención (Langdon, 2018) (Araujo et al., 2016; S. Bautista-Arredondo et al., 2023; Fierros Hernández, 2016; Nigenda et al., 2009).

Adherido a lo anterior, y a que el fenómeno migratorio internacional en México se sucede en periodos largos de tiempo, desde el siglo XIX, presentando intensidades y regulaciones disímiles en estrecha relación con los cambios económicos a nivel global, estos periodos han formado parte central del entramado de factores que se entretajan en la zona fronteriza respecto a la atención y cuidado al dolor emanado de los TFAL

La región fronteriza de Baja California forma parte de una extensión territorial que ha desarrollado dinámicas culturales, económicas, políticas y sociales que se han transformado en el tiempo. Este fenómeno demográfico se ha sucedido en diferentes intensidades y con importantes impactos tanto en los países de destino como en los de origen. Vista esta zona desde la epidemiología, según apunta Gutiérrez y Hernández es “una unidad epidemiológica independiente” y heterogénea (Gutiérrez & Hernández, 2013, p. 408).

La población migrante trabajadora, tras la migración es más susceptible a experimentar accidentes y estrés hasta llegar al suicidio; mismos que están vinculados con el acceso a los sistemas de atención a la salud, resultando en una atención médica tardía, postergada, con lo que se agravan los problemas crónicos, llegando incluso a las repatriaciones forzadas por las enfermedades (Gutiérrez & Hernández, 2013; Nigenda et al., 2009); ya que tanto Medicare como Medicaid, sistemas de atención a la salud en Estados Unidos, no les incluyen en sus coberturas o afiliaciones (Gutiérrez y Hernández, 2013).

Se recuperan a continuación algunas de las propuestas emanadas de los esfuerzos investigativos y metodológicos desarrollados, poniendo énfasis en aquellas que abonan a la construcción del proceso investigativo desde la interdisciplina propia de los Estudios culturales y su entrecruce con la Salud pública y la epidemiológica sociocultural.

Desde la perspectiva de la Salud pública y la Epidemiología, se han destacado tres tendencias en la región fronteriza. Según apunta Araujo (Araujo et al., 2016), en la frontera de México y Estados Unidos se suscitan contrastes que abrevan en “disparidades económicas y sociales que posiciona a ambos países ante importantes retos, uno de los cuales es la presencia de problemas de salud comunes en ambos lados de la frontera lo que afecta de manera diferenciada a la población”. Lo anterior se relaciona estrechamente con la morbilidad y la mortalidad en tanto causas principales.

La categoría de raza está presente en la información generada por la Salud Pública de los Estados Unidos, y que se distingue por utilizar para describir y codificar la morbimortalidad, sus conclusiones reiteradas de que los grupos raciales negro, hispano, y sobre todo amerindio, son los que tienen más tasas más altas de morbilidad y mortalidad, y las menores esperanzas de vida (Araujo et al., 2016). “Esta situación opera en casi todos los campos, y así por ejemplo las estadísticas vitales y los estudios específicos indican que la población amerindia tiene las más tasas de mortalidad generadas por alcohol” (Menéndez, 2018a, p. 58).

“La frontera es el símbolo de afinidades y diferencias, donde el desarrollo económico, servicios de salud y la infraestructura son los mejores determinantes del estado de salud en ambos países (Rangel et al., 2006 en Araujo et al., 2016, p.7). Siguiendo a Araujo, se trata dice, “De una región binacional única, donde se comparten características ambientales, sociales, económicas, culturales y epidemiológicas, y por otro lado, operan bajo un conjunto diferente de sistemas jurídicos, políticos y de salud” (Araujo et al. 2016, p. 7).

3.5 Epidemiología en la zona fronteriza de Baja California.

Esta zona fronteriza, en tanto “unidad epidemiológica independiente” y dada su heterogeneidad, del lado de México, presenta niveles de desarrollo, empleo e ingreso en promedio más altos que los del resto del país, siendo con ello una atracción para la migración interna, y como paso de la migración internacional. En los condados y estados del sur de

Estados Unidos, las concentraciones de pobreza y las disparidades en el acceso a servicios de salud son mayores al resto del país (Araujo et al., 2016).

El perfil epidemiológico de esta zona combina tanto enfermedades infecciosas como crónicas degenerativas, además de lesiones y accidentes tanto laborales como de tráfico. El contexto está caracterizado por el constante movimiento transnacional de sus habitantes. Dados los procesos de interacción entre la población y las instituciones, el ámbito rebasa la frontera, por lo que requiere, dice Araujo, “del diseño e implementación de modelos de prestación de servicios de salud y políticas de salud pública acordes a las necesidades binacionales de la región” (Araujo et al., 2016, p.6).

En este sentido, esta investigación pone el acento en la pertinencia de ahondar en los TFAL en tanto emanan de la diferenciación de raza-etnicidad, edad, sexo, generación y clase entre las situaciones sociales que al ser abordadas al interior del hiper pluralismo médico, pone de manifiesto las restricciones y el control ejercido en los cuerpos de la clase trabajadora en la zona, a través de los TFAL que por su propio origen cultural, y al interior de sistemas clasificatorios cartesianos y su validación social como tal, responde en gran medida al poder hegemónico que la biomedicina ha desplegado desde mediados del siglo pasado sobre el pensamiento occidental.

Las situaciones sociales aquí presentadas contribuyen y dan cuenta de la urgente necesidad de atender los TFAL, recordando que figura como una de las principales causas en tanto enfermedad no transmisible (ENT) que en la salud fronteriza, es menester implementar regulaciones y participación de las profesiones que cubren, dada la proliferación y el acelerado crecimiento en la zona fronteriza de los CAV; una amplia demanda por parte de la población subordinada para dar atención y cuidado a lesiones cotidianas al interior de los PSEA-C que cobran sentido en relaciones de hegemonía/subalternidad.

La frontera entre México y Estados Unidos es una región de contrastes en donde convergen disparidades económicas y sociales que posiciona a ambos países ante importantes retos, uno de los cuales es la presencia de problemas de salud comunes en ambos lados de la frontera lo

que afecta de manera diferenciada a la población y que representan las principales causas de morbilidad y mortalidad. (Araujo et al., 2016)

De los esfuerzos disciplinares en la región se destacan los principales conceptos que han sido resultado del esfuerzo de grupos de académicos, investigadores (as), iniciativas de la sociedad civil; es decir, el esfuerzo en conjunto y que se resume en los siguientes conceptos desarrollados en las investigaciones en esta zona fronteriza de Baja California.

3.5.1 Salud Fronteriza.

En un primer momento, y desde la Salud pública y la Epidemiología, figura el término “Salud fronteriza” que a pesar de su complejidad, presenta situaciones particulares que favorecen que ciertos problemas de salud sean mayores que el resto de los países, como los cambios en la alimentación, problemas relacionados con la disminución de actividad física, vidas sexuales iniciadas a temprana edad, presencia de grupos vulnerables como los migrantes; pero una definición como tal no la hay (Araujo et al., 2016).

3.5.2 Frontera Saludable.

Entre las principales iniciativas que se han implementado en esta zona destaca la denominada Frontera Saludable que como objetivo principal persigue: “Favorecer la salud de la población mediante iniciativas que mejoren su calidad de vida, aumenten el número de años de vida saludable y eliminen las disparidades en salud. La iniciativa contempla los principales problemas de salud que afectan a la región. (Araujo, et.al. 2016. p. 7-8)

El esfuerzo conjunto denominado Frontera Saludable en 2010 y 2020, involucró a la Comisión de Salud Fronteriza México-Estados Unidos, que surgen “como un mecanismo de diagnóstico de las condiciones de salud de la región y es interseccional con los programas de Healthy People del Departamento of Health and Human Services (HHS), los indicadores de

Salud del Programa Nacional de la Secretaría de la Salud de México. Así, se trata de “un programa binacional para la promoción de la salud y prevención de enfermedades enfocando en la atención de problemas regionales y sustentado con el desarrollo de planes bilaterales, fronterizos y comunitarios”. Este programa persigue el objetivo de “Favorecer la salud de la población mediante iniciativas que mejoren su calidad de vida, aumenten el número de años de vida saludable y eliminen las disparidades en salud” (Araujo et al. 2016).

3.5.3 Salud Internacional.

El concepto de la Salud Internacional hace alusión a los esfuerzos multinacionales que buscan “conocer, estimular y reforzar las actividades sanitarias que se extienden de un país hacia espacios más allá de sus fronteras, a los que además se debe agregar las condiciones económicas, sociales y políticas de los países involucrados. Otra definición la refiere como “el estudio interdisciplinario del conjunto de fenómenos, vínculos, acciones e interacciones de salud que se generan entre los sujetos de la sociedad internacional”. Ambas, “comprenden las implicaciones de las relaciones económicas, políticas y sociales en la salud, además de las repercusiones de ésta en las condiciones de salud que trascienden los límites geográficos de un país (Salgado, 2009 en Araujo et al., 2016, p. 9).

3.5.4. Salud Global.

Por su parte, el de Salud global, es el concepto más reciente y refiere, por un lado, “a los problemas de salud que trascienden tanto a las fronteras como a los gobiernos nacionales, para lo cual se deben definir acciones que tengan un impacto en las fuerzas globales que determinan la salud de las personas. Por otra parte, define a la salud global como “un campo de conocimiento que aborda desde una perspectiva interdisciplinaria tanto el proceso salud-enfermedad a nivel mundial como las respuestas sociales generadas para hacer frente a dicho proceso, para lo cual se debe lograr la cooperación entre los actores responsables de la educación, la investigación y la prestación de servicios de salud (Araujo et al., 2016, p. 10).

3.5.5 Salud Binacional.

El término de “Salud binacional” ha sido utilizado en gran medida en el contexto México-Estados Unidos, del que no existe una definición como tal, se puede señalar que alude a “los retos, propuestas y programas de cooperación en salud entre dos países –los cuales no necesariamente son vecinos– que comparten intereses comunes en torno a temas prioritarios de salud”. El uso del término abarca “todas aquellas acciones que buscan la mejora de la situación de la salud de la población que vive en la franja fronteriza y la de los migrantes mexicanos en Estados Unidos”, entre las que se pueden destacar comisiones, semanas y jornadas de trabajo, así como los esfuerzos y las asociaciones que tienen como propósito contribuir al fomento de la salud de los grupos poblacionales más desprotegidos (Salgado, 2009 en Araujo, et al., 2016).

3.5.6 Salud Migrante.

Salud del migrante, en la misma línea que la anterior, refiere a “la salud de aquellas personas involucradas en el fenómeno migratorio México-Estados Unidos: los propios migrantes (incluyendo las cuatro posibles etapas del proceso: origen, tránsito, destino y retorno), así como sus familias (en los lugares de origen y de destino)”, esta definición abreva a sí mismo en la que da la Organización Mundial de la Salud (OMS), pues el organismo internacional la considera que “la salud del migrante está determinada por el estado de salud antes de la migración, la experiencia de la migración y la vida después de la migración, además de los determinantes de la salud de la población en general (Araujo et al., 2016).

3.5.7 Salud Fronteriza.

La definición que propone Salgado respecto a la “salud fronteriza”, es: un campo de acción de la salud pública. “Refleja la diversidad y cambios en una región con cultura y desarrollo social diferenciales, pero que trasciende la división geopolítica y tales diferencias. La salud

fronteriza es una respuesta binacional ante el impacto de la interdependencia económica, social y política en la región de confluencia de ambos países, la cual se ve reflejada en los determinantes sociales de la salud, la transferencia de riesgos, el estado de salud de la población, el medio ambiente, la respuesta de los sistemas de salud, la participación ciudadana y los derechos humanos (Salgado 2009 en: Araujo et. Al, 2016).

Investigaciones precedentes dan cuenta de que la población migrante atraviesa por condiciones de vulnerabilidad y de inequidad en el acceso a los servicios en los países de destino. Nigenda (Nigenda et al., 2009) ha destacado las tres principales estrategias implementadas por la población migrante para dar atención y cuidado a su salud en el país de destino. Según detalla estos autores, la jerarquización de recursos se sucede: a) al interior del grupo doméstico, con prácticas de autoatención, seguido por b) la estrategia de recurrir a familias y amigos en el país de origen a través de llamadas telefónicas, a fin de que realicen la consulta en el lugar de origen y tras el diagnóstico del conocedor, enviar medicamento al lugar de destino, c) recurrir al sistema de atención privado. En esta última estrategia figuran en primer término: a) traslados al lado del territorio mexicano; siendo las ciudades fronterizas el primer destino en donde se i) se realiza el consumo de productos farmacéuticos y ii) se procura la atención en el sistema de atención privado. El escenario incluye intervenciones quirúrgicas o seguimiento a las enfermedades crónicas” (Nigenda et al., 2009).

El traslado a las ciudades fronterizas incluye las consultas médicas y la compra de medicamentos. La gran demanda de los fármacos proveniente del lado norteamericano ha generado un importante incremento del número de farmacias en ciudades de este lado de la frontera. Otros aspectos que promueven el traslado es la presencia de enfermedades que exigen atención de urgencia, además de las dificultades de comunicación con familiares en México. No obstante, Nigenda et al. señalan como la principal dificultad para trasladarse a ciudades fronterizas, el riesgo de ser detenido por la policía migratoria estadounidense (Nigenda et al., 2009, p. 413).

Los migrantes prefieren regresar a México, en particular a la frontera, que sufragar el costo de los servicios en Estados Unidos. Este fenómeno es más común entre mexicanos que residen en ciudades o condados fronterizos, ya que los gastos de transporte se reducen en gran medida (Nigenda et al., 2009, p. 413).

Estas estrategias ponen de manifiesto el expansionismo del sistema de atención a la salud privado estadounidense en la zona fronteriza, formando parte sustancial del hiper pluralismo médico expansivo que se ha solidificado a razón del Clúster de Turismo Médico, lo que se traduce en una serie de efectos restrictivos en el acceso a la salud y servicios básicos como los de primer nivel para la población subalterna.

Destacando el creciente expansionismo del MMH en la zona y las estrategias desarrollistas implementadas, a la luz de esta disparidad en el acceso a la salud; se sugiere que la necesidad básica de acceso y atención a la salud se ha convertido en un sector económico maquillado, intervenido y trasladado al ámbito de la recreación y el ocio, propiciando y reproduciendo inequidades estructurales insoslayables con entramados racistas que forman parte de la inmanencia de la dimensión experiencial.

“La situación que viven los migrantes mexicanos indocumentados en Estados Unidos pone en evidencia su condición de vulnerabilidad, en especial al momento de buscar opciones de atención ante un problema de salud”. En Estados Unidos, los mecanismos formales de atención son sumamente restrictivos y los riesgos percibidos de ser deportados vuelven aún más complicada la búsqueda. Se recurre de manera notoria a las relaciones familiares para obtener atención del SAS en México público y privado. Por lo tanto, es de importancia el desarrollo de programas de alto impacto para estas comunidades. Si bien los programas existentes hasta la fecha han tenido logros importantes, se requiere un esfuerzo articulado de gran envergadura para ofrecer una respuesta a gran escala, según sea su dimensión (Nigenda et al., 2009, p. 415).

Destacando que la principal causa de los viajes terrestres a Tijuana es la de “motivos familiares”, y si la principal estrategia de atención en el PSEA-C se sucede en el ámbito de lo

doméstico; bien pudiesen considerarse como una porción importante de los reportados con objetivos de ocio. Al ser el autocuidado y la autoatención el primer recurso de atención en el ámbito de lo doméstico, vecinal e incluso del paisanaje; considerar el cruce fronterizo por motivos familiares, que incluyen el intercambio y reforzamiento de lazos identitarios, así como el entramado de aspectos culturales que se han sedimentado en la zona, con frecuencia, en el espacio doméstico, es donde se resuelve a que recursos disponibles se recurre.

Si a esto se le adhiere el porcentaje de población que cruza la frontera del lado norte a sur con fines médicos y de salud, se puede conjeturar que la demanda de acceso y atención a los SAS son más numerosos de lo reportado en las bases de datos oficiales y responden a las estrategias familiares ya señaladas. Lo anterior posibilita una explicación más asible respecto a la proliferación de espacios otros, privados sobre todos, en donde sea subsanada la necesidad de acceso a atención y cuidado a los TFAL.

Un enfoque epidemiológico sociocultural habrá de guiarse por situaciones concretas y no ser un manual que prescriba recetas de aplicación, “sino en la atención de qué factores determinantes de los PSEA se expresan de manera diferente en el nivel local” (J. A. Haro, 2011).

“Lo sociocultural alude a un campo que puede considerarse específico y acotado al sistema de creencias; sin embargo, la forma en que la realidad está estructurada por un sistema de creencias es algo que permea toda la estructura social, que abarca también la forma en que se investigan los problemas sanitarios y se ofertan unos servicios de salud y no otros. La epidemiología sociocultural puede ser una herramienta, pero no debe dejarse de lado que también plantea la ampliación del “campo gnoseológico” que constituye el objeto de las ciencias en la salud (A. Haro, 2013, p. 26).

La epidemiología sociocultural es el espacio de convergencia disciplinar de la epidemiología y la antropología médica, Menéndez sostiene que “el desarrollo posible de una epidemiología sociocultural se basa en la complementación y articulación de ambas disciplinas y de sus diferentes tendencias” (Menéndez, 2011).

3.6 Antropología Médica.

Desde la subdisciplina de la Antropología Médica se recuperan algunos aportes principales. En un primer momento figuran las aportaciones de Artur Kleinman (Kleinman, 1980) y sus Modelos Explicativos (EMs) bajo la perspectiva hermenéutica. Los EMs habrán de situarse al interior de los sistemas de atención a la salud (health care system), considerando que existen una diversidad de sistemas simultáneos; según se trate del contexto sociales, ejercen influencia mutua en la praxis clínica.

La aportación más significativa de los EMs radica en “la apertura de la perspectiva etnográfica al terreno biomédico y la consolidación de un análisis interpretativo del sufrimiento y la aflicción. Y debido a que existen universos plurales de prácticas, también llamado pluralismo médico, es en donde se suceden los intercambios y prestaciones de saberes, que cobran realidad en el instante de la comunicación clínica y es éste el lugar de la interacción entre los diferentes EMs (Kleinman, 1980) (Martínez Hernández, 2008).

Los aportes de Kleinman (1980) se convierten en un instrumento que permite el conocimiento de la dimensión *emic* de las nociones sobre la enfermedad, y entre ellas, las de los propios afectados. Alejándose de la biomedicina, Kleinman aporta a una etnografía de corte interpretativo de la enfermedad y sus expresiones. Recuperando a Geertz, introduce el termino se sistema cultural para la biomedicina, mismo que es un sistema *de* y un sistema *para* la realidad “un sistema que permite tanto dotar de significado a la enfermedad como darle forma mediante métodos terapéuticos instrumentales” (Martínez Hernández, 2008, p 101).

La trayectoria de la subdisciplina de la antropología médica en la zona fronteriza de la Baja California, a lo largo de un periodo de cerca de tres décadas, es detallada por Von Glascoe (2019, p. 282) quien enuncia las principales líneas investigativas. En un primer momento predominó, dice, una perspectiva ecológica, misma que considera el estado de salud como indicador del éxito o no al proceso adaptativo. La segunda perspectiva teórica es la interpretativa/experimental o semiótica/simbólica. Ésta se apoya en la fenomenología hermenéutica, examina salud, enfermedad, padecimiento, cuidados y sanación como

experiencias significativas. La tercera postura teórica es “la del concepto de *agencia*, misma que da cuenta de la habilidad de conducirse para el bien de uno mismo”. La cuarta es “la perspectiva crítica de la desigualdad, examinan los orígenes y propagación de la enfermedad, ligada a la economía capitalista como, por ejemplo, los patrones de morbilidad/ mortalidad como reveladores de factores socioeconómicos subyacentes. Otro ejemplo es la pobreza y la explotación vistas como barreras del bienestar” (Von Glascoe, 2021, p. 282).

El fenómeno migratorio presenta varias etapas y se ha sucedido de formas disímiles, la antropología médica, como subdisciplina se ha desarrollado en esta zona en estrecha relación con las problemáticas cambiantes que en términos de salud y bienestar presenta la zona fronteriza. “Así que los estudios sobre la salud de los mexicanos en la frontera han llevado a estudiar jornaleros agrícolas en el Valle Central de California, igual que indígenas mixtecas, zapotecas y triqui, y jornaleros en los valles agrícolas de Baja California”. Von Glascoe, 2021, p. 284).

Von Glascoe resume, a través de su trayectoria investigativa, los desplazamientos y fluidez disciplinaria en respuesta al contexto que caracteriza la zona fronteriza. Desde una visión cultural, en un inicio, el interés se enfocó en cuestiones relevantes a la Salud Pública, salud ocupacional y ambiental. El segundo posicionamiento, en relación con la Salud binacional, que pone énfasis en las barreras culturales que impiden controles en la transmisión de algunas enfermedades como la tuberculosis. La tercera perspectiva se centró en los sistemas frío-caliente como condicionante del entendimiento cultural de la enfermedad y la relación médico-paciente. Iniciado el siglo XXI, los temas se centraron en la sexualidad de jóvenes adolescentes de origen mexicano y conocimientos respecto a la planificación familiar (Von Glascoe, 2021, p. 287).

A lo largo del siglo XX emergieron narrativas que, desde distintos ámbitos del conocimiento y del quehacer gubernamental, como ocurrió con otros fenómenos demográficos, abordaron la migración internacional, fenómeno que en los dos decenios transcurridos del siglo XXI se ha convertido en un tema crucial en la agenda de política pública para ambos países y que

forma parte de los procesos sociodemográficos y de política binacional más relevantes (Secretaría de Gobernación, 2024).

“En todos los estudios de ambos lados de la frontera resaltaron hilos conductores de riesgos a la salud y -especialmente en el caso de trabajadores agrícolas- exclusión social, precariedad y salud ambiental (Von Glascoe, 2021, p. 288). Afirma Von Glascoe que “La exclusión social, y el proceso de precarización da lugar a las injusticias sociales y laborales, salud sexual y reproductiva y la calidad en la atención a su salud” (Von Glascoe, 2021).

“La condición desigual de mujeres indígenas migrantes jornaleras, se expresa en la exclusión social y la pobreza que se ve representada por las condiciones en las cuales viven estas mujeres. Entre las principales figuran falta de acceso a oportunidades laborales y a servicios de salud e inseguridad social, lo que repercute en la salud y su estado de bienestar” (Von Glascoe, 2021, p. 290).

3.6.1 Pluralismo médico.

Al interior del hiper pluralismo médico, esta investigación aborda los múltiples recursos y estrategia entre varios sistemas de atención a la salud en los PSEA-C, de los TFAL en la zona fronteriza. Las principales investigaciones han centrado sus objetivos en enfatizar, por una parte, las barreras culturales y las limitantes en el acceso a los servicios de salud en Estados Unidos, y por otra la recurrente frecuencia con la que figuran prácticas a cargo de sobadores. Ambas tendencias forman parte de la antropología médica clínica y la epidemiología (A. Graham et al., 2016; Langdon, 2018; Papalini, 2022; Perdiguero, 2019; Piñones Rivera et al., 2020; Sandberg et al., 2018a).

Una revisión detallada a los sistemas de atención a la salud en Tijuana es efectuada por Norah Schwartz, (Schwartz, 2001) que menciona el intercambio de varios sistemas y la no adherencia a la biomedicina para atender el asma infantil; su investigación propone a estos

SAS en tanto “sistemas múltiples”⁵⁰, y la presencia de la medicina humoral es parte importante que constituye los constituyentes. Advierte que: “El sistema de medicina alopática que se practica en México no debe ser confundido con el que se practica en los Estados Unidos u otras naciones. El intercambio cultural se mueve en más de una dirección y los sistemas médicos en vigor en México y en los Estados Unidos se han estado influyendo mutuamente durante algún tiempo. Las brechas y las superposiciones en estos sistemas necesitan ser exploradas.” (Schwartz, 2001, p.44).

La cultura mexicana se basa en el pluralismo: el arte de tomar material de otras culturas y mezclarlo con la propia. Este pluralismo se evidencia en el arte, la religión, la vestimenta, el idioma, la música, la comida y probablemente otros aspectos de la cultura en México. Cuando el pluralismo se encuentra con la medicina, algo diferente sucede, que puede no ser tan inocuo como la mezcla de otros aspectos de la cultura. Dependiendo de cómo se aplique, el pluralismo médico puede afectar la salud de una comunidad, ya sea de manera negativa o positiva (Schwartz, 2001, p. 45).

Siguiendo a Schwartz (2001, 2002), para el caso de Latinoamérica, los sistemas médicos incluyen: “la medicina humoral, el curanderismo, el espiritismo, el chamanismo, la obstetricia, la naturopatía, la homeopatía y la biomedicina. Algunos sistemas y conocimientos pueden ser originarios del Nuevo Mundo; otros se han difundido desde otras partes del mundo.” Algunos son recientes y otros de larga data como sucede con el creciente interés en la acupuntura y la fitoterapia china, y la medicina de la Nueva Era. (Schwartz, 2001, p. 27).

El pluralismo médico, en tanto variedad de SAS que interactúan para proveer de servicios de salud para los TFAL, van desde un masaje relajante, biomagnetismo, homeopatía, hasta rituales con enteógenos como ayahuasca, sapo, hongos, peyote, entre otros. Al respecto, se ha documentado en investigaciones previas sobre los centros privados que proveen terapias alternativas en Tijuana que se han visibilizaron desde la última década del siglo pasado. Entre las ofertas destacan las relativas a la astrología, angelicales, cirugías espirituales, armonizaciones, entre otras. “Estos centros a la par de eventos regionales de promoción han favorecido el incremento en la oferta de terapias alternativas y complementarias que se

⁵⁰ Comunicación personal.

ofertan en “centros de salud holística” (Olivas Hernández, 2018, p. 200), (Valdez Márquez, 2022).

3.7 Antropología médica crítica.

Dado que el primer nivel de atención se da en el ámbito de lo cotidiano y doméstico, en la inmediatez de lo vecindario y del prestigio de su efectividad, estas relaciones están atravesadas por cuestiones de sexo, clase, raza-etnia, generación, edad y en un tipo de relaciones de prestigio social y habilidades adquiridas de acuerdo a las transacciones entre las diferentes situaciones sociales que cobran sentido y relevancia a la luz de la interacción entre un modelo médico y otro, hegemónico/alternativo-subordinado/autocuidado.

Respecto a los Modelos Médicos, Menéndez subraya que:

“un modelo no es la realidad sino una construcción provisional de la misma. Y es a partir de este, y por supuesto de otros criterios, que he desarrollado especialmente desde principios de la década de 1970 la propuesta de modelo médico hegemónico (MMH), así como otros modelos de atención/prevención de padecimientos, aunque con menos elaboración que respecto del primero” (Menéndez, 2011, p. 37).

Los modelos son construcciones -al igual que los tipos ideales- que posibilitan la indagación de procesos específicos y, desde esta perspectiva, el manejo de modelos como de tipos ideales debe asumir desde el principio que el tipo y el modelo no equivalen a “la realidad” que quieren describir o explicar, sino que son construcciones basadas en la realidad. Y segundo, que su aplicación supone una relación constante entre modelo/tipo e historicidad; siendo a partir de este juego teórico-empírico que podemos simultáneamente dar cuenta de procesos y problemas específicos y locales, así como proponer generalizaciones que van más allá de lo específico y de lo local (Menéndez, 2011, p. 38).

Los modelos, aún y cuando se construyen con datos empíricos, no se reducen a los datos empíricos observables, si no que trata de articulaciones de procesos y actores sociales a través de las relaciones que se inscriben en lo observable a fin de proponer interpretaciones

que vayan más allá de lo observable, los procesos y fuerzas sociales manifiestas” (Menéndez, 2011, p. 39).

Siguiendo a Menéndez, esta investigación dirigirá el foco a:

“Subrayar que, en todos los casos, sean curadores populares o biomédicos, su saber se aplica en forma que personaliza a sujetos y grupos sociales, los cuales -junto con otros procesos- se convierten en hechos sociales y culturales sus saberes profesionales, sobre todo en función de las relaciones que establecen con el paciente y su grupo. Y en la inevitable resignificación sociocultural que tanto curador como paciente harán uno respecto del otro. Todo saber científico y técnico, en el caso de los procedimientos, se carga de contenidos sociales y culturales al ser aplicado a personas y grupos, como parte de la necesidad de construir espacios relacionales compartidos, pese a las diferencias y desigualdades existentes entre curadores y pacientes” (Menéndez, 2018a, p. 54).

Pero es necesario, dice Menéndez, “subrayar que la recuperación de explicaciones e intervenciones biologicistas no obedecen solo a estas instancias, sino que deben ser relacionadas con otras que responden a objetivos diferentes y que son demandados por la población no en términos racistas, sino desde determinadas necesidades y deseos de la vida cotidiana” (Menéndez, 2018a, p.54).

Estos requerimientos son tan frecuentes, recurrentes y cotidianos, como los TFAL que se atienden en muchas ocasiones hasta que realmente hay síntomas de contractura profunda, inmovilidad y dolor. “El dolor es siempre un sentir, impacta a un hombre o a una mujer en su carne, no es una generalidad o una especie neurológica, es decir, un hecho individual de significación (Le Breton, 2019, p. 17).

Montagu, considera una necesidad física básica evitar el dolor y como parte fundamental, señala que según se trate del contexto cultural, hay dos tipos diferenciados respecto a la cultura táctil. Están los pueblos de contacto y los que carecen de contacto. “La falta de contacto táctil de los pueblos se expresa en formas de comportamiento curiosas”. Estrechar la mano para los anglosajones es una señal para mantener distancia apropiada. Se trata, de una forma de “comunicación táctil” y la “imagen táctil” se relaciona con el esfuerzo

implicado en la forma en que una persona intenta conocer a otra (Montagu, 2004, p. 390-392).

Desde un enfoque psicosomático de la piel denominado “enfoque centrípeto”, Montagu va en sentido contrario al que argumenta que procede de la mente al exterior. En otras palabras, para el autor, el enfoque psicosomático de la piel va en el otro sentido, de a fuera hacia adentro, “de piel a mente” (Montagu, 2004, p. 37). Entiende al tacto como un “lenguaje en sí” con un vocabulario amplio. “Mediante el tacto comunicamos lo que no podemos expresar con palabras, ya que el tacto es la verdadera voz del sentimiento e incluso las mejores palabras carecen de su honestidad” (Montagu, 2004, p. 345).

“Con relación al tacto, no solo existen diferencias nacionales y culturales, sino también de clase”, continua Montagu: “cuanto más elevada es la posición social, menor es el contacto táctil y viceversa. (Montagu, 2004, p. 386).

3.8. Conclusiones.

El marco teórico interpretativo expuesto en este apartado es el resultado de la búsqueda de conceptos y abstracciones interdisciplinarias teniendo como punto de partida los Estudios Culturales y su tradición investigativa centrada en el cuerpo, lo que permitió articular varias disciplinas teóricas y metodológicas; destacando algunos referentes de la Sociología Médica y del cuerpo. A su vez, se enunciaron algunas líneas investigativas que han sido implementadas desde marcos explicativos situados, propios de la Salud Pública que ya delinearon los ejes principales en los que se han vertidos los importantes esfuerzos, pero aún insuficientes en la zona fronteriza, como la incuria a los TFAL. El proceso investigativo abrevó de diversas tradiciones epistemológicas y explicativas en ello radica la riqueza disciplinar, y la posibilidad de hacer coincidir un engranaje teórico sólido. La epidemiología sociocultural, con su capacidad predictiva y estadística articulada con la antropología médica crítica ha permitido fluctuar de nivel interpretativo a diferentes escalas. La salud pública es el referente importante que se ha encargado de obtener perfiles epidemiológicos de la propia zona Fronteriza. Se enuncian algunas de las investigaciones efectuadas por la Sociología

médica y del cuerpo que dan apuntes sobre el rol del conocedor en la interacción entre otros profesionales y enfermos, con especial énfasis en que las enfermedades no están dissociadas de cuestiones sociales, culturales e individuales. Por su parte, los Modelos Médicos de Atención y los PSEA-C desarrollados por Menéndez, en tanto abstracciones teóricas, ubica estas prácticas en términos relacionales, activos y cambiantes, lo que nos posibilita proponer hiper pluralismo médico como resultado del acelerado crecimiento de SAS privado en la zona fronteriza de Baja California y con ello la gran cantidad de terapéutica que cubre una importante demanda de atención y cuidado a TFAL.

Se delinearon las principales líneas de acción investigativa en la zona fronteriza de Baja California, destacando algunos conceptos de la Salud Pública como la salud Fronteriza, Global, Migrante, Binacional, Internacional. Se destacaron las principales líneas de acción de la antropología médica y algunos referentes importantes respecto al pluralismo médico ya definido por investigaciones previas.

CAPÍTULO IV. CONTEXTO URBANO DE LA LESIÓN Y EL DOLOR.

*1,950 mile-long open wound
dividing a pueblo, a culture,
running down the length of my body,
staking fence rods in my flesh,
splits me splits me
me raja me raja [...]*

(Anzaldua, *Borderlands*, 1987)

Introducción.

Este apartado da cuenta de los principales aspectos histórico-contextuales a fin de destacar el estado actual en el que se da atención y cuidado a los trastornos funcionales del aparato locomotor (TFAL) en la región fronteriza de Baja California. Se recuperan resultados de encuestas oficiales y algunos aspectos económicos y políticos que han incidido en el hoy denominado Turismo Médico que es a su vez una subcategoría del Turismo de Salud; mismo que ha incidido de manera significativa en el hiper pluralismo médico en la actualidad en la zona fronteriza de Baja California.

En la entidad de Baja California las dinámicas respecto al crecimiento exponencial en los últimos años del turismo médico responden a lógicas transnacionales, periodos históricos, tratados y convenios entre ambos países, que han favorecido la afluencia de personas provenientes de Estados Unidos en demanda de servicios en la región fronteriza de Baja California.

Se realiza una síntesis historiográfica del establecimientos y desarrollo de infraestructura tanto pública como privada de primer nivel, para consulta externa, que es el nivel en el que se atienden los TFAL; a partir de hacer una revisión de los periodos en que se instalan espacios para consulta externa y de hospitalización de bases de datos oficiales. Se caracteriza la oferta en la zona que se ofrece, planeada para el mercado transnacional y visitantes; se

buscan reconstruir un panorama general del proceso de conformación del hiper pluralismo médico⁵¹ en la región fronteriza de Baja California.

Las aproximaciones carentes de sentido histórico y dialógico, pudiesen aparentar que este esfuerzo de reconstrucción histórica es ocioso, sin embargo, se considera que a partir de un panorama amplio en términos históricos, culturales y espaciales, se posibilitan otras interpretaciones respecto a la construcción de los TFAL, en tanto padecimiento, en la praxis clínica de la experiencia sensitiva terapéutica entre profesionales y consultantes; ya que al ser parte de sociedades en continua transformación, los SAS con las matrices culturales de las que abrevan, cobran sentido en la relación que se establece o no, según las posibilidades de acceso en espacios y tiempos determinados a la atención y cuidado a los TFAL.

4.1 Delimitación del área de estudio.

4.1.1 La zona Fronteriza de Baja California.

4.1.1.1 Ubicación.

La ciudad de Tijuana B.C. es una de las ciudades fronterizas más importantes del país, la cual, desde su conformación han desarrollado múltiples dinámicas, en niveles varios que inciden en el devenir de estas latitudes. La intensidad de las interacciones transfronterizas ha caracterizado la vida de la Frontera México-Estados Unidos todos los aspectos, que van desde lo económico hasta lo familiar, pasando por lo social y lo cultural, sin olvidar la dinámica demográfica, los mercados de trabajo y la salud de las poblaciones” (Coubès et al., 2019, p.11).

La frontera Tijuana-San Ysidro es la más transitada del mundo. La población del lado mexicano está constituida por migrantes internacionales y nacionales que llegaron en busca de empleo o solo para cruzar. En 2018 el Atlas Estadístico de Estados Unidos reportó que la población del lado estadounidense consiste principalmente en personas de habla hispana; 97 por ciento de la población de San Ysidro, cifra que se va desvaneciendo conforme se aleja de

⁵¹ Ver definición de Pluralismo médico en el capítulo anterior.

la línea internacional, pero que sigue conformando más de la mitad de la población en las tres ciudades que median entre el cruce fronterizo y la ciudad de San Diego hasta bajar a un 30 por ciento (Von Glascoe, 2021:285).

El movimiento hacia y a través de la frontera, de personas de diferentes etnias y estatus migratorio, condiciona el grado de vulnerabilidad de la exclusión social y la precariedad, y define las posibilidades de inserción laboral y la calidad de vida (Von Glascoe, 2021, p. 292).

Tijuana proporciona un entorno perfecto para que las familias integren prácticas biomédicas y de "conocimiento local". Al buscar simultáneamente atención de médicos que practican la medicina occidental, curanderos tradicionales, y empleados de tiendas o de acera, los miembros de la familia eluden la "jerarquía de recursos" tradicional, practicando en cambio un "recurso pluralista de inclusión". Lo que los antropólogos médicos han denominado "pluralismo médico" puede ser visto por los practicantes como incumplimiento (Schwartz, 2001, p. 220).

Por otra parte, las investigaciones del Observatorio Turístico de Baja California dan cuenta de la actual posición de la ciudad de Tijuana como una de las más importante en la frontera en términos turísticos. Advierten que la población estadounidense que suele cruzar la frontera recurre a las ciudades fronterizas en busca de reencontrarse con sus raíces, su pasado, sus tradiciones, además de aprovechar las ventajas que la ciudad ofrece, como son la accesibilidad a bienes y servicios más baratos del lado mexicano que en el estadounidense (Bringas y González Aguirre, 2003).

Estas interacciones han generado un dinamismo importante en el ámbito de la salud. Ya sea que se trate de cirugías cosméticas, bariátricas, o bien, consultorios adyacentes a farmacia (CAF), consultorios adyacentes a vivienda (CAV) es el "paraíso del hiper pluralismo médico", en donde los SAS interaccionan a ritmo acelerado y exponencial.

Ahondar en aspectos, económicos, sociales, de clase, de acceso a los servicios de salud y la cobertura de los sistemas, ya sean públicos o privados, de la oferta de servicios relativos a la atención de afecciones musculoesqueléticas; ponen de manifiesto las relaciones de subordinación y precariedad para la clase trabajadora de la zona fronteriza de Baja California.

Se trata de una ciudad muy dinámica y con la infraestructura de servicios médicos públicos rebasada. Es la cuarta entidad federativa a nivel nacional en infraestructura después de Ciudad de México, Monterrey y Guadalajara y el municipio con más población a nivel nacional.

La amplia oferta de servicios del sector privado en la ciudad se deja ver en la cantidad de espacios establecidos con servicios emanados de las transacciones entre los diferentes modelos de atención, como los SPAs adjunto a clínica (SAC), SPAs adyacente a hospital (SAH), o con sobadores (as) populares urbanos itinerantes (SPUI) o establecidos (SPUE) del primer cuadro de la ciudad; encontrado solución en la atención al cuerpo doliente por medio de masajes, masoterapia, mesoterapia, rehabilitación física y/o fisioterapia.

Así, los TFAL cobran especial protagonismo en los PSEA-C por un lado, como propias de una cultura táctil, que han contenido en su quehacer cotidiano, porciones de cosmovisión inscritas en el cuerpo doliente y los posibles negociaciones y tensiones en la incorporación de terapéuticas con herramientas o técnicas propias de la biomedicina que según Menéndez tiene como principales características: “el biologicismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática”(Menéndez, 2005, p. 12).

La enfermedad inicia con la toma de conciencia individual en las sensaciones corporales, a lo que le sigue “etiquetar” al enfermo como tal ya sea por la familia o por el (la) ahora enfermo (a). Tras tomar acciones personales y familiares para lograr recuperación, se asesoran con otros miembros de la familia o círculos sociales cercanos y se consultan a los profesionales o practicantes “marginales”. Según apunta, entre el 70 y 90 por ciento de todos los episodios de las “enfermedades autoreconocidas” se manejan fuera del SAS formal. “En todos los casos de enfermedad, los sectores “populares” y “folklóricos” (autocuidado, cuidado familiar, grupos de autoayuda, practicantes religiosos, sanadores heterodoxos, etc.) brindan una proporción sustancial de la atención médica” (Kleinman et al., 2006, p. 145).

Ahora bien, es al interior del lenguaje que se sucede entre conocedor y consultante, el espacio en que se gestiona la noción y la condición de tales enfermedades y padecimientos, y entonces la resignificación de estas. “Y los cambios en la interrelación entre el cuidado profesional y el popular tienen el potencial de generar efectos mucho mayores en costo, acceso y satisfacción que los cambios en el cuidado profesional por sí solo” (Kleinman, 1980, p. 145).

Estas negociaciones y tensiones se suceden en un contexto en el que los padecimientos que se atienden y se legitiman, siguen siendo los auspiciados por la “medicalización” propia del MMH. Contrario a lo que afirma Valdez (Valdez Márquez, 2022), el voraz expansionismo del capitalismo tardío y con la regulación del MMH, la biomedicina encuentra espacios, fisuras, pequeñas grietas por las que se sucede la interacción de los TFAL, con matrices culturales y universos morales y simbólicos que se traslapan al interior de los itinerarios terapéuticos, en la praxis clínica.

Con el fin de interpretar las relaciones al interior de los procesos PSEA-C, se retoma el posicionamiento crítico propuesto por Menéndez (Menéndez, 2016) en relación con el pluralismo médico. La idea central de su propuesta, expuesta en su artículo “Pluralismo médico, modelos hegemónicos, subalterno y de autoatención”, plantea que: “El proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica. En dicho proceso el modelo médico hegemónico (de ahora en adelante MMH) intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual en la práctica social se resuelve por la apropiación y transformación de estos, que cada vez en mayor medida constituyen derivados conflictivos y/o complementarios del modelo médico hegemónico (Menéndez, 2016, p. 177).

Por otra parte, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que provee de servicios de salud en la ciudad, tienen un papel relevante en la zona Fronteriza de Baja California. El total de estas es de 523, de las cuales 49 ofrecen servicios de salud pública (Hernández López, 2021). En este caso, la población que es atendida en estos espacios es la no establecida y/o es población sin afiliación a los servicios de salud pública. Ante este fenómeno, las ONG hay

realizado una importante labor, sin embargo, no alcanza a cubrir en forma mínima las demandas de salud a la población de esta ciudad.

Además de las ya detalladas, la ciudad cuenta con una amplia oferta de terapias que se ofrecen al interior del hiper pluralismo médico en donde figuran conocedores denominados fisioterapeutas, también los hay sin reconocimiento oficial, pero con prestigio social en varios puntos de la ciudad. Entre éstos figuran, por una parte, las personas que soban y que ofertan sus servicios en el atrio del centro de la ciudad de Tijuana; y por otra, personas conocedoras o no, con profesionalización o sin ella, laborando al interior de establecimientos con regulación sanitaria, hacendaria y de uso de suelo denominados SPA de día.

En términos históricos, desde el tratado de Guadalupe Hidalgo en 1848, el territorio nacional quedó dividido por la frontera internacional entre México y los Estados Unidos de Norteamérica. La franja divisoria atraviesa los estados de Baja California, Sonora, Chihuahua, Tamaulipas y Coahuila y Nuevo León. Desde una perspectiva, que delimita el espacio fronterizo entre México y Estados Unidos a partir del conjunto de entidades federativas, se engloba la importancia tanto socio-poblacional como económica (Fierros Hernández, 2016)

Se trata del espacio en el que convergen dos naciones en 3,152 kilómetros que van de oeste a este, del Océano Pacífico al Golfo de México. Le integran 80 municipios del lado mexicano y 47 condados en cuatro estados del lado de Estados Unidos. “Marca la frontera internacional la línea trazada del monumento 206 (32° 43' 19" de latitud y 114° 43' 19" de longitud oeste), en la margen derecha del río Colorado, hasta el monumento 258 (32° 32' 04" de latitud y 117° 07' 19" de longitud oeste), en la playa de Tijuana” (Araujo et al., 2016).

En la porción que corresponde a Baja California de la zona fronteriza, entre el condado de San Diego y Tijuana reúne un porcentaje considerable de la población que vive en y a través la frontera. Esta región ha desarrollado desde entonces dinámicas e interacciones que se transforman constantemente, impactando en aspectos económicos, sociales y culturales que a

manera de impronta dejan sentir en las corporeidades de la clase trabajadora la indiferencia e insuficiencia del SAS oficial, vía la medicalización de lo evidente y cotidiano como el dolor.

El cruce de la frontera es efectuado de manera cotidiana por un sector de la población que presenta vínculos identitarios, familiares, económicos y laborales de ambos lados de la frontera. Estas dinámicas refuerzan los vínculos sociales, culturales en dirección circular, de ida y vuelta en y a través de la frontera, como el consumo de productos y servicios a bajo costo de la industria farmacéutica y de servicios de atención a la salud en diversos sistemas. Por lo anterior, la vida en la zona fronteriza de Baja California se ha caracterizado por las interacciones transfronterizas que con el tiempo ha incidido en las dinámicas laborales y de salud de las poblaciones en la región fronteriza (Coubès et al., 2019).

Imagen No. 4.1 Mapa de ubicación de la zona fronteriza de Baja California.



Fuente: www.cdc.gov. Disponible en: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/border-map.jpg>

4.2. Población

La población total en el actual Estado de Baja California es de 3, 769,020, representa el 3.0 por ciento de la población nacional. El municipio con mayor población es Tijuana con 1,922, 523 personas, le sigue Mexicali con 1,049,792 y Ensenada con un total de población de 443,807 (INEGI, 2021).

Del lado norte de la frontera, el estado de California tiene una población total de 39,538,223 personas, de las cuales, 15,579,652 son hispanas o latinas. En el condado de San Diego hay 3, 298,634 personas y 1,119,629 son latinas o hispanas, el 45 por ciento de esta población hablan otro idioma diferente al inglés del cual el 25 por ciento es español. Del total de la población de californianos, el 27 por ciento nacieron en el extranjero, la cifra más alta corresponde a México como país de origen, está cifra es la más alta que en cualquier otra ciudad americana.⁵²

Los movimientos migratorios, según sea la etapa histórica a la que se refiere, estarán vinculados estrechamente con oportunidad económicas y laborales, propias de las políticas migratorias estadounidenses. “A la frontera de México, las migraciones vienen del resto del país, mientras que la frontera estadounidense recibe migrantes desde México y parte sustancial llega desde la frontera mexicana” (Ham-Chande & González R, 2019, p. 34).

4.3 Cobertura de los Servicios de Salud e Infraestructura.

Según el INEGI (2021), del total de la población que asciende a 3,769, 020 personas, la población económicamente activa de 12 años o más en Baja California es el 65.5 por ciento,

⁵² [San Diego County, California - Census Bureau Profile](#)

del cual, el 77.1 por ciento cuenta con algún tipo de seguridad social. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cubre al 68.7 por ciento del total de filiación de servicios de salud en el estado, le sigue el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) con un 17.8 por ciento, seguido por el 8.1 por ciento que cubre el Instituto de Seguridad y Servicio Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), seguido por el 4.5 por ciento que le corresponde al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno de y Municipios del Estado de Baja California (ISSSTECALI); un 1.5 por ciento para otras instituciones, seguido por IMSS Bienestar con un 0.7 por ciento y finalmente PEMEX, Defensa o Marina con el 0.5 por ciento.

Tabla No. 4.1 Distribución por municipio según afiliación de población de Baja California.

	Población total	Afiliación	IMSS	INSABI	ISSSTE- ISSSTECALI	Pemex, Marina	Institución Privada	IMSS Bienestar	Otras Instituciones
Estatal	3,769,020	77.10%	68.70%	17.80%	8.10%	0.50%	4.50%	0.70%	1.50%
Municipio									
Ensenada	443,807	82%	56.00%	29.00%	10.70%	1.90%	2.70%	0.60%	0.90%
Mexicali	7,049,792	81.40%	67.40%	16.60%	11.00%	0.40%	4.90%	0.50%	1.50%
Tecate	108, 440	77.20%	66.50%	21.80%	8.30%	0.10%	2.50%	0.80%	1.30%
Tijuana	1,922,523	74.20%	75.10%	13.10%	5.90%	0.10%	5.10%	0.50%	1.70%
Rosarito	126, 890	71.70%	49.30%	35.40%	5.90%	0.90%	5.50%	1.90%	2.70%
San Quintín	117, 568	77.20%	66.50%	21.80%	8.30%	0.10%	2.50%	0.80%	1.30%

Elaboración propia con información de: Unidad de Inteligencia en salud pública. Fichas técnicas municipales de salud, determinantes sociales y cobertura efectiva en México V091 (Datos preliminares).⁵³

4.3.1 Infraestructura para atención a la Salud en la zona fronteriza de Baja California.

El desarrollo de infraestructura hospitalaria en la región de Baja California tiene particularidades que habrán de situarse en términos transnacionales pues derivado de la

⁵³ <https://uisp.insp.mx/wp/index.php/tablero-base-shiny/>. Fecha de consulta 24 de noviembre del 2024.

colocación de las líneas del ferrocarril, la modernización en la zona fronteriza de Baja California estará estrechamente vinculada con el proceso de modernización que sucedía en California en Estados Unidos.

Es a finales del siglo XIX que se registran los primeros hospitales en la región, tanto en San Diego, Ca. como en la ciudad de Ensenada, B. C. Pero es durante la época del Porfiriato que en la entidad se inicia la construcción del primer hospital, mismo que será inaugurado en 1894 (Fierros Hernández, 2016).

En San Diego, en 1880 ya existía el hospital de la calle K, cerca de la bahía y poco después en Point Loma, el fuerte Rosencrants contaba con un nosocomio y cubría la demanda de parte de la población de lo que hoy es Tijuana. Será en estas dos ciudades en donde habrán de constituirse juntas de sanidad para cuidar de la salud pública. En Ensenada el cambio se verá a partir de la llegada de Luis Emeterio Torres, jefe político de filiación porfirista quien comenzará la construcción de un hospital a un costado del cuartel y la cárcel (Fierros Hernández, 2016).

La reglamentación respecto a la salud, en ambos lados de la frontera, tenían como finalidad resguardar la salud pública de la región, misma que tenía una óptica de orden y prevención ya iniciada en los finales del siglo XIX. Se trataba de un esfuerzo local por mantener los espacios libres de enfermedades. La población de San Diego y Tijuana presenta algunos rasgos modernos en su estructura urbana. La línea férrea “Santa Fe”, tuvo un impacto importante en el proceso de modernización el cual implica también las cuestiones de salud (Fierros Hernández, 2016).

Algunos eventos importantes que han posibilitado el actual y pujante crecimiento del turismo médico pueden ser rastreados en los últimos años del siglo XX, que es cuando empiezan a figurar los primeros establecimientos de carácter privado para dar atención a la salud, a parte del sistema de atención a cargo del ejército. Otra posibilidad de atención, cuando el nivel

primario no era suficiente, era desplazarse a Ensenada o San Diego para su atención (Méndez, 2024).

La distribución de infraestructura en la región aconteció en gran medida en el último cuarto del siglo XX. En revisión de la base de datos de “Las fichas técnicas municipales de salud, determinantes sociales y cobertura efectiva en México”⁵⁴, se obtuvo una temporalidad respecto al desarrollo e instalaciones de infraestructura en el estado, lo que permitió observar las etapas en las que se han diversificado y ampliado los servicios de salud en la zona fronteriza de Baja California.

4.3.2 Consulta externa sistema público.

La consulta externa del sistema de salud público inicia en Mexicali en 1950 y en San Quintín en 1958. La infraestructura que se venía desarrollando desde la década de los 60, por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, establece clínicas de medicina familiar, de manera casi exclusiva en Mexicali con seis unidades. Para la década de los años 70, la tendencia fue la misma pues se privilegia el mismo municipio. En la década de los años 80, se diversifican los municipios en donde se instalan unidades de consulta externa, ahora se instalarán en Ensenada, Tijuana, San Quintín y Playas de Rosarito. Además, se incorporan las primeras unidades móviles. Para la década de los años 90 se registró un incremento en las clínicas de atención externa que se instalan en Tijuana, San Quintín, San Felipe y Tecate.

⁵⁴<https://uisp.insp.mx/wp/index.php/tablero-base-shiny/> V0.91 (datos preliminares). [Tablero BASE-shiny - UISP](#) fecha de consulta 30 de noviembre del 2024.

Tabla No. 4.2. Establecimiento de infraestructura en Baja California por década: 1950.

Municipio	Año	Sistema Médico Público				Sistema Médico Privado					
		IMSS-Bienestar	ISSSTE	ISSSTECALI	Secretaría de Salud	Hospitales	Consulta Externa	Clínicas	CAF	CP	Otro
Ensenada	1950					Clínica Primavera					
Mexicali	1950	Centro de Salud Primaria			Centro antirrábico						
Tecate											
Tijuana											
San Quintín	1958	Centro de Salud Primaria									
Playas de Rosarito	1952						Cruz Roja				
San Felipe											

Elaboración propia con información de “Fichas Técnicas municipales de salud, determinantes sociales y cobertura efectiva en México <https://uisp.insp.mx/wp/index.php/tablero-base-shiny/> V0.91 (datos preliminares). Tablero BASE-shiny – UISP fecha de consulta 30 de noviembre del 2024.



Imagen No. 4.2. Clínica de rehabilitación física puesta en marcha en 2011 a cargo de ISSSTECALI, Mexicali, B.C. Archivo personal.

4.3.3 Consulta externa sistema privado.

La consulta externa del sistema privado en la región inició en 1952 en Rosarito con la Cruz Roja. Sin embargo, será hasta la década 1990-1999 que aparece la primera modalidad de consultorios adyacentes a farmacias con la empresa Soriana. En la década 2000-2010 aparece la oferta de las “Farmacias Similares” y sus consultorios adyacentes a farmacia (CAF). Entre 2010-2020, en todo el estado se colocan Farmacias similares con sus CAF. Entre 2010-2020, el crecimiento en la región fue exponencial pues bajo la razón social de Fundación Best, –antes Farmacias Similares– abrió la posibilidad a otras empresas farmacéuticas después del decreto oficial de restringir la venta del antibiótico a receta médica (Bautista-Arredondo et al., 2024b), por lo tanto, las farmacias regionales y nacionales estarán dando atención de primer nivel a un sector de la población representativo y de pasada la venta del medicamento que se requiere para la enfermedad⁵⁵.

Osorio (2020) ha destacado que estos CAF son susceptibles de análisis desde los marcos establecidos en las políticas públicas del sector salud, pues reflejan, dice: “por un lado, el repliegue del Estado en la provisión de servicios públicos en el primer nivel de atención, y por el otro, una tendencia a la privatización, tanto en -términos de oferta de recursos como de su demanda y utilización por parte de la población” (Osorio Carranza, 2020, p. 37).

Recuperando la propuesta de Bautista-Arredondo y colaboradores (2024), respecto a que los CAF, y por atender a una tercera parte de la población que no recurre al SAS oficial, las otras dos terceras partes que recurre a atención primaria en este nivel, se está efectuándose en los consultorios adyacentes a vivienda (CAV). Esta afirmación coloca a esta investigación en un área pertinente y necesaria para dar cuenta del estado de atención y cuidado de la población que las investigaciones cuantitativas recién identifican y que Osorio (2020) ya había referido señalando la ausencia de bases de datos que ahonden en los CAF. La periodización, contribuye a ampliar la perspectiva del proceso histórico en la zona fronteriza de la instauración del expansionismo de la biomedicina, la farmacéutica y la multiplicidad de

⁵⁵ Cfr. Osorio (2020) para un análisis histórico detallado del origen y desarrollo de las cadenas de farmacéuticas a nivel nacional.

ofertas de atención y cuidado de los TFAL, la salud y el bienestar en la zona fronteriza de Baja California.

Tabla No. 4.3. Establecimiento de infraestructura en Baja California por década: 1960

Municipio	Año	Sistema Médico Público				Sistema Médico Privado					
		IMSS-Bienestar	ISSSTE	ISSSTECALI	Secretaria de Salud	Hospitales	consulta Externa	clínicas	CAF	CP	Otro
Ensenada	1961						Cruz Roja				
	1962	Centro de Salud									
	1965	Centro de Salud									
	1969					Sanatorio del Carmen					
Mexicali	1960	Centro de Salud					Cruz Roja				
	1961	4 Centros de Salud									
	1965	Centro de Salud									
Tecate	1964	Centro de Salud									
Tijuana	1964	Centro de Salud									
	1966					Centro Médico del Prado					
	1966					Hospital Guadalajara SA de CV					
	1967						Cruz Roja				
	1969					Hospital del Carmen SA de CV					
San Quitín											
Playas de Rosarito											
San Felipe											

Elaboración propia con información de “Fichas Técnicas municipales de salud, determinantes sociales y cobertura efectiva en México <https://uisp.insp.mx/wp/index.php/tablero-base-shiny/> V0.91 (datos preliminares). [Tablero BASE-shiny - UISP](#), fecha de consulta 30 de noviembre del 2024.



Imagen: No. 4.3. Farmacias del Ahorro. Calle Niño Héroes y Primera, Zona Centro, Tijuana, B.C. Archivo personal.

4.3.4 Infraestructura Pública Hospitalaria.

Es en el municipio de Ensenada en donde se registra el primer hospital en Baja California y que sigue en operación, se trata del Hospital Militar Regional El Ciprés, de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), mismo que inicia operaciones en 1977. Ese mismo año en Mexicali empieza a operar el Hospital General 5 de diciembre y un año después el Hospital General de Mexicali. En Tijuana inicia operaciones en 1970 el Hospital Fray Junípero Serra, por parte del ISSSTE y en 1982 inicia a operar el Hospital General. En Ensenada el Hospital General inicia operaciones en 1983. En la década 1990- 1999, en San Quintín inicia operaciones el Hospital Rural de Vicente Guerrero.



Imagen: No.4.4 Hospital General de Tijuana, Zona Río, Tijuana, B.C. Archivo personal.

4.3.5 Infraestructura Hospitalaria Privada.

Los servicios médicos privados inician en Ensenada en 1950 con la Clínica Primavera y en 1969 el Sanatorio Del Carmen. En Tijuana en 1966 comienza a operar el Centro Médico del

Prado y el Hospital Guadalajara; en 1968 el Hospital del Carmen. Será en la década de 1980-1989 que en Tijuana se presenta un primer crecimiento significativo con la decena de hospitales que inician operaciones.

En San Quintín se registró el primer hospital particular. En Rosarito inician operaciones dos hospitales privados. Durante la década de 1990-1999, en Tijuana se registró un crecimiento exponencial pues serán cerca de 31 hospitales los que inician operaciones.

De la revisión efectuada destaca el Centro Integral de Terapia Física en Mexicali, que inicia operaciones en 2015 por parte del sector privado como la única que refiere a la atención de los TFAL.



Imagen: No.4.5. Hospital Blue, Area garita Tijuana-San Ysidro, Zona Río, Tijuana, B.C. Archivo personal.

4.4. Lesiones al aparato locomotor y/o TFAL atendidos por la Secretaría de salud en la entidad de Baja California.

El Sistema de Información de la Secretaría de Salud⁵⁶, en su página oficial concentra la cantidad de lesiones acontecidas a nivel nacional y por entidad federativa; de la búsqueda efectuada se recuperó la información para la región de Baja California a fin de dimensionar

⁵⁶ [Sistema de Información de la Secretaría de Salud](#)

la frecuencia y prevalencia de TFAL y/o lesiones musculoesqueléticas. De la base de datos destacan, por una parte, el tipo de lesiones que se registraron en el año 2024, además del personal que atendió las lesiones, la parte anatómica en donde se ubicó la lesión, así como aquellas que derivaron en consecuencias mayores.

En la entidad, por parte del Sistema de Salud en el año 2021 se contaba con los siguientes recursos físicos: 1,623 consultorios, 2,219 camas hospitalarias, 1,128 camas no hospitalarias, 100 quirófanos y 39 salas de expulsión. Cabe destacar que en estas cifras no figuran los CAF ni CAV, toda vez que forman parte de los servicios privados, a los cuales, dicho sea de paso, recurre una tercera parte de la población que solicita la consulta externa para atenderse; en este caso de los TFAL y como se ha referido en el apartado anterior, los CAF y CAV son los espacios a los que recurre la población con mayor frecuencia para atención primaria.

Tabla N.4.4 Recursos físicos nacionales y por entidad: Baja California

Año	Recursos físicos	Nacional	Baja California
2021	Consultorios	78,870	1623
	Camas hospitalarias	94,047	2219
	Camas no hospitalarias	52,047	1128
	Quirófanos	4,243	100
	Salas de expulsión	2,063	39

Elaboración propia con datos del [Sistema de Información de la Secretaría de Salud](#)⁵⁷

Los establecimientos de salud del sistema público en Baja California en 2023 se distribuyeron de la siguiente manera: 23 establecimientos de asistencia social, 745 de consulta externa, 176 de hospitalización y 32 de apoyo.

Tabla No.4.5 Tipo de Establecimientos de salud por entidad.

Año		Baja California	Nacional
2023	Asistencia social	23	594
	Consulta Externa	745	31,913
	Hospitalización	176	5,053

⁵⁷ Fecha de consulta 25 de febrero 2025.

	Apoyo	32	2,175
	Total	956	39,735

Elaboración propia con datos del [Sistema de Información de la Secretaría de Salud](#)⁵⁸

Los profesionales médicos registrados en 2023 que ejercieron actividades profesionales en Baja California ascendieron a 905 médicos generales, le sigue en cantidad otras especialidades con un total de 783, seguidos por 702 médicos familiares, 398 pediatras, 365 anestesiólogos, 267 ginecobstetras, 240 cirujanos, 203 internistas, 118 traumatólogos, 40 cardiólogos, 207 urgenciólogos y 224 odontólogos.

Tabla No. 4.6. Médicos especialistas nacionales y por entidad.

Año	Profesional	Baja Cal.	Nacional
2023	Médico general	905	57,922
	Médico familiar	702	21,077
	Pediatras	398	13,586
	Ginecobstetra	267	10,878
	Cirujanos	240	9,005
	Internistas	203	7,475
	Traumatólogo	118	4,553
	Anestesiólogo	365	13,891
	Cardiólogo	40	1,608
	Urgenciólogo	207	8,076
	Otras especialidades	783	30,739
	Total Médicos Generales y especialistas	4,228	178,810
	Odontólogos	224	12,942
	Total Médicos Generales y especialistas	4,452	191,757

Elaboración propia con datos del [Sistema de Información de la Secretaría de Salud](#)⁵⁹

Del personal de salud que labora en las instituciones ya referidas para la región de Baja California, la distribución, según la formación profesional, asciende a 25,201 profesionales y la distribución durante el 2023 fue: 4,228 Médicos generales y especialistas, personal médico en formación 2,716, médicos en otras labores 434, enfermeras generales y especialistas 4,968, 450 pasantes de enfermería, 2,574 auxiliares de enfermería, 646 personal de

⁵⁸ Fecha de consulta 25 de febrero 2025.

⁵⁹ Fecha de consulta 25 de febrero 2025.

enfermería en otras labores, 848 personal profesional 848, personal técnico 2,832 y 5,281 otro personal.

Respecto a la formación profesional del personal de salud, destaca el de enfermería⁶⁰, así como la de técnicos. En el caso del personal de enfermería, se trata de personal que atiende o recibe en el primer momento de la consulta médica, por lo que capacitar y dotar de habilidades relacionadas con las manipulaciones profundas, podrá reducir la cantidad de TFAL, dando atención y cuidado a través de sesiones que favorezcan el bienestar de las personas que requieren atención por afectaciones al aparato locomotor, siempre y cuando no se trate de fracturas dado el procedimiento que éstas requieren.

Según la misma Secretaría de salud, el total de lesiones registradas en 2024, para la entidad de Baja California ascendió a 11, 021, mismas que en gran medida no fueron referidas por algún profesional de la salud, es decir, se registran en las bases de datos con la etiqueta “Sin referencia/iniciativa propia” mismas que representan más de la mitad de las lesiones atendidas en el año con un total de 5,869, seguido por las lesiones referidas en el rubro de “no especificados” que ascendió a 3,623.

Tabla No.4.7 Personal de salud por entidad.

Año		Baja California	Nacional
2023	Médico general, especialistas y odontólogos	4,452	191,757
	Personal médico en formación	2,716	88,347
	Médicos en otras labores	434	18,046
	Enfermeras generales y especialistas	4,968	206,888
	Pasantes de enfermería	450	26,213
	Auxiliar de enfermería	2,574	111,042
	Personal de enfermería en otras labores	646	24,679
	Personal profesional	848	51,024
	Personal técnico	2,832	122,389
	Otro personal	5,281	226,308
	Total	25,201	1,066,693

⁶⁰ Las (os) enfermeras (os) son los profesionales que tienen en el SAS oficial el primer contacto con el paciente y suelen ser con frecuencia uno de los recursos a los que se recurre, después del autocuidado y autoatención en el ámbito doméstico. “En los papeles curativos y de mantenimiento de la salud, la enfermera es educadora, consejera y encargada de tareas, además de constituir un eslabón con otros recursos del hospital” (Reeder y Mauksch, 1998).

Elaboración propia con datos del [Sistema de Información de la Secretaría de Salud](#)⁶¹

Tabla N.4.8 Lesiones referidas por

Año	Entidad: Baja California	
2024	Desarrollo Social	1
	DIF	1
	Instituciones No Gubernamentales	259
	Otras Instituciones Gubernamentales	244
	Procuración de Justicia	107
	Secretaría de Educación Pública	2
	Sin referencia (Iniciativa propia)	5,869
	Unidad Médica.	915
	No especificado	3,623
	Total	11021

Elaboración propia con datos del [Sistema de Información de la Secretaría de Salud](#)⁶²

Respecto a las lesiones según el área anatómica en las que se presentaron durante el 2024, figura en primer lugar la cabeza con un total de 2667 registros, le sigue en cantidad las lesiones en extremidades superiores con un total de 1,843, después las acontecidas en las extremidades inferiores con un total de 1,286 y en las manos con 1,232 registros.

Tabla N. 4.9 Lesiones área anatómica.

Año	Entidad: Baja California	Lesiones
2024	Abdomen	136
	Cabeza	2,667
	Cara	779
	Columna vertebral	81
	Cuello	227
	Espalda/glúteos	106
	Extremidades inferiores	1,286
	Extremidades superiores	1,843
	Mano	1232
	Múltiples	633
	Pelvis	132
	Pies	511
	Región genital	61

⁶¹ Fecha de consulta 25 de febrero 2025.

⁶² Fecha de consulta 25 de febrero 2025.

	Región ocular	152
	Tórax	448
	Otros	323
	No hubo lesión	404
	Total	11,021

Elaboración propia con datos del [Sistema de Información de la Secretaría de Salud](#)⁶³

De los agentes principales que incidieron en las lesiones registradas, figuraron en primer término las lesiones de las cuales “se ignora” el agente con un total de 2,814. En segundo término, las “caídas” con un total de 2,371; le siguen aquellas lesiones de agente de “vehículo de motor” las cuales sumaron 1,336.

De las anteriores cabe destacar que, por lo menos respecto a las caídas, que éstas, según el tipo y la parte anatómica afectada, son susceptibles de ser tratadas, en el primer nivel de atención con técnicas y métodos de terapia manual profunda como una posibilidad de atención y cuidado. Similar posibilidad es factible en las lesiones que acontecieron por el agente “vehículo de motor”. De igual manera, las lesiones en áreas anatómicas específicas como las registradas para las extremidades superiores (1,843) e inferiores (1,286) y las de la cabeza (2,667), mismas que al estar dentro del rubro de fractura, luxaciones y esguinces, torceduras y otros traumatismos, y ascienden a 2,533 afecciones.

Esta propuesta pone énfasis en la importancia de la musculatura y su incidencia en la motricidad y la economía en el desplazamiento. La posibilidad de atención y cuidado, como de rehabilitación, están siendo atendidas por profesionales que debido a no contar con cifras desagregas, no es posible especificar por sexo, ni por grupos de edad, lo que redundaría en beneficios para especificar los grupos de edad con mayor prevalencia⁶⁴.

⁶³ Fecha de consulta 25 de febrero 2025.

⁶⁴ Según INEGI, en la Clasificación Mexicana de Profesiones, es en el grupo unitario (con el número de catalogo “1220 de Grupo unitario “Enfermeros y Técnicos en Medicina Humana”) integran a “los trabajadores que prestan sus servicios para la aplicación de tratamientos de primeros auxilios; ayudan a médicos, cirujanos y enfermeros profesionistas para la administración de medicamentos, hacer vendajes, tomar temperaturas, etc. También se clasifica a los trabajadores que tratan afecciones de los huesos y músculos mediante métodos de masaje manual, calor, hidromasaje, etc. Se considera también a las personas que tratan las enfermedades mediante plantas medicinales, medicina naturista y otros métodos (p.34).

Recepto a los catálogos de profesiones, la de masoterapeuta no aparece como código de profesión y en las bases de datos, ni fisioterapeutas ni masoterapeutas están figurando en las cifras, que bien podrían agregarse para ampliar el ámbito de competencia y demanda de estos conocedores.

De las 11,021 lesiones registradas en 2024 para la entidad de Baja California, acontecieron en la “vivienda” un total de 6,805, le sigue en cantidad las que ocurrieron en la vía pública (peatón) con 1,712 lesiones y el tercer lugar de ocurrencia de lesiones “no especificado” que asciende a 801 lesiones. Estas cifras ponen en relieve, por una parte, el nivel en el que se suceden, lo cual invita a reflexionar que dicha representatividad es constante para el resto de la atención de las lesiones o TFAL en el espacio doméstico o bien, en los CAF y/o CAV; por otro, pone de manifiesto la frecuencia de las lesiones que derivan en TFAL y que no son tratadas o rehabilitadas de forma apropiada, es decir, restituyendo el desplazamiento y la motricidad económica del cuerpo.

Tabla No.4.10 Lesiones agentes.

		Baja California
Año	Agentes	Total
2024	Fuego, flama, sustancia caliente, vapor	154
	Intoxicación por droga/medicamento	221
	Pie o mano	407
	Caída	2,371
	Objeto contundente	838
	Objeto punzocortante	800
	Golpe contra piso o pared	163
	Cuerpo extraño	141
	Explosión	21
	Asfixia y sofocación	13
	Múltiples agentes	33
	Proyectil, arma de fuego	217
	Ahorcamiento	7
	Radiación	4
	Sustancias Químicas	47
	Corriente eléctrica	14
	Herramienta o maquinaria	137
	Sacudidas	18
	Desastre natural	0
	Vehículo de motor	1,336
	Ahogamiento por sumersión	6

	Piquete o mordedura de animal	706
	Fuerza de la naturaleza	15
	Intoxicación por plantas-hongos	3
	Otra	402
	Se ignora	2,814
	No aplica	132
	Total	11,020

Elaboración propia con datos del [Sistema de Información de la Secretaría de Salud](#)⁶⁵

Tabla No. 4.11 Lesiones sitio de ocurrencia.

Año		Baja California
2004	Área de deporte y atletismo	146
	Club, cantina, bar	27
	Comercio y áreas de servicio	72
	Escuela	74
	Granja	27
	Institución/residencial	63
	Lugar no especificado	801
	Trabajo	466
	Vehículo automotor privado	621
	Vehículo automotor público	76
	Vía pública (peatón)	1,712
	Vivienda	6,805
	Otro lugar	131
	Total	11,021

Elaboración propia con datos del [Sistema de Información de la Secretaría de Salud](#)⁶⁶

En las lesiones de consecuencias mayores figuran en primer término “heridas en la cabeza” con 997 lesiones registradas para el año 2024, seguidas por “heridas en la muñeca o la mano” sumando 750 lesiones atendidas en el sistema de salud público y 649 lesiones para “otros traumatismos y los no especificados de la cabeza”.

Ahora bien, las lesiones relacionadas directamente y que derivan en posibles TFAL, se pueden conjeturar a partir de las lesiones: “fractura de pierna incluso tobillo” que sumaron

⁶⁵ Fecha de consulta 25 de febrero 2025.

⁶⁶ Fecha de consulta 25 de febrero 2025.

494, “fractura de antebrazo” con 411 registros, “fractura de hombro y brazo” 332 y 313 para “luxaciones, esguince, torcedura de articulaciones y ligamento de tobillo y del pie”. En suma, estas partes anatómicas, en relación con el padecimiento, evidencian la pertinencia de implementar e instrumentar técnicas y métodos para la atención y cuidado de la población; buscando rehabilitar cuerpos dolientes vía métodos y técnicas que favorezcan: atender el dolor, reducir los gastos de bolsillo y el tiempo de espera para acceder a los servicios de rehabilitación e incidir en la motricidad corporal, reducción de dolor e incluso a nivel de trastornos psicológicos y con ello promover un mejoría, lo cual es posible con técnicas y manipulaciones profundas.

Tabla No. 4.12. Lesiones consecuencia mayor.

Año	Entidad: Baja California	
2024	Aborto	52
	Amputación/avulsión	541
	Aplastamiento	7
	Asfixia	198
	Cicatrices	9
	Congelamiento	0
	Contusión/Mallugamiento	3146
	Defunción	2
	Depresión	28
	Embarazo	2
	Fractura	1252
	Herida	2216
	Infecciones de transmisión sexual	4
	Laceración/abrasión	1716
	Luxación/esguince	495
	Malestar emocional	104
	Múltiple	361
	Otra	530
	Quemadura/corrosión	205
	Trastornos del estado de ánimo	73
	Trastorno de ansiedad, estrés postraumático	59
	Trastornos psiquiátricos	21
	Total	11021

Elaboración propia con datos del [Sistema de Información de la Secretaría de Salud](#)⁶⁷

⁶⁷ Fecha de consulta 25 de febrero 2025.

4.5 Antecedentes de investigación de pluralismo médico en atención y cuidado a los TFAL en la región fronteriza de Baja California.

Investigaciones previas han documentado que el uso y acceso al sistema de atención de salud en Estados Unidos para la población latina, y mexicoamericana, incluidos los hijos e hijas nacidos en territorio estadounidense de migrantes mexicanos, es baja, ya sea por cuestiones de estatus migratorio, altos costos, poco tiempo y/o disponibilidad para atenderse; entre los principales aspectos que inciden en la demanda de servicios de salud de esta población en E.U. (S. Bautista-Arredondo et al., 2023; S. A. Bautista-Arredondo et al., 2024a; Coubès et al., 2019; Chávez, 1985; Vargas-Hernández, 2005).

La población residente en la región de Tijuana-San Diego, ha desarrollado dinámicas particulares respecto al acceso de servicios médicos y de salud.

“La frontera de California-Baja California es el hogar de 40 por ciento del total de la población que vive en la frontera entre México y Estados Unidos. Un intenso desarrollo urbano y un continuo flujo de personas y productos han transformado las comunidades de esta frontera en una región distintiva con interacciones y relaciones sociales, económicas y políticas únicas” (Vargas-Hernández, 2010, p.306).

Tijuana es el hogar de familias binacionales debido a los bajos costos de la vida lo cual favorecen el cruce cotidiano de miembros que trabajan en Estados Unidos. “Junto a esta intensa movilidad diaria de sur a norte existe un flujo recíproco hacia el sur de nacionales mexicanos que viven al norte de la frontera y que viajan a Baja California por alimentos y servicios, así como también para mantener las ligas familiares, vecinales y de amistades (Vargas-Hernández, 2010, p. 307; Vargas-Hernández, 2005).

Vargas-Hernández (2010) reporta que en 1963 se establece en Tijuana la primera clínica de atención con medicina alternativa que brindará servicios a la población binacional, pues hasta ese momento, estos servicios estaban prohibidos en E.U. Desde entonces, el crecimiento ha sido continuo. Para 1968, Tijuana ya es un centro importante que provee tratamientos alternativos para extranjeros. Ahora que, tras la firma del TLCAN, en la década de 1990 se incrementa la literatura sobre el tema, a razón del incremento de la población

latina migrante que se desplaza a trabajar a las ciudades fronterizas, derivado de la apertura del mercado nacional a la inversión extranjera. Ya en 1992 reporta que miles de personas provenientes de Estados Unidos viajan a ciudades del lado sur de la frontera para atención médica.

Respecto a los costos de medicamentos y servicios de salud, los pacientes que viajan a Tijuana encuentran medicamentos a precios menores entre el 30 por ciento y 50 por ciento en comparación con los del lado norte de la frontera. Acceder a intervenciones quirúrgicas representa un ahorro de entre el 30 por ciento y 80 por ciento respecto a los servicios en E.U. (Vargas-Hernández, 2010).

Los trabajadores del campo en Estados Unidos tienen mayor predilección por la atención y cuidado de su salud del lado mexicano ya que entre sus expectativas figuran el acceso de medicamento más potente, pruebas de laboratorio y gestiones administrativas reducidas y afinidad lingüística. Por lo anterior, Vargas-Hernández (2010) considera que, para los pacientes de origen mexicano y latino, el sistema de salud del lado de Tijuana es culturalmente competente, expedito y de bajo costo. También reporta que para el momento de su investigación el total de farmacias en Tijuana, B.C. sumaban cerca de 1,700, mientras que en San Diego, Ca. no excede las 100 farmacias (Vargas-Hernández, 2010, p. 324).

En la tipología que ofrece Vargas-Hernández, clasifica cuatro grupos diferenciados de usuarios de servicios médicos privados del lado sur de la frontera: a) hispanos hablantes de español, americanos de origen latino, b) estadounidenses pensionados, ancianos y enfermos marginados, c) Tijuanaenses usuarios de servicios médicos y de salud de Estados Unidos y d) usuarios que desean pólizas de atención médica en ambos lados de la frontera (2010, p. 327).

De los aportes de investigaciones previas, se ha destacado la presencia de conocedores de ambos lados de la frontera que atienden las afecciones musculoesqueléticas o TFAL, han destacado que se trata de profesionales conocidos como sobadores, sobadoras, curanderos, curanderas, quiroprácticos y hierberos, entre otros; pues al estar estrechamente relacionados con los vínculos identitarios de sus lugares de origen en México, figuran en primer lugar en

la selección jerárquica de recursos para proveerse de atención y cuidado. Sin embargo, esta situación no es exclusiva de la población latina, pues para la clase media trabajadora estadounidense, los altos costos de las aseguradoras son inaccesibles dadas las desigualdades económicas. “El tema más crítico para los residentes de la región transfronteriza Tijuana-San Diego son los bajos estándares de salud identificados y las bajas condiciones socioeconómicas cuando se comparan con el resto del Estado de California y de Estados Unidos” (Vargas-Hernández, 2005, p. 167).

“La disparidad económica entre los pobres y los ricos en San Diego y Tijuana se está ampliando y está logrando grandes áreas de pobreza en ambas comunidades. Mientras que la naturaleza del grado de pobreza es diferente en San Diego que, en Tijuana, el pobre en ambas comunidades sufre de falta de acceso y disponibilidad de servicios para tratar de satisfacer sus necesidades de salud” (Ibidem, p. 168).

Estas investigaciones han contribuido a visibilizar las condiciones generales del acceso y las posibilidades de atención y cuidado para los TFAL al interior de la pluralidad de opciones a los que la población del lado norte de la frontera tiene acceso, y han destacado la demanda de atención del lado sur de la frontera. Estos aportes al conocimiento del hiper pluralismo médico, han documentado la relevancia de la atención que ofertan sobadores y sobadoras, curanderas y curanderos, hueseros, entre otros, además de los principales aspectos por los que se recurre a sus servicios (Fierros Hernández, 2016; A. Graham et al., 2016; Sandberg et al., 2018b; Vargas-Hernández, 2005).

Especial mención amerita el trabajo de Leo Chávez (Chávez, 1984) pues a diferencia de las anteriores, los aportes realizados son en poblaciones del lado sur de zona fronteriza de Baja California, desde el modelo explicativo, en términos de Kleinman (1985) EMs de los pacientes y familiares, en el área fronteriza de Tijuana-San Diego (Chávez, 1984).

En términos generales, las investigaciones se pueden agrupar en dos tendencias en el abordaje del pluralismo médico. Por un aparte, está la de la parte norte, en donde el interés se ha centrado en destacar las posibilidades de las terapias alternativas para atender los TFAL o bien, para explicar y entender la jerarquía de recursos a la que recurre la población latina o mexicoamericana para atender los aspectos estructurales que inciden en esta población. En

estas aportaciones, el modelo explicativo de Kleinman (1985) que se ha privilegiado es el de los pacientes y familiares. La otra tendencia es con poblaciones del lado sur de la frontera, pero se mantiene el modelo explicativo. Por lo anterior, investigaciones que consideren el modelo explicativo de los profesionales, posibilita la interpretación de la construcción social de los TFAL, en la práctica de atención y cuidado en la zona en términos relacionales.

Al respecto, los trabajos efectuados en Carolina del Norte son pioneros en considerar la práctica de los profesionales, documentando, técnicas y maniobras, demanda, percepción de servicios y efectividad de los servicios, cuando se trata de afecciones musculoesqueléticas o TFAL. Un aspecto importante por destacar de las aportaciones de las investigaciones en San Diego, Texas y Carolina del Norte en E.U. (A. Graham et al., 2016; Sandberg et al., 2018a), es que la población suele considerar que su padecimiento *no requería atención* por parte de los profesionales.

La afinidad cultural y la flexibilidad en horarios y cobertura a domicilio⁶⁸ suele contribuir a que sean requeridos los servicios de sobadores y sobadoras (Chávez, 1984). Al considerar que el padecimiento no amerita recurrir a los servicios del sistema de salud, es un aspecto importante pues minimiza la condición que emana de los TFAL, lo que resulta revelador pues dicho argumento posibilita ahondar en la construcción sociocultural en la zona fronteriza en torno al dolor emanado de éstas.

El considerable porcentaje de la población de la zona fronteriza de la región de Tijuana – San Diego, que recurre a atenderse a la ciudad de Tijuana las afecciones musculoesqueléticas y/o TFAL, refuerza no solo vínculos identitarios, además despliega una serie de estrategias a fin de dar sentido y solución a las lesiones; pues los síndromes de filiación cultural figuran como

⁶⁸ Esta investigación documentó que se efectúan traslados por parte de los (as) conocedores a lo largo y ancho de la zona fronteriza de Baja California. Parte de las dinámicas de atención y cuidado –sobre todo para la Situación social 1 y 2– es la posibilidad de atender a domicilio por parte de los conocedores, tras el cruce de Tijuana- San Diego. Se destaca esta particularidad para quienes no pueden trasladarse a Tijuana por su condición migratoria. Esta opción refuerza por una parte los vínculos identitarios y culturales y por otra, dinamiza la reproducción de prácticas de larga data. Esta particularidad es relevante ya que a raíz de la pandemia de COVID-19, las estrategias implementadas por estos profesionales se diversificaron intensificándose los cruces de dirección sur-norte de SPUE, SPUI, CIM, así como por los conocedores (as) masoterapeutas, osteópatas, kinesiólogos y quiroprácticos.

uno de los aspectos a considerar en el momento de la jerarquización de los recursos disponibles (Chávez, 1984), (Schwartz, 2001, 2002).

Por su parte, Sandberg y Quandt (2018) han puesto de manifiesto que los servicios de atención y cuidado a los TFAL por parte de la población latina en Carolina del Norte está fuertemente vinculada a las prácticas de atención no biomédicas. La selección de esta oferta al interior del pluralismo médico responde en gran medida a las condiciones laborales de la población, que no cuentan con seguridad social por parte de empleadores, situación análoga con el condado de San Diego y el resto de la frontera con el país vecino. Por lo que, cuando se trata de lesiones musculoesqueléticas o TFAL, siempre y cuando no sea una fractura, es más frecuente recurrir a profesionales “marginales” y/o “cuasiprofesionales” (Wardwell, 1998).

Estos concedores que ofertan atención y cuidado en horarios flexibles, a costos económicos; procuran que el profesional que atiende los padecimientos comparta algunos aspectos culturales e ideológicos a los que suelen estar asociados como el denominado “golpe de aire”.⁶⁹

La tipología de Sandberg (Sandberg et al., 2018a) presentan algunos de los profesionales a los que se recurre con regularidad y las afecciones que se tratan ya que la población migrante de mexicanos en Estados Unidos es portadora de una tradición cultural rica en recursos y técnicas para dar atención a enfermedades y afecciones. Entre los principales profesionales figuran curanderos, hueseros, yerberos, espiritualistas y sobadores. Los curanderos utilizan diversos enfoques de curación que incluyen tratamientos físicos, psíquicos y espirituales. Los hueseros atienden huesos rotos, tratan esguinces y tirones musculares. Los yerberos prescribe infusiones, baños o cataplasmas para curar la salud física y enfermedades mentales. Los espiritualistas son curanderos que intentan sanar el alma.

⁶⁹ Se trata de una afección musculoesquelética relacionada con la medicina humoral y con la concepción de que un cambio brusco de temperatura, de caliente a frío, provoca dolores musculares, mismos que requieren para su atención, conocimiento al respecto y la sensibilidad de los profesionales. Suele aplicarse técnicas de ventosas calientes o cataplasmas para lograr mejoría. Técnica similar pero con uso de temperatura invertida es la crioterapia, en donde se somete el cuerpo a bajas temperaturas en cámaras de hielo o bien, en tinas o baños.

Gladstein⁷⁰, en la tipología que desarrolla para el área de Amarillo, en Texas, destaca que hay una diferencia importante en el uso de los servicios de sobadores y sobadoras que atienden por medio de masaje, sobadas y varias técnicas manuales los TFAL, toda vez que, para la población no hispana, el masaje se asocia al placer o relajación mientras que, para la población hispana, casi siempre es con fines terapéuticos (Gladstein, 2010).

Otro aspecto importante que refiere Gladstein (2010) para el estado de Texas en Estados Unidos, es que la medicina tradicional y la curación por la fe o el curanderismo pueden llenar un enorme vacío que queda entre la medicina moderna y no recibir tratamiento médico. La curación suele asociarse, aunque no siempre, con una vinculación de curación por fe y medicina tradicional. De entre las ventajas que se destacan para estas prácticas de atención y cuidado a los TFAL, y que van en aumento la demanda tanto por población hispana como para la no hispana; destaca la práctica de sobadores y sobadoras quienes suelen efectuar su labor en el ámbito de lo doméstico. Estos conocedores tradicionales suelen poner toda su atención en el paciente, brindando consejería, apoyo emocional y espiritual. Por lo anterior, destaca el vínculo de confianza que se establece entre los profesionales pues le consideran más cálido y empático (Gladstein, 2010).

Estas investigaciones han destacado la preferencia de la población latina para atenderse con estos profesionales. Ahora que, si bien las investigaciones referidas se realizan en otros estados del lado norte de la frontera, las poblaciones con las que se efectuaron dichas investigaciones comparten la condición migrante, que labora desempeñando trabajo físico, fuerte y recurrente. También están los limitantes del idioma, la falta de acceso a servicios a bajo costo y la falta de cobertura de las aseguranzas por parte de los empleadores debido a su condición indocumentada.

Aquí se destacan los recursos terapéuticos utilizados como parte de la oferta al interior del pluralismo médico del lado sur de la frontera, pues como ya ha sido señalado por Chávez,

⁷⁰ Mexico's alternative medicine in Amarillo, Texas. Mexconnect. <http://www.mexconnect.com/articles/3661mexico-s-alternative-medicine-in-amarillo-texas>. Fecha de consulta 07 de diciembre 2024.

(1984); Graham et al., (2016) y Sandberg (et al., 2018a) la demanda de servicios para atender TFAL es frecuente y suele mantener un vínculo estrecho con otras afecciones como “mal de ojo”, “empacho” y “susto”. Estos padecimientos suelen ser parte de la demanda transfronteriza de los servicios de salud en la región de Baja California, pues no solo es atractivo para la población latina, también se ha convertido en una opción viable para quienes del lado norte de la frontera visitan la ciudad de Tijuana debido a los costos reducidos, la calidad en la atención, el poco tiempo de espera y las facilidades de acceso a servicios de salud (A. Graham et al., 2016; Sandberg et al., 2018a; Vargas-Hernández, 2005).

Una problemática que esta región presenta es la relacionada con la salud y los sistemas de atención en México que puede tener una ventaja comparativa sobre los de Estados Unidos en la provisión de servicios médicos. Esta capacidad para vender los servicios a los extranjeros incluye factores tales como la calidad de los servicios, precios más bajos, lenguaje o ligas de afinidad cultural y proximidad geográfica. Para los pacientes estadounidenses, la ventaja competitiva de México en la oferta de servicios médicos es tanto en calidad como en precio, pues: “Se deben reconocer las ventajas competitivas en la exportación de servicios de salud entre los países y los diferentes bloques comerciales regionales” (Vargas-Hernández, 2005, p. 166).

4.6 Convenios y tratados: SIMNSA.

En épocas recientes, la relación transnacional que se sucede en la región fronteriza de Baja California estuvo impulsada por el grupo SIMNSA que en colaboración con el Departamento de Manejo y Atención Médica de California (Department of Managed Health Care) ofrecerá planes a los empleados residentes en los condados de San Diego y Silicon Valley en sus establecimientos privados en Tijuana, Tecate y Mexicali (Méndez, 2024).



Imagen No.4.6. Vista puente de acceso y acceso principal a “Medical Center SIMNSA”, ubicación adjunta a carriles ready line y pase médico, cruce fronterizo dirección este-oeste. Zona río. Tijuana, B.C. Archivo personal.



Imagen No.4.7. Vista posterior de “Medical Center SIMNSA”, ubicación adjunta a carriles ready line y pase médico, cruce fronterizo dirección sur-norte. Zona río. Tijuana, B.C. Archivo personal.

4.6.1 Programa Blue Shield of California.

El programa “Blue Shield of California” ofreció hacer uso de sus seguros a afiliados en establecimientos médicos privados en Tijuana, llamado “Access Baja” que promovía mayor acceso a la seguridad médica lo cual benefició a la entidad, en gran medida gracias a la

afinidad cultural, bajos costos de las primas de seguro en comparación con California (Méndez, 2024).

Access Baja SM HMO, inició en julio del 2002 y se trataba de un plan para dar cobertura y atender en Tijuana a trabajadores mexicanos en Estado Unidos. Este programa benefició a las personas que cruzan a California a trabajar, contar con acceso a servicios de salud en casa. “Blue Shield of California” en asociación con la compañía mexicana de seguros, General de Seguros y tres prominentes hospitales de Tijuana, el Centro Médico Excel, Hospital Notre Dame y Hospital Nova, tienen en el mercado Access Baja HMO Plan, para los empleados de California y reciben servicios de cuidados de salud en Tijuana”. Así, se ofrecía ya en 2005 a cerca de 50 mil familias beneficios y cobertura amplia por medio de un plan de pagos fijos y no deducibles. A la parte empleadora, el plan posibilitó satisfacer los requerimientos de los trabajadores a bajos costos y a su vez, consolidar el plan en el estado de California (Vargas-Hernández, 2005-179).

Así, el programa demanda, por una parte, que los profesionales cuenten con licencia para practicar en Baja California, contar con certificación según la especialidad y los hospitales han recibido la certificación mexicana de hospitales, calidad de cobertura a precios bajos, así como planes y programas de cobertura familiar (Vargas-Hernández, 2005).

Según Burciaga y colaboradores (Burciaga Valdez et al., 1993, p. 534), la población hispana en California cuenta con una deficiente cobertura de acceso a servicios de salud que cualquier otro grupo étnico en Estados Unidos. “El 39% de los hispanos no están asegurados comparados con el 13.8% para los Anglos y el 24% para la población afroamericana. Al menos la mitad de los que no tienen seguro en California, entre 6,2 y 6,4 millones de personas sin seguro de salud de ninguna clase; son hispanos. Una parte son indocumentados que ahora si pueden contratar servicios de salud con la aceptación de la matrícula por parte de Blue Cross para ellos y sus familias” (Vargas-Hernández, 2005).



Imagen No.4.8. Espectacular publicitario de servicios médicos en carriles ready line y pase médico, cruce fronterizo dirección sur-norte, Tijuana, B.C. Archivo personal.



Imagen No.4.9 y 4.10. Espectacular publicitario de servicios médicos de “New City Medical Plaza Hospital” y Panorámica de edificios “New City Medical Plaza” y “Quartz Hotel y Spa” ubicación adjunta a carriles ready line y pase médico, cruce fronterizo dirección sur-norte, y zona río. Tijuana, B.C. Archivo personal.

4.6.2 Pase Médico –Medical Pass.

El “Medical Pass” es administrado por el Ayuntamiento Municipal de Tijuana, consiste en la obtención de una cédula o registro otorgado para que los establecimientos expidan un pase

médico a sus clientes para el cruce de la garita de San Ysidro sin realizar espera en el cruce en dirección sur-norte. Esta iniciativa surgió al interior del COTUCO⁷¹ en 2008. El Programa de “Pases de Cruce Ágil a Usuarios de Servicios Médicos, Turismo de Negocios y Estudiantes Transfronterizos Procedentes de y con Destino a Estados Unidos de América (FASTLANE), agilizó la cantidad de personas que visitan los establecimientos de servicios médicos privados de la ciudad de Tijuana (Méndez, 2024).

En declaraciones recientes, la Asociación de Turismo de Baja California afirmó que están impulsando la apertura del carril médico en la garita de Otay. Según la presidenta del gremio, Atzimba Villegas Pérez destacó que el pase médico, además de ser una “cortesía”, “promueve en el extranjero los servicios de calidad del sector privado. También contempla la apertura en la garita de Mexicali-Calexico. Señaló que para mantener la “buena opinión de 4.5 millones de pacientes extranjeros, es necesario que las instituciones, como la COFEPRIS de Baja California, vigile el buen funcionamiento y desempeño de los trabajadores de la salud del sistema privado.”⁷²

El Ayuntamiento de Tijuana, a través del secretario de Desarrollo (SEDETI) Pedro Montejo Peterson, comentó que “los pases médicos son exclusivamente para aquellos estadounidenses que son pacientes de algún servicio de salud en Tijuana, con lo cual gozan de un cruce fronterizo privilegiado en cuanto a tiempo, motivo por el cual son tan cotizados, aunque sea de contrabando”. Confirmó que cerca de la mitad de los registros, 48 por ciento de los establecimientos que otorgan estos pases presentan irregularidades o no existen.⁷³

Por su parte, la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio, Servicios y Turismo (CONCANACO SERVYTUR), a través de su presidente Octavio de la Torre, destacó ser el sector terciario el que contribuye en un 77.8% del IVA, por subsector: 46.2% servicios y 31.6% comercio al mayoreo y menudeo. Las empresas terciarias generan una base sólida de

⁷¹ Comité de Turismo de Convenciones.

⁷² Periódico La Frontera, martes 12 de noviembre del 2024, Edición N° 8,624, Año 25, pp 9.

⁷³ Periódico El Mexicano, martes 12 de noviembre del 2024, Edición N° 23,453, Año LXV, pp 1A.

ingresos tributarios y además propicia la generación de un entorno de consumo y servicios esencial para el bienestar económico del país”.⁷⁴

4.7 Crisis en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Gobierno y municipios del Estado de California (ISSSTECALI).

La mandataria estatal ha entregado recién al Congreso del Estado la iniciativa de Ley de reforma al sistema de pensiones y jubilaciones para los trabajadores del gobierno y municipios del estado. Las personas agremiadas al Sindicato de Burócrata se manifiestan en franco desacuerdo con la iniciativa pues busca modificar la edad para la jubilación pasando de 60 a 68 años. Los actuales paros laborales del personal de apoyo y administrativos de los hospitales del sistema estatal de salud trabajan bajo protesta, en algunos casos sin pago por su labor, en condiciones de desabasto e incertidumbre respecto al pago de salarios y prestaciones laborales. Lo anterior ha generado entre los agremiados sindicales movilizaciones ante la ciudadanía para defender sus derechos al acceso a jubilaciones dignas y con salarios dinámicos.

El ISSSTECALI presenta una deuda millonaria. Son varias las causas, entre las que destacan la omisión del pago de las aportaciones patronales por parte de los municipios, principalmente el de Ensenada y, este adeudo histórico ha sido la “caja chica” de presidentes municipales de administraciones pasadas.

Mientras que para el Gobierno del Estado es urgente una reestructuración al sistema de pensiones debido al colapso de las aportaciones patronales no pagadas que aumentan la deuda pues es “insostenible” el sistema de jubilaciones para la parte patronal; el sistema privado gana terreno y las carreras de atención que cuando se inician, suelen ser largas para el sector de la población más desfavorecido dados los costosos pagos por servicios profesionales médicos y que suelen ser en dólares estadounidenses, cuando su ingreso es en pesos mexicanos.

⁷⁴ Periódico El Mexicano, martes 12 de noviembre del 2024, Edición N° 23,453, Año LXV, pp .12A.

El personal del sistema de salud del estado de Baja California labora en instalaciones con desabasto de material, de personal de apoyo administrativo y con paros laborales para visibilizar ante la sociedad la violación a los derechos de los trabajadores del gobierno y municipio del estado de Baja California. Lo anterior incide directamente al sistema de salud pues evidencia no solo la falta de cobertura, recursos humanos calificados y abastecimiento de insumos; nos muestra la franca y acelerada expansión de la privatización del sistema de salud público, lo cual ensancha la brecha en el acceso a la salud y el bienestar para un amplio sector de la población que recurre a otros SAS, no sólo por afinidad cultural y lingüística, sino por la proximidad a sus lugares de residencia, lo inmediato, las prácticas de cuidado y autocuidado y en todo caso, acudiendo a los CAF y CAV.

La oferta laboral para médicos ya sea para el sistema de salud estatal o federal, atrae a profesionales de otras partes del país y del extranjero para dar atención a la demanda en los sistemas de atención públicos y privado en el área fronteriza de Baja California.

4.8 Marco legal.

4.8.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Cámara de Diputados & Secretaría de Servicios Parlamentarios, 1917), en el artículo 4º se especifica que es tarea del estado proveer de seguridad social a su población. A su letra dicta:

“Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.”

A nivel nacional, la Ley general de Salud (Cámara de Diputados, 2024) vigente define la salud en su artículo 1 Bis, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁷⁵. En esta Ley de Salud se establecen las bases y modalidades para el acceso a la salud, en su artículo 3° refiere la competencia en materia de salubridad pública y en la fracción II, especifica que “es la Salud pública competencia del estado” y en la fracción XVI establece como competencia del estado “La prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, sindemias y accidentes” y en la fracción XXVII Bis, establece que “El tratamiento integral del dolor” es competencia también del estado.

4.8.2 Organización Mundial de la Salud (OMS).

4.8.2.1 Tratados Internacionales vigentes relativos a los TFAL.

A nivel internacional México, en su calidad de miembro, ha ratificado los Planes de la Organización Mundial de la Salud. De los principales que abordan el aspecto de la salud, y en específico la salud física y rehabilitación, destacan los tratados internacionales dictados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en consonancia con el tercer objetivo de la Agenda Mundial para un desarrollo sostenible 2030.⁷⁶

Dentro de las metas para lograr este objetivo, la 3.b refiere a “Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamento y vacunas esenciales asequibles...” y la meta 3.c “Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y pequeños Estados insulares en desarrollo”⁷⁷.

⁷⁵ [Ley General de Salud](#)

⁷⁶ La OMS ha destacado como tercer objetivo, en su Agenda Mundial para el desarrollo Sostenible, 2018-2030. “Garantizar una vida digna y promover el bienestar para todos en todas las edades” que busca “lograr a nivel universal la cobertura universal y proporcionar acceso a medicamentos y vacunas seguras y accesibles a todos”. [La Agenda para el Desarrollo Sostenible - Desarrollo Sostenible](#)

⁷⁷ Cfr. [Salud - Desarrollo Sostenible](#)

Las crisis humanitarias, los efectos post-COVID y el aumento de las enfermedades no transmisibles (ENT), se han convertido en un gran reto para los países miembros. Entre las principales ENT figuran las relativas a las afecciones musculoesqueléticas⁷⁸, mismas que están relacionadas con el sedentarismo, el tabaquismo, la obesidad y la nutrición.

A través de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se cuenta con el “Plan de acción mundial de actividad física y deporte 2018-2030” (Organización Panamericana de la Salud, 2019), y el “Marco mundial para integrar el bienestar en la salud pública utilizando un enfoque de promoción de la salud” (Organización Mundial de la Salud, 2024) y el “Marco de competencias para la rehabilitación” (Organización Mundial de la Salud, 2021). Este grupo de documentos, en conjunto, dotan de relevancia y líneas de acción para la instrumentación de atención y cuidado a las enfermedades no trasmisibles (ENT), dentro de las cuales, las lumbalgias figuran entre las más recurrentes e incapacitantes, trayendo como consecuencia, altos costos en su atención; la implementación de procesos de atención y cuidado en aras de lograr el 3er objetivo tocante a la salud a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La OMS tiene como finalidad “El fortalecimiento de asociaciones eficaces y medidas colectivas y coordinadas de gobiernos, actores no estatales, de entidades públicas y privadas, tanto dentro como fuera del ecosistema de la salud para facilitar enfoques que abarquen a todo el gobierno y toda la sociedad y generar beneficios de salud para la población y el planeta” (Organización Mundial de la Salud, 2024, p. iv).

Estas organizaciones en fechas recientes han desarrollado estrategias para la atención a la salud y la rehabilitación. El “Paquete de intervenciones de rehabilitación” (Organización Mundial de la Salud., 2023), es el resultado del trabajo en conjunto de los países miembros. Se trata de “un recurso indispensable para los países a la hora de planificar y presupuestar la integración de los servicios de rehabilitación en sus sistemas sanitarios”. Este recurso en su primer apartado contiene un paquete específico para dar atención a las afecciones

⁷⁸ En la clasificación internacional de las enfermedades CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad, le corresponde la categoría 15 a “Enfermedades del sistema musculoesquelético y o de tejido conjuntivo”; de la cual se ha recuperado la clasificación a fin de detallar y desglosar las afecciones en la clasificación.

musculoesqueléticas o TFAL y que son consideradas como “Enfermedades no transmisibles” (ENT). Las principales afecciones que aborda el documento son: Lumbalgias, osteoartritis, artritis reumatoide, sarcopenia, fracturas de las extremidades.

Un apartado importante en esta base de datos⁷⁹ es el referente el apartado 26 titulado “Capítulo suplementario de condiciones de la Medicina Tradicional”⁸⁰ a la cual le componen dos módulos. En el primero figuran los síntomas y manifestaciones de TFAL bajo conceptos propios de los diversos SAS, a saber, de la acupuntura china. El Módulo II integra desórdenes y trastornos englobados por grupos de partes anatómicas y sistemas del cuerpo humano.

4.8.2.2 Últimos cambios a la ley de Salud Pública en México.

El acceso al sistema de salud público ha presentado importantes cambios en los últimos años como la cancelación del Seguro Popular (SP) pues hasta antes de su desaparición por decreto oficial en 2019, atendía a 53 millones de personas de la población que no contaba con algún tipo de filiación de seguridad social. Con la puesta en marcha el IMSS-Bienestar y la creación del Instituto de la salud para el bienestar (INSABI), la población que recibía atención dejó de tener acceso a servicios de salud (Bautista-Arredondo et al., 2024b).

Otro cambio importante, es el efectuado en 2010 que regula la venta de antibióticos por prescripción médica, lo que derivó en el incremento de los CAF (consultorios adyacentes a farmacias) mismo que ha sido paulatino y constante, generando a la fecha “un subsistema privado de atención privada con características atractivas para la población” (Bautista-Arredondo et al., 2024b). Al respecto en el “Plan de trabajo del sector salud 2024-2030”⁸¹ publicado en noviembre del 2024, destaca como cuarta meta la creación de “Farmacias del Bienestar”. Esta iniciativa es importante, toda vez que su puesta en marcha contribuirá al acceso a la atención primaria de la población más desfavorecida, en estrecha relación con los

⁷⁹ Catalogo Internacional de enfermedades (CIE-11 para Estadísticas de mortalidad y morbilidad). [CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad](#)

⁸⁰ [CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad](#)

⁸¹ Cfr. [Mañanera 05/11/2024](#)

resultados de las Encuestas Nacionales (Instituto Nacional de Salud Pública, 2024) e investigaciones previas que han expuesto la necesidad en promover investigaciones respecto a estos servicios (S. A. Bautista-Arredondo et al., 2024a; Morán Pérez, 2020) (Osorio Carranza, 2020).

Derivado de las políticas neoliberales y los avances tecnológicos en materia de salud con el subsecuente crecimiento de la esperanza de vida que han traigo con su implementación según afirma Morán (Morán Pérez, 2020), en algunas limitantes como la sobredemanda de los servicios para el segundo y tercer nivel de atención, el personal de salud vive condiciones laborales precarias, además de los procesos administrativos y burocráticos lentos y el desabasto de medicamentos.

Los CAF, han encarecido los costos de acceso a atención primaria impactando en el gasto de bolsillo de la población ya que son los consultorios de mayor demanda por la población en el país, por lo que la implementación de regulaciones a estos establecimientos es urgente (Colchero et al., 2020).

Estos cambios responden a los efectos de políticas públicas de acceso a medicamentos que fue regulada a partir del “Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos” resultado de la pandemia de 2009 de la influenza AH1N1. Esto favoreció una competencia de precios y aumento de ventas, así como la incorporación de servicios de consulta médica de primer nivel y la expedición de la receta de antibióticos, siendo éstos uno de los fármacos más vendidos por la industria farmacéutica. La otra política que ha favorecido el actual y pujante expansionismo de los CAF es la clasificación de los medicamentos que en el 2010 cambia de ser: i) Innovadores (marcas y patentes), ii) genéricos intercambiable y iii) genéricos no intercambiables o similares; quedan solo: Innovadores y Similares (Morán Pérez, 2020 p. 14) (Osorio Carranza, 2020) .

Además del incremento de los CAF, recién se registró otro tipo, el consultorio adyacente a vivienda, (CAV) mismo que no había sido identificado en la encuesta de ENSANUT (2022),

según fundamentan Bautista-Arredondo et, al. (2024) y Osorio (2020) ya les había denominado consultorios independientes.

No existe información disponible sobre “las condiciones y calidad de atención, pero estos consultorios atienden al doble de la población atendida por los CAF, según ENSANUT 2022. En conjunto CAF y CAV atienden al 40% de las personas que reciben atención médica de primer nivel en México, lo que refleja una creciente preferencia de los usuarios por estos servicios, consistentemente con los hallazgos de estudios previos (Bautista-Arredondo et al., 2024b). Los CAF proveen de atención primaria a una tercera parte del porcentaje referido y los autores concluyen que: “los CAV son el sector que más atención de primer nivel otorga a la población en el país y, por lo tanto, es urgente hacer investigaciones enfocadas en este tipo de servicios” (Bautista-Arredondo et al., 2024, p. 596) (Colchero et al., 2020; Morán Pérez, 2020), (Osorio Carranza, 2020).

Según se puede observar en la Tabla No. 4.13 “Infraestructura y recursos en la región de Baja California”, la cantidad de consultorios registrados por municipio está distribuida para el municipio de Mexicali con 248 consultorios, 172 en Tijuana y 158 en Ensenada, le sigue en cantidad San Quintín con 66 consultorios, Tecate con 24 y Playas de Rosarito 20 consultorios. Estas cantidades contemplan los consultorios de los sistemas de salud pública, así como particulares.

Tabla No. 4.13. Infraestructura y recursos en la región de Baja California.

		Total, consultorios	Consultorios M.Gral.	Total, Médico gral, espec. y odontólogos	Médicos generales	Pasantes Medicina	Total, enfermeras contacto/paciente	Total, Médicos grales y pasantes
Nacional		44,141	23,440	77,247	38,798	10,396	161,602	49,017
Baja California		688	316	1,103	405	287	2,941	692
Municipio	Mexicali	248	96	385	123	123	1029	246
	Ensenada	158	71	209	88	53	606	141
	S.Quintín	66	35	33	28	26	81	54
	Tijuana	172	93	338	109	69	864	178
	Tecate	24	12	71	30	11	188	41
	P.Rosarito	20	9	67	27	5	173	32

Elaboración propia con información de: Unidad de Inteligencia en Salud pública. Fichas técnicas municipales de salud, determinantes sociales y cobertura efectiva en México V091 (Datos preliminares). fuente: <https://uisp.insp.mx/wp/index.php/tablero-base-shiny/>. Fecha de consulta 24 de noviembre 2024.

4.9 Conclusiones.

En este apartado se realizó un recorrido cronológico destacando etapas en el establecimiento y desarrollo de la oferta de servicios de salud tanto de consulta externa como de hospitales del sector público como privado. Las etapas se agruparon en cuatro subcategorías: consulta externa de cobertura pública, infraestructura del sector público, consulta externa del sector privado y hospitalaria. Se enunciaron algunos tratados y convenios transnacionales que han favorecido el creciente Turismo médico en la región fronteriza de Baja California. Destacan los cambios del periodo del Cardenismo que es cuando se sucede las instalaciones del sistema público, último cuarto del siglo XX. El primer momento en que sucede un crecimiento exponencial en las instalaciones de clínicas de atención hospitalaria del sector privado fue en la década entre 1990,-2000 y en la década del 2010, con la restricción de la venta de antibióticos con receta médica, aconteció en la región fronteriza de Baja California la expansión de los CAF, en estrecha relación con los convenios de colaboración transnacional y facilidades y cortesías al extranjero para que el regreso a su país sea ágil.

La revisión efectuada de investigaciones precedentes pone de manifiesto los aspectos principales por los que la población de la región fronteriza de Baja California demanda servicios de salud. Los tratados, convenios y facilidades que se pusieron en marcha, como Access Baja, incrementó las disparidades en el acceso a los servicios de salud en la zona del lado sur de la frontera. Toda vez que la infraestructura, los servicios y costos están dirigidos a un tipo de población específica, ciudadanos con seguridad por empleadores estadounidenses, la oferta de servicios se ha encarecido para la población que vive al sur de la zona en condiciones precarias de acceso a servicios de salud ensanchando la brecha de acceso para el sector subalterno de la población a la atención y cuidado de TFAL.

Los dos periodos importantes en que se sucede el incremento exponencial de las CAF, en 1990 en respuesta a la firma del TLCA, y 2010 con la restricción de la venta de antibiótico a prescripción con receta médica, lo anterior derivó en un intento de resarcir la falta de

atención por parte del estado, sin embargo, la infraestructura a la que se hace alusión deja ver la falta de cobertura y atención.

Por otra parte, la falta de “tiempo” o por considerar que “no ameritaba atención profesional”, contribuyen a que la población siga requiriéndoles, en la inmediatez vecinal. El tiempo flexible de atención, el traslado a domicilio particular en consultorios itinerantes motorizados (CIM), costos variables, afinidad cultural –que suele derivar en confianza y empatía– ya sea por compartir o no el idioma, la cosmovisión, la fe, como un “golpe de aire”; son algunos de aspectos que han contribuido en forma complementaria, dinámica y acelerada a dar atención y cuidado de las lesiones musculoesqueléticas o TFAL, y por otra, mantiene vigente una medicina de la persona.

El prestigio social que los profesionales han construido juega un papel importante al interior de la pluralidad de opciones y la elección de atención y cuidado de los TFAL en la región, contribuyendo a contrarrestar la brecha de acceso a servicios de salud y bienestar de la población en la región fronteriza de Baja California.

La migración internacional, el cruce cotidiano en “circuitos de atención y cuidado” que se han observado en el tiempo ponen de manifiesto la expansión no solo de la biomedicina, sino también de las limitantes en infraestructura que se suma a los factores que restringe el acceso a servicios de atención y cuidado de TFAL y de salud en general. Mientras que para un sector de la población que radica del lado norte, Tijuana es el “Paraíso médico”, para quienes habitan el lado sur el paraíso no es tal.

Los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) y consultorios adyacentes a vivienda (CAV) aumenta en acelerada proporción. Para el caso de los CAF, se realizan consultas externas a fin de vender los productos farmacéuticos. Conseguir justificantes médicos es otra de las razones por las que se recurre a estos espacios. Cuando se decide recurrir a atención, suelen ser para cuadros básicos de padecimientos estacionales y controles de enfermedades crónicas. El costo de consulta, \$120.00 M.N. representa una tercera parte del salario mínimo

diario en frontera \$ 375.00 M.N., por lo que el factor económico inhibe recurrir a profesionales de la biomedicina en los espacios disponibles para atención.

La falta de personal biomédico mantiene a muchos de estos CAF sin atención profesional, ya que las escuelas a nivel universitario forman cuadros con posibilidades de revalidar sus estudios en California, o bien, con titulación binacional. Con esto, los estudiantes con acceso a visas estadounidenses o por la doble nacionalidad, se forman en Tijuana y laboran en San Diego, Ca. Lo anterior contribuye al desabasto de profesionales en Tijuana, tanto para el sistema de salud público como para el privado, trayendo consigo migración calificada a la región para cubrir la demanda de servicios y atención a la salud.

CAPITULO V. PRIMERA ESCENA: “SOBADAS CURATIVAS.”⁸²

*[..]This is my home
this thin edge of
barbwire.*

*But the skin of the earth is seamless.
The sea cannot be fenced,
el mar does not stop at borders.
To show the white man what she thought of his
arrogance,
Yemaya blew that wire fence down.
(Anzaldua, Borderlands, 1989).*

Introducción.

En esta sección se realiza la descripción de la escena en los que se efectúa atención y cuidado a los TFAL en la escena 1 de la situación social 1 “Sobadores y sobadoras urbanos populares en el atrio de catedral en la Plaza Bicentenario en el centro de la ciudad de Tijuana.

Se presenta la caracterización de los conocedores en esta escena, en estrecha relación con la del contexto sociocultural. Los conocedores o profesionales que en esta escena figuran son: sobador (a) popular urbano itinerante (SPUI), sobador popular urbano establecido (SPUE), sobador (a) popular adherido a farmacia (SPUAF) además del consultorio itinerante motorizado (CIM). Se enuncian algunas características contextuales, así como la algunas otras morales e idiosincráticas al interior de la praxis clínica en experiencias sensitivas de atención y cuidado.

A partir del concepto de sinergia de Merleau-Ponty (Merleau-Ponty, 1985) y Le Breton (Le Breton, 2009, 2012, 2019b; Le Breton et al., 1994) se realiza una aproximación a la experiencia sensitiva de la sinergia que se da en la praxis clínica de TFAL atendidas con

⁸² Situación social 1: Sobadores (as) populares urbanos en la atención y cuidado a los TFAL en el centro de Tijuana Baja California.

terapia manual profunda. Se describen las principales afecciones y lesiones que son atendidas con mayor frecuencia. La manera en que se procede a dar atención y cuidado a TFAL en la experiencia sensitiva táctil y la resignificación de las sensaciones de los cuerpos dolientes que cotidianamente transitan por experiencias de dolor rebelde, agudo, crónico o total.

Finalmente se ofrece una definición tentativa de la experiencia sensitiva táctil en la atención y cuidado de TFAL en la zona Fronteriza de Baja California. El lenguaje articulador es siempre único, con significado, interpretaciones y reinterpretaciones muy particulares, individualizadas pues la terapéutica o medicina de la persona, ergo, la praxis en estas experiencias persigue realizar la atención del TFAL en estricto apego a las particularidades del consultante doliente.

5.1. Situación social: Sobadores y sobadoras en Catedral de Tijuana y: “¡en el nombre sea de Dios!”.

Caminar por las calles del centro de Tijuana es caótico, se trata de una distribución espacial trazada en relación con la línea divisoria fronteriza localizada al norte. En su delegación centro, la calle primera corre en dirección este-oeste, la segunda de oeste-este y así sucesivamente en dirección sur.

Entre la calle primera y la línea fronteriza se ubica la zona roja de la ciudad, mejor conocida como “la zona norte”. En un espacio relativamente pequeño, menor a los quinientos metros cuadrados, se sucede un mundo de relaciones basadas en una economía y mercantilización de los cuerpos. En la calle primera y Niños Héroe a un lado de cantinas, bares, prostíbulos y moteles, figura una iglesia adventista. La catedral del catolicismo se ubica entre las calles segunda y Constitución. Adjunta a catedral hay una escuela primaria y un mercado, un patrón de asentamiento muy particular.



Imagen No.5.1. Atrio de catedral. Delegación Centro, Tijuana, B.C. Archivo personal.



Imagen No.5.2 Sobador popular urbano itinerante (SPUI) y consultorio itinerante motorizado (CIM). Calle segunda. Centro, Tijuana, B.C. Archivo personal.

La mayor cantidad de vehículos que transitan por estas calles son taxis de ruta, taxis libres y en los últimos años los servicios de transporte por aplicación como DiDi y Uber, congestionando las vialidades en las horas pico.

Hace algunos años cerraron la porción de la calle Niños héroes y segunda y se construyó un “atrio” a las afueras de catedral. Circundando el edificio se localizan establecimientos ambulantes de sobadores populares que hasta entonces habían estado atendiendo en camionetas tipo Van. En la perimetral del edificio de la catedral; ahora se encuentran distribuidos de dos maneras: itinerantes y establecidos.

En esta área, debido a la falta de regulación en términos sanitarios y dentro de la categoría del ambulante, además de las actividades clandestinas en estrecha relación con el crimen organizado; los profesionales en TFAL, varones en su mayoría, desde cerca de tres generaciones en este punto, ofertan sus servicios posibilitando mejoría. Se especializan en atender una o varias partes del cuerpo, con énfasis en las articulaciones, tendones y “nervios”.

Mantenerse en este punto ofertando los servicios de atención y cuidado a los TFAL tiene sus vericuetos. La pugna y rivalidad entre iguales que ha devenido en daño a la propiedad privada, difamación y cooptación, son algunos de los aspectos que se suscitan en este lugar, entre el gremio de quienes se autodenominan sobadores y sobadoras.



Imagen No.5.3 Sobador popular urbano itinerante (SPUI). Calle segunda. Delegación Centro, Tijuana, B.C. Archivo personal.

Las calles del centro se atestan de personas que van y vienen en cruces peatonales numerosos que transitan en todas direcciones desde las primeras horas. De día, circundando el edificio de catedral, sentados en sillas plegables, entre la feligresía y los transeúntes, figuran con un cartel plastificado los servicios y una silla evidencia la espera de la faena del día. Así, los sobadores forman parte de un sector especializado que atiende TFAL en la ciudad, mismos que están diferenciados pues existe una estrecha relación con la religiosidad popular contemporánea, misma que recuerda la idea de cuerpo y la relación con el alma y/o espíritu, por lo que, en este caso, este factor religioso cobra relevancia pues los repertorios de técnicas y métodos de atención están acompañados por elementos como “tener Fe” como fundamental para sanar. Al respecto Le Breton (2019, p. 49) enfatiza el uso social del dolor en esta situación social pues:

“El hombre no huye siempre del dolor, aunque la modernidad vea en el un arcaísmo que la medicina debería erradicar sin demora. Existen usos sociales del dolor, este es de hecho un instrumento susceptible de diversos empleos. A través de la ofrenda del dolor, por ejemplo, el cristiano de otros tiempos se esforzaba en pagar la deuda contraída en ocasiones del sacrificio de Jesucristo. Todo sufrimiento consentido se transforma entonces en una prueba de amor, un signo de devoción. La relación con el

dolor ha cambiado, ciertamente, y la Iglesia hoy en día ve en el sufrimiento de Cristo más bien una demostración de amor hacia la humanidad (Le Breton, 2019, p. 49).



Imagen No.5.4. Sobador popular urbano itinerante (SPUI), consultorio itinerante motorizado (CIM). Atrio de Catedral. Centro, Tijuana, B.C. Archivo personal.

De los mapeos realizados en las búsquedas georreferenciadas, se programaron acercamientos informales, se efectuó observación participante y a partir de acercamientos informales aleatorios con sobadores (as) populares urbanos, se propiciaron las entrevistas etnográficas.

La incursión directa en campo se efectuó con acercamiento exploratorios aleatorios. Justo al salir del estacionamiento en donde se dejó el vehículo, en la Farmacia inmediata a este, ahí, en primer lugar, a escasos pasos, figuró el primer conocedor, el sobador popular urbano adherido a farmacia (SPUAF), Sr. Beto; quien de forma inmediata respondió a las primeras preguntas de la entrevista etnográfica.

Recién iniciada la conversación informal, con destreza y rápidos movimientos, de un instante a otro ya tenía sus manos sobre mi brazo y manipulaba la articulación del codo. Percibí con prontitud lo invasivo del toque de esas manos grandes, bruscas y ásperas que, con la perorata discursiva de la fe, reducía el ámbito de la efectividad de sus terapias a Dios. Esta conversación no duró mucho tiempo pues recibió una llamada en su teléfono, lo que impidió

dar continuidad a la conversación. Dejé una aportación por su tiempo y su trabajo efectuado. A la par de la gestión que, en términos de la sinergia sucedida en la calle segunda a unos pasos de catedral. Tomó su tiempo la síntesis sensitiva y cuando aconteció se replantear si realmente requería una metodología que implicara tocar y ser tocada para dar cuenta de la efectividad de estas terapéuticas; siguió el recorriendo por el área mapeada con antelación.

En la esquina del cruce peatonal y catedral figuraba un establecimiento de reparación de figuras católicas ubicado frente a la puerta sur de catedral, la Sra. Jesica. ya entrada en la década de los sesenta, atiende y trabaja reparando las imágenes y es intermediaria con la conocedora a quien llama para verificar disponibilidad de horarios y confirmar la cita para servicios de masajes efectuados por una de las dos mujeres registradas en el área. La señora H. no respondió la llamada, se resolvió en volver más tarde.

El siguiente acercamiento fue con el Sr. Alfredo (SPUI) quien atendía en ese momento a una señora de mediana edad a quien le colocaba ventosas calientes. Esperé un momento, más de media hora mientras conversaba con las otras dos personas que esperaban ser atendidas por este conocedor.

Después de una larga espera se recorrió, otra vez, el atrio. En esta ocasión salía por la puerta principal de catedral un féretro y el cortejo fúnebre tras culminar la misa de cuerpo presente de quien ahora ya no es más, familiares y amigos lloraban su partida entre abrazos y pésames, llantos, lamentos y caras afligidas. En la esquina de la puerta principal de catedral el Sr. R. aceptó conversar sobre su trabajo y dio consentimiento informado explícito sobre la grabación en audio de la conversación y el tratamiento de la información.

Algunos conocedores no accedieron, tenían personas esperando su atención, otros desde el primer momento se limitaron a negarse sin permitir explicación alguna. Así, se siguió propiciando interacciones aleatorias informales con los conocedores (a). Se siguió recorriendo el área para encontrar profesionales que compartieran su experiencia en atención a TFAL. En total fueron dos conocedores quienes accedieron a la entrevista etnográfica.

Dos de los sobadores con treinta años trabajando TFAL, son originarios de Irapuato, Gto., del occidente del país en donde el catolicismo sigue siendo el principal bastión de la religión católica y que históricamente presenta continuidad de migración internacional a Estados Unidos.

El Sr. Ricardo. inició hace tres décadas y llega a esta actividad cansado del decomiso de productos de herbolaria pues era distribuidor de una empresa de suplementos. Así, como alternativa laboral y ante al abuso de la autoridad de algunos inspectores municipales, inicia su trayecto en el gremio.

Durante muchos años, la Sra. Irazena, su esposa, formó parte del negocio. Hoy su hijo Sr. Antonio. y su nieto Sr. Ramiro, están establecidos en el pasaje comercial a unos pasos de catedral. Sus servicios son ofertados en términos anatómicos, pues en la lista de servicios figuran atención y cuidado al “nervio síatico” [sic], ciática, lumbar, cadera, cintura, hombro, rodillas, cuello, pero también otros padecimientos como el “empacho” y “anginas” propios de los denominados “enfermedades culturalmente delimitadas” en donde se integran los “síndromes de filiación cultural”⁸³ (Freyermuth & Sesia, 2006) (Navarro, 2015); y también ponen ventosas.

Se trata del espacio denominado, “Plaza Bicentenario” en el que convergen a nivel espacial, la institución eclesiástica, la educativa y la económica. Según la sucesión de edificios en esta área, también hay una caseta de policía, aspectos importantes a nivel espacial pues eso es

⁸³ Carlos Navarro recupera la definición de Zolla de los síndromes de filiación cultural como: “aquellos complejos mórbidos, que son percibidos, clasificados y tratados conforme a claves culturales propias del grupo y en los que es evidente la apelación a procedimientos de “eficacia simbólica”. Éstas también son conocidas como “Enfermedades culturalmente delimitadas”, entendidas como: “Se entiende por enfermedades culturalmente delimitadas aquellas entidades clínicas y prácticas curativas que se manifiestan en una determinada población, y que sólo tienen explicación dentro de la cultura particular donde se producen y desarrollan. Por esto resultan aparentemente irracionales, incoherentes e ilógicas cuando se analizan desde la perspectiva de otra cultura” (Navarro, 2015, p.115 - 116). Estas investigaciones han formado parte de las principales preocupaciones de la etnomedicina como parte fundamental de las principales preocupaciones que llevaron a desarrollar investigaciones en nuestro país. Hoy denominada Medicina Tradicional Mexicana, y que surge con las aportaciones de Aguirre Beltrán en los años 1950-1960 manteniendo continuidad hasta la década de 1990. La Medicina Tradicional Mexicana Contemporánea, ha centrado sus ejes investigativos en tres vertientes: a) Documentar los síndromes de Filiación Cultural, que ha desarrollado a su vez, la perspectiva epidemiológica cultural, b) Estudio de la cosmovisión, la estructura y recursos humanos de la Medicina Tradicional y c) específicamente refiere a la investigación etnobotánica que ha involucrado al campo de las ciencias biológicas y químicas. (Freyermuth & Sesia, 2006, p 12).

Tijuana, la convivencia en niveles múltiples, adjuntos, vecindados, sobrepuestos, intercalados de instituciones ideológicas que conviven y se relacionan cotidianamente.

La multiplicidad de relaciones en términos de nacionalidades es amplia. La ciudad no tiene filtros. Y si los tiene, éstos son muy particulares, como los que se suceden en el atrio de la catedral.



Imagen No.5.5 Tarjetas de presentación. Atrio de catedral. Delegación Centro, Tijuana, B.C. Archivo personal.

Estos conocedores se distribuyen sobre la misma calle segunda, pasando el atrio, entre establecimientos de farmacias, telas y boquerías, y el olor característico a orines y basura, convierte un reto olfativo permanecer entre algunos de los conocedores ubicados en la acera.

Los profesionales tienen más de treinta años en esta actividad. De aquellos “viejos” sobadores y sobadoras, quedan Sr. José. y Sr. Ricardo. En el primer caso, su establecimiento cuenta con un área de espera, en un edificio que comparte con un laboratorio dental, justo frente al mercado ubicado al lado de la escuela Primaria Lázaro Cárdenas que está contigua a catedral. Los servicios que ofrece Sr. José. están a cargo del “experto sobador”, quien es experto en columna vertebral y se promociona con una imagen que deja ver sus manos sobre

la espalda de un consultante. En este caso, se trata de un establecimiento formal. Este es el segundo tipo de establecimiento. Ambos, sobador popular urbano establecido (SPUE) y sobador popular urbano itinerante (SPUI) presentan particularidades importantes de considerar en el momento de la praxis clínica y la sinergia de la experiencia sensitiva.



Imagen No.5.6 Sobador popular urbano establecido. (SPUE) Atrio de catedral. Delegación Centro, Tijuana, B.C. Archivo personal.

En el caso de los SPUI, los servicios se promocionan en esta área y en caso de solicitar la atención, suele realizarse directamente en el punto en donde se contacta, y si la lesión lo requiere, como aquellas que pueden ejecutarse a plena luz del día, a pie de calle, como las localizadas en el muro sur del edificio de catedral.

También los hay quienes cuentan con un consultorio itinerante motorizado, (CIM) al interior del vehículo estacionado y acondicionado en la parte posterior –por lo general se trata de camionetas– en donde pueden ejecutarse las técnicas manuales. Y los hay quienes se adhieren a una farmacia como lugar de atención a pie de calle (SPUAF).

Este aspecto relativo al espacio de atención, a pie de calle⁸⁴, en un consultorio itinerante o bien, en un establecimiento formal, adjunto o no a farmacia, suele ser efectuado por varones. A pesar de haber registrado dos mujeres que realizan estas prácticas para la atención y

⁸⁴ Schawrtz (2021) los denomina conocedores de acera”

cuidado de TFAL en él área, a manera de tradición familiar, son varones quienes se han dedicado a esta labor.

Persisten dos familias que desde hace tres generaciones, a lo largo de cerca de tres décadas han tocado miles de cuerpos con TFAL. Hay quienes tienen las manos entumecidas, cansadas, sin fuerza, agotadas; como las de Sr. Ricardo. quien ahora trabaja solo pues su esposa, quien antes también sobaba, ha dejado la actividad.

De tal suerte que, en la actualidad, Sr. Ricardo. contacta con la persona lesionada, ya sea por cita previa, o bien por que llegó directamente al punto. Acto seguido, la terapia se ejecuta, según se trate del tipo de lesión, es el espacio. Si se requiere trabajar un área que requiera despojarse de la ropa, entonces, la “sobada curativa” se efectúa en el CIM o es referido a alguno de los SPUE, como los localizados en el pasaje comercial que se ubica a unos metros de la entrada a la catedral.

El sobador popular urbano itinerante adjunto a farmacia (SPUAF) realiza su actividad a pie de calle, aprovechando el tránsito de personas que recorren la calle segunda. No realiza trabajo total del cuerpo, solo en extremidades, así, no requiere de un CIM, pero sí de la ubicación que favorece la “pesca” del día.



Imagen No.5.7 Sobador popular urbano adherido a farmacia (SPUAF). Calle segunda. Delegación Centro, Tijuana, B.C. Archivo personal.

La distancia que hay de la plaza bicentenario y la puerta de acceso (ped west) del cruce fronterizo, que a su vez conecta con el puente que atraviesa la canalización del río, es de un kilómetro aproximadamente. El puente lleva directo a la plaza comercial “Las Californias”⁸⁵ que recibe a los visitantes, y contiene entre sus muros a la población que solicita servicios de salud y albergue temporal para mujeres y niñas en condición de vulnerabilidad, una farmacia y un establecimiento formal adjunto en donde se ofertan masajes, constituyen parte fundamental de esta situación social.

⁸⁵ En este edificio, una sección del inmueble está destinado a dar atención y servicio de albergue a personas en tránsito por parte de organizaciones no gubernamentales. Se ha destinado otro más para ofrecer atención a mujeres embarazadas con seguimiento prenatal y entre sus servicios figura el masaje prenatal como opción en la atención y cuidado a población migrantes y en tránsito. Además de promover la práctica milenaria de la partería con la inclusión de conocedoras formadas en diferentes tradiciones que convergen en esta zona para ofrecer servicios, ya sea propios de la biomedicina o de la medicina tradicional, la partería sigue vigente tras reproducir la práctica de la realización de masajes, como un continuum con modificaciones y adaptaciones que según cada historia de formación de las conocedoras hayan adquirido habilidades y conocimientos, fluctuando entre SAS, vía experiencias sensitivas táctiles a través del empleo de manipulaciones de baja intensidad, buscando promover descanso y bienestar en las mujeres embarazadas. Berrio (Berrio Palomo, 2013, p. 249) al respecto ha señalado esta práctica al interior del pluralismo médico que acontece en la costa chica de Guerrero durante la atención a la salud materna durante el embarazo, el parto y puerperio.



Imagen No.5.8. Puente Chaparral. Acceso Peatonal y Cruce de San Ysidro y canalización del Río Tijuana, Tijuana, B.C. Archivo personal.



Imagen No.5.9. Rampa de acceso al Parque Las Californias. Delegación Centro, Tijuana, B.C. Archivo personal.



Imagen No.5.10. Plaza Comercial Las Californias. Centro, Tijuana, B.C. Archivo personal.



Imagen No.5.11. Puente México. Centro, Tijuana, B.C. Archivo personal.



Imagen No.5.12 Mapa de ubicación. Centro de Tijuana, B.C.
Fuente: Google Maps.

Este acceso fue la entrada a la ciudad durante el esplendor del siglo pasado de Tijuana. El diseño de la arquitectura deja ver el florecimiento de esa época. Tras cruzar el puente “El Chaparral”, que desemboca en el Parque Las California, a unos pasos se ubica la estación de bomberos del centro, una delegación de policía municipal y el “Puente México”, mismo que llega directo a la Plaza Santa Cecilia. En este espacio, adjunto a la plaza, se ofertan textiles de Tlaxcala, macetas de Tonalá y una amplia variedad de artesanías o “curios”. Estos locatarios tienen empleados a una red de vendedores ambulantes que se despliegan según la saturación de la línea vehicular que se forma para cruzar a San Ysidro en dirección sur-norte. En dirección suroeste aparece triunfante el arco de Tijuana. El reloj o “Arco de Tijuana” que se ha convertido en símbolo emblemático de la ciudad.

El arco de cerca de sesenta metros de altura recibe por este acceso a los visitantes. Al pie de éste, la Plaza Santa Cecilia, en donde el tránsito es musicalizado ya sea por mariachi, norteño o banda sinaloense. Aunque están todos los días, hay más en cantidad los fines de semana y después de medio día, pero ello no exceptúa su presencia el resto de los días y en horario matutino.



Imagen No.5.13. Arco de acceso. Calle Primera. Centro, Tijuana, B.C. Archivo personal.



Imagen No.5.14. Calle Revolución. Centro. Tijuana, B.C. Archivo personal.

La música que resuena en la plaza Santa Cecilia, en intersección con la calle Revolución, la emblemática área que lució a finales del siglo pasado en la ciudad, engalana su exuberancia y los servicios destinados al ocio, recreación, goce y disfrute.

El presidente Municipal Francisco Vega⁸⁶ durante su gestión como presidente municipal por el Partido de Acción Nacional, con miras a la gubernatura incidió en la colocación del “Arco reloj” para más tarde desde la silla gubernamental proponer como parte de los programas turísticos, el mote emblemático: “Tijuana coqueta”.

Así, tras la llegada a la ciudad y el cruce de tres bardas colocadas a la fecha, más la que se colocó en la vía rápida, cuatro y ahora con la construcción del segundo piso del distribuidor vial entre de la Zona de Otay a Playas de Tijuana; esta área sigue siendo transformada profundamente desde las últimas décadas y de manera ininterrumpida, pero algunas particularidades permanecen.

⁸⁶ [Arco/Reloj Monumental de Tijuana](#)

La vía rápida es la vía más transitada, corre paralela a la canalización del Río Tijuana, le caracteriza su ausencia de semáforos, esta cruza toda la ciudad, en dirección este-oeste, siendo la segunda vía más congestionada en horarios pico dados los parques industriales ubicados en el área este de la ciudad.

Por su parte, el cruce por “El Chaparral”, tras la revisión aduanal, el arribo de los visitantes por vía terrestre⁸⁷, en dirección norte-sur, son recibidos con espectaculares en gran formato promocionando cirugías estéticas, atención médica y dental, atención a la columna, entre muchos otros servicios y de farmacéutica.

Se trata, de la Capital del Turismo Médico a nivel mundial, los pendones colocados en postes y paredes promocionan y dan cuenta de ello, merced de la derrama económica en la entidad que a razón del “Clúster de Turismo Médico⁸⁸” ha impulsado exponencialmente en las últimas décadas. El desarrollo biotecnológico al servicio de la sociedad estadounidense a costos accesibles en el lado sur de la zona fronteriza de Baja California.

Esta ciudad, en su establecimiento y desarrollo tiene historia y parte fundamental es la “Leyenda negra” (Beltrán, 2012). Esta está cimentada en los aspectos históricos, del periodo en que Abelardo L. Rodríguez traficaba con alcohol. Era el tiempo del casino “Agua Caliente” y en la memoria colectiva, de los vecinos al norte, Tijuana es el paraíso en muchos sentidos. En este lado de la línea, los aspectos morales se diluyen para las visitas.

Así, tenemos que, tras el registro aduanal, en dirección a la ciudad de Tijuana, los anuncios publicitarios y la aglomeración de luminarias, espectaculares e infraestructura, exhibe por la puerta de San Ysidro, una amplia gama de servicios y experiencias que la ciudad tiene para sus visitantes.

⁸⁷ Según el Observatorio turístico de Baja California, en 2022, el total de cruces por vía terrestre ascendió a 30 246, 680 cruces. Cfr. [Total de cruces fronterizos terrestres en Baja California por medio de transporte 1996-2022 | Observatorio Turístico de Baja California](#)

⁸⁸ [Turismo médico en México: cómo Tijuana se convirtió en el "quirófano" de los estadounidenses](#)

De la cantidad de cruces que suceden en la ciudad y que realizan personas provenientes de Estados Unidos, la mayoría se suceden en vehículo. Hay dos puertas de acceso vehicular. San Ysidro y Otay. En ambas puertas, la cantidad de cruce terrestre es constante, ininterrumpida.

Dentro de las actividades, técnicas y métodos en la atención y cuidado de los TFAL, la creciente y acelerada expansión de estos profesionales se deja ver en la frecuencia en que figura publicidad en calles, plazas comerciales, privadas habitacionales y domicilios particulares.

A la par de actividades propias de trabajo sexual, los masajes están fuertemente vinculados a actividades sexo-eróticas, que suelen estar a disposición en espacios cerrados⁸⁹, relajantes o anti-estrés, por lo que es importante referir esta asociación que se hace al trabajo sexual. Una posible explicación abrevia en la asociación que cobra sentido en California con la comunidad asiática, a quienes se les adjudica esta íntima relación pues a inicios de los años noventa del siglo pasado, sus establecimientos se diferenciaban del resto con el término “massage”⁹⁰ ya que estos espacios no formaban parte de los ya autorizados y legitimados quiroprácticos (Wadwell, 1998).

“Mira en los 90, en el 2000 en esas décadas se les dio a las casas de prostitución poner como masaje en vez del término, sí, el término quizás existía desde antes de las casas de que ponían en San Diego, de los coreanos que eran prostitución, pues, pero le ponían masaje, después lo pasaron aquí a Tijuana o a México y resulta que decidieron ponerle la solución en el nombre de masaje, no le pusieron carpintero, mecánico, eso costureros, o algo así, no, le pusieron masajes. Entonces sí, eso fue un tiempo. Creo que en la actualidad ya no es tanto, aunque el hecho de que toques el cuerpo, aunque no hubiera, siempre puede haber ese rango por eso exigimos nosotros que la ficha es un buen preámbulo.”⁹¹

⁸⁹ Una de las modalidades de estos servicios de masaje es el “Masaje Nuru”, el cual para ser efectuado requiere del contacto del cuerpo desnudo tanto de masajista como de consultante.

⁹⁰ Entrevista etnográfica con informante clave Escena tres, situación social 2.

⁹¹ La ficha clínica es un formato que recaba información básica del consultante, integra campos de edad, características biológicas, actividad económica, hábitos de alimentación, actividad física, así como un diagrama para ubicar el área del cuerpo en donde se referencia dolor. Este formato, al requerir el consentimiento informando del consultante, reduce en un alto índice las posibilidades de cualquier tipo de toque no apropiado, dotando de responsabilidades y exime también de cualquier consecuencia adversa tras la experiencia sensitiva terapéutica. Este procedimiento se registró en la situación social 2. Entrevista etnográfica con informante clave Escena tres, situación social 2.

A la par de los cruces fronterizos, esta concepción que abreva en aspectos raciales se reproduce en la zona fronteriza sin ser exclusivo de un sector específico, sino que ha incidido en la práctica efectuada por los hoy conocedores “marginales” en expansión denominados “masoterapeutas”.

Tabla No.5.1 Resultados de búsquedas en Google Maps® georeferenciados de profesionales y conocedores que atienden y cuidan TFAL.

Conocedor (a) que atiende TFAL	Año	
	2023	2025
Sobadores (as) y/o quiropráctico (a).	19	16
Spa	23	61
Alphabiotistas		29
Osteópata		5
Fisioterapeutas		18
Total		129

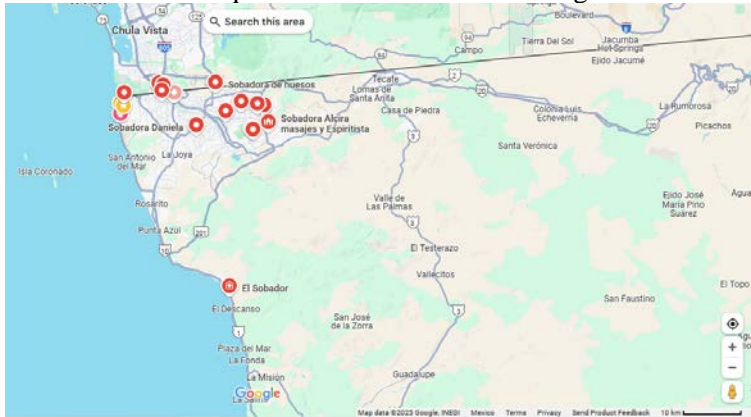
Elaboración propia con información recuperada de Google Maps®, periodos mayo 2023 y abril 2025.

Tabla No.5.2 Resultados de búsquedas en Google Maps® georeferenciados de sobadores (as) que atienden TFAL en la zona fronteriza de Baja California.

1	Experto sobador
2	Sobador Don Juve
3	Huesera, masajista y sobadora. (Atrio de catedral).
4	Fisioterapia, sobador, pedicure clínico.
5	Sobador naturista
6	Leopoldo Sobador Arce
7	Terapista físico y sobador.
8	Masajes terapéuticos y deportivos Evelia.
9	Sobadora Alcira masajes y espiritista.
10	Quiropráctico-osteópata Tijuana
11	Sobadora Daniela
12	Quiropractic adjustment.
13	El sobador
14	Sobadora de huesos
15	Balance total "Enrique Mora".
16	Sobador de Molleras

Elaboración propia con información recuperada de Google Maps®, abril 2025.

Imagen No.5.15 Mapa de distribución de conocedores y profesionales georeferenciado a partir de la búsqueda de “sobadores” en Google



Edición propia con información recuperada de Google Maps® 2025.

Los resultados de estas búsquedas en términos espaciales ponen de relieve, a la par de la información recuperada en campo por esta investigación, que se trata tanto de espacios formales, informales, itinerantes, establecidos, regulados y sin regulación a lo largo de la zona fronteriza de Baja California, incluso en el estado de Sonora, según se ha registrado en recorrido de superficie; en donde se provee atención y cuidado a los TFAL. Así, no se trata de un fenómeno exclusivo de Baja California, sino todo apunta a ser compartido, guardadas sus debidas proporciones, con la zona fronteriza Sonora-Arizona.

La distribución espacial y la densidad que muestran los mapas soportan la anterior aseveración, toda vez que el análisis de los espacios registrados, acompañado de los mapas confirman que es en la zona fronteriza donde la proliferación, crecimiento y demanda de servicios de atención y cuidado a los TFAL, subyacen a las dinámicas transnacionales propias de aspectos sociales y culturales, clase, sexo, de raza y etnia de cuerpos dolientes y las implicaciones simbólicas de sectores que viven, transitan, fluctúan, se duelen en la zona fronteriza de Baja California.

Adicional a los conocedores en esta situación social, figuran los fisioterapeutas, mismos que forman parte de la Situación social 2, Escena 2 “Escuelas profesionalizantes” descritas en

otro apartado, pero no consideradas dentro de los objetivos de esta investigación. Huelga enunciar la relevancia de estos conocedores, sin embargo, en esta ocasión no han sido integrados a detalle, quedando pendiente para investigaciones futuras.

Tabla No.5.3 Resultados de búsquedas de conocedores y profesionales denominados fisioterapeutas georeferenciados que atienden TFAL en la zona fronteriza de Baja California.

	Fisioterapia
1	FT Sportherapy
2	Fisioterapia Ensenada
3	Fisiosalud deportiva y neurología Tijuana
4	Physical medicine and rehabilitation.
5	FORT Terapia física y rehabilitación
6	Instituto de especialidades fisioterapéuticas de Baja California IEFBC
7	Clínica Fisiofit.
8	MG Fisiobienestar.
9	Fisioterapia física deportiva Kinisi
10	Dra. Paola Ojeda, Medicina de Rehabilitación y Terapia física
11	Kin and therapy Rosarito
12	Fisioterapia Más Vida.
13	Fisio and Care
14	Physcal therapy and reahlitation KinesioMed.
15	Rehabilita Ensenada.
16	Lung fisioterapia Tijuana.
17	Fisioterapia Alejandro Amador
18	FOLM Physica therapy and rehabilitation.

Elaboración propia con información recuperada de Google Maps® 2025.

Imagen No.5.15 Mapa de distribución de conocedores y profesionales georeferenciado a partir de la búsqueda de “fisioterapeutas” en Google Maps®.

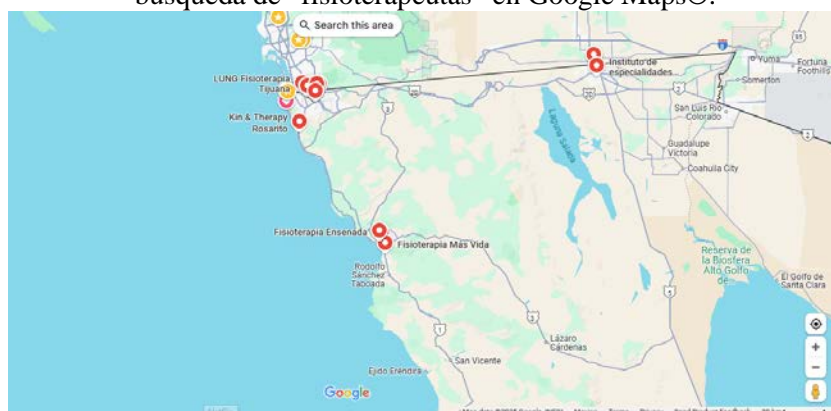


Tabla No.5.4. Caracterización de técnicas, métodos, recursos terapéuticos y tipo de relación y duración en el tiempo.

Sobadores y sobadoras populares urbanos en catedral en Tijuana, B.C.				
Técnicas manuales				
Diagnóstico/Amnesis	Técnica y método	Relación paciente-profesional	Recursos terapéuticos	
Masoterapia anímica y corporal	Terapia Manual Profunda.	efímera-corto y mediano plazo.	Pomadas	
Fe	Acariciamiento		Maceraciones	
Fe y confianza	Frotación		Ventosas calientes	
	Fricción media		Discurso-religioso	
	Presión		Experiencia propia	
	Meneo.			

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

5.2 Convivencia entre conocedores.

La convivencia entre los conocedores en esta situación social es de rivalidad y competencia. Con el pasar de las décadas, estas dinámicas se han sedimentado convirtiéndole en una de las principales características. “Yo llegué aquí, yo vendía botánica. A mí nadie me invitó, ¿quién me va a invitar? ningún cabrón quiere meter ningún cabrón, nadie quiere competencia. ¡ninguno quiere competencia mujer! Si ni se imagina todos los problemas que hay en este lugar. Y ahorita ya, porque se están ya muriendo todos los pinches sobadores viejos, pero había mucha envidia y hay, hasta la fecha.”⁹²

De la cantidad de sobadores de antaño ya quedan solo unos cuantos. Con el pasar del tiempo y la convivencia entre estos conocedores, que a su vez comparten la experiencia de repatriación. Este aspecto en las historias de los conocedores es relevante pues, como se ha venido apuntando, en California existen conocedores marginales que han sido incorporados al SAS público y privado.

⁹² Entrevista etnográfica a Sr. Ricardo. Escena 1, Situación social 1.

Algunos de estos conocedores se integran al gremio por iniciativa propia y adquieren los conocimientos, habilidades y saberes a partir de la observación, “C: ¿Dónde aprendió, cuando se vino para acá a Tijuana?, Sr. Ricardo.: Aquí fue donde me puse a jalar, viendo a los sobadores, los otros. ¿Si ellos son, porque yo no? Aprendí de varios, donde está ese letrero blanco ahí donde está la escuela. Pero yo no me estacioné allí por lo mismo, por la envidia de la gente. Yo me estacioné allí donde está la troca roja, atrás de la negra, allí duré varios años. ¡Ahora está otro!”⁹³

“El motivo que yo vine aquí a Tijuana, yo empecé jugando, haciendo esto, empecé como un juego. Yo tengo más de 40 años atendiéndome con sobadores con diferentes. No estoy mencionando aquí los quiroprácticos. Allá en Estados Unidos porque allá, eso es lo que se acostumbra. Yo he estado muchas veces con quiroprácticos en Estados Unidos. Entonces como yo no les tengo confianza a los quiroprácticos, pero a fuerzas en los Estados Unidos tiene uno que ir con los quiroprácticos porque es lo que tienen las aseguranzas para empezar un proceso, un proceso de sanación. Entonces se cumple cierto tiempo y ya la terapia, no sirvió. Entonces, ya lo mandan con el neurólogo y ya lo ve el neurólogo y ya luego agendan una cita con una cirugía. De esa manera trabajan en Estados Unidos. A mí me quisieron hacer una cirugía quitar un hueso de aquí para ponerlo acá en el 99.”⁹⁴

La diferencia entre el punto específico de ubicación en el atrio de la catedral de Tijuana y sobre la calle segunda en dirección este, figura el sobador popular urbano adherido a farmacia (SPUAF). Su ubicación privilegiada, en la puerta o frente a ella, de una farmacia regional a metros de un estacionamiento, le permite contactar con más transeúntes pues el espacio es más reducido y su afluencia densa. La negociación para ese privilegio está en relación con la regulación municipal, a través de sus inspectores, quienes al realizar las revisiones de los sobadores deciden quien y en dónde establecen a los nuevos conocedores que se van integrando.

Para los SPUI, aplica la misma regulación, pese al supuesto implícito de arraigo por el tiempo ahí laborando.

“Yo ni lo conozco ni nada, ni sé quién es. Llegó aquí echando pico, que si yo me agüitaba porque él se metía a sobar. A mí no me importa que te metas a sobar. Así

⁹³ Entrevista etnográfica Sr. Ricardo, Escena 1. Situación social 1.

⁹⁴ Entrevista etnográfica Sr. Beto. Escena 1. Situación social 1.

llegó. Así como se lo estoy contando. Tirándome mierda a mí. Esa es cuestión de los inspectores. ¿Porque está allí?... C. ¿Quién decide? Sr. Ricardo: ¡Los inspectores mujer! Los inspectores, ellos son los que maman y chupan aquí. C. ¿Y a ellos nos los mueven con regularidad, son los mismos? Sr. Ricardo: ¡No! Pues cada que cambia la administración, pero no cambian, nomás la juega y ahí se la juegan. Pero no cambian, Todos hacen lo mismo. Entran unos y ahí queda la misma acción.”⁹⁵

5.3 Experiencia sensitiva táctil.

Otra particularidad entre conocedores es la de la propia experiencia de alguna lesión o TFAL. A razón de las propias carreras de padecimiento efectuadas por los conocedores, hay quienes se incorporan o deciden ser parte del gremio. “A mí me atienden varias personas. Hasta mi esposa. Yo le tengo fe y me tiro en el piso y ella con un pie me arregla la espalda, pero le tengo fe, es que si no hay fe no se puede curar la persona”.⁹⁶ En término de Modelos Médicos, la frase anterior nos remite al del autoatención y autocuidado, el doméstico, lo cotidiano, todos los días, todo el tiempo el dolor encarnado.

De ahí capitaliza la experiencia sensitiva, pues la condición de migrante repatriado y los PSEA-C forman parte del conocedor, quienes en la vida cotidiana fluctúan entre los roles de conocedor a consultante y viceversa. Esta particularidad encuentra su marco interpretativo recuperando la ya definida Zona Fronteriza de Baja California por Von Glascoe (Von Glascoe, 2021), respecto a la injusticia social, exclusión e incuria (Hersch-Martínez & Salamanca, 2021).

“Bajo el esclavismo y el patriarcado, la propiedad de los cuerpos es impedida por el sistema político y legal de control, de tal manera que los agentes experimentan su cuerpo como un objeto que se haya gobernado externamente [...] Esta pérdida de la propiedad sensorial del cuerpo, en consecuencia, podría verse como una alienación corporal, ya que por lo menos una dimensión del uso que Marx hace de la alienación como concepto incluye la pérdida de control personal” (Turner, 1989, p. 281).

⁹⁵ Entrevista etnográfica, Sr. Ricardo, Situación social 1, Escena, 1.

⁹⁶ Entrevista etnográfica Sr. Beto. Escena 1. Situación social 1.

Bajo el precepto moral de la tradición judeocristiana y la condición de padecer un TFAL, también los hay quienes, por actividades relacionadas con la Medicina Tradicional Mexicana, como la herbolaria, a la par de la condición de repatriación y la elección de quedarse en la ciudad de Tijuana; es que desde la década de los años noventa del siglo pasado, deciden dedicarse al oficio de sobador y regresar solo de visita familiar a su lugar de origen, Irapuato Gto.

“Uno se queda dónde está la vida. Donde está la vida ahí te quedas. Aquí vi mi forma de vivir y aquí me quedé. Nomás, no me metí de pollero, ni de tratante de blancas, ni de meter droga para el otro lado. Derecho, lo que se puede. Si, aun así, derecho, me metían a la cárcel a cada rato y me arrastraban mi camioneta”.⁹⁷ En esta situación social, los concedores no hacen dinero, “lo recogen, mientras Dios lo permita”. “Sr. Beto.: Aquí echándole ganas, no hay de otra, mientras que Dios dé licencia. (responde a la pregunta que le hacen por teléfono ¿si está haciendo billetes?) No, yo no los hago yo nomás los recojo los billetes. Ya están los billetes. Ya están hechos aquí en Tijuana”.⁹⁸

De las principales atenciones y cuidados que realizan, figura en primer término “todo” para referirse al cuerpo como unidad, acto seguido, la división cartesiana se evidencia en la separación en partes, tanto a nivel físico, intelectual, además sensitivo.

C: ¿Sus manitas a cuánta gente han sobado? Sr. Ricardo: ¡Uh! Miles. Ahorita, estoy esperando una señora, no sé si vaya a venir, pero ahorita precisamente ahorita que usted me habló, ella me acaba de hablar. Ahí viene. Fue a ver a un quiropráctico y no se sintió bien. Sigue con la molestia.

C: ¿y qué tiene?

Sr. Ricardo: La espina dorsal.

C. ¿Cuáles son los padecimientos más recurrentes?

Sr. Ricardo: Pues de todo hay: pie, manos, tobillos, rodillas, pero el más peligroso, es el más, es el de la espina”.⁹⁹

⁹⁷ Entrevista etnográfica Sr. Ricardo, Escena 1, situación social 1.

⁹⁸ Entrevista etnográfica Sr. Beto. Escena 1, situación social 1.

⁹⁹ Entrevista etnográfica Escena 1, situación social 1.

La condición de una persona bloqueada limita de proceso de atención y cuidado del TFAL en la experiencia sensitiva en esta situación social. “¿Cómo los voy a curar, si se bloquean? Usted me entiende, en la mente tenemos dos funciones, tenemos una buena y tenemos una mala, hay que agarrar la buena.”¹⁰⁰

En palabras de Merleau-Ponty se trata de la síntesis perceptiva, la sinergia:

“No es el sujeto epistemológico quién efectúa la síntesis, es el cuerpo cuando escapa a su dispersión, se recoge, se dirige con todos los medios a un término único de su movimiento, y cuando se concibe en él una intención única mediante el fenómeno de la “sinergia”. No quitamos la síntesis al cuerpo objetivo más que para darla al cuerpo fenomenal, eso es al cuerpo en cuanto proyecta a su alrededor un cierto “medio”, en cuanto que sus “partes” se conocen dinámicamente una a otra y que sus receptores se disponen de modo que posibiliten con su sinergia la percepción del objeto. Al decir que esta intencionalidad no es un pensamiento, queremos decir que no se efectúa en la transparencia de una conciencia, y que toma por adquirirlo todo el saber latente que mi cuerpo tiene de sí mismo. Arrimada a la unidad prelógica del esquema corpóreo, la síntesis perceptiva no posee ya ni el secreto del objeto ni el propio cuerpo, y es por ello que el objeto percibido se ofrece siempre como trascendental, es por ello que la síntesis semeja que se hace en el mismo objeto, en el mundo, y no en este punto metafísico que es el sujeto pensante, es por ello que a la síntesis perceptiva se distingue de la síntesis intelectual (Merleau-Ponty, 1985, p 247-248).

Siguiendo a Turner respecto a la praxis humana, nos recuerda que: “Aunque la enfermedad en este sentido es alienación, el rasgo sobresaliente de la praxis humana es que aun la enfermedad puede ser apropiada y transformada en cultura”. Continúa ejemplificando con “la gota” y dice que:

“Las afecciones se encuentran situadas en una escala de prestigio” [...] “es una disfunción de la base, esto es, del organismo que todos los seres humanos comparten en virtud de su localización como fenómeno en un mundo natural. La creatividad humana, en el nivel de lo individual, tiene lugar en la superestructura, es decir, en las interpretaciones sociales, ideológicas y morales que ellos elaboran en respuesta a los cambios en la base orgánica. Cada afección posee una gramática orgánica, pero el discurso del paciente enfermo es altamente variable, creativo e idiosincrático (Turner, 1989, p. 281).

¹⁰⁰ Entrevista etnográfica Sr. Beto, Escena 1, situación social 1

En la praxis clínica de la experiencia sensitiva táctil, el conocedor sigue un proceso. Diferenciar el tipo de presión necesaria para generar el estímulo apropiado, la apertura del límite corporal que ya ha sido movilizado por la experiencia de un cuerpo doliente; la sinergia es fundamental, diferenciar la tactilidad por ejercer sobre el cuerpo doliente y dónde se requiere de más “presión” y resarcir el TFAL. Sin embargo, el resultado final en esta escena es atribuido al plano divino, liberándose de toda responsabilidad respecto a cualquier garantía de sanar, salvo la de estar purgando los pecados de un cuerpo corruptible, deseante y con ello alejado de los preceptos morales que solo el poder divino otorga salvación. “El dolor exige un significado porque parece inconcebible que la existencia sea quebrada sin razón. Para volverse medio tolerable debe estar investido de una significación y estar asociado a una especie de metafísica de la justicia (Le Breton, 2020, p.124).

“C: ¿cuándo llega una persona, me decía que, depende de la dolencia su trabajo? Sr. Ricardo: Todo junto, pero uno no es Dios para asegurar. Uno no más hace su trabajo, nada más.”¹⁰¹

“Si el dolor es un estado molesto, también es una defensa apreciable contra la inexorable hostilidad del mundo. Sin embargo, no es posible agotar su definición en comodidad de una función defensiva pura. Es más desconcertante y no se explica con ninguna fórmula simple. Si es una brújula que indica la aparición de una enfermedad por curar, acusa ciertos desarreglos que exigen desconfianza puesto que a veces indica unas confusas direcciones donde el hombre tiene todas las posibilidades de extraviarse, ya que omite señalarle peligrosos cambios de rumbo (Le Breton, 2019).

El costo por la experiencia sensitiva táctil es variable, en esta escena, según sea el área por trabajar, será el costo total, ya sea en común acuerdo con el consultante antes de iniciar o bien estableciendo hasta el final los honorarios. “Sr. Ricardo: Depende, por ejemplo, pueden ser \$100.00, \$ 200.00, \$ 500.00. Como a esta persona que va a venir, son \$ 800.00 lo que le voy a cobrar. La voy a alinear y balancear, hasta de la cabeza”.

“El hombre participa en el lazo social no solo mediante su sagacidad y sus palabras, sus empresas, sino también mediante una serie de gestos, de mímicas que concurren a la comunicación, a través de la inmersión en el seno de los innumerables rituales que pautan el transcurrir de lo cotidiano. Todas las acciones que conforman la trama de la existencia, incluso las más imperceptibles, comprometen la interfase del cuerpo. El

¹⁰¹ Entrevista etnográfica, Escena 1, Situación social 2.

cuerpo no es un artefacto que aloja un hombre obligado a llevar adelante su existencia a pesar de ese obstáculo. A la inversa, siempre en estrecha relación con el mundo, traza su camino y vuelve hospitalaria su recepción. La experiencia sensible reside ante todo en los significados con los que se vive el mundo, pues éste no se entrega bajo otros auspicios (Le Breton, 2009, p. 12-13).

En esta situación social, para iniciar la atención y cuidado parte de la praxis es la elaboración de preguntas básicas y a partir de la apertura y posibilidad de reflexionar más allá del síntoma, el paciente puede ser llevado a eventos de su historia de vida. Mientras que el consultante puede no tener idea de la causa, lo que encarna es una experiencia que le limita en la cotidianidad. Inferir el origen de su dolor en estas experiencias sensitiva táctiles pasa de ser una mera suposición, a una que se encarna, que se siente, se toca. Como afirma Le Breton (Le Breton, 2020) “el dolor no se prueba, se experimenta” y el tacto es el recurso que sostiene a los cuerpos dolientes que encarna mejoría con terapias manuales. A través de la experiencia de un tacto afable y amable que desde el primer contacto transmite la confianza intuitiva de un conocedor bueno para sobar, provee de alternativas más afectivas y efectivas, basadas en una relación de socios entre conocedor y cuerpos con dolores rebeldes o crónicos. “El dolor rebelde implica una confrontación permanente con la incertidumbre, demanda un tiempo que ya no es continuo y jalonado de proyectos, sino fragmentado y siempre bajo amenaza (Le Breton, 2020, p. 92).

Parte fundamental de la experiencia sensitiva táctil es “tentar” y “deducir el problema”, pues mientras tanto toda explicación respecto al origen anatómico de esa lesión es una suposición, por lo que hay conocedores que como parte del procedimiento dan voz al consultante de externar en sus propios términos su interpretación respecto a las sensaciones, incomodidad, falta de movilidad o lesión. El problema es deducido a partir de la primera información proporcionada y se confirma tocando. Según el tipo de dolor y su propia capacidad para dotar de lenguaje lo innombrable, en una relación que ha encarnado el dolor y la experiencia de la insuficiencia de la medicalización, el (la) conocedor (a) direcciona su toque.

“Sr. Ricardo: No más le digo, ¿cuál es el problema que tienes? Y ya me dice que la espalda. Pues entonces yo me dedico a investigar lo que es la espina dorsal, las costillas. Todo lo que es referente a la espalda y ese es mi trabajo. C: ¿revisa? y, ¿qué revisa? Sr. Ricardo: Voy trabajando. Conforme voy tentando, voy trabajando. C: ¿Lo

que sus dedos le van diciendo? Sr. Ricardo: Más bien cuando tú revisas, es nada más, es una suposición, porque cuando ya haces el trabajo, ahí te das exactamente cuenta de lo que está pasando. Ya es muy diferente. C: ¿Y, entonces la primera parte es revisar y luego ya va usted a ejecutar? Sr. Ricardo. No, no, la revisión no más es ligera. No, no. Más bien, te basas a lo que el cliente te dice. Porque la revisión, no pos si te la llevas revisando allí, pues ahí te quedas, ¿no? En cuanto ya se anima, ¡pas!, ¡pas!, ¡pas!, empiezas a trabajar y ahí vas descifrando. C: ¿cuándo se animan? Sr. Ricardo: Pues cuando ellos quieren. Es cuando dices: ¿Sabes qué? traigo un problema con la espalda. Y, si tiene fe y confianza y sepas, ¿cuánto me cobras? Tanto. Nos ponemos de acuerdo. Bien, y si no, pues también. Así de fácil. ¿Cómo la ve?¹⁰²

Los TFAL más recurrentes atendidos en esta escena social son en todo el cuerpo. Las hay en extremo peligrosas, como las relacionadas con la columna vertebral, también denominada por los conocedores como “esпина dorsal”. De todas las afecciones, ésta figura como la más problemática y para su atención requiere de un grado de especialidad para lograr un tratamiento efectivo, pero con la certeza de que es Dios quien se encargará del resultado final.

Tabla No.5.5 Lesiones atendidas en Escena1, Situación social 1.

Lesiones	Atendidas	Escena 1
	Estructurales.	*
	Fracturas y astillas.	*
	Neurológicas.	
	Cotidianas.	*
	Generales.	*
	Musculoesqueléticas.	*
	Profundas.	*
	Según temporada del año.	
	Torceduras.	*
	Posturas sedentarias.	*
	Lesiones deportivas.	*
	Golpe de aire	*

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

Las principales motivaciones por las que se recurre en esta escena son resultado de lesiones laborales, cotidianas, generales, profundas, torceduras y lesiones deportivas.

¹⁰² Entrevista etnográfica Sr. Ricardo, Situación social 1, Escena 1.

En las primeras incursiones realizadas en el trabajo de campo se registró por parte de estos conocedores la atención con ventosas, maceraciones, vendajes y manipulaciones en las rodillas de un varón que había caído de rodillas del techo de una nave industrial. Se trataba de un joven de mediana edad, contratado por una empresa que trasladó a sus trabajadores desde el Estado de México, cuenta con seguro social que le proporciona el patrón, pero en su jerarquización de opciones, eligió a estos conocedores. Estaba convencido de que son muy efectivas las terapias y que ha hecho uso de ellas con antelación, dos de sus compañeros de trabajos le auxiliaban mientras el conocedor ponía y quitaba las ventosas calientes en las rodillas dolientes de este trabajador.

La sociología médica ha destacado ya que, entre los factores importantes a tomar en cuenta en términos etiológicos, figuran los factores sociales y psicológicos, mismo que aportan una “poderosa inferencia” en cuanto pertenencia e importancia de la etiología (Graham & Reeder, 1998, p. 128).

Tabla No.5.6 Motivaciones para realizar consultas en Escena1, Situación social 1.

Motivos de consulta	Lesiones laborales	*
	Estrés	*
	Dolor por cargar	*
	Empacho	*
	Anginas	*
	Matriz	*
	Ciática	*
	vejiga	*
	Mano	*
	Enfermedades crónicas	*

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

Considerando los principales aportes respecto a la prevalencia y la incidencia de TFAL en la zona fronteriza de Baja California, mismas que resultaron ser: de alta prevalencia¹⁰³ y alta

¹⁰³ El número de casos actuales en una población en un momento dado (Graham & Reeder, 1998, p. 116).

incidencia¹⁰⁴. La incidencia del año 2023 al 2024 del total de las lesiones atendidas en el SAS público, se reportaron 7,831 lesiones en 2023 y 11.021 en 2024, la prevalencia fue de 3190 casos nuevos.

El análisis que afectan Graham y Reeder, sobre enfermedades crónicas contribuye a realizar la siguiente afirmación de que “la clase social o el estatus socioeconómico puede relacionarse con todas las enfermedades y con la salud en general” (Graham & Reeder, 1998, p. 114-115).

Respecto al estrés, afección reportada como atendida en esta escena, Hinkel, (Hinkel, 1793 en Graham & Reeder, 1998, 120), ya señalaron que, para abordar la relevancia de los factores socioculturales y sociopsicológicos, sugieren no emplear el “estrés” pues, dicen:

“Es evidente que cualquier proceso patológico, y de hecho cualquier proceso que ocurra dentro del organismo vivo, puede ser incluido por la relación del individuo con su medio social o con otras personas”. Aunque “pueden ser indicadores, tal vez indirectos, de otras características. Por último, debe comprenderse que las personas reaccionan sus situaciones vitales o condiciones sociales de acuerdo con lo que estas situaciones significan para ellas (Graham & Reeder, 1998, p.121).

Para esto, enfatiza en el concepto de “apoyo social” en tanto variable importante pues “interviene en los hechos patógenos potenciales del medio social y las consecuencias de la enfermedad”.

El estrés en la persona consultante es una de las afecciones atendidas en esta escena y que se suele corporeizar en espalda alta, cuello y hombros, pese a no siempre ser consciente de ello. Además de la clase social, la etnicidad y la religión están fuertemente vinculadas con las observaciones epidemiológicas (Graham y Reeder, 1998). La migración en específico influye en la salud de la población pues, y a partir de investigaciones que comparan la salud de las

¹⁰⁴ Número de casos nuevos que ocurren en cualquier momento (Graham & Reeder, 1998, p. 116).

personas en el área de origen y en el área de destino¹⁰⁵; concluyen que: “la aculturación al modo de vida norteamericano fue factor considerable en las prevalecientes tasas de quienes vivían en California como lugar de destino y las observadas en el lugar de origen. Las dos medidas de la aculturación son: a) “la cultura de la educación” y b) “asimilación social”. Lo anterior, “suponen que, pese a la occidentalización, urbanización, industrialización y otros factores culturales”, como los propios de los conocedores populares y tradicionales, los hay encaminados a reducir el estrés y con ello la reducción del riesgo a desarrollar cardiopatía coronaria (Graham & Reeder, 1998).

Esta afirmación, para la escena que nos ocupa, tanto en términos de temporalidad, como del papel que juega la matriz cultural transnacional al interior de los PSEA-C y que acontecen en la clase subalterna de la población que vive en la zona fronteriza de Baja California, muestra que, al recurrir a estos conocedores, reproducen y resignifican rasgos culturales de la población de origen, en tanto el primer recurso en la atención que se efectúa en el MM de autoatención y autocuidado. Siendo esta escena, un ejemplo de las afecciones de alta incidencia y prevalencia y de las dinámicas propias que se suscitan al interior del hiper pluralismo médico y como parte del proceso de “aculturación”.

“Los apoyos sociales defienden al individuo de las consecuencias fisiológicas o psicológicas de procesos sociales deletéreos. Así, los apoyos del individuo protegen contra la enfermedad. El apoyo social facilita enfrentarse a hechos críticos y, como los seres humanos moldean su conducta como respuesta a los desafíos ambientales, facilita adaptarse al cambio. Los apoyos sociales actúan en forma más sutiles que espectaculares, mediando los efectos de las transiciones psicológicas importantes y de los hechos y crisis inesperados” (Graham & Reeder, 1998, p. 121).

Los avances emanados de las investigaciones en la sociología médica, en torno a la relación social entre conocedor y paciente, ha sido en extremo cambiante y ya no se centran en paradigmas “funcionales” o “deterministas estructurales”. Hoy los principales postulados que

¹⁰⁵ Aunque se refiere a la migración japonesa, como contenedora de aspectos culturales que suelen ser empleados para el manejo del estrés al interior del SAS de la Medicina Tradicional China, y que Kleinman lo ubica en un sistema aparte del Folk o popular, lo cierto es que el resto de los SAS, como el de la Medicina Tradicional Mexicana Contemporánea, y que en las investigaciones efectuadas por la etnomedicina, han puesto de manifiesto que estos aspectos están presentes en el momento del uso de sus terapéuticas, a pesar de que las categorías como “espanto”, “empacho”, “susto”, “tristeza”, bien pueden entenderse como para de las etiologías resultantes de “aculturación” en la que colocan a estas. cfr. (Schwartz, 2001).

se debaten a su interior son: 1) La libertad de elección en atención médica, para una parte de la población de pacientes está gravemente limitada, 2) Para quienes ejercen este derecho le determinan otros factores como la economía y la disposición de la atención médica elegida, 3) Decrecimiento de la población que ejerce el derecho de libre elección, dadas las limitantes, 4) Figura la influencia por terceras partes para la elección, cada vez más a razón de las compañías de seguros, sindicatos y la parte patronal, 5) el efecto de lo anterior consiste en reducir la elección individual y la influencia de las redes de clientes, que son una fuente natural de canalización en condiciones que favorecen la elección individual, 6) En consecuencia, se expande la burocratización de las relaciones médicas, 7) Desde el punto de vista del paciente: a) es en el sistema de atención médica en que la calidad varía, especialmente en la atención primaria, de acuerdo con el estatus social, b) pérdida de conexión personal entre médico y paciente, c) proliferación de múltiples proveedores de atención para cada paciente-cliente, tanto los económicamente capaces como los pobres. 8) Socialmente hablando, los resultados son: a) prestación costosa e ineficiente de atención a la salud, b) un grupo insatisfecho de consumidores que se vuelven simultáneamente hostiles al establecimiento del cuidado de la salud, y proyectan su ira contra sus propios proveedores de atención c) un desafío legalista cada vez mayor a la autonomía del médico, d) mayor práctica de la medicina defensiva y un rechazo general, por los médicos de los clientes pacientes, catalogados como irrazonables, consentidos e ingratos (Bloom & Wilson, 1998, p. 394-395).

Estos son más intensos en la atención primaria, por obvias razones. La tendencia en favor de la burocratización forma parte de la tendencia en favor de la especialización. Por definición, la atención secundaria y terciaria son racionalizadas; se proporcionaba en los establecimientos de la medicina tecnológica: los hospitales. Como la atención primaria también es, por definición, atención personal, se encuentra en peligro en las condiciones de la burocratización de la tecnología médica (Bloom & Wilson, 1998, p. 394-395).

Esta situación social presenta continuidad temporal desde el siglo pasado. Se ha sedimentado en esta escena la oferta de servicios que mantiene, por una parte, la autoridad moral de la iglesia católica como elemento importante en el momento de la experiencia sensitiva en la praxis clínica y por otro un tipo específico de consultantes, feligreses.

Siguiendo la definición de Merleau-Ponty (1985) respecto al tacto, dice: “el tacto se abre a un medio contextual por lo menos análogos a los de los datos visibles. Al ser la espacialidad al tacto en el sentido de captar las coexistencias”, –continúa diciendo respecto al campo táctil–: “Entendemos que el campo táctil nunca tiene la amplitud del campo visual, nunca el objeto táctil está enteramente presente en cada una de sus partes como el objeto visual y, en una palabra, que tocar no es ver (Merleau-Ponty, 1985, p. 239). Los sentidos son distintos unos de otros y distintos de la intelección, en cuanto que cada uno de ellos aporta consigo una estructura de ser que nunca es exactamente transponible (Merleau-Ponty, 1985, p. 240).

Las dinámicas fluidas, múltiples y cambiantes en la escena son parte de esa bruma densa del hiper pluralismo médico que dejan ver desde la última década del siglo pasado el expansionismo de la biomedicina. Quedan reminiscencias del esplendor de la ciudad, –la época dorada– y algunas, por su contexto, son susceptibles de reinterpretarse y resignificarse en la praxis clínica, pues, recordando a Merleau-Ponty: “Mi cuerpo es la textura común de todos los objetos y es, cuando menos respecto del mundo percibido, el instrumento general de mi ‘comprensión (Merleau-Ponty, 1985)’”.

Respecto a la “ciática”, popularmente este padecimiento refiere a la contractura del nervio ciático, Pero los nervios no se contraen, salvo por el movimiento de las fibras musculares. A nivel de articulación sacroilíaca, al contraerse los músculos encargados de la flexión y extensión del cuerpo, así como los de la flexión y extensión de la pierna; como el trabajo que efectúa el piriforme; también conocido como “síndrome piramidal” y que además es muy incómodo, limita la motricidad y se suele confundir con el primero. La terapéutica es ejercer presión, incluso con “el codito” en medio glúteo para liberar la lesión. Pero pocas personas están “abiertas” a estas sensaciones.

Una diferencia en la praxis clínica del conocedor de esta escena es que la experiencia sensitiva táctil es efectuada “a presión” a la altura de las vértebras lumbares y sacroilíacas, diferenciando, tentando, dónde está el problema. El trabajo “con sentido”, implica manipulaciones en extremo invasivas, dolorosas y si se trata del nervio, éste irradia hasta la

punta del dedo gordo del pie una vez que pasa lateralizado por la parte externa de la tibia. Este factor no siempre es considerado por la biomedicina pues al efectuar reducida anatomía palpatoria, la prescripción médica va del complejo B a calmantes en diversas proporciones y tipos. He aquí la diferencia en la síntesis racional y la perceptiva que refiere Merleau-Ponty. Mientras que para el MMH es nervio ciático, tratable con fármacos y vitaminas, para el MMAS y MMAA está “siática” (sic) se trata “tentando”.

En esta escena, las personas que requieren de la terapéutica, también llamadas por Le Breton como medicinas paralelas, (Le Breton, 2019) acuden a estos conocedores a sabiendas de las posibilidades de experimentar sensaciones que habrán de ser resignificadas por la presión a fin de liberar los TFAL. La sinergia en este punto es de suma relevancia pues la síntesis sensitiva estará en estrecha relación con los estímulos sensitivos táctiles provocados.

“En algunos casos, el dolor que señala la afección la prolonga también hasta el infinito y acaba siendo su propio fin: se transforma en enfermedad. Mantiene con el ser humano una relación ambivalente, que debe investigarse con paciencia, multiplicando los exámenes clínicos, y sobre todo las competencias susceptibles de descifrarlo y aliviarlo. No obstante, el dolor suele escabullirse implicando a la totalidad del ser. Como la muerte, el dolor es el destino común, nadie puede pretender escapar de él. No olvida a nadie y llama al orden de muy diversas maneras en el transcurso de la existencia, a pesar de la voluntad humana (Le Breton, 2019, p. 46).

Tabla No.5.7 Tipo de dolor que se atiende y cuidan en la Escena 1 de la Situación social 1.

Dolor	Tipo	Escena 1
	Agudo	*
	Crónico	*
	Físico	*
	De tristeza	
	Doloroso	*
	indeciso	*

Elaboración propia con información recuperada en campo y sistematizada.

En esta escena, los (las) conocedores han adquirido, a través del tiempo y sus trayectorias de formación, experiencia en el tratamiento de lesiones cotidianas, algunas de menor gravedad que otras. Los TFAL son atendidos a partir de la participación de los consultantes, pues son quienes, en sus propias palabras, externalan en términos y metáforas su experiencia con el

dolor, propiciando la comunicación en la praxis clínica como parte fundamental del diagnóstico. Apunta Le Bretón que el diagnóstico ofrece causa u origen de su dolor rebelde o crónico, dotando con ello la reactivación del tiempo en que se suspendió ante la imposibilidad de resolución. El dolor rebelde figura por momentos, o bien es permanente, dice: “la búsqueda de significado es fundante para que se le pueda enfrentar. La persona que sufre es la única que conoce la dimensión de su aflicción, sólo ella es presa de la tortura, el dolor no se verifica, se siente” (Le Breton, 2020, p. 34).

La afirmación de Le Breton cobra especial relevancia respecto a la deducción del TFAL y la atención y cuidado del dolor a través de la experiencia sensitiva terapéutica, pues al referirse a los dolores rebeldes, enfatiza en la importancia de tomar en cuenta las dimensiones personales, sociales o culturales del paciente, que a la par de una medicina de la persona y/o terapéutica de la persona, entrecruza otra información a fin de dar un trato individual de atenta escucha y participación activa del consultante.

“El alivio eficaz del dolor implica una medicina de la persona. Ciertos campos de comprensión exigen una especie de ciencia de lo único. El dolor es una experiencia de ese tipo, reclama una clínica atenta, centrada en los detalles de la historia de vida y en una investigación sobre el quejido y la organicidad que toma en cuenta un cuerpo de una especie, sí, pero que le pertenece solo al paciente. No solo un cuerpo de infancia sino también un cuerpo por venir. Haría falta, para cada paciente, una teoría de su dolor. Una perspectiva de este tipo, centrada en la persona y no ya solo en el organismo, exige también sumergirse en la dimensión del sentido que le da a su experiencia” (Le Breton, 2019, p.27).

En la experiencia sensitiva terapéutica que contiene la sensitiva táctil, –y puede incluir la olfativa, degustativa, auditiva y visual en menor grado– al interior de su praxis clínica le acontece una particular praxis corporal¹⁰⁶ misma que estará diferenciada en función de los estímulos sensitivos y la síntesis perceptiva entre los actores involucrados; a fin de que en la

¹⁰⁶ Para mayor detalle sobre la praxis corporal, remitimos a Jackson quien a partir de su incursión en campo con la sociedad kuranko, afirma que ésta no puede ser reducida a la semiótica, “las prácticas corporales no son interpretaciones en sí mismas de nada, están abiertas a la interpretación”. Nos invita a un “entendimiento empático” –recuperando la noción de “mimesis práctica” a partir de su propia experiencia de encender el fuego– que evita el solipsismo y el etnocentrismo que dominan muchos de los análisis simbólicos”. Afirma que para romper el hábito de un modelo de comunicación lineal, a fin de entender la praxis corporal, “es necesario adoptar la estrategia metodológica de tomar parte sin motivo ulterior y de ponerse uno -literalmente- en el lugar de otra persona: habitar su mundo (Jackson, 2010).

sinergia promovida por los conocedores, redefinir el contorno del cuerpo doliente con el mundo resultado del intercambio de sentido; a razón de que la piel es la envoltura del ser en el mundo (Le Breton, 2018),

Cada experiencia privilegia una serie de estímulos en donde, y según se trate del escenario, serán los específicos por efectuar, a la par del dialogo establecido al interior del lenguaje que emerge del sentir la frontera del cuerpo doliente. La experiencia sensitiva táctil privilegia el toque como estímulo sobre la tactilidad de los cuerpos dolientes, con intensidad, profundidad y frecuencia variable pues la praxis corporal, la síntesis perceptiva y la sinergia son los factores que determinará la terapéutica a emplear. Le suelen acompañar otros estímulos, como el olfativo y el auditivo a partir del empleo de olores y sonidos que forman parte complementaria de la experiencia sensitiva táctil. Se trata de eventos únicos acontecidos al interior de los PSEA-C y del hiper pluralismo médico, que marcan un antes y un después ante un episodio de dolor; son intransferible, individuales e irrepetibles y forman parte complementaria importante de las prácticas corporales que acontecen en determinado contexto sociocultural.

Se trata del resultado de la interacción entre conocedor (a) y cuerpos dolientes que son atendidos y cuidados a través de estímulos, en este caso, -para la experiencia sensitiva táctil- aplicando toques a partir de los cuales, las partes involucradas desarrollan un lenguaje propio a la ocasión, estableciendo un diálogo entre palpar e ir deduciendo el origen del TFAL, corporizando los estímulos que se promueve entre ambas partes; es decir, tanto conocedor como consultante encarnan los estímulos, son aliados y cómplices de la praxis clínica, corporal y sus efectos no se ciñen al momento de la praxis clínica, pueden ser periodos de tiempo prolongados que van desde unas cuantas horas hasta más de 48.

La relevancia de estas experiencias sensitivas táctiles, en tanto inciden en la piel, frontera y límite del ser en el mundo, radica en que: “Al tocar la piel, se toca al sujeto, en sentido propio y figurado” (Le Breton, 2018, p.34).

“La piel es doblemente el órgano del contacto. Si bien de entrada condiciona la tactilidad, también mide la calidad de la relación con los demás. Se habla de buena gana de un buen o un mal contacto. La piel es sismógrafo de la historia personal. Es el lugar de pasaje del sentido en la relación con el mundo. La psicósomática de la piel, o mejor dicho aun la fisio-semántica, muestra que las afecciones cutáneas son enfermedades de la falta de contacto” (Le Breton, 2018).

La experiencia sensitiva terapéutica es la práctica corporal que privilegia un tipo de estímulos sensitivos según su fin último. Las hay degustativas, como sucede en el caso de las terapéuticas que emplean enteógenos en rituales New Age; o bien, olfativas como el uso del tabaco o rape. Con una alta frecuencia, a la experiencia sensitiva le integra una porción auditiva, con arreglos y secuencias sonoras que a su vez tiene como fin último contribuir en la experiencia a favorecer y estado de bienestar y reducir el dolor.

“Para muchos problemas crónicos, la mejora reportada por los pacientes puede ser mayor después de encuentros con practicantes marginales o folclóricos que con médicos modernos. En parte, esto se puede atribuir a una menor diferenciación de clase social entre el paciente y el practicante, un mayor énfasis en la explicación y una mayor concordancia entre los sistemas explicativos del sanador y del paciente (Kleinman et al., 2006).

5.4 Conclusiones.

En este apartado se ha descrito la escena 1 de la situación social 1: “sobadas curativas” en términos contextuales, se incluyeron algunas especificidades de la distribución espacial de los sobadores populares urbanos itinerantes (SPUI), sobador popular urbano estableció (SPUE), sobador popular itinerante adherido a farmacia (SPUAF) y consultorio itinerante motorizado (CIM). Se presentan resultados de búsquedas de densidad de conocedores denominados: sobadores y sobadoras, quiroprácticos, alfabiotistas, hueseros, osteópatas, denominados marginales, populares o folclóricos.

Se presentó una caracterización de los conocedores y de los padecimientos que se tratan. Se dió cuenta de que hay padecimientos como la “ciática” que encuentran mejoría en esta escena dada la “presión” y la “chinga” propia de las “sobadas curativas”. Ahora que, como el resultado final es garantía de índole sagrado, consultante y conocedor comparten, por lo menos en el discurso, preceptos morales que contribuyen a reproducir y resignificar la afección a la luz de la experiencia única acontecida en cada sesión de atención y cuidado a TFAL. De igual forma, se destaca la clase social a la que pertenecen los consultantes con cuerpos dolientes a esta escena, a la par de las afecciones o padecimientos por lo que se recurre a estos conocedores.

Se destacó la prevalencia y la incidencia en relación con los datos del SAS oficial, encontrando que los TFAL, si bien afectan a la gran mayoría de la población, prevalece en clases sociales desfavorecidas, con quienes la interacción entre cuerpos dolientes deja entrever aspectos de clase, sexo, educación y condición migratoria, entre las principales y que muestran la insuficiencia de atención de TFAL a interior del SAS público y los altos costos de bolsillo que representa el SAS privado.

Se presentaron resultados de los tres momentos de la praxis clínica en la escena en donde se diagnostica a partir de lo que el consultante define como problema y el conocedor habrá de dedicarse a investigar el origen y el área a la que habrá de dedicar el trabajo. Durante esta labor, el uso de las maceraciones y las pomadas son comunes, así como el mentol y otras variedades de pomadas como “mariguanol”, a la venta en los espacios de los sobadores populares urbanos itinerantes y establecidos.

Las lesiones laborales, cotidianas, caídas, accidentes de tránsito (peatones) son las que prevalecen. Los resultados de esta investigación permiten argumentar que en esta escena los conocedores de antaño están dejando el oficio, aunque hay continuidad generacional del oficio, en las dos generaciones que le suceden quienes ya integran otras herramientas, certificaciones y el establecimiento formal en el área inmediata.

La experiencia sensitiva táctil es un tipo de terapéutica resultante de una praxis clínica concreta, donde se atienden múltiples padecimientos y afecciones relacionados con el aparato locomotor y musculoesquelético a través de interacciones, transacciones, intercambios fluidos y cambiantes entre los sistemas múltiples de atención a la salud. Con toques, estímulos sensoriales, herramientas, instrumentos y procesos de certificación que se integran en el tratamiento de cuerpos dolientes. Se privilegian estímulos táctiles y olfativos, el auditivo suele estar presente, aunque no siempre, ya sea con música u oraciones. La estimulación visual no se promueve y pocas veces hay estímulos gustativos en estas experiencias; en donde el límite corpóreo se moviliza, se desplaza para abrirse a la terapéutica de manos de conocedores (as) que infiere el consultante le resolverá su problema. Incluye diversas sensaciones con variables gradientes de dolor y sensaciones múltiples resignificadas a través del proceso terapéutico que cada conocedor (a) propicia. En su acontecer se sucede la resignificación de las sensaciones experimentadas a razón de los estímulos sensitivos propiciados en la praxis clínica, generando así un lenguaje único, cada persona es atendida en su unicidad y no a razón de generalidades, el fin es privilegiar una atención personal por lo que se centra en una terapéutica de la persona y del dolor encarnado.

CAPITULO VI: SEGUNDA ESCENA. “SPAS DE DÍA Y MASAJE MILAGROSO”. ¹⁰⁷

*“Hoy la vida se ha convertido en supervivencia.
La vida como supervivencia conduce
a una histeria por la salud” (Han, 2025).*

Introducción.

En esta sección se describen los espacios en los que se da atención y cuidado a TFAL denominados SPA de día, mismos que están en exponencial desarrollo al interior del hiper pluralismo médico en la ciudad de Tijuana. Se presenta una caracterización de dichos espacios, destacando información respecto a los contextos, escolaridad o profesionalización requerida para laborar en el ámbito. Se destacan aspectos referentes al turismo médico y al tipo de labor que en los SPA de día Adherido a Clínica (SAC) y SPAs adyacente a Hospital (SAH) se efectúan; en consonancia con el ritmo acelerado del expansionismo de la biomedicina.

La distribución espacial de estos lugares y su proliferación en los últimos años contribuyen a que, y desde las posibilidades de acceso a la biomedicina y las etnocirugías; dan cuenta de padecimientos emanados de éstas y, por lo que pueden ser leídas como padecimiento emanado de las experiencias y el dinamismo del hiper pluralismo médico. Vista así, la escena que se describe da cuenta de que al ser mayor en cantidad estos espacios, lo es en igualdad de proporciones los padecimientos que de éstas emanan a consecuencia de.

Aproximarse a la práctica de conocedores y/o profesionales que trabajan los TFAL por medio de la aplicación de toques que inciden en tejido muscular profundo y en la estructura ósea, en la experiencia que se sucede entre conocedor y paciente con TFAL tiene sus particularidades.

¹⁰⁷ Situación social 2: Profesionalizante en la atención y cuidado a los TFAL en Spa de Día: Spa Adherido a Clínica (SAC) y Spa Adyacente a Hospital (SAH) en la zona fronteriza de Baja California.

Esta situación social profesionalizante y capacitacionista, es la segunda en temporalidad siguiendo la propuesta cronológica presentada en apartados anteriores, misma que posibilita una lectura estratigráfica; donde la capa superficial más reciente obedece a la contemporaneidad y la última o más profunda a una de larga data. Esta lógica presenta intrusiones o sobreposiciones que se mezclan y sobreponen en periodos amplios de tiempo, en convivencia y al interior de los SAS que presentan etapas específicas de desarrollo desde la última década del siglo pasado.

Resultado de la caracterización a continuación presentada, y en apego a los dominios culturales emanados del análisis etnosemántico, los concedores y profesionales que atienden TFAL son, en primer lugar, los masoterapeutas, seguido por alfabetistas y fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos en menor cantidad.

Los espacios catalogados como SPA de día pululan y forma parte de la segunda situación social que encuentra lógica en estrecha relación con el expansionismo de la biomedicina, las intervenciones quirúrgicas y cosméticas efectuadas en la zona fronteriza de Baja California, como parte del Turismo Médico.



Imagen No.6.1 Anuncio publicitario. Plaza Patria, Tijuana, B.C. Archivo personal.

6.1 SPAs de día.

La palabra “SPA proviene del latín ‘Salutem per Aquam’ y significa salud por medio del agua”. Martínez y colaboradores le describe como “un espacio donde se aplican los tratamientos que se realizan con agua para lograr un mayor grado de relajamiento, vitalidad y salud, también puede disponer de gabinete de estética y belleza” (Martínez Moreno et al., 2017, p. 132).

El uso y aplicación que se hace de la palabra en el ámbito del hiper pluralismo médico está diferenciada. Se encontró que en la propuesta de Martínez hay una definición de estos espacios que les son conferidos con relación al tipo de servicios que ofrecen y del contexto. Los autores, recupera la tipología de la Asociación Internacional de SPA (Cfr. Martínez, et. al. 2017, p. 133-134), esta es una tipología con relación a los servicios ofrecidos, los tiempos de estancia y los seguimientos por parte de personal especializado. De esta aquí referimos es al denominado “Day Spa y/o Spa locales”. Los de esta categoría están pensados para ofrecer en algunas horas, en un día, servicios encaminados a “embellecer, relajar y consentir a través de tratamientos individuales. Por lo general, se trata de espacios de dimensiones menores de setenta metros cuadrados” (Martínez Moreno et al., 2017).

La proliferación de estos servicios, en gran medida está vinculada al tiempo de esparcimiento, ocio y descanso, por lo que son más frecuentes en “las metrópolis y destinos turísticos tanto nacionales como internacionales”. La rentabilidad de estos espacios es amplia y está cimentado sobre las manos de personas contratadas para efectuar masajes, mismos que son pagados en desproporción comparados con los que laboran en estos lugares. “La jugosa rentabilidad que le dejan a los inversionistas, dado que por cada servicio o tratamiento puede generarse un 64 por ciento de ganancia, considerando que el 70 por ciento del trabajo lo realizan las terapeutas (Martínez Moreno et al., 2017).

Con cifras de El Colegio Mexicano de Terapeutas Profesionales en Masaje y Enfermería Holística, Martínez (et. al. 2017) afirman que “no existen cifras precisas sobre el número de establecimientos que existen en el país, pero estima que al año podrían llegar a abrirse cerca

de 60 de estos”; ya que según reporta, “México ocupa la posición decimo primera a nivel mundial en el ramo después de Estados Unidos el líder en el sector, seguido de Alemania, Francia, Japón, Austria, Canadá, Italia, Suiza, China y Reino Unido (Martínez Moreno et al., 2017, p. 135).

6.2 Clúster Turismo Médico.

Según datos publicados por el Observatorio Turístico de Baja California^{108 109}, la participación porcentual en el PIB municipal y a nivel estatal presenta la siguiente distribución: a nivel estatal la distribución es: Tijuana con 45.18% del total, Mexicali con un 26.6 %, Ensenada con 14.95%, Playas de Rosarito con un 10.57% y Tecate con un 2.7 %. La participación del Turismo en el PIB Municipal está distribuida de la siguiente manera: Playas de Rosarito con un 23.32%, Ensenada con 10.74%, Mexicali con un 6.33% seguido por Tijuana y su 6.13% y finalmente Tecate con un 5.69%.

Este Observatorio reporta que los principales motivos de viaje de los visitantes internacionales que llegaron a Baja California por vía terrestre en el periodo de abril-junio de 2023 presentó las siguientes cifras: del total de visitantes, 3´839,648, el 56% que asciende a 2,132,892 fue por motivo de visita familiar, la segunda causa fue por atención médica y arribaron 905,816 que es el 24% del total de visitantes y por placer llegaron 514,813 siendo el 13% del total de visitantes.

Las cifras anteriores muestran la relevancia de este tipo de espacios regulados, al interior del hiper pluralismo médico en estas latitudes y que tiene claros indicadores respecto a la oferta y demanda de estos pues, al englobar en la categoría de “servicios médicos”, contempla una amplia gama de establecimientos, para lo cual la tipología presentada por Martínez (et. al.

¹⁰⁸ [Principales motivos del viaje de los visitantes internacionales que llegan a Baja California por vía terrestre \(abril-junio 2023\) | Observatorio Turístico de Baja California \(observaturbc.com\)](#)

¹⁰⁹ [Cuaderno de análisis de indicadores turísticos de Baja California, 2019-2022 | Observatorio Turístico de Baja California \(observaturbc.com\)](#)

2017) es de utilidad en su aplicación al sector de servicios establecidos y que ofertan atención y cuidado a los TFAL.

Aunque Martínez (et. al. 2017) considera que se trata de espacios de incipiente crecimiento, su desarrollo es prometedor pues, según comenta, México es el primer país que cuenta con una Norma Oficial, la NMX-TT-009 que busca regular los SPA. Los SPAs de día ofertan técnicas variadas con manipulaciones estructurales y musculares o trastornos musculoesqueléticos.¹¹⁰

En reciente publicación, en sitio oficial de la Revista Proceso, en su canal de Youtube¹¹¹, da cuenta de la creciente demanda en el sector turístico y la creación de una dirección al interior de la Secretaría de Turismo para dar atención y seguimiento al Turismo Médico en la ciudad.

Existe una clara diferencia de clase y de educación “formal” entre los conocedores que laboran en intermediaciones de la catedral de Tijuana, a los que cuentan con certificaciones y formación a nivel licenciatura como los fisioterapeutas. En el nivel profesionalizante y capacitacionista, los SPAs de día son también resultado de los planes y programas sectoriales del Clúster de Turismo Médico, que sigue desarrollando estrategias, para aumentar la derrama económica, infraestructura y la capacidad de atención a lo largo del Corredor Turístico Tijuana, Rosarito, Ensenada (Bringas & González Aguirre, 2003).

Se trata de la una hiper expansión de la “etnocirugía” (Muñiz 2013) en la zona fronteriza de Baja California que a ritmo acelerado favorecido por las cortesías y facilidades que se han signado entre las compañías de seguros en Estados Unidos, la infraestructura hospitalaria privada como SIMNSA y los espacios “regulados” denominados “SPA de día” que mediante la regulación del establecimiento acceden a gestionar el “pase médico” y con ello incrementar la afluencia de clientes.

¹¹⁰ Según la Organización Mundial de la salud, que define como “trastorno musculoesquelético a los problemas de salud del aparato locomotor, es decir, músculos, tendones, el esqueleto, cartílagos, el sistema vascular, ligamentos y nervios. Los trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo (TME) incluyen todos los trastornos musculoesqueléticos trastornos inducidos o agravados por el trabajo y las circunstancias de su rendimiento” (OSHA-EU, 2023, p. 13).

¹¹¹ [Boom de turismo médico en Tijuana \(youtube.com\)](https://www.youtube.com/watch?v=...)

Tabla No. 6.1 Principales centros sanitarios de Turismo Médico en Baja California.

Ciudad:	Tijuana	Mexicali
	*SIMNSA	Almater
	*Centro Médico Excel	Hospital de la Familia
	*Hospital Ángeles de Tijuana	Hospital Hispano Americano
	Codet Vision Institute	Hospital de la Mujer
	*Vita Spa Tijuana	
	Protegecell	
	Cosmed	
	Serena Senior Care	
* Cfr. Tabla de establecimiento de infraestructura.	*Hospital y Centro Médico Del Prado	

Elaboración propia con información de Sánchez Bergara (Sánchez Bergara, 2021).

La lógica expansionista de la infraestructura de la biomedicina ha contribuido a la de los SPAs de día. El crecimiento desproporcional de espacios informales contribuye, a manera de condición nebulosa, a ser el espacio propicio en donde atender afecciones como las relacionadas a la necesidad del contacto físico propias de una “cultura táctil” (Montagu, 2004) que promueva el bienestar individual y colectivo, a través de mermar los efectos del estrés, el ruido y el tráfico con sesiones de masaje, sin que ello implique el uso de la terapia manual profunda, a pesar de figurar entre las terapéuticas, así como otras relacionadas con los cuidados de cirugías de cadera y rodilla, mismas que son TFAL empero, “el cuerpo es un constante proveedor de significados. Frente a una misma realidad, individuos con cuerpos impregnados por culturas e historias diferentes no experimentan las mismas sensaciones y no descifran los mismos datos; cada uno de ellos es sensible a las informaciones que reconoce y que remiten a su propio sistema de referencia” (Le Breton, 2009, p. 24).

“El hombre ve, escucha, huele, gusta, toca, experimenta la temperatura ambiente, percibe el rumor interior de su cuerpo, y al hacerlo hace del mundo una medida de su experiencia, lo

vuelve comunicable para los demás, inmersos, como él, en el seno del mismo sistema de referencias sociales y culturales” (Le Breton, 2009, p. 14).

Los SPAs de día arrojaron resultados de varios tipos. Uno es análogo al CAF, es el consultorio adherido a clínica (SAC), que al estar regulados, algunos con personal certificado, legitiman estas relaciones entre aliados de prácticas propias de la “etnocirugía cosmética”¹¹² (Muñiz, 2013), pues las cadenas de establecimientos ofertan paquetes de drenajes linfáticos y post operatorios en colaboración con clínicas estéticas y profesionales de la cirugía cosméticas; ya incluidas en el monto total de la “experiencia” y que forman parte de las prácticas ya referidas como alopáticas y autopáticas según Mélich (Mélich, 2008).

Un dato interesante de la expansión acelerada de infraestructura hospitalaria del sector privado es que se sucede en un periodo de diez años, donde anualmente en promedio se instalaron cinco hospitales, siendo un total de 49 hospitales del periodo de 2000 al 2010. Como se detalla en la siguiente tabla, establecimientos como SIMNSA, Hospital Ángeles, Excel, entre otros, se instalan en este periodo y forman parte de los establecimientos “certificados” por los organismos internacionales del Turismo Médico mencionados por Sánchez Bergara (2021).

Tabla No.6.2 Cronología de establecimiento de infraestructura hospitalaria del sector privado en Tijuana. Periodo 2000-2010.

Nº	Año	Nombre de clínica.
1	2000	Clínica Bethel.
2		Centro Médico Senabil.
3		Clínica Medical Express.
4	2001	Hospital y Centro Médico Moderna.
5		Unidad Médica San Marcos.
6		Clínica Dr. Guevara, S.A. de C.V.
7	2002	Unidad Médica Los Pinos.
8		Unidad ginecológica Miller.

¹¹² La etnocirugía cosméticas es “un mecanismo utilizado en las sociedades contemporáneas para, de nueva cuenta, imponer una homogeneización fenotípica de los sujetos en la configuración de las “identidades posnacionales”, misma que define como “hibridación cultural”. Se trata de “una combinación de rasgos atribuidos a diferentes “tipos raciales”, como es la nariz respingona, el aumento de los glúteos o los senos, el agrandamiento de los ojos, el alaciado del cabello, sólo por mencionar algunos” (Muñiz, 2013, p. 85).

9		San Luis Rey Hospital.
10		Clínica Herber
11		Centro de Atención Materno infantil CAMI
12	2003	Hospital Luis Luján.
13		Unidad Materno Infantil Génesis.
14		Clínica Martínez.
15		Hospital Los Reyes.
16	2004	Clínica Hospital Filadelfia.
17		Clínica Terranova.
18		Clínica Maternidad Floresta.
19		Clínica Medica Castillo.
20		Hospital Sanatorio Pablo Emmanuel S.C.
21	2005	Instituto Nefrológico de TJ.
22	2006	Hospital Healthy Baja
23		Hospital Ángeles Tijuana
24		Clínica Especialidades Medica Luna
25		Clínica Médica Santa Fe.
26		Hospital Vida.
27		Clínica Medgin.
28		Clínica Robsan, S.C.
29		Hospital Loran.
30	2007	Clínica Materno Tepeyac.
31		Unidad Médica Otay.
32		Clínica Santa Anita.
33		Clínica Terranova.
34		Clínica Nueva Tijuana Grijalva.
35		Clínica Dr. Acosta.
36		Hospital Centro Médico Dorado.
37		Centro Médico Quirúrgico Santa Fé.
38		Centro Oncológico y Pediátrico de Baja California A.C.
39		Instituto de la Visipon Dr. Mendez, S.C.
40	2008	Unidad Médica CEMIQ.
41		Hospital Insurgentes Río.
42		Clínica Salvatierra.
43		Clínica Médica San Valentín.
44		Clínica Cristo Rey.
45		Clínica Materno Infantil Berenice.
46		LIMARP, S.A DE C.V.
47	2009	Hospital y Centro Médico Tijuana S.A. DE C.V.
48	2010	Hospital Infantil de las Californias. I.B.P.
49		Molding Clinic.

Elaboración propia con información de [Unidad de Inteligencia en Salud Pública - UISP.](#)

De las principales cirugías que se efectúan en los hospitales privados que cuentan con la certificación internacional figuran las relacionadas con cardiocirugías propias de enfermedades cardiovasculares, con los procedimientos de Bypass coronarios y reemplazo de válvulas del corazón. Las de cirugías cosméticas son procedimientos de implantes mamarios, rinoplastia y lifting facial. La oftalmología es requerida para procedimientos de cirugías de ojos; mientras que la oncología realiza tratamientos oncológicos, la odontología efectúa procedimientos de implantes dentales y la gastrocirugía realizan procedimientos de banda gástrica. La biología de la reproducción realiza tratamientos para la fertilidad mientras que la traumatología efectúa cirugías de reemplazo de cadera y de rodilla y la ginecología se encarga de realizar en mayor medida la histerectomía.

Tabla No.6.3 Principales especialidades en centros sanitarios de turismo médico en México.

Especialidades	Procedimientos
Cardiocirugía.	Bypass coronario.
	Reemplazo de válvula del corazón.
Cirugía plástica.	Implantes mamarios.
	Rinoplastia.
	Lifting facial.
Oftalmología.	Cirugía para ojos.
Oncología.	Tratamientos oncológicos.
Odontología.	Implante dental.
Gastrocirugía.	Banda gástrica.
Biología de la reproducción.	Tratamientos para fertilidad.
Traumatología.	Reemplazo de cadera.
	Reemplazo de rodilla.
Ginecología	Histerectomía.

Elaboración propia con información de (Sánchez Bergara, 2021).

6.3 SPA de día Adherido a Clínica (SAC).

Resultado de las bases de datos consultadas y de la revisión de mapeos de distribución de los SPAs de día, y considerando que la proliferación de los SAC es muy dinámica y se duplica

con celeridad, esta situación social en gran medida es un efecto del éxito en la zona fronteriza de Baja California del Clúster de Turismo Médico.

Recuperando la distribución espacial de los SAC, en estos espacios se cubre, por una parte, una fuerte demanda de la infraestructura hospitalaria privada que realiza como principales intervenciones las bandas gástricas, los implantes y las operaciones de cadera y rodillas; así como de personas que recurren a estos espacios son fines cosméticos y de relajación.

De las principales intervenciones que se efectúan a nivel nacional, en los principales destinos del Turismo Médico que se ha extendido a lo largo de las ciudades fronterizas (Sánchez Bergara (2021), se pone el énfasis en las intervenciones de cadera y rodillas mismas que son resultantes de las ENT y que han sido catalogadas como una de las afecciones con más prevalencia y que resulta en altos gastos de bolsillo para las personas con TFAL, mismas que están directamente relacionadas ya sea con el dolor rebelde o crónico. Al respecto David Le Breton (2019, p. 79-80) posiciona a estas como “enfermedades funcionales”, mismas que empatan con la definición ya detallada de los TFAL.

“La creciente opinión de que todo dolor es inútil y conviene desembarazarse de él sin demoras, so pena de complacencia culpable pone el acento médico sobre los dolores que en otros tiempos fueron asumidos como un precio obligado y trivial de las condiciones de trabajo o de existencia de los individuos. Los dolores de espalda se encuentran entre los más frecuentes en nuestra sociedad occidental. Estas rebeldes y duraderas molestias abarcan las cefaleas, las secuelas postraumáticas, los problemas neurológicos, y a veces son de una gran agudeza, como en el caso de las neuralgias o los dolores de miembros fantasmas. Constituyen una cara oscura cuya incidencia está más o menos marcada según su naturaleza y su intensidad, y de acuerdo con las defensas culturales o personales. Los dolores crónicos a menudo señalan la impotencia de la medicina para comprenderlos y curarlos; se designa con el elegante término de “enfermedades funcionales” y afectan a una masa de aquejados que atestiguan el fracaso de la perspicacia de los médicos, los procedimientos de la imaginación o los análisis. Ellos sufren, pero los facultativos no “encuentran” nada. (Le Breton, 2019, p. 79-80).”

En los SAC, la actividad del (a) conocedor (a) está inmersa y atravesada por cuestiones de raza-etnia, clase, sexo, educación y generación. No es lo mismo atenderse del lado sur de la

zona fronteriza de Baja California. Los servicios de masaje en Estados Unidos tienen altos costos en relación con los de México¹¹³. Ahora que, debido a que el sector poblacional que demanda estos servicios es de naturaleza transnacional, pueden y están en condiciones de hacer uso de estos servicios; relegando a los concedores del lado sur a realizar atención y cuidado en condiciones inequitativas que convierte la salud y bienestar en el negocio más redituable de la zona fronteriza.

La población de la zona fronteriza de Baja California, con los requerimientos de atención y cuidado a los TFAL es condicionada a iniciar carreras de atención y cuidado al interior de la oferta que no está pensada para la clase trabajadora, incrementando la situación de vulnerabilidad que ensancha para la población subalterna y más desfavorecida; el acceso a la de salud y el bienestar, toda vez que son ofertados por el sector privado. En esta escena de los SAC, la atención y cuidado está a cargo de los concedores y profesionales contratados, con formación básica y/o técnica y que son subempleados en estos establecimientos.

Para quien ejecuta la terapia manual, profunda o superficial, las condiciones de trabajo precario se suman para aumentar la brecha de acceso a la salud y el bienestar, confinando su acceso a la clase media y media alta, que puede disponer de recursos tanto para cirugías como para disponer y pagarse un día de SPA.

Para quienes no cuenta con la posibilidad de laborar del lado norte de la zona fronteriza, en donde los servicios son más costosos, se suma a la disparidad dada la regulación para el cruce fronterizo que para su obtención requiere de múltiples aspectos relacionados con la actividad laboral. Quienes no tienen la posibilidad de ampliar sus servicios al lado norte, pues los hay quienes se forman en Tijuana para laborar en California, o bien laborar por temporadas cortas, fines de semana, y hacer uso de la visa de turista laborando en espacios acondicionados para la labor a lo largo de jornadas laborales que comprenden la atención a cerca de diez personas por día.

¹¹³ La tarifa actual más económica en las terapias de masajes del lado norte de la zona fronteriza es de \$1.00 dólar norteamericano por minuto empleado en la terapéutica. (Conversación informal con Sr. Javier. situación social 2, escena 3).

Las colegiaturas de las escuelas profesionalizantes son costosas, equiparables a las de las licenciaturas de universidades privadas. La capacitación está pensada para que, pasados los tres primeros meses de la formación, se hayan adquirido habilidades que posibilitan a las y los estudiantes a comenzar a adquirir experiencia subcontratándose en estos SAC, SAH o en las escuelas capacitacioncitas. También pueden iniciar la conformación de un Spa de día doméstico (SD), consultorio adyacente a vivienda (CAV) y la conformación de una red de consultantes quienes, a partir de la recomendación y el prestigio social, oferta una amplia gama de terapias manuales, pero también drenajes linfáticos pues son efectivos para eliminar de los tejidos muscular el líquido retenido de los procesos inflamatorios. Además del gabinete de cosmetología, se ofrece terapia neural o quelaciones. La capacitación, basada en la práctica más que en la teoría, posibilita empezar a tener ganancias antes de concluir la formación.

Los vínculos identitarios y culturales que se comparten en la zona fronteriza de Baja California han reforzado la figura de los profesionales limitados y marginales que encuentran su análogo del lado sur, como sucede con los quiroprácticos (as).

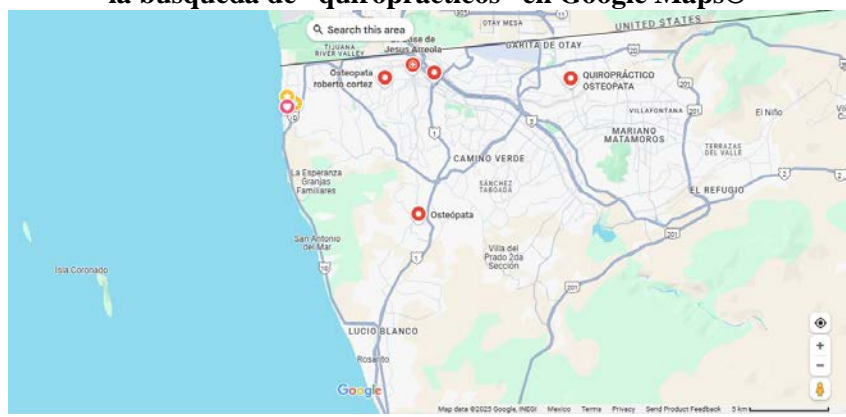
Tabla No.6.4. Resultados de búsquedas en Google Maps® georeferenciados de osteópatas, alphabiotistas y quiroprácticos (as) que atienden TFAL en la zona fronteriza de Baja California.

1	Quiropráctico-osteópata.
2	Quiropráctico-osteópata Tijuana
3	Osteópata Roberto Cortés
4	Dr. José de Jesús Arreola
5	Osteópata
Alphabiotistas	
1	Alberto Noriega Alphabiotista
2	Alphabiotista Francisco Javier
3	Alphabiotista Elvis
4	Univero Samadhi Centro Alphabiótico y holístico.
5	Alphabiotismo
6	Centro alphabiotico San Ángel.
7	Javier Alphabiotista
8	Masaje quiropráctico alphabiotista

9	Marco Terapeuta físico manual
10	Centro Alphabiótico e integral Mahatma.
11	Centro Alpha biótico quirofísico Navarrete
12	CESNA Centro de soluciones naturales
13	Viktor Alphabiótico.
14	Universo Samadhi Popotla.
15	Raúl Ornelas Alphabiotista-quiropático.
16	Punto bienestar
17	Centro Citasan
18	Centro alphabiótico
19	Chiropractic adjustment.
20	Alphabiotico center adonais
21	Cebile
22	Centro Alphabiotico José Palama
23	Alphabiótico
24	Centro alphabiótico Jesus Cano
25	Palma Rivera Centro Alphabiótico
26	Alineación alphabiótica Tecate
27	Centro en alineación alphabiótica
28	Alphabiotista-sanadores con energía.
29	Centro alphabiotista Valenzuela.

Elaboración propia con información recuperada de Google Maps®, abril 2025.

Imagen No.6.2 Mapa de distribución de concedores y profesionales georeferenciado a partir de la búsqueda de “quiropáticos” en Google Maps®



Edición propia con información recuperada de Google Maps® 2025.

En la zona fronteriza de Baja California, entre los conocedores que emplean técnicas que inciden en la estructura ósea, figura el denominado “quiropático”, estos especialistas conviven a la par de los masoterapeutas, con la precisión de que la representatividad es menor a la de los masoterapeutas y alfabiotista.

Esta situación se establece a partir de los procesos de profesionalización de la quiropraxia en E.U. y su integración formal al SAS oficial y al SAS privado con algunas compañías de seguros. Considerar integrar a los conocedores como parte de los SAS deducibles por las compañías de seguros en México, contribuirá a regular la actividad que gana terreno cada vez más como una posibilidad de atención y cuidado a los TFAL.

Los quiropáticos como profesionales marginados, en Estados Unidos han sido reconocidos, acreditados, certificados y con la integración al SAS oficial Medicaid y con las aseguradoras que más tarde firmaran convenios entre hospitales privados (Wardwell, 1998). Recordemos, en la zona fronteriza de Baja California, antes que el SAS público instalará el primer hospital en Ensenada, ya la población recurría a San Diego o a Ensenada para contar con acceso a la atención a la salud en infraestructura privada.

Fuera de la perimetral del atrio de catedral, se registró una diferencia fundamental en la atención y cuidado de los TFAL; se trata, de una actividad mayormente feminizada para la ejecución de este tipo de servicios, sobre todo en los espacios regulados y establecidos, como los SPA de día Adherido a Clínica (SAC) y SPA Adyacente a Hospital (SAH).

Respecto a la regulación, los establecimientos gestionan múltiples permisos para la operación, en los tres diferentes niveles de gobierno para poner en operaciones un establecimiento. Se requieren permisos de protección civil, regulación hacendaria, el uso de suelo, del departamento de bomberos y el departamento de desarrollo urbano para la colocación de espectaculares. A estos largos y costosos trámites se le agregan los adicionales

que establece la COFEPRIS en el estado y que se encarga mayormente de regular los Centros de tratamiento para las adicciones, los consultorios con residuos quirúrgicos y peligrosos como los generados en los odontológicos y hospitales, así como a las CAF¹¹⁴. Ahora que, no necesariamente la regulación de permisos implica servicios profesionales que incidan en resarcir los TFAL.

Por si fuera poco, las organizaciones internacionales del sector turísticos y bienestar han implementado otra serie de certificaciones que habrán de obtenerse para con ello garantizar la afluencia de clientes transnacionales e internacionales.

“La comunidad mexicana en el exterior es una de las más grandes del mundo, superando los 12 millones de personas, de los cuales más del 97% radica en Estados Unidos, según datos del Instituto de los Mexicanos en el Exterior. Teniendo en cuenta que buena parte de los turistas médicos proviene de este segmento, sería oportuno en el diseño de productos y servicios de turismo de salud, se incluya una oferta que responda a las necesidades de este perfil de turista” (Sánchez Bergara, 2021).

Respecto a las áreas de oportunidad que desde los conocedores y partidarios del expansionismo del sector del Turismo médico y de bienestar, Sánchez Bergara (2021) enfatiza tres principales retos para el turismo médico en México:

“a) Desarrollo de políticas públicas dirigidas a fortalecer la posición de México como referente de destino de turismo de salud, teniendo en cuenta su proximidad geográfica con dos de los principales competidores de este nicho a nivel mundial: Estados Unidos de América y Canadá, b) Obtener certificaciones internacionales de calidad para sus instituciones hospitalarias, y fortalecer el reconocimiento internacional de sus propias certificaciones y c) Negociar el alcance de la cobertura ofrecida por las aseguradoras internacionales a los potenciales turistas.

Regresando al punto de trabajo feminizado en los SAC y SAH, la participación de las mujeres se encuentra distribuida en espacios cerrados, empleadas en establecimientos que

¹¹⁴ Osorio (2020) ya ha señalado la falta de información por parte de COFEPRIS respecto a la regulación de los CAF.

ofrecen los servicios propios de SPA de día, sin que ello implique realmente la mejora de los TFAL, sino quedarse en el nivel de relajación. Esto en gran medida responde a el tipo de tactilidad asignada al rol asignado a las mujeres a quienes se les considera como más aptas para efectuar cualquier comportamiento táctil delicado. Se les atribuye “mayor sensibilidad a las propiedades táctiles con los objetos, como, por ejemplo, cuando pasan la mano por una tela a fin de apreciar su textura o calidad, algo que los hombres no suelen hacer. Las caricias y los arrumacos son actividades principalmente femeninas, como lo es la suavidad de planteamiento a todos los niveles (Montagu, 2004, p. 306).

Le Breton afirma que los masajes o el toque terapéutico¹¹⁵ son empleados para reducir el dolor en el que han fracasados los fármacos, los sanadores que emplean estas técnicas realizan un esfuerzo doble: resolver tensiones y lograr relajar por lo que tiene efectos terapéuticos múltiples (Le Breton, 2020, p.161).

“Los masajes reducen los sufrimientos psicológicos (estrés depresión, ansiedad, etc.) los dolores físicos agudos o crónicos (dolores lumbares, cefaleas, fibromialgia, etc.) Disminuyen los problemas neuromusculares, o los de las enfermedades autoinmunes, cáncer, etc. Restauran la soberanía y la calma. Cualquier situación puede beneficiarse”. Contactos de proximidad afectiva, les denomina Le Breton (2020, p. 162):

“Pues tranquilizan y recuerdan que el individuo no está solo con su dolor. El efecto benéfico de un contacto físico por supuesto implica que sea apropiado para la situación, aunque vaya más allá de los dolores comunes. El otro se abandona a la caricia o al toque que sea, o responde con fervor. Si bien el dolor es aceptado, la mano que reconfirma opera como una transfusión de vida. Le recuerda a la persona que no está sola frente a su experiencia. Está en las manos de otro que lo sostiene.”

La diferencia entre la actividad del masaje y el trabajo sexual presenta una sutil línea de separación, pues se trata de prácticas que requiere la exposición del cuerpo, la desnudez,

¹¹⁵ Montagu (2004) ya había definido también el toque terapéutico y da cuenta de la efectividad en entornos hospitalarios.

despojarse de toda capa a fin de lograr mejoría en el cuerpo doliente; lo anterior requiere destreza, habilidad, técnica y una estrategia cuidadosa. Tanto la persona que padece como él (la) conocedor (a), establecen en una relación de poder en un tiempo establecido, en donde un instante es suficiente para transgredir los límites físicos, emocionales y éticos apropiados y entonces experimentar o no mejoría en los TFAL tras la experiencia sensitiva táctil.

Respecto al desnudo, ya destacó Entwistle que las prácticas cotidianas de vestirse con ropa o adornos implican conocimiento y habilidades adquiridas e inscritas en sistemas culturales en los cuales los cuerpos se vuelven sociales y adquieren identidad y sentido. En lo que a esto respecta, “la ropa es una experiencia íntima del cuerpo y una presentación pública de sí mismo. Moverse en la frontera entre el yo y los demás, es la interfase entre el individuo y el mundo social, el punto de encuentro entre lo privado y lo público”. Enfatiza en la diferencia entre un cuerpo sin ropa y un cuerpo desnudo señalando que el cuerpo desnudo, incluso sin adornos, está vestido por sistemas de representación y convenciones sociales, convirtiéndoles en esencial para la comprensión del cuerpo ya que deja ver cómo la forma en que se ve y representa el cuerpo esta influenciada por las convenciones del vestir (Entwistle, 2002).

De modo que “el desnudo nunca está desnudo, sino vestido con las convenciones contemporáneas del vestir” (Entwistle, 2002, p. 23). La experiencia sensitiva terapéutica táctil lleva implícitas estas regulaciones sociales, mismas que son disímiles según el contexto y la escena en donde parte de la praxis clínica y corporal resignifica la desnudez y no solo la propia experiencia de encarnar dolor, sino a su vez, estas convenciones sociales reguladoras se vuelven laxas a razón del dolor encarnado. Se trata de espacios en donde el cuerpo desnudo o semidesnudo resignifica la propia experiencia de reconfigurar algunas de estas regulaciones sociales y culturales tras desvestir la interfaz entre el yo y el mundo, la piel.

Volviendo al asunto de la tactilidad y la relación corporal¹¹⁶, siendo esta última la base de la interrelación con otros, es decir, la sociabilidad, que surge con la cercanía entre madre e hijo en la lactancia. La relación corporal es básica para que el individuo se sienta bien consigo mismo; la sensación de relación corporal conduce a la sensación de autoestima. Al respecto Montagu ha destacado la tendencia en interpretar las muestras de afecto o contacto físico como sexual. “Esto es en sí muy significativo pues lo táctil está íntimamente relacionado con el desarrollo de la conducta sexual y casi siempre conserva algo de ese carácter. Sin embargo, en el individuo con privación táctil el componente sexual de lo táctil permanece confuso y guiado por la ansiedad. Por consiguiente, tales individuos evitan tocar a otros y se molestan si se les toca, excepto bajo condiciones especiales”. Esta particularidad es propia de las sociedades occidentales en donde socialmente tocar es permitido siempre que se evite cualquier implicación sexual (Montagu, 2004, p. 261).

“La imagen corporal-sensación que tenemos de nosotros mismo, como sensible o insensible, sensual o indiferente, relajada o tensa, cálida o fría, se basa en gran medida en nuestras experiencias táctiles de la lactancia, posteriormente reforzadas por nuestras experiencias de la infancia. La piel de los privados de experiencias táctiles esta ‘desconectada’ de aquellas experiencias de las que disfrutaban los satisfechos en experiencias táctiles (Montagu, 2004, p. 293). La piel vista como espejo, refleja la necesidad básica humana de compartir la vida con los demás (Montagu, 2004, p. 302).

6.4 SPA de día adyacente a hospital (SAH) y “El masaje milagroso”.

La amplia gama de espacios en donde se ofertan servicios de atención y cuidado al cuerpo con finalidad sobre todo cosmética ha tenido un crecimiento exponencial en los últimos años (Martínez Moreno et al., 2017). Sobre todos los catalogados como SPA de día, lugares en donde se ofrecen terapias manuales para incidir en estado de relajación y bienestar en los clientes (Schneider & Irastorza, 2010).

¹¹⁶ También referida por Jackson (2010) como praxis corporal.

De entre estos establecimientos se registraron dos tipos diferenciados. El primero trata de espacios establecidos por particulares, quienes a su vez contratan personal, calificado o no, para desempeñar las actividades al interior del Spa. En este caso, la persona concedora está bajo un régimen de contratación, cubriendo un horario y dando atención a quienes lo requieran.

En un porcentaje considerable, en los SAC figura como parte de los servicios ofrecidos el masaje terapéutico; sin embargo, se complementan los servicios con el uso de aparatología o productos cosméticos, depilaciones y ventosas. Los insumos, uniformes y espacios acondicionados son responsabilidad del propietario; la atención y el margen de ganancia está en manos de las personas contratadas (Martínez Moreno et al., 2017).

El segundo tipo de SPAs registrados son los que pertenecen a cadenas y/o franquicias, como “El masaje milagroso” con dos sucursales. la matriz en Plaza Río y una sucursal en Playas de Tijuana. Esta franquicia cuenta con una estrategia de marketing efectiva y manejan en sus promociones membresías. Éstas son adquiridas por una cantidad de sesiones, mismas que se liquidan en su totalidad al comprar la membresía y el cliente dispone a su gusto, día, horario e incluso el espacio en donde se habrá de ejecutar la sesión, pues la posibilidad de realizar los masajes a domicilio es otra opción.



Imagen No.6.3. Anuncio publicitario. Plaza comercial, Tijuana, B.C. Archivo personal.



Imagen No.6.4. Anuncio publicitario. Friký Plaza. Zona Centro. Tijuana, B.C. Archivo personal.

Es importante destacar que las personas empleadas para desempeñar esta actividad no siempre están capacitadas, el salario es mínimo, la empresa asume el control de la agenda del terapeuta y con el argumento de “la propina”, contrata a mujeres para cumplir con la demanda de los clientes, en su mayoría varones.

“El masaje milagroso” obtienen sus ganancias del trabajo de las personas contratadas, mismas que son expuestas a altas horas de la noche, ya que si el cliente requiere un masaje a las 22:00 hr. las personas contratadas, con el argumento y la facilidad de que les “pagan el UBER”, exponen a sus empleadas (os) a altas horas de la noche, por un salario mínimo, en ocasiones con dobles turnos y la ilusión de una propina que no siempre llega; colocando así en una posición de vulnerabilidad a los terapeutas. En esta situación social, estos son algunos de los factores a los que se enfrentan de manera rutinaria en el desempeño de sus labores los (as) conoedores (as) s, bajo un régimen de contratación precario y sin seguridad de ningún tipo en el desempeño de sus actividades.

De entre las personas que padecen por TFAL, habrá quienes propician toques no requeridos, pues ambos conoedor y paciente, desempeñan roles bien establecidos en el momento de la sesión, uno lo desempeña de manera activa (conoedor) y otro desempeña un rol pasivo (consultante), en cuanto a estímulos sensitivos y toques a efectuar. Los toques propios de las terapias manuales, en esta situación social suelen ser simples roces, poco profundos. Éstos propician a sí mismo algunos invasivos, otras más lascivos, en este punto el margen de maniobra se limita, se complica y requiere de habilidad, pues al estar realizando la sesión en un espacio particular, el grado de vulnerabilidad aumenta para quien desempeña el rol de conoedor (a). Si bien, existe un registro, seguimiento y aspectos a considerar durante las sesiones, no todas las personas buscan como fin último mejoría en los TFAL, sino también, desfogue sexual, “un final feliz”¹¹⁷.

¹¹⁷ Este término fue expresado en entrevista etnográfica por una de las informantes clave y alude al placer sexual, como el asociado al coito y la eyaculación en varones. La experiencia y las sensaciones que estas terapias promueven son equiparadas en este término en tanto “experiencia análoga”, resultante de una sesión de masaje relajante.

Las personas masajistas en estos SAC y SAH aguardan a lo largo de su jornada de ocho horas les sea referido cliente, ya sea en el establecimiento o donde disponga el consultante. Para las personas que cuentan con capacitación o algún tipo de certificación, en algunos SPAs figuran las comisiones como incentivo con la venta de productos como aceites, productos milagrosos quemagrasa que complemente la experiencia e incluso la posibilidad de experimentar una sesión a cuatro manos.

Imagen No.6.5. Mapa de distribución de establecimientos georeferenciados como “Spa” a partir de búsqueda general en Google Maps® en la ciudad de Tijuana, B.C.



Elaboración propia con información tomada de Google Maps®

Tabla No.6.5. Establecimientos que atienden TFAL georeferenciados en Tijuana como “masaje”.

1. Masaje y bienestar Spa Tijuana	21. Shinsei Spa.	41. Royal Dharma massage y spa.
2. Sanate con Masaje Tijuana.	22. Quiropráctico Alvarado y masaje Spa Tijuana.	42. Novuelle Spa Tj.
3. Masaje Milagroso Spa- Playas de Tijuana.	23. Agua vida spa.	43. Agua spa Tijuana.
4. Sana Spa Tijuana	24. Bella Dolce Spa.	44. Scape Spa.
5. Masaje Milagroso	25. Sana spa Tijuana Otay.	45. Meleah beautiful Spa.
6. The massage Studio TJ.	26. Masaje Milenio.	46. Belleza integral.
7. Thai Massage Tijuana.	27. Garden Spa.	47. García Spa.
8. Vita Spa	28. Masajes Dan.	48. Mediterráneo Spa.
9. Serenety Massage	29. Estética Luxor.	49. Reemarge massage ans skincare
10. Masaje terapéutico Tijuana-Masaje a domicilio Tijuán, Otay, la Mesa.	30. ViveMex Spa.	50. Sorías spa.
11. Maya Spa y ajuste quiropráctico.	31. Beautiful zone spa suc. Las palmas.	51. Masaje renacer Tijuana.
12. Beautiful zone spa suc. Cacho.	32. Armony spa y massage.	52. Faciales clínicos y spa by Edith.
13. Isis Spa.	33. Masaje quiropráctico by Edgar Ibarra.	53. Aloha Beautiful Spa.
14. Medicina para el alma.	34. Maory Spa.	54. NB Elite Men´s spa.
15. Yalet Spa y massage.	35. Centro Merkbah Tijuana.	55. Spa Encanto.
16. Ambar Welness spa.	36. Balance-Therapy y Spa.	56. Yalet spa.

Masaje y bienestar Spa Otay Tijuana.	37. Massage Delight, masajes y faciales.	57. Spa space.
18. Revive Spa Tijuana-terapias.	38. 2185 Relajación y bienestar Spa Playas	58. Aviva day spa 5 y 10.
19. Masaje y bienestar en Tijauna.	39. Sceltive Spa.	59. Spa feautiful revolución.
20. Zense Spa.	40. The Spa.	60. Santé spa massage clinic.
		61. Masajes terapéuticos y deportivos Evelia.

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.



Imagen No.6.6 Barda de espectaculares promocionales de cirugía estética e implantes de cabello. Localización adjunta a torre de especialidades. Zona río próxima a carriles Ready Line, Sentry y pase médico en cruce fronterizo Tijuana- San Ysidro. Dirección sur-norte. Tijuana, B.C. Archivo personal.

6.4 SPA adyacente a hospital (SAH).

Adicional a los SAC, se registró que existe otra modalidad de SPA, uno que es de estancias prolongadas, como las que requieren los procesos de recuperación de las intervenciones quirúrgicas, por lo que estos periodos de recuperación y convalecencia han sido capitalizados y que en esta investigación se han denominado SPA adyacente a hospital (SAH).

Sánchez Bergara (2021) clasifica a estos espacios como SPA Resort, debido a los tiempos de permanencia y el tipo de “experiencia” turística según se trate. Pese a esta clasificación y en apego a los servicios ofrecidos, al interior del hiper pluralismo médico, al denominarle SPA adyacente a Hospital (SAH), permite ubicar en esta situación social, algunos aspectos de

expansión y regulación disímiles entre los tipos de lugares en donde se efectúan terapias relajantes y postoperatorias, más que las manuales profundas con fines a resarcir los TFAL.

Considerada una actividad económica terciaria, la de servicios, al interior de la cadena de valor de la infraestructura médica impulsada por el Clúster de Turismo Médico; se han consolidado los SAH ya que ofrecen estancias prolongadas para familiares y pacientes, así, la experiencia se complementa, la de la intervención quirúrgica y la de los cuidados postoperatorios; con la particularidad de que la administración, costos, servicios, paquetes, intervención, traslados, servicios hospitalarios y personal calificado está a cargo del hospital que realiza la cirugía.



Imagen No.6.7 Spa adyacente a Hospital (SAH) Resort Quartz. Localización adjunta a torre de especialidades de cirugía cosmética, Zona río próxima a carriles Ready Line, Sentry y pase médico en cruce fronterizo Tijuana- San Ysidro. Dirección sur-norte. Tijuana, B.C. Archivo personal.

Así mismo, está red de conocedores y conocedoras que se teje entre iguales, laboran de manera independiente ya sea realizando terapia manual profunda para resarcir los TFAL a domicilio, o bien, brindando los servicios en el establecimiento regulado, ya sean adhiriendo sus servicios a las clínicas estéticas, de cosmetología o bien en los SAH; es un sector de

conocedores que amerita, para empezar, colocarlos en los catálogos de profesiones y actividad laboral, para con ello desagregar las cifras oficiales respecto al tipo de servicio y profesional al que se recurre para atender los TFAL.

Dicho sea de paso, el sistema conjuntivo de cuerpo, en el proceso de recuperación postoperatorio requiere recuperar su movilidad, lo cual se favorece con las técnicas manuales, como las empleadas en el drenaje linfático manual; sin embargo, se hace uso en un alto porcentaje aparatología e instrumentos integrados a las cirugías cosméticas, propios de la biomedicina y que resultan menos efectivos en el proceso de recuperación. Con lo anterior se da la gradual suplantación de las manos por las máquinas, ciñendo a los terapeutas y masoterapeutas al manejo “especializado” de aparatología en esta escena.

Tabla No.6.6. TFAL que se atienden y cuida en SPAs de día, SPA del día adherido a clínica (SAC) y SPA de día adyacente a Hospital (SAH).

Lesiones	Atendidas	Escena 2
	Estructurales	
	Fracturas y astillas	
	Neurológicas	
	Cotidianas	*
	Generales	*
	Musculoesqueléticas	*
	Profundas	
	Según temporada del año	
	Torceduras	
	Posturas sedentarias	*
	Lesiones deportivas	*

Elaboración propia con información recuperada en campo y sistematizada.

Los servicios ofertados en los SAC y SAH muestran algunas de las interacciones y transacciones que se suceden entre los modelos médicos a través del uso de herramientas, técnicas e instrumentos para promover salud y bienestar. Se han agrupado por una parte las terapias manuales profundas y de otras variedades, seguido por los instrumentos y técnicas propias de las terapéuticas alternativas y complementarias, ambos apartados propios de los

MMAS y MMAA. En el MMH se han agrupado las ofertas de aquellos propios de la biomedicina y la etnociurugía.

Tabla No.6.7 Oferta de servicios en Escena 2, Situación Social 2. Spa de día y “El masaje milagroso”.

Terapia Manual		Alternativa	Biomedicina	Cosmetología y cosmeatría.	
Masaje relajante	Masajes Prenatales	Reflexología	Sueros vitaminados	Tratamientos faciales	Depilación laser
Masaje antiestrés	Maderoterapia	Desintoxicación	Terapia neural	Dermapen	Depilación
Masaje terapéutico	Piernas cansadas	Terapia floral	Quelaciones	Pulidos corporales	Vendas reductivas
Masaje Deep Tissue	Quiromasaje	Biomagnetismo	Martillito neurológico	Exfoliaciones corporales	Tratamientos corporales
Masaje Descontracturante	Hi Fu Facial, Hi Fu Corporal	Auriculoterapia		Lipoescultura	Eliminación de verrugas
Masaje + ventosas	postquirúrgico	Crioterapia		Depilación con cera	Sauna infrarrojo
Masaje Sueco	-Masaje Linfático	Barras Access		Tratamiento de toxina botulínica	Exfoliaciones químicas
Masaje Tejido Profundo	Reafirmantes	Moxibustión		Reducción de celulitis	Exfoliaciones corporales
Masajes reductivos	Revitalizante			Relleno de labios	Tratamiento facial vampiro
Masaje tailandés	Terapia craneosacral			Facial Hidratante	Microdermoabrasión
*Aromaterapia	Activación de músculos			Tratamientos para la piel	
Masaje Deportivo	Con piedras de Sal del Himalaya				
Drenaje linfático	Piedras calientes				

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

La terapia manual profunda, como se aprecia en la tabla anterior, es el recurso terapéutico que entreteje los modelos médicos de esta escena. Está presente en variedad y a razón de múltiples requerimientos. Las hay deportivas y para reducir tallas. Los hay algunos propios del SAS de la medicina china, sueco, tailandés y también de autor, con chocolate, con vino, con cremas milagrosas y piedras, amén de otras variedades relacionadas con el sistema

musculoesquelético, como el profundo, descontracturante y tejido profundo también llamado “deep tissue”.

La variedad de técnicas y herramientas empleadas, además de las manos, se suele complementar con aromaterapia, acupuntura en su modalidad de auriculoterapia, reflexología, moxibustión, ventosas y gua-sha; hay biomagnetismo, crioterapia y terapia floral.

Entre las funciones del masaje que destaca Le Breton, figuran: la relajación, la calma, el despertar sensorial (masaje californiano), promueven dice, “una acción terapéutica por medio de presiones ejercidas en diferentes puntos del cuerpo (*do – in, shi-atsu*) o reducen las tensiones fisiológicas por el frotamiento, amasado, la haptonomanía, el masaje, la manipulación de las energías, osteopatía, quiropraxia, kinesioterapia, etc.” (Le Breton, 2020, p. 171).

La ‘imposición de manos’ según Montagu, a quien ya hemos referido con antelación, es una práctica milenaria, misma que se ha convertido en un símbolo de poder; ya que al ser el órgano más activo del cuerpo y por contar con la capacidad de realizar actos cotidianos, mágicos, religiosos; a ello responde esta categoría simbólica otorgada. El poder que ejercen las manos sobre los cuerpos dolientes está implícito en el momento que se recurre a la experiencia sensitiva terapéutica para atender TFAL en la zona fronteriza pues, parte del rol desempeñado por el conocedor estriba preciso, en el poder simbólico conferido a sus manos. En esta escena, misma que forma parte del MMAS, el rol de las manos cobra especial relevancia, pues de forma complementaria, a partir de inducir mejoría con la fragilidad de manos femeninas, los cuerpos dolientes experimentan la eficacia simbólica vertidas en las manos de conocedores marginales, populares cuasi profesional.

Menéndez opina respecto a la operación del MMH, que:

“Al reconocer los caracteres diferenciales e idiosincráticos que en los niveles económico, político e ideológico operan en las situaciones particulares, opinamos que en todos los contextos la expansión del MMH se genera de forma conflictiva y que dicha problemática supone en la mayoría de los casos soluciones de complementariedad y no la emergencia de procesos contradictorios entre el MMH y los alternativos. Más aún, planteamos que, en los niveles de decisión, ya sean establecidos por el Estado o por las organizaciones corporativas privadas o para públicas, los procesos conflictivos tienden a ser resueltos de manera que se favorezcan los procesos de producción y reproducción económicos y políticos y se refuerce la hegemonía del sistema por encima de las necesidades particulares de las prácticas médicas que operan en el modelo médico hegemónico. (Menéndez, 2016, p. 178).

En esta escena se ofertan experiencias sensitivas terapéuticas táctiles con masajes prenatales, buscando favorecer el bienestar físico y emocional de la mujer y del (a) bebé tras una serie de manipulaciones de baja profundidad; buscando incidir en el área muscular de la espalda baja, liberar la retención de líquido en el cuerpo y favorecer un estado de relajación. De manera específica, se encontró relación de esta modalidad y la efectuada por mujeres parteras en grupos y comunidades originarias propias de la denominada Medicina Tradicional Mexicana Contemporánea. Se trata entonces, de adaptaciones y apropiaciones de la tradición milenaria del cuidado de la vida, arrebatado por la biomedicina y llevado a sus diversos espacios sanitizados (Berrio, P. 2013), (Berrio, 2024). En este sentido, para la porción noroeste de México, Sieglin (2021) ya afirmó también que:

“En el desplazamiento de la partería tradicional, la estigmatización de tal oficio y de sus practicantes ha sido utilizada para inducir miedo tanto en las mujeres embarazadas (de tener alguna complicación médica o poder morir por la negligencia de una partera tradicional) como en las mismas parteras (de ser encarceladas en caso de una complicación en el parto). El miedo ha constituido un dispositivo poderoso para lograr que tanto la oferta como la demanda de servicios de partería tradicional hayan descendido paulatinamente. Bajo la influencia del miedo, los individuos se sienten más tentados a restringir sus acciones, es decir, evitan realizar acciones que podrían convertirse en amenazas serias a su existencia. De esta forma no es el Estado, sino los individuos estigmatizados, los que suprimen una actividad social determinada: la censura se traduce en autocensura. (Sieglin, 2021, p. 97).

De igual forma, los sueros vitaminados y/o quelaciones, la terapia neural y el empleo del martillito neurológico, al ser propios del MMH y que, de manera similar a la terapia prenatal, pero en sentido inverso, se ajustan, negocian y transforman al interior en SAC y SAH, en

tanto zonas liminales de la interacción y la experiencia emanada de la praxis clínica entre los modelos de atención a TFAL. Tanto instrumentos, técnicas y recursos, que hasta hace poco sólo se empleaban bajo la regulación y empleo de conocedores de la biomedicina, pues tanto los sueros vitaminados que requieren canalización intravenosa como la terapia neural con aplicación subcutánea de reducidas cantidades de analgésico en articulaciones vertebrales; requieren de conocimiento especializado propio del MMH, mismo que se ofertan en las escuelas profesionalizantes y centros capacitacionistas para masoterapeutas.

A decir de Menéndez (Menéndez, 2018, p. 349), es en estos nuevos saberes, “algunos de los cuales se articularán con los “tradicionales”, tienen, al igual que la medicina científica, un origen urbano, y algunos de ellos, pretenden asumir criterios de cientificidad en sus concepciones y aplicaciones.

Recuperando a De Martino, respecto a los saberes subalternos, Menéndez afirma que “estas pueden ser “opositoras”, hasta cuestionadoras; pueden en alguna situación adquirir un contenido ideológico político de enfrentamiento activo o pasivo en términos inclusive contrahegemónicos, pero en general son complementarias del sistema dominante (2018a, p.349).

La conocedora (o) al tocar a la persona que experimenta dolores rebeldes o crónicos, efectúa su labor sin un diagnóstico pues se trata de reducir las consecuencias de las lesiones, sobre todo los de naturaleza emocional, no así lo de naturaleza estructural o el origen del TFAL. En este sentido, en esta escena, se atienden con más regularidad las consecuencias psicológicas que emanan del dolor de la persona sufriente. “Aunque el dolor se localice en un punto preciso del cuerpo, el sufrimiento no es solo su prolongación mecánica, engloba todos los otros segmentos de la existencia sin dejar nada atrás (Le Breton, 2020, p. 87).

“La naturaleza y las funciones del saber se hallan, por tanto, localizadas en el desarrollo y las necesidades de la especie, en especial en las características necesarias de la comunicación social. El lenguaje es una exigencia de la supervivencia humana y se encuentra enraizado, en

la última instancia, en el basamento fisiológico de la existencia humana (Turner, 1989, p. 291).

El contacto dota de espesor afectivo a la emoción que no encuentra palabras para ser externada. En la actualidad el contacto del cuerpo uno a uno se ha reducido a la individualización propia del hiper capitalismo, regido por la disolución y el borramiento de la proxémica. Estos espacios se convierten en un reducto en el ajetreado mundo globalizado. (Le Breton 2020).

“El contacto físico manifiesta la excepción del encuentro, cierta relajación de las normas sociales ordinarias y la entrada en otra ritualidad. Se instaura un sentido más allá del sentido. La menor aproximación tiene una fuerte connotación afectiva porque transgrede las convenciones proxémicas en uso. No somos tocados todos del mismo modo como somos escuchados o vistos” (Le Breton, 2020, p. 155).

6.5 Conclusiones.

A lo largo de este apartado se describió la escena 2 de la situación social 2: SPAs de día y “El masaje milagroso”. Se presentó una caracterización de estos espacios en estrecha relación al contexto en el que se localizan y a partir de la información recuperada en campo.

La presencia de los SPAs de día es amplia, así como los servicios en ellos ofertados, su crecimiento es simultáneo al de la infraestructura médica privada. El expansionismo del Modelo Médico Hegemónico ha interactuado en doble sentido, de ida y vuelta, y hasta circular, con diferentes ritmos e intensidades entre los MMAS y MMAA en un periodo de tiempo de cerca de tres décadas.

La interacción y el intercambio, al acontecer la praxis clínica en la experiencia sensitiva terapéutica táctil, contribuye en la resignificación del dolor vía el empleo de toques de baja

intensidad, que buscan, en la atención a los TFAL, disminuir en el cuerpo doliente el estrés, ansiedad y depresión producto de las lesiones musculoesqueléticas o TFAL que serán también atendidas cuidando no generar sensaciones susceptibles de significaciones desfavorables.

Describir la situación social profesionalizante de los (as) conocedores (as) en la zona fronteriza de Baja California no excluye a los quiroprácticos y alfabiotistas, pues se integran en la caracterización, sin embargo, se hace énfasis en que tanto fisioterapeuta, alfabiotistas y quiroprácticos, por cuestiones de tiempo no son abordados en esta investigación a profundidad, destacando la importancia de su abordaje en investigaciones futuras.

La caracterización de los SPAs de día, figuran en primer término los Spa doméstico (SD), además los de cadena o franquicia, como los adheridos a clínica (SAC) y los adyacentes a hospital (SAH) conforman una parte sustancial de la oferta de los “sistemas múltiples” que atienden algunas de las consecuencias emanadas de dolores rebeldes o crónicos emanados de los TFAL. El entramado de servicios, productos, aparatología, dotan en estos espacios, no solo contenciones emocionales a partir de la experiencia sensitiva táctil, sino también son el espacio en el que se propician la interacción e intercambio del MMH y MMAS y MMAA, como se enfatiza respecto a las prácticas de la partería tradicional y el masaje prenatal.

Las manipulaciones de baja intensidad son utilizadas en la experiencia sensitiva táctil en esta escena, la ausencia de un diagnóstico que determine o infiera el origen de TFAL es una de las particularidades de los SPAs. En estos lugares, durante la praxis clínica la comunicación es reducida y las personas conocedoras, a partir del servicio contratado, infieren y deducen el toque a ejecutar sin requerir dar parte activa al consultante pues se da atención a las consecuencias de los TFAL, dada la alta efectividad que a nivel orgánico general esta terapéutica promueve.

El tiempo es un factor importante en la atención y cuidado a TFAL, pues al ofertar los servicios, el tiempo determina el precio y el conocedor (a) no realiza secuencia de

movimientos que no se hallan sido integrados de manera rutinaria y controlada a la experiencia sensitiva táctil. La relación social que se establece en esta escena es efímera y el prestigio social esporádico.

Al ser la cosmetológica y la cosmeatría el eje central sobre el cual en estos espacios se realizan la mayor cantidad de servicios, huelga enunciar el benéfico resultado en términos psicológicos, físicos y sociales, pues a pesar de la reducida intensidad en los toques que se efectúan, el tipo de tacto privilegiado, acompañado de artículos otros que completan la experiencia sensitiva táctil,

La población que demanda atención a TFAL en estos espacios comparte una matriz de sentido diferente a la de la primera escena ya que los resultados de la experiencia están a cargo de la destreza de quien ejecuta la labor táctil, quien, a su vez, no requiere indagar o poner especial cuidado en alguna parte anatómica, el cuerpo es trabajado en su totalidad.

La responsabilidad del efecto en el cuerpo doliente del consultante en la experiencia sensitiva táctil recae en la persona que es contratada, quien a su vez suele ser incentivada por comisiones y pagos a razón de aumentar los ingresos vía la venta de productos milagrosos como quema grasa, exfoliadores, cremas, geles, entre muchos más.

La experiencia sensitiva terapéutica táctil en SAC y SAH responde a las lógicas de consumo globales contemporáneas. Su estrecha relación con el clúster de turismo médico en la entidad da cuenta de un tipo de ‘nomadismo terapéutico’, según le llama Le Breton; de un sector de la población de la zona fronteriza de Baja California en donde el cuerpo doliente encuentra una alternativa para paliar las consecuencias psicológicas y por ende algunas sociales, a razón del efecto y afecto que estas experiencias proporcionan.

Aspecto importante por resaltar es el servicio ofertado en estos SAC y SAH del masaje prenatal. Práctica milenaria de mujeres de conocimiento de comunidades y grupos originarios, aunque también hay rurales y urbanas, el masaje prenatal, en tanto práctica milenaria, ha sido integrado a estos espacios acondicionados con estímulos olfativos,

musicales, además de los básicos táctiles. En una dinámica de blanqueamiento del legado, negado, arrebatado y sancionado para sus originales autoras, en la zona fronteriza de Baja California, el masaje prenatal está presente no solo en estos espacios, está en la atención a población migrante por parte de la sociedad civil; evidenciando el continuum en el tiempo y el espacio en donde, a partir de generar el espesor de contención emocional que promueve el contacto físico en cuerpos uno a uno, los aspectos psicológicos y emocionales son menguados por el efecto de contención generado por el tacto afectivo.

Ahora que, si bien la partería dista mucho de este tipo de experiencia, también es cierto que la experiencia sensitiva táctil en cuerpos de mujeres embarazadas promueve reducir estrés, ansiedad, cansancio, líquidos retenidos, músculos sobrecargados; con lo cual, tanto embarazada como bebé, encuentran contención y atención afectiva, situación poco probable en los espacios de control prenatal propios de la biomedicina.

Por otra parte, la oferta de “masaje multiespecie” como opción terapéutica deja ver la incorporación de afecciones emanadas de la disolución del núcleo familiar y la transición a familias multiespecie, mismas que ahora verterán atención y cuidado en una “terapéutica multiespecie” que resignifica el papel de perros y gatos al interior de las relaciones del núcleo familiar; y que han sido capitalizadas como parte de la oferta en SAC, SAH. Respecto a esta terapéutica, profundizar en la praxis clínica multiespecie, rebasa los objetivos de esta investigación, quedando para futuras investigaciones profundizar en la praxis y el tipo de relación que se suceden en dichas prácticas.

CAPÍTULO VII. TERCERA ESCENA: “EN LA BÚSQUEDA.”¹¹⁸

*“Así, pues, no hay rituales ‘nuevos’
solo rituales ‘contemporáneos’
que beben en un fondo de referencias
cada vez más globalizadas pero
reinterpretadas localmente” (Segalen, 2014).*

Introducción.

En esta apartado se describe la escena de una escuela profesionalizante en la zona fronteriza de Baja California, A partir de la trayectoria de formación de la escuela, la transformación del plan de estudios y la incorporación de otras capacitaciones, se destaca la participación de esta escuela en la conformación y proliferación de espacios diseminados en la zona que atienden y cuidan TFAL y su contribución en torno a visibilizar y atender padecimientos que en el SAS público no ha logrado en su cobertura.

Se describen la metodología de enseñanza y los cursos que ofertan a fin de formar personas capacitadas en una variedad amplia de técnicas, y métodos que contribuyen a diseminar espacios en los cuales, se atiende y cuida TFAL, bajo una serie de mixturas que se integran en la praxis clínica en la experiencia sensitiva terapéutica.

7.1 Escuela profesionalizante Colegio de Terapias Alternativas de México, A.C.

De entre toda esta oferta, la capacitación y profesionalización a masoterapeutas ha incidido en la propia dinámica al interior del mercado del Turismo Médico en la zona fronteriza de Baja California. Así, uno de los objetivos de las escuelas profesionalizantes a nivel técnico, es generar un perfil con bases en la atención y el servicio con una amplia gama de

¹¹⁸ Situación social: Profesionalización en la atención y cuidado a los TFAL en una Escuela profesionalizante en la zona fronteriza de Baja California.

herramientas para, de forma individual e independiente, dar atención y cuidado a los TFAL y formarse, en el camino “de la búsqueda” a ser una persona “sanadora”.

Respecto a la educación técnica y los cambios históricos que ha sufrido la educación en México, Eduardo Weiss y Enrique Bernal enfatizan que en la actualidad “Están ocurriendo cambios sectoriales significativos: los servicios, la salud y el ocio se vuelven cada vez más importantes; hay toda una nueva industria cultural y de atención al cuerpo en continuo crecimiento”. A este crecimiento, agregan considerar la “dualización del trabajo y la migración” derivado de los cambios en las tecnologías de la información, a la par de los cambios organizacionales y profesionales que han derivado a su vez en cambios profundos en las profesiones”. Especifican que el único cambio irreversible “es el destacado lugar que han ganado las mujeres en el ámbito profesional y tecnológico, así como en los espacios académicos como la física y la medicina (Weiss & Bernal, 2013).

Parte de esta integración al ámbito profesional y capacitante de las mujeres responde en gran medida al tipo de labor que se efectúan en estas experiencias, pues como se ha referido ya, es el tacto cuidadoso, tierno y delicado asociado a las manos femeninas que capitaliza en tiempos actuales el rol asignado socialmente, pero ahora, llevado al ámbito del turismo médico, el traslape del cuidado y autocuidado que se sucede en lo doméstico, a la atención y cuidado en el ámbito transnacional de la zona fronteriza de Baja California.

7.2 Convivencia entre conocedores.

Las escuelas profesionalizantes han jugado un rol importante dentro de todas estas posibilidades de atención que diseñan planes y programas educativos y capacitacionistas, como oferta educativa a un sector de la población a quienes, con solo educación media concluida, pueden ingresar al curso en donde desde las primeras clases se incentiva a diseñar una identidad de marca y diseño de tarjetas de presentación como actividades escolares.

La implementación del plan de formación en esta escuela ha sido pensada con un claro posicionamiento respecto a sus análogos, sobadores (as) populares urbanos y los de los grupos y comunidades originarias.

“Porque el hecho tan solo de vivir en una sociedad donde ya no valoramos, ni apreciamos igual la naturaleza, el universo. Quieres ver las estrellas, está la luz, no te lo permite y tienes que tener esa sensibilidad para entender eso, ¿cómo funciona el cuerpo? y ¿cómo equilibrarlo? Entonces es súper difícil, ¿eh? En estos tiempos aparte que quien pueda tener ese conocimiento, por lo regular no va a estar en una ciudad va a estar en un lugar más cercano a la naturaleza y lo que vemos en la actualidad en nuestro país, es, bueno; sí, alguien aprendió una subespecialidad o un puntito muy pequeño de lo que es toda la medicina tradicional de cualquier parte, como puede ser, pues yo aprendí el parto, sí, pero eso es una minúscula parte de un todo”.¹¹⁹

El Colegio de Terapias alternativas y complementarias de México Yulitia A. C., incorporado a la Secretaría de educación en el estado de Baja California y a la Delegación estatal de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, tiene catorce años formando y capacitando a “Masoterapeutas”; esta fue la primera capacitación ofertada por el colegio. Con el tiempo, cuando cambia de domicilio de la zona centro a la delegación de Otay, incorporando capacitación de “Cosmetología” y más tarde “Kinesiología Holística” y el último cambio fue la incorporación de formación de “Osteopatía”.

La trayectoria de la escuela a lo largo de más de una década ha consolidado su presencia tras convenios de colaboración con instituciones municipales y de la iniciativa privada a partir de dar atención y cuidado, a menara de servicio social en carreras deportivas organizadas por el Instituto Municipal de Deporte del ayuntamiento de Tijuana; en donde al final del evento se realiza terapia manual profunda para descargar al tejido muscular, o bien, en asilos de ancianos a donde acuden con regularidad alumnos y alumnas para, ya sea incidir en la irrigación sanguíneo y sistemas linfático, o bien, ampliar margen de movilidad de articulaciones.

¹¹⁹ Entrevista etnográfica en escena 3, Situación social 2.

En forma análoga, y a la par de las capacitaciones y profesionalización que el director de esta escuela fue adquiriendo, se implementaron en la currícula de la capacitación de la escuela bajo su dirección, pero siempre a razón de la experiencia de padecer “grandes dolores”:

Porque ya hice de Magisterio en un tiempo x, me voy a jubilar y ¿qué voy a hacer cuando me jubile? Entonces, dentro de esa búsqueda pues quise estudiar leyes, quise estudiar nutrición o algo así, pero a final de cuentas yo tenía grandes dolores, ¿no? En la espalda por el estrés y toda esa cuestión, y dije: pues de una cuestión estresante a algo que me ayude el tiempo que voy a vivir a estar bien. No sabía ¿qué? No sabía nada de esto. Entonces unas compañeras iban a estudiar masaje y me llamó la atención. Dije: masaje terapéutico es lo que me interesa y me puse a estudiar.

CG: ¿Aquí en Tijuana?

Profr. Alberto: Sí, con Tonalli con este Luis Castellanos era el que tenía la escuela del área terapéutica. Pero pasaron dos años y yo sentí que no aprendí lo que se ocupaba. Entonces me puse en la búsqueda a seguir estudiando magnetismo, estudié iridología, estudié tuina, tejido profundo y aun así sentía que no captaba. Y, pero estudiando terapia craneosacral, y que en aquel tiempo ni sabía que era. Vino un osteópata, Andrea Gavazzi, un italiano y ahí fue que supe lo que era osteopatía. Y ya investigué y supe que había una escuela en México y en una vuelta ya me informé y todo y me anoté y estudié osteopatía. Ya cuando sentí que dominaba la osteopatía, ahí mismo vi la importancia de la kinesiología holística. Y eso ha sido lo que me ha abierto el campo dentro de este mundo civilizado.”¹²⁰

El origen de la osteopatía se remonta en 1860, desde la frontera de Missouri, Taylor Still insistía en que “la manipulación de huesos y coyunturas liberaba fuerzas restaurativas autorreguladoras del cuerpo y el poder curativo de la naturaleza”. Se proclamaba así: “ningún sistema de alopatía con sus drogas fatales debiera entrar en nuestras puertas [...] ninguna cirugía oficial, con sus torturas y decepciones para los afligidos, puede encontrar lugar seguro en el espíritu del osteópata auténtico, probado y certificado (Wardwell, 1998, p. 326-327).

Los osteópatas considerados como improvisados hasta mediados del siglo XX seguían sin ser aceptados como iguales a los médicos, pese a que recibían licencias en todos los estados y podían mostrar otros indicios de aceptación (Wardwell, 1998).

¹²⁰ Entrevista etnográfica en escena 3, Situación social 2.

Además de los osteópatas, entre los practicantes limitados y marginales los más conocidos son los quiroprácticos, junto con los naturópatas y han interactuado en una serie de transformaciones y legitimaciones. Los hay otros menos conocidos como “mecanoterapéutas”, “espoldiloterapéutas” y “sanipráticos.” Todos comparten una tradicional hostilidad a los medicamentos prescritos por los médicos, pues les consideraban “ajenas” o “venenosas”. Esta hostilidad ha sido completamente abandonada por los osteópatas y está disminuyendo en los quiroprácticos. “La evolución de los osteópatas de practicantes marginales a ortodoxos, ilustra a la vez el potencial para la absorción y los obstáculos a ella” (Wardwell, 1998, p. 326).

En la clasificación que presenta Eduardo Menéndez, señala que el sector técnico en Yucatán “está constituido por parteras empíricas, comadronas, hueseros, yerbateros, culebreros; en todos estos curadores los elementos técnicos de la curación son por lo menos equivalentes a los elementos mágico/religiosos que operan en el proceso curativo. Es decir, la atención supone el manejo de habilidades cognoscitivas que pueden ser manuales o de otro tipo: y que suelen equiparse o subordinarse a los efectos mágico/ religiosos (Menéndez, 2018a p. 347).

“En México lo que puede haber más cercano a esa visión, ahora se llaman “chamán”, el gran problema es que de 100 chamanes cuando mucho uno es auténtico y los demás, pues son charlatanes, se aprovechan de eso, aprenden dos o tres cosas, las deforman y, y lo ponen como una pantalla de publicidad de mercadotecnia y hay tienen una bola de seguidores, hasta que tarde que temprano se dan cuenta que son un fraude. Esto por lo regular se pierde, pero te puedes encontrar valores, por allá anónimos, que andan escondidos y que son muy valiosos, para eso tendrías que ir a una comunidad, por ejemplo, Yaqui, Tarahumara, Huichol, para encontrar a un “real curandero” que por lo regular no va a ser aquel que sale en la televisión. Eso se pierde ¿por qué? Por qué no hay una forma institucional de darle seguimiento a eso”.¹²¹

Los saberes de conocedores populares y urbanos, en la praxis clínica son reproducidos y adaptados o por sus agentes, figuran en el sedimento ideológico del “deber ser” de un verdadero conocedor, pese al distanciamiento y diferenciación respecto al mismo, dado el

¹²¹ Entrevista etnográfica en escena 3, Situación social 2.

proceso educativo formal que le confiere un estatus que no comparte con los concedores empíricos. Un proceso de tensión y negociación, complementariedad diría Menéndez (2018) en el proceso de selección de ofertas terapéuticas en el hiper pluralismo médico para atender TFAL.

“Después fui con el famoso el hijo de un sobador famoso de maneadero. Arce. El señor se hizo famoso porque dándole terapia a un americano que iba en silla de ruedas y que por los médicos estaba ya desahuciado con él caminó. Después salió en el periódico y le llegó mucha gente. Estoy hablando de los años 60, ¿no? Entonces cuando yo fui, yo empecé a ir en el en los 80, pero ya había muerto el señor, me atendió su hijo, segunda generación y con él estuve yendo y después este, pues ya murió ese señor y ahora está el nieto que obviamente, ¿no? Pues se van pasando y ya no es lo mismo.”¹²²

Con relación a los procesos de institucionalización y capacitación por parte del estado, y que Kleinman (1980), para el caso del SAS de la medicina china, engloban en un sistema aparte, preciso por la institucionalización que, en otros contextos, como el asiático, favoreció el reconocimiento y legitimación de su medicina tradicional.

“Pero aun así, es súper difícil llegar a ella, es la medicina tradicional china más conocida porque hubo un proceso político a mediados, a penas antes de mediados del siglo pasado cuando este Lao-Tsé logra hacer su país comunista, pero él venía de la región agrícola; entonces, trajo médicos tradicionales chinos con él, eran los que curaban a sus tropas, cuando Chang-Kai-shek que era el presidente, tenía la medicina occidental, entonces cuando llega al poder Mao, la medicina se establece con esos médicos tradicionales. ¡Claro! Hubo un proceso en el inter de transformación, pero institucionalizó la medicina tradicional china. De tal manera que la tecnología del Estado en ese tiempo se usó para la extracción de las hierbas curativas”¹²³.

“La misma acupuntura que es lo que más conocemos de la medicina china. El Tuina que es el masaje chino que no sólo es sobar, va lo mismo hacía articulaciones o lo que sea; pero lo hacen mediante un diagnóstico. Entonces la clave es cómo diagnostican como visualizan y cómo van a curar, pero si tú ves medicina china, no vas a ver diabetes no va a ver cáncer, no vas a ver este, alguna enfermedad cardiovascular, vas a ver desequilibrios y cómo reequilibrar y a veces vas a equilibrar con plantas a veces vas a reequilibrar con tuina a veces vas a reequilibrar con

¹²² Entrevista etnográfica en escena 3, Situación social 2.

¹²³ Entrevista etnográfica en escena 3, Situación social 2.

acupuntura. ¿No? Entonces así es como pienso yo. De acuerdo a lo que he leído y he visto que debe de ser la medicina ancestral”.¹²⁴

La convivencia entre los diferentes SAS, al interior del hiper pluralismo médico, responden a los padecimientos y las enfermedades que se atienden a través del intercambio de técnicas y métodos y desde una “visión holística”, dar atención y cuidado a los TFAL. Ya sea que se trate de un padecimiento propia de la “medicina humoral” o de una basada en la concepción de “frío-caliente”, equilibrio-desequilibrio; contar con nociones de las transformaciones que los SAS han sufrido en el tiempo, y su presencia en espacios en donde bien un TFAL encuentra sentido a la luz de la medicina tradicional mexicana contemporánea, en padecimientos como “golpe de aire” que desde diversas matrices morales e ideológicas se adaptan y adecuan en la praxis clínica.

“Muchas de las técnicas o hierbas que con terapias que funcionaban antes, ahora no van a funcionar igual ¿por qué? Porque las hierbas ya no son las mismas a las de antes por el monocultivo, por la contaminación, por la lluvia ácida, etcétera y de ahí, pues también los seres humanos ya estamos con una composición química pues muy diferente a la de antes y aparte de las posturas ¿no? Quizá, tiene que aparecer una nueva forma de cómo cuando estás tanto tiempo en la computadora, ¿eso cómo te puedes limpiar o descontaminar? O sea, van a aparecer enfermedades nuevas problemas nuevos, pero sí hay una base importante es: si quieres estar bien busca el equilibrio y el equilibrio a veces te da oxígeno. Te va a exigir, ¿no? de caminar descalzo en lugar orgánico, estar en contacto con la naturaleza, darte un tiempo para dejar todo esto que tenemos a nuestro alrededor.”¹²⁵

Lo anterior, permite no solo el fluido ir y venir de herramientas y técnicas, sino también de reinterpretaciones y resignificaciones del cuerpo doliente a partir de la síntesis sensitiva que estos conocedores promueven con las herramientas y técnicas de terapia manual profunda en un mundo sobresaturado, hiper conectado.

Uno de los efectos que más ha trastocado a la población campesina y rural del país es la migración. La población campesina entre 1930-1960, se convirtió en la clase urbana baja, en

¹²⁴ Entrevista etnográfica en escena 3, Situación social 2.

¹²⁵ Entrevista etnográfica en escena 3, Situación social 2.

parte del proletariado industrial, así como en las últimas décadas forma parte de la población marginal dedicada a trabajos informales (Menéndez, 2018, p. 130).

La invitación es a asumir que, desde mediados del siglo pasado, dice Menéndez: “la interculturalidad ha sido parte de la vida de la mayoría de los pueblos originarios antes de su “encuentro con la sociedad occidental, y siguió siendo luego de la conquista y la colonización”. Todo grupo ha establecido relaciones interculturales, incluidos los pueblos originarios y a estas relaciones les caracteriza la complementariedad la simetría y la cooperación, pero también la asimetría, enfrentamiento y lucha. Con lo cual, las relaciones interculturales han funcionado casi siempre, “en contextos de dominación, de explotación, de hegemonía/subalternidad. Más aun, la mayoría de estas relaciones se caracterizan por poner en juego los etnocentrismos particulares de cada grupo (Menéndez, 2018, p. 131-132).

La reafirmación identitaria, la reivindicación de tradiciones y los diferentes mestizajes culturales no señalan sólo los límites de la uniformización-americanización del mundo, sino que expresan con otros fenómenos, los límites de la antigua hegemonía de occidente (Lipovetsky & Juvin, 2010, p. 93).

“La misión superior de la escuela y de la cultura es aportar herramientas que permitan a los individuos superarse a sí mismos, ser más, cultivar pasiones fecundas y activas, su imaginario creativo, sea cual fuere la esfera de acción y de creación” (Lipovetsky & Juvin, 2010, p. 92).

“No puede haber educación sin discriminación ni selección, y sólo una sociedad que sabe lo que debe hacer y conoce sus límites puede legitimar sus instituciones docentes sin ser acribilladas por él [...] La cultura propia se pliega sobre el individuo, no se despliega ya en una comunidad, en una sociedad singular, singularizada por su cultura: se despliega sobre el vacío [...] La sociedad política liberal intenta atraer a cada cual, hacia una abstracción del sujeto de derecho, lo despoja de todo lo que hace de él un ser de carne y hueso, el pasado, el origen, los vínculos, la tierra y una historia” (Lipovetsky & Juvin, 2010, p 127).

Esta escuela a la fecha ha capacitado a más de 600 personas como masoterapeutas, de las cuales algunas han sido referidas a empresas y hospitales, como el hospital SIMNSA¹²⁶ que está adjunto a la puerta de acceso de San Ysidro, Ca, con algunas cadenas de hoteles como Holiday In Express y el SPA Dolce Vita, ubicado en la Zona Río. Considérese como cifra adicional las cerca de trescientas personas cosmetólogas y otras sesenta como Kinesiólogas y kinesiólogos holísticos que dicha escuela ha formado.

“Pero terapéutico que yo sepa, ahorita solo estamos nosotros y hay una en Mexicali y ahora en Ensenada con Yulitía la que tienen mi hijo, ¿no? Pero, aun así., ese es el gran problema, ¿no?, pero yo te soy sincero, yo busco, por ejemplo, ok, lo del masaje como un paso a la osteopatía. Y después de la osteopatía, ahora está la puerta para la Kinesiología, ¿sale? Pero aun así tenemos nuestras limitantes, que en el medio que estamos por supuesto no tenemos comparación, pero no quiere decir que eso es todo, hay un montón, pero nos permite estar por encima, en muchos casos incluso, por encima de hospitales médicos”.¹²⁷

De los y las terapeutas egresados de esta escuela, un porcentaje transnacional de ciudadanos va y viene del estado de California; y al egresar, las habilidades sirven a quienes padecen allá, con ingresos mayores a los obtenidos por sus análogos sin visa o ciudadanía estadounidense.

“Yo siempre he tratado de ser dueño de mi tiempo. Entonces cuando no doy clases, pero pues hace tiempo. No sé, hace tiempo iba en Mexicali un fin de semana y me tenían lleno. Entonces, lo mismo, lo menos que atendía en un día eran 10 cuando iba allá por, se llama Belén en California, iba también a Los Ángeles, pero después sí eran mínimo 15 al día. Empezaba a las 7:00 de la mañana y terminaba a las 11 de la noche, pero eran dos días intensos.

“Lo que pasa es que Estados Unidos es bien curioso cada estado tiene su propio reglamento. El reglamento de los más estrictos es el de California, el de Arizona no tanto. Entonces nosotros tenemos un plan de estudio amplio, pero si tú vas y lo presentas en Estados Unidos te van a decir: en esta materia ocupa más horas, en esta más, total que quieren que vayas a una escuela y que pagues, aunque te va a enseñar menos y mal. Eso sería un campo, ¿no? Lo otro es que allá tienes que irte a una

¹²⁶ SIMNSA Heath Care, primer centro de salud en México en ofrecer un sistema de salud para norteamericanos. fuera de Estados Unidos. [Turismo de Salud se consolida gracias al trabajo de los tres órdenes de gobierno y el sector privado | Secretaría de Turismo | Gobierno | gob.mx](#)

¹²⁷ Entrevista etnográfica en escena 3, Situación social 2.

asociación. Pero voy a una asociación en la que te dice ok, tú tienes tu documento, pero ¿cuántas horas de práctica tienes? ¡Ah! ya tienes tantas prácticas. Ok. Ya te certifica la asociación y entonces ya puedes adquirir la licencia. Yo lo intenté hacer eso por los muchachos. De hecho, contacté con la directora de un colegio de Arizona, que, de gobierno, pero que, pues tenían más terapias y traté de hacer un convenio, pero era un broncón ir hasta Arizona. Platiqué con ella y todo. A ella le interesó mucho porque incluso quería que viviéramos ahí, Pero como ya te decía, está re lejos, ¿no? Pero a final de cuentas no sé si la quitaron, no se. Pero a mí me interesaba porque ella era miembro de esa asociación nacional, que ella me ofrecía que nada más con las horas que yo quisiera podían certificar a algún alumno mío, estaba todo, pero se me perdió la señora”.¹²⁸

Un evento importante y significativo para el Colegio de osteopatía en Estados Unidos, se dio en 1961 cuando el California College of Osteopathic Physicians and Surgeons se convierte en University of California College of Medicine en Irvine; ofreciendo doctorados en medicina a quienes hubiesen recibido el de osteópata. Además, se fusionan las asociaciones médicas y osteopáticas del estado de California, pero no solo eso, la Cámara de delegados de la American Medical Association, decretó que: “toda sociedad médica del estado podía decidir entre aceptar o no, a los osteópatas como iguales, o en realidad, “la prueba debía ser: ¿practica la osteopatía el médico osteópata?, o en realidad practica su método de curación fundado sobre una base científica? (Wardwell, 1998, p. 327).

Mientras tanto, del lado de la zona fronteriza de Baja California, los aspectos de regulación y certificación para este grupo de concedores es muy difuso, como el de la Asociación Nacional de Masaje, pues para otorgar certificaciones, habrán de sortearse una serie de requerimientos y firmas, resultado de la meritocracia, verbigracia de cuotas obligatorias y voluntarias para tener acceso a la certificación.

Los objetivos que la Asociación Nacional de Masaje y del Instituto Voggler, lo que buscan... son vividores. Tienen el mercado compacto y todos se creen vacas sagradas y están muy por debajo del nivel. A mí me tocó, el primer curso de Kinesiología Holística que tomé, lo organizó la Asociación Nacional de Masaje, pues en sus instalaciones estaban los señores presidentes y estaban sus terapeutas. ¡Oh!, se la pasaron presumiendo. Y ya cuando se acercó y que: ¡ya vamos a trabajar! en la clase jugando, ¿no? el maestro Sergio, el Cubano. Muy presumidos. Y al siguiente curso ya no iban. Pues porque se dieron cuenta, ¿no? aparte del ego, se dieron cuenta que Sergio pues estaba muy superior y aparte que no podían aprender y no entendían lo

¹²⁸ Entrevista etnográfica en escena 3, Situación social 2.

que les decía hacer. Entonces, pues yo, ya después ya no sé, pero yo me di cuenta que tenían la publicidad de este que gran terapeuta y luego para acabarla de fregar, me lo encuentro en el metro de regreso: ¡no que yo esto! y ¡que yo el otro! Hijo de tu madre como 20 estaciones del metro escuchándolo. Entonces, puro cuento pues, o sea, dicen que son muy buenos, ¿eh? Pero nada, es un nivel muy pobre. Pero son los que dominan, si tú te quieres certificarte tienes que acudir a ellos y luego si tú pones y si ellos te certifican, tú ya puedes ocupar el documento, pero ese documento tiene que estar firmado por ellos y por cada persona te cobran una lana, son muy mañosos.¹²⁹

Está escuela oriunda, formada y pensada en y para la zona fronteriza de Baja California, cobra mayor relevancia al referir las certificaciones de osteópatas y quiropráctico que figuran en la población norte de la zona fronteriza y que encuentra tierra fértil para interactuar entre varios concedores del lado sur.

Las vertientes académicas de las cuales la escena 3, de la situación social 2, se entretajan además de los biomédicos, figuran los de otros sistemas, como el de la medicina cubana que tiene otros procesos históricos contextuales. Así, se integran técnicas y métodos de la escuela medica cubana, que se ajustan con las de otras escuelas en los intercambios de estrategias terapéuticas de atención y cuidado a los TFAL; como la kinesiología que interacciona entre los MMH y el MMAS. Similar analogía acontece con la osteopatía, pues como ya ha sido referido, surge en Estados Unidos, migrando a Italia y regresando a México, influenciando así, la perspectiva que subyace al objetivo central de esta escuela.

Se trata de un circuito internacional de intercambio de saberes, conocimientos y experiencias que se funden en una mixtura de formas disímiles y flexibles, porosas, para atender a la persona que encarna dolor a partir del entramado de varias urdimbres que confluyen en dolores rebeldes o crónicos, para ser atendidos y cuidados por estos concedores que abrevan en una miscelánea heterogénea de matrices culturales, que cobran sentido a partir de la experiencia encarnada del dolor y sufrimiento.

¹²⁹ Entrevista etnográfica en escena 3, Situación social 2.

Esta escuela abreva por una parte en la osteopática estadounidense, aunque en su variable italiana, y por otra, la kinesiológica de raíz latina afrocaribeña de la escuela cubana; verbigracia de las múltiples opciones que las terapias alternativas y complementarias ofrecen.¹³⁰

Los programas de esta escuela están planificados en cursos trimestrales en donde se abordan bases de fisiología, anatomía, terapias de relajación, masaje terapéutico, drenaje linfático, ejercicio terapéutico, masajes en entornos hospitalarios, masaje infantil, prenatal, geriátrico, atlético, deportivo y craneosacral básica.

“Mira, en los 90, en el 2000 en esas décadas se les dio a las casas de prostitución poner como masaje en vez del término. Sí, el término quizás existía desde antes de las casas que ponían en San Diego, de los coreanos que eran de prostitución, pero le ponían masaje. Después lo pasaron aquí a Tijuana o a México y resulta que decidieron ponerle la solución en el nombre de masaje, no le pusieron carpintero, mecánico, costureros, o algo así, no le pusieron masajes. Entonces sí, eso fue un tiempo. Creo que en la actualidad ya no es tanto, aunque el hecho de que toques el cuerpo, aunque no hubiera siempre, puede haber ese rango, por eso exigimos nosotros que la ficha es un buen preámbulo¹³¹, ¿no? En cuanto a lo otro, lo más importante es que estamos en el campo de las terapias alternativas, pero aún en el campo de las terapias alternativas, tú te encuentras a alguien que da masaje, estudió en una escuela formal, pero no solo él, los maestros; su nivel de masaje es pésimo, ¿no? Sin embargo, incluso, recibiendo un documento de la Secretaría de Educación porque se registraron, cumplieron con los lineamientos y dan masaje, Entonces cuando un masaje es de ínfima calidad, pues hay una profesionalización técnicamente hablando, pero no sustancial, cualitativamente, ¿sale? Entonces, cómo quieres tú aspirar algún día a que las terapias alternativas estén visualizadas a un nivel profesional más que con profesionalismo. Sí, el nivel de servicio es muy bajo. Entonces, esto es.¹³²

¹³⁰ Cfr. Váldez (Valdez Márquez, 2022) y Olivas (Olivas Hernández, 2018).

¹³¹ Se refiere a una ficha clínica en la que habrá de contenerse información básica de la persona consultante, además del consentimiento informado del tipo de terapia que se realizará. La ficha integra un área en donde habrá de señalarse la parte del cuerpo que adolece y las sensaciones que identifica. Esta formalidad le imprime cierto “profesionalismo” que pretende eximir de cualquier problema legal derivado de la terapia y la firma que entiende y acepta la terapia consciente y sin responsabilidad para el conecedor, en caso de alguna consecuencia contraproducente a la práctica.

¹³² Entrevista etnográfica en escena 3, Situación social 2.



Imagen No.7.1. Curso de Kinesiología Holística. Esc. Yulitia. Plaza Otay, Tijuana, B.C. Archivo personal.



Imagen No.7.2. Terapeuta y Kinesiólogo Holístico. Esc. Yulitia. Plaza Otay, Tijuana, B.C. Archivo personal.

“El discurso del respeto a las autonomías, incluidas las autonomías referidas a los PSEA-P, es cuestionado en la práctica por las fuerzas “impersonales” del mercado, que no solo impulsan valores antagónicos, sino que sobredeterminan las formas de vida de los grupos indígenas (Menéndez, 2018a).

“Las políticas neoliberales, y también las neoconservadoras, pueden ser respetuosas con las particularidades de los grupos subalternos básicamente en términos de discursos, ya que su práctica estructuralmente erosionada, modifican transforman y hasta eliminan dichas particularidades. Ahora bien, el reconocimiento de esta aparente contradicción, ya que realmente es una complementación, no supone que dichas políticas se apliquen ortodoxa y uniformemente, y menos aún que los conjuntos sociales subalternos acepten y/o aguanten homogénea y pasivamente dichas políticas” (Menéndez, 2018, p. 44).

De la cantidad de terapeutas graduados de esta escuela, y para no subemplearse con los SPAs de día SAC y SAH o la cadena y/o franquicia; tras concluir la capacitación y/o también llamada carrera técnica, el o la terapeuta cuenta con conocimientos básicos para autoemplearse y así destacar en la proliferación de espacios en donde se atienden y cuidan TFAL y que no están georreferenciados por Google Maps® pero si reconocidos por el

prestigio social que conforma tras la efectividad o no, de las terapias empleadas en la atención al TFAL en el ámbito de lo inmediato y vecinal.

La capacitación enfatiza que es la “calidad” y el servicio lo que favorecerá el crecimiento del autoempleo y suele recomendar que: “hasta que tengan la seguridad de atender una persona al día, entonces considere un establecimiento formal”¹³³. Mientras tanto, las personas profesionalizadas laboran en donde es posible, en un gimnasio, en cabinas rentadas y compartidas o en los domicilios particulares.

Cuándo menos nosotros como escuela ¿qué dijimos?: ¡Vamos a ponerle todo el entusiasmo para que el nivel sea el que debe de ser! ¿sale? Entonces es el primer paso, no luches por algo, si tú no tienes calidad, entonces primero calidad, o sea; que esa competencia indica que tienes, vaya categoría moral, pues, o sea, para exigir un poco ética, congruencia, etcétera, ¿no? Entonces de eso se trata. Pero sales con otros colegas y no: ¡que yo soy esto! si eres eso y puede haber alguien bueno, hasta superior a uno, pero una gran cantidad son de baja calidad ¿No? Entonces por eso, ¿eh? En el caso Yulitia, por lo que tratamos de hacer nuestro trabajo y dar las bases y con qué seguridad te presentes, ¿no? pero no podemos hacer más, porque la verdad no es una dos, tres, cinco, diez escuelas las malas, podemos decir que casi todas.¹³⁴



Imagen No.7.3. Publicidad de Terapia de Masaje Terapéutico. Playas de Tijuana, Tijuana, B.C. Archivo personal.



Imagen No.7.4. Publicidad de Terapia de Masaje Quiromasaje-Terapéutico. Delg. San Antonio de los Buenos, Tijuana, B.C. Archivo personal.

¹³³ Entrevista etnográfica en escena 3, Situación social 2.

¹³⁴ Entrevista etnográfica en escena 3, Situación social 2.

A sí mismo, la estrategia de marketing en las redes sociales, con creación de campañas publicitarias, es uno de los aspectos que esta escuela tiene considerado implementar en sus planes y programas, pero siempre tras la experiencia.

Tabla No.7.1. Caracterización de técnicas, métodos, recursos terapéuticos y tipo de relación en el tiempo en Escena 3, situación social 2.

Escuelas profesionalizantes. Esc. De Terapias Yulitia.			
Amnesis	Técnica y método	relación paciente-profesional	Recursos terapéuticos
Masaje terapéutico	Terapéutico	de confianza a mediano plazo	profesionalizantes
Masoterapia corporal	Profundo		experiencia propia
	Osteopatía		discursivas
	Ajuste estructural		equilibrio
	Kinesiología		búsqueda de sentido

Elaboración propia con información recuperada en campo y elicitada.

Así, se forman terapeutas con una amplia gama de técnicas y métodos a emplear en la praxis clínica y corporal por parte del conocedor en formación. Parte relevante de la praxis, en el primer momento de la sesión de atención y cuidado a los TFAL, consiste en la apertura a una evaluación ecléctica individual para inferir a partir de la tactilidad el origen de un TFAL y resarcir la lesión que aqueja. En caso de que se requiera técnica especializada, porque hay especialista en técnicas al interior de esta hiper pluralidad médica, y en sintonía a la pluralidad de la población atendida; se ha tejido una red de conocedores que en la práctica contienen, reproducen y promueven la profesión a través de un reforzamiento surgido de la recomendación de conocedores de estas y otras terapéuticas.

“Yo trato de estar abierto primero a que llegue un paciente, pero sinceramente la Kinesiología no es lo que más uso ¿por qué? Porque las personas me conocieron tratando problemas del sistema musculoesquelético y entonces me llegan por eso y es lo que más práctico, por lo tanto, pues es lo que más hago. Antes hasta compraba suplementos para dar un servicio integral, entonces se me echaban a perder porque no llegaban las personas o no los ocupaban. Entonces finalmente, me dediqué a especializarme mejor en esa área y ahora, pues que ha crecido Yulitia y pues me permite que si alguien ocupa algo de Kinesiología pues lo refiero con el kinesiólogo y no tratar de abarcar todo, no, ni podemos. O sea, me permite todavía tratar algunos asuntos de cuestión química, emocional, energética, pero ya cuando es más detallado, pues mejor le digo, vete para allá.

Como se observa, si bien la incorporación de herramientas, técnicas y métodos es amplia, los requerimientos más sentidos por las personas consultantes siguen siendo los TFAL. Ya sea que se haga uso de kinesiología holística, osteopatía, naturopatía y la amplia gama de vertientes de las terapias alternativas y complementarias, la terapia manual profunda es la más frecuente, demandada y efectiva, según la trayectoria de conocedores con más de una década, por lo que el prestigio de este terapeuta y de su escuela, muestran niveles básicos de profesionalización e institucionalización de terapéuticas que se integran y complementa dinámicamente entre los SAS a fin de dotarse de posibilidades múltiples y variadas empleadas en la atención a los cuerpos dolientes.

Las técnicas empleadas en las terapias sensitiva terapéutica táctil suelen integrar varias propias de la manipulación profunda. Ya sea deslizamientos suaves o no, el objetivo último de éstas promueve un estado de bienestar que contrarresta en cierto grado el delirio por la salud, misma que se ha convertido en un aspecto totalmente mercantilizable.

Respecto a la urgencia de perseguir la salud en las actuales sociedades de rendimiento, Han, destaca que la economía capitalista ha absolutizado la supervivencia, producido una ficción en la cual el capital genera más vida, capacidad de vivir. “La reducción de la vida a procesos biológicos y vitales desnuda la vida misma, despojándola de toda capacidad de ser narrada. Priva a la vida de viveza, que es mucho más compleja que la mera vitalidad y salud. El delirio por la salud surge cuando la vida ha quedado desnuda y vaciada de todo contenido narrativo. Ante la atomización de la sociedad y la erosión de lo social, lo único que queda es el *cuerpo del yo*, que hay que mantener sano a cualquier precio” (Han, 2025).

Respecto al dolor, Le Breton ya ha referido lo pertinente de la definición que ofrece la Asociación internacional de estudios sobre el dolor, en donde el dolor es definido “como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión de los tejidos real o potencial, o descrito en términos que evocan tal lesión”. La definición pone el énfasis en la

sensación del sujeto adoptando su punto de vista valorando la palabra de quien lo narra (Le Breton, 2019).

“El dolor no es sólo una sensación sino también emoción que permite que surja la cuestión del significado, y más allá esta la percepción, es decir, la actividad de descifrar uno mismo y no el rastreo de una alteración somática [...] La identificación de sus ‘causas’ por la medicina o el practicante tradicional se apoya en una interpretación fundada en una disciplina de pensamiento y una observación clínica que sólo cubre parcialmente lo referente al paciente que lo sufre. Pero esta es la primera tarea, “objetivar” el mal para poder aprehenderlo y elaborar un discurso sobre él” (Le Breton, 2019, p. 40).

Parte de esta elaboración será el lenguaje gestado entre conocedor y consultante a partir de la objetivación que surge de la tactilidad efectuada por el (la) conocedor (a), que como hemos referido, en la experiencia sensitiva terapéutica, a través de la afectividad y atenta escucha, se inicia la objetivación del dolor y el sufrimiento, pues el primero ha desbordado los límites del ser en el mundo.

Tabla No. 7.2. Tipología de técnicas manuales.

Técnicas Manuales		
Atención y cuidado a los TFAL (Músculo - esquelético)	Masaje terapéutico	
	Superficiales	Profundas
Effleurage (acariciamiento).		
Petrissage (amasamiento).		
Friction (fricción).		
Tapotemet (percusiones, vibraciones, pellizcamientos).		

Elaboración propia con información de (Vásquez, 2016; Vázquez et al., 2016).

Tabla No. 7.3 Tipología de técnicas manuales profundas.

Técnicas manuales profundas		
Acariciamiento	Superficial	Profundo
Frotación (roce, desplazamineto, presión)		Vaciamientos
		Rodamientos

Fricción	Media	Profunda
		Fricción transversa profunda de Cyriax
Amasamiento (Petrissage)		Digital plamodigital pulponudillar pulpopulgar
Percusión		Vibración Picado Machacamiento, cacheteo, golpeteo, trepidación, "clapping". Palmoteo.
Presiones		Digitopresión, puño, eminencias, palma, codo
Rodamientos	media	
Variedades y combinaciones (algunas típicas del quiromasaje)		Sacudidas Sacudidas vibratorias Pinza rodantes (pellizcamientos deslizantes) Rodamiento Pellizcamiento Tracción Tecleos digitales Pellizqueos Escurrimientos

Elaboración propia con información de Vázquez (2016) (Vázquez, 2016; Vázquez et al., 2016).

Paradójicamente, el dolor emanado de la tactilidad profunda suele desempeñar un papel relevante en la experiencia sensitiva terapéutica. Estas sensaciones a la par de las emociones del consultante con dolor y sufrimiento, puede iniciar ser resueltos con estas experiencias. Al respecto enfatiza Le Breton la pertinencia de lo que denomina “una antropología de los límites” la cual posibilita lecturas otras sobre las experiencias de dolor ya que los vínculos entre dolor y sufrimiento ya sean laxos o estrechos, son “profundamente significativos”. Si existe una variedad de dolores se debe primero a que existe una variedad de sufrimientos.

Al ser la piel el límite con el mundo, la antropología del límite abordada desde la experiencia sensitiva terapéutica posibilita inferencias otras respecto a las formas de transgredir los límites para promover reducir el dolor rebelde o crónico en cuerpos sufrientes.

7.3 Conclusiones.

En este apartado se describió el surgimiento y desarrollo de una de las escuelas de masoterapeutas con mayor presencia en la zona fronteriza de Baja California. La escena 3, de la situación social 2, nos adentró en el ámbito escolarizado de técnicas de terapia manual profunda para atender TFAL y del proceso de enseñanza-aprendizaje de métodos, técnicas y prácticas de diversos SAS.

A partir del discurso “holístico” e integrativo, parte de la capacitación en esta escuela está planeada con cursos variados que van desde las bases anatómicas propias de la biomedicina, hasta la implementación de algunas técnicas propias de la Medicina Tradicional China, Mexicana, Tailandesa, Japonesa, Cubana, para conformar sus cursos; sobre todo, es la práctica la de mayor envergadura en la capacitación dada la recurrencia con las que se solicitan atención y cuidado de TFAL.

En esta escena, de manera cotidiana acontece la negociación entre saberes múltiples y sistemas variados en un intercambio fluido y constante, no solo de herramientas y técnicas, también a nivel explicativo y discursivo respecto a lo que es la salud y el bienestar y la responsabilidad individual de “cuidar-se”, a manera de opción; cuando para el sector subalterno el cuidado de los TFAL acontece en la cotidianeidad, estando confinado al ámbito doméstico.

“El contacto físico manifiesta la excepción del encuentro, cierta relajación de las normas sociales ordinarias y la entrada en otra ritualidad. Se instaura en sentido más allá del sentido. La menor aproximación tiene una fuerte connotación afectiva porque transgrede las convenciones proxémicas. Tocar proporciona sentido a uno mismo y a quien está afuera. El gesto restaura la frontera, lleva a la sensación de uno dentro de una envoltura mayor. El tacto induce al alivio, la seguridad, el acercamiento afectivo” (Le Breton, 2020, p. 140).

Los egresados de esta escuela, que suelen pertenecen a los estratos de la población subalterna, a partir de las nuevas relaciones sociales que establecen en la praxis clínica, en donde la sinergia cobra un papel relevante resultado de la mixtura instrumental, incorporan, descartan o modifican aquellas que favorezcan una praxis individual, gracias a la tactilidad centrada en el cuerpo doliente.

La condición social de estos conocedores y/o “practicantes marginados” bajo lecturas históricas contextuales remiten a los procesos de institucionalización del MMH para análogos como los osteópatas y quiroprácticos en el estado de California. Este proceso del lado sur de la zona fronteriza de Baja California acontece bajo otras lógicas administrativas y de control.

Los procesos de certificación, institucionalización e integración al MMH de los nuevos “masoterapeutas” en los espacios aquí denominados Spa de día adherido a Clínica (SAC), SPA de día adyacente a hospital SAH y consultorios adyacentes a vivienda (CAV) son resultado de la tensión y el conflicto entre los SAS, en una continuidad histórica. Un mundo hipermoderno con lógicas aceleradas y cuerpos dolientes. “Cuanto más triunfa el corto plazo de la información, más tenemos que privilegiar el eje de larga duración, el de la profundidad del tiempo histórico, para combatir la ilegibilidad del presente, fuente de desasosiego y de repliegue en uno mismo (Lipovetsky & Juvin, 2010, p. 91).

CAPÍTULO VIII: CUARTA ESCENA: “VALIDAR EL DOLOR”. ¹³⁵

*“El tacto induce al alivio,
la seguridad,
el acercamiento afectivo”
(Le Breton, 2020).*

Introducción.

En este apartado se describe la experiencia sensitiva terapéutica táctil efectuada en la praxis clínica de un consultorio adyacente a vivienda (CAV) en el que se cuidan y atienden TFAL en la zona fronteriza de Baja California.

Se enuncian algunas particularidades de la atención, los instrumentos y herramientas en la experiencia sensitiva de atención y cuidado de dolores rebeldes, agudos o crónicos. Se enuncian la trayectoria de formación de una de las terapeutas que colabora en este CAV. De igual forma, se destacan algunos aspectos relacionados con los procesos de diferenciación de clase entre conocedores denominados “masoterapeutas” que se posicionan en un tipo de terapéutica alternativa y entonces preventiva; en pugna y abierta tensión con sus análogos fisioterapeutas al considerar la práctica manual profunda propia de sectores pauperizados.

Se destacan particularidades del CAV y de los padecimientos que con regularidad se atienden. La experiencia cotidiana de encarnar dolores rebeldes, crónicos o agudos emanados de TFAL, se resignifican en la tactilidad empleada en la terapia manual profunda de la experiencia sensitiva terapéutica (EST) táctil.

La vecindad y proximidad, a la par del reconocimiento entre iguales y de corporeidades dolientes, derivan en una terapéutica de la persona al acompañar y contener como parte del proceso de las trayectorias de atención iniciadas por la persona consultante para dar alivio al dolor y sufrimiento que encarna; encontrando validación y contención en el efecto resultante

¹³⁵ Situación social profesionalizante en la atención y cuidado a los TFAL en Consultorio Adyacente a vivienda (CAV) en la zona fronteriza de Baja California.

de técnicas y métodos invasivos, incómodos e incluso dolorosos tras el empleo de técnicas especiales como “el codito”.

Se expone el papel relevante de la atenta escucha como parte importante de una medicina de la persona. La queja figura como parte del idioma a desarrollar en la EST táctil y se integra como parte del proceso de atención y cuidado a TFAL al interior de un consultorio adyacente a vivienda (CAV).

Se proporciona una definición provisional de los CAV a partir de la relación que se establece entre conocedor y consultante así como de las principales características que le definen.

8.1 Consultorio adyacente a vivienda (CAV) Mantra.

En el municipio de Tecate, a cuarenta y cinco kilómetros de distancia de Tijuana, se ubica Mantra, lugar al que para llegar habrá de existir contacto previo para agendar cita, reservar horario de atención y obtener la ubicación física del consultorio.

Si se transita de forma natural por la ubicación de Mantra para cualquier transeúnte este lugar pasa desapercibido. No hay letrero, logotipo o señalética que evidencie su localización. Pero los vecinos conocen del lugar. Justo a un lado de una taquería está el acceso.

Se trata de un consultorio ubicado en un terreno de cerca de 15 metros cuadrados. En la esquina noroeste del terreno, se ubica el consultorio. Se trata de una edificación que consta de una estructura de cinco metros cuadrados. En color gris claro, puerta de aluminio y tras haber bajado la rampa de acceso que dista entre diez metros, está el CAV Mantra.

Su publicidad promueve ser un lugar en el que se oferta “movimiento con calidad y sin dolor” a corporeidades dolientes, además de terapias propias o de autor (a).

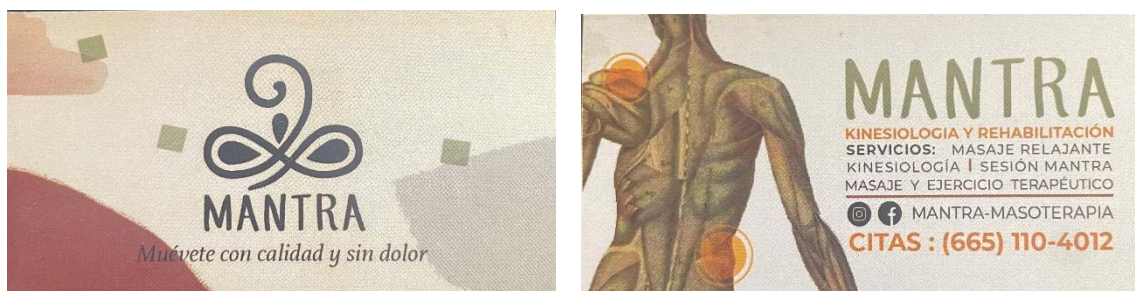


Imagen No.8.1 y 8.2 Tarjeta de presentación de Mantra. Archivo personal.

A la perimetral del terreno le delimita una malla ciclónica que restringe el acceso libre al terreno. En la esquina noreste figura una edificación inconclusa. Consta de cimientos y pilares que a su vez soportan una segunda planta con divisiones en su interior. Mientras que en la planta baja se proyecta un área abierta, con grandes ventanas. El avance de la construcción es de un 70 por ciento. Al concluir será destinado a un “Call center de terapeutas”.

El interior del consultorio en el que actualmente atiende está pintado en color blanco y , la ventana de dos metros cuadrados ubicada en el muro sur del consultorio deja entrar la luz natural. La sensación de dimensiones más amplias es posible gracias a los espejos que han sido colocados en el muro oeste. En el mismo muro están colocadas impresiones de la estructura anatómica, un cráneo, vertebras torácicas y la columna vertebral enmarcados a una sola tinta en líneas finas negras. El muro norte contiene estanterías en madera y leyendas de “Fitoterapia” y “Aromaterapia”. Entre ambos muros el acceso al baño-bodega.

Al piso le recubren tapetes de caucho y el aroma a bergamota con sus notas cítricas promueven un ambiente grato. El sistema de calefacción mantiene a temperatura de 26° centígrados, dando calidez al lugar con lo cual los (as) consultantes pueden despreverse de la ropa sin tener cambios bruscos de temperatura. No hay música que ambiente el lugar.



Imagen No.8.3. Acceso principal a Mantra.
Archivo personal.



Imagen No.8.4. Construcción para Call center
terapéutico. Archivo personal.

Al centro del consultorio figura la cama de masaje fija, a la que le viste una sábana en color menta y una toalla blanca; un banco giratorio para la terapeuta y un banco-cajonera en donde los (as) acompañantes puede cómodamente sentarse y esperar. Al fondo, en el baño-bodega que funciona como vestidor, en donde la persona consultante se desviste para colocar una toalla blanca que será retirada por la concedora según realice la secuencia de su trabajo en las áreas corporales sobre las que irá trabajando.

La primera etapa de diagnóstico se realiza con una serie de preguntas relacionadas con las sensaciones provocadas por la lesión, edad, padecimientos crónicos, ocupación laboral, tiempo de lesión y la motivación por la cual se recurre a este consultorio. De las respuestas, la terapeuta deduce qué zonas habrá que trabajar y va seleccionando las técnicas a emplear según se sucede la sesión. En este acercamiento la persona consultante realiza un primer intento de externar el tipo de dolor que experimenta, aunque para ello remita que su cuerpo total esta atravesado por un sentir difuso, inaprensible o puntual y concreto.

Se llenan una serie de aspectos generales en el cuestionario digital del dispositivo móvil de la conoedora en donde se van conteniendo las respuestas del cuestionario, que, dicho sea de paso, es escueto y puntual. La finalidad es inferir y/o descartar el posible origen de las lesiones y encontrar el punto a tratar; para lo cual tendrá que tocar o palpar al consultante pues no hay manera de atender las lesiones musculares o TFAL sin el toque básico e indispensable de las terapias que se ofertan en este CAV.



Imagen No.8.5. Consultorio y/o Cabina principal de Mantra.
Archivo personal.

“Tocar proporciona sentido a uno mismo y a quien está afuera. El gesto restaura una frontera, lleva a la sensación de uno dentro de una envoltura mayor. El contacto cuerpo a cuerpo con una persona desconocida es un hecho raro, expone a un abandono a los movimientos del otro” (Le Breton, 2020, p. 142).

El trabajo corporal efectuado, en un primer momento estará a cargo del uso y aplicación de toques propios de la terapia manual profunda. La secuencia de trabajo abarca la totalidad del cuerpo exceptuando los pies. Trabaja extremidades inferiores en posición boca abajo, la espalda y hombros, así como el cuello. Pone especial atención a la musculatura de espalda media y alta trabajando fibras musculares de cuadrado lumbar y erectores de la espalda, romboides, trapecio, esternocleidomastoideo y el subescapular, entre otros.

En la espalda alta se dedica bastante tiempo a la aplicación de terapia manual profunda, presta atención por cerca de cuarenta minutos del total de los ciento diez del total de la duración de la sesión. Los aspectos que trata: retención de líquidos, fascias adheridas, movimientos limitados y compensatorios en la economía de desplazamiento de la corporalidad doliente. La mayor parte del tiempo empleado realizan toques de diversas profundidades, en tono creciente de menor a mayor, para elongar grupos musculares involucrados en esta parte corporal del consultante.

En esta ocasión solo Diana atendió al consultante ya que es frecuente que se compartan sesiones con otro (a) terapeuta y efectuar las terapias a cuatro manos. Esta posibilidad demanda menor desgastante para quien con sus manos afectivas y de contención, promueve externalizar el dolor que no encuentra palabras que doten de sentido y significación el devenir en un tiempo suspendido que encapsula la experiencia de dolor y sufrimiento.

“La cabina”, como comúnmente se les denomina a estos espacios, es compartida con tres terapeutas, siendo en total cuatro los profesionales que trabajan en este espacio, dos mujeres y dos varones. El uso de la cabina, semana a semana es distribuida en turnos por días, organizando y distribuyendo entre el equipo de colaboradores la demanda del trabajo semanal agendado. En Mantra se maneja una cartera de clientes amplia, lo que les ha posibilitado compartir horarios laborales, agendas y la realización de otras actividades.

Una de las colaboradoras de Mantra es Licenciada en Educación Física y también cursó la formación en masoterapia. Los dos colaboradores varones que laboran también se formaron en masoterapia, les ha certificado la escuela de terapias Yulitia y a nivel de educación formal, cuenta con formación de nivel medio superior.

La terapeuta Diana cuenta con una carrera técnica en auxiliar de enfermería, una certificación en Masoterapia con especialidad en aparato locomotor y en Kinesiología Holística, mismas que cursó en la escuela de Terapias Yulitia, en donde también por algunos

años fue docente del curso de Kinesiología Holística. Recién terminó el primer cuatrimestre de la licenciatura en Fisioterapia en una universidad privada.

Especial mención amerita la formación de Diana como auxiliar de enfermería, que con el tiempo integra prácticas y saberes propios del denominado neo chamanismo, además de reiki, elixires sagrados, radiestesia, hawaiano y danza polinesia, entre otras capacitaciones y certificaciones.

Si bien su incursión en el área escolarizada de la Fisioterapia es reciente, la diferencia o tensión entre los docentes de la universidad y ella ha sido evidente desde el inicio de los cursos de la licenciatura en fisioterapia, pues han hecho explícito que un “fisio no da masajes” y cuando es así es porque: “cuando al fisio le llega el hambre, entonces hace masajes”.

Burlas, chistes y comentarios despectivos relacionados con la práctica profesional de D. es el medio por el cual se hace explícita la marcada diferencia entre quienes forman a los futuros fisioterapeutas y la profesional en masoterapia, pues la técnica manual es vista como no requerida por el profesional de la fisioterapia. Así, se enseña a nivel profesional en esta universidad que la masoterapia no es una técnica propia o buena para ser utilizada por el fisio pues se requieren estar en condiciones de precariedad para hacer uso de ella. Eso a ella le incomoda, que a pesar de todo “sabe dónde está parada”, pues tiene un negocio próspero y en crecimiento. Lo que le motiva a estar en la universidad es el interés en realizar una especialidad en traumatología y ortopedia para lo cual es indispensable un certificado a nivel de licenciatura.

En la praxis clínica, una vez que ha obtenido información de los síntomas y realizado algunas pruebas de movilidad, inicia la terapia manual profunda. Con uniforme color negro y una portaceitera que coloca en su cintura, la conecedora inicia la sesión de la terapéutica táctil manipulando el tendón de Aquiles, liberando la tensión en los músculos de piernas como el tibial anterior y separa la fascia del gastrocnemio. Amasa la totalidad de los

músculos siguiendo dirección sacro-caudal hasta el área de rodillas; las manipulaciones son en ambas piernas, primero la izquierda y después la derecha. De entre la variedad de toques efectuados, figuran algunos deslizamientos, seguidos por amasamientos y manipulación profunda en los músculos largos de la pierna, basto interno y basto externo.

La lógica de la dirección de los toques responde al retorno sanguíneo, con lo que al acelerar la irrigación sanguínea promueve la eliminación de ácido láctico, líquidos retenidos, adherencias, inflamación, pues también el sistema linfático se acelera con los toques. La profundidad de la secuencia de toques va de sutiles a profundas, en apego al dialogo establecido con las corporeidades dolientes. Por lo que el toque suave es prístino para deducir tejidos contraídos o lesiones estructurales. La profundidad aumenta en relación a la conversa establecida entre las partes.

Conforme dota el toque suave cierta disposición a la experiencia, el profundo va figurando y atendiendo aquello que las manos que contienen perciben, dotando de alivio, seguridad y acercamiento afectivo.

En esta praxis clínica, corporal, el lenguaje: un toque suave figura como una presentación en la relación dialógica de atención y cuidado al TFAL. Esta presentación es seguida de otros más profundos e intensos, como cuando se investiga sobre aspectos otros de la vida cotidiana de las personas. Similar analogía sucede en la EST táctil en donde el toque suave promueve una disposición y confianza a abrir el dialogo a cerca del dolor que se encarna, para que, en la expresión de la subjetivación de las sensaciones experimentadas, el TFAL sea visibilizado y con ello resignificar el dolor rebelde o crónico, mismos que están atravesados por los aspectos socioculturales en los que está inmersa cada corporalidad.

“El dolor no se deja aprisionar en la carne, implica un ser humano sufriente, y recuerda que las modalidades físicas de la relación de la persona con el mundo adquieren cuerpo en el seno de las relaciones sociales, es decir, en el centro de la dimensión simbólica (Le Breton, 2019, 156).

C: De las lesiones de cintura escapular (articulación húmero, clavícula y omóplato), ¿Qué tan frecuente lo atiendes?

Diana: Muchas, fácil una dos tres por semana. Es tan similar como la de cadera.

C:¿Es por los ejes de motricidad, mecánicos?

Diana: Es, pues es que sí, toda la disfunción tiene que ver con eso, pero tiene que ver más con la cultura o con el estilo de vida que lleva la persona. Por ejemplo, yo aprendí a caminar por mis papas, ¿qué significa? que mis primeros años de vida yo imitaba el paso de ellos, ¿no? Entonces, yo no sé si mi mamá trabajaba en una fábrica o estaba parada todo el día, eso es algo que quiera o no, la gente lo trae, voy a repetir ese patrón, posiblemente lo voy a modificar, porque yo voy a desarrollar mi propio patrón. Pero fue uno de mis primeros patrones. Y siempre, yo tengo en sí una de las teorías que siempre me ha gustado decirle a la gente, es que la gente, busca aprender cómo le enseñaron. Si buscas aprender cómo te enseñaron, entonces, tú no puedes querer enseñarles a todos iguales su patrón de analgesia, si yo siempre estoy usando esta mano para trabajo repetitivo, tu patrón de analgesia va a ser usar el otro lado. O hacer el movimiento contrario, por ende, yo te tengo que enseñar eso a ti, pero tengo que ver cómo tú aprendes. ¿Qué es un patrón de analgesia? un patrón contrario al movimiento repetitivo. Como la analgesia es lo que te quita el dolor, en este dolor, que haces tu para quitarte el dolor.

Al respecto Le Breton ya nos ha apercibido de que, en nuestras sociedades actuales, heterogéneas y permeadas por múltiples influencias globales, propias del régimen capitalista, en donde “el individuo es una estructura social, las formas personales de relación con el dolor se configuran con mayor o menor libertad sobre los modelos culturales tradicionales; presentándose como un entramado de actitudes (Le Breton, 2019).

En Mantra, es clara la relación que se establece con los consultantes, sabedores de que las lesiones son culturales, al igual que el dolor y sufrimiento, por lo que el proceso de la tactilidad compartida requiere de un grado de confianza que inicia con la destreza de un toque afectivo para, y a partir de ello, proporcionar atención y cuidado a la persona. Para tal efecto, la traducción y/o interpretación del idioma táctil, de la queja y el lamento, abrevia en la experiencia previa del cúmulo de corporalidades dolientes atendidas a lo largo de la experiencia y trayectoria del conocedor (a).

En secuencias de tres, cada movimiento profundo es ejecutado con deslizamientos a presión en la parte posterior de los muslos de las piernas. Este movimiento suele ser doloroso debido a la forma del músculo y sus áreas de inserción e inervación. Las de inervación están en la porción ósea sacroilíaca, y al ser los grupos musculares los principales en ejecutar la flexión,

extensión y rotación del cuerpo, estas manipulaciones promueven además de la descarga muscular, la eliminación del líquido alojado en el tejido muscular, resultado de los procesos inflamatorios en el cuerpo.

Siguiendo la dirección del retorno sanguíneo, (sacro-caudal), primero manipula en series de toques de baja profundidad e intensidad, seguidos de otros más profundos en dirección a la espalda baja. Tras realizar series de deslizamientos y toques profundos, efectúa desplazamientos nudillares. El uso del peso corporal de la terapeuta favorece las manipulaciones profundas. La especialidad de D. es “el codito”. Con la parte anterior del antebrazo y la articulación del codo, se desplaza a presión sobre todo el erector de la espalda en dirección al cráneo, haciendo una pausa prolongada a presión sobre puntos gatillo¹³⁶, que suelen ubicarse a la altura de la séptima y doceava vértebras torácicas, hasta el omóplato, en donde los músculos redondos, deltoides, subescapular y supraespinoso; conforman uno de los grupos musculares involucrados con el movimiento de brazo y la espalda alta y cervicales, conocida también como cintura escapula.



Imagen No.8.6. Aplicación de técnica manual profunda en grupo muscular de antebrazo. Archivo personal.



Imagen No.8.7. Aplicación de técnica manual profunda en espalda alta y trapecio. Archivo personal.

¹³⁶ Se trata, de “un punto localizado altamente irritable, de dolor muy intenso en un nódulo en una banda tensa palpable del músculo (esquelético). Éstos suelen ser variables en dimensiones, desde un pequeño grumo, hasta un bulto grande y se pueden sentir debajo de la superficie alojados dentro de la fibra muscular. Si son dolorosos y sensibles a la presión, perfectamente pueden ser “puntos gatillo” (Niel-Asher, 2017)

Después de concluir el trabajo por toda la parte posterior, cambia la posición del consultante, que, dicho sea de paso, tuvo una duración de una hora con cuarenta y cinco minutos; se inicia el trabajo corporal boca arriba.

Sigue secuencia de manipulación suave, a media y profunda. Enfatiza el trabajo en la articulación de la cintura escapular, en donde con digitopresión incide en la musculatura localizada entre las vértebras cervicales y a nivel del elevador de la escápula. Estas manipulaciones requieren de movimientos efectuados con precisión, presión y profundidad y suelen ser invasivos e incómodos.

Para reducir la incomodidad, la terapeuta cuida ángulo y flexión en la posición de rotación y flexión o extensión de vértebras cervicales para el toque profundo e incidir en la relajación y descarga muscular. Para finalizar, realizó ajuste estructural de vértebras cervicales con una tracción en dirección al lado derecho y otra en el sentido contrario.

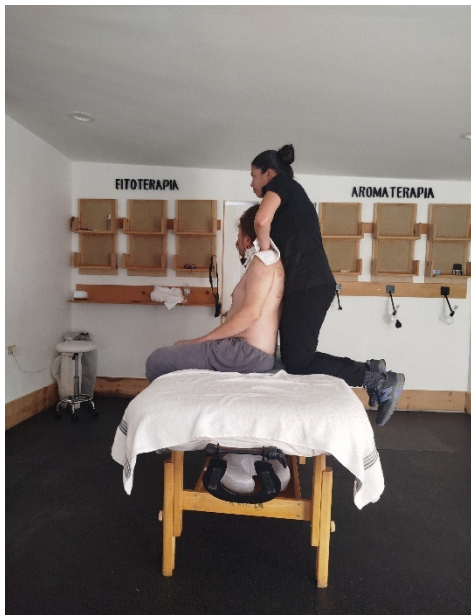


Imagen No.8.8. Aplicación de técnica manual profunda en elevador de la escápula, trapecio superior y cervicales. Archivo personal.



Imagen No.8.9. Aplicación de técnica osteopática en cintura escapular y húmero. Archivo personal.

Realizada la descarga total de la musculatura corporal, utiliza el martillito neurológico con baja intensidad en la inervación e inserción de los músculos de la articulación de brazo y antebrazo.

Coloca siete ventosas por poco tiempo en espalda alta (trapecio, supraespinoso y redondos) y tras colocarlas en la espalda alta, con rapidez les retira. Acto seguido, realiza deslizamientos asistidos con una sola ventosa en todo el músculo erector de la espalda y/o paravertebral. Esta técnica incide en los vasos sanguíneos provocando enrojecimiento. En esta manipulación, el consultante colabora activamente en posición sentada flexionando su cuerpo según se ejecuta el deslizamiento de la ventosa. Esto provoca más incomodidad ya que las ventosas y su efecto de alto vacío succionando la piel, inciden en fibras profundas tras movilizar tanto el músculo como la ventosa.

Esta técnica es propia de la Medicina Tradicional China y se le conoce como Gua-sha¹³⁷, que favorece la descarga muscular a nivel profundo dado el estiramiento muscular que ejecuta el consultante. D. hace uso de acupuntura cuando la persona lo requiere, o bien auriculoterapia¹³⁸ y/o tapping¹³⁹.

¹³⁷ El objetivo de la Gua-Sha es eliminar las posibles causas de las enfermedades corporales, toda vez que la medicina oriental considera que los factores ambientales como el viento, frío o calor se introducen en el cuerpo a través de los poros y expulsarse con el sudor. “Esta técnica se efectúa raspando la piel con un objeto liso”. El objetivo es generar enrojecimiento o las denominadas “petequias” que resultan de presionar la fibra muscular y el tejido conectivo tras el raspado. Son los vasos sanguíneos que se han roto por la fricción ejercida con el objeto liso. La sangre de los vasos sanguíneos se deposita bajo la piel tras haberse roto, permaneciendo intactos los capilares. La fuga viene del lecho capilar y al no poder abandonar el cuerpo, la sangre se deposita en el espacio extravascular, bajo la piel, en forma de puntos rojizos o morados. Estos enrojecimientos se les llama Sha. Así, “la terapia de Gua-Sha es un tratamiento manual eficaz que ayuda al cuerpo a curarse a sí mismo”. (Witham, 2015).

¹³⁸ La auriculoterapia es un microsistema de acupuntura, la técnica diagnóstica y trata diversas enfermedades a través de puntos de reacción ubicados en la oreja, donde al igual que los pies, manos e iris, se encuentra el cuerpo humano representado. Al estimular determinada parte de la oreja, sus efectos se verán reflejados en la parte del organismo relacionada con esa área (Jian Ha & Peñafiel, 2019).

¹³⁹ Se trata de una técnica de liberación emocional (o Emotional Freedom Techniques, EFT, en inglés). Es una herramienta sencilla que incide en el bienestar físico y emocional tras enfocar la mente en lo que preocupa, a la par de aplicar presión con las yemas de los dedos sobre puntos concretos de acupresión (Beer & Roberts, 2013).



Imagen No.8.10. Aplicación de ventosas frías en espalda alta. Archivo personal.



Imagen No.8.11. Deslizamiento asistido de ventosa en músculo erector de la espalda. Archivo personal.

Tras la descarga muscular, la terapeuta ejecuta algunos movimientos articulares con la intención de ajustar y liberar la tensión que ha resultado de la contractura del músculo y/o grupo muscular involucrado. Aunque no son efectuados con regularidad por D., pues casi no realiza ajustes estructurales u osteopáticos, a pesar de su agrado por la técnica.



Imagen No.8.12. Aplicación de ajuste articular. Archivo personal.



Imagen No.8.13. Aplicación de trusth en articulación de antebrazo. Archivo personal.

“Diana: Entonces, yo veo que hay más problema muscular. Si tú tratas el músculo y luego haces las pruebas, te das cuenta realmente qué está pasando. Porque si ya relajaste, lo que es más fuerte que cualquier cosa, que es el músculo, ya te va a decir dónde está el problema.

C: Pero hasta que trabajas tejido muscular, ¿antes no?

Diana: Sí. Por ejemplo, la primera sesión yo trabajo más la parte de masoterapia. Y ya en la segunda es cuando me dedico a hacer pruebas. ¿Por qué? Porque ya trabajamos todo lo que son músculos y si había ahí alguna tensión provocada por una descompensación, ya se trabajó.

C: Entonces muscular. ¿cuáles son las lesiones más frecuentes, en tu experiencia, con las que llega la gente?

Diana: Es que la rama en la que yo me manejo es más estructural. Te estoy hablando que agarro más deportistas, más personas de gym. Si me llegan niños, me llega de todo. Pero me he dedicado un poquito más a esas áreas. No sé, también atiendo a personas mayores, pero no son mi principal mercado.¹⁴⁰

Las expresiones de dolor e incomodidad por parte del consultante fueron expresadas desde el inicio de la sesión. Es importante expresar la incomodidad, externar o manifestar el dolor, pues de lo contrario “se verá reflejado en otra parte del cuerpo”. Reprimir la manifestación del dolor es contraproducente. En Mantra es común que las personas que recurren a este consultorio lloren, griten, giman, se quejen, ese no es problema para ella. “Todo disgusto físico se sobreestima y percibe como doloroso, aunque ese estímulo deje indiferente a una persona sana” (Le Breton, 2019, p. 84-85).

C. Si es gente que tiene y que hace con frecuencia ejercicio, ¿cuáles son las lesiones más frecuentes, o hay una lesión que todos padecemos?

Diana: Depende, el ser humano no ha evolucionado para no sentir dolor. Así de sencilla es la cosa. Sea lo que tu hagas, siempre vas a tener dolor. Ya sea porque le metiste carrilla de más a tu cuerpo, y no estaba preparado para eso, no quiere decir que no lo puedas hacer. Una cosa es lo que puedes hacer y otra lo que debes hacer. A mí me toca mucho que viene un muchachito y me dicen: ya extrañaba venir, y no sé porque extrañaba venir, si esto duele mucho.

C: entonces extrañaba venir, pero cuando vuelve a sentir las manipulaciones dice, ¿por qué?

Diana. Le digo, mire, a los tres días vas a entender por qué. Y sí. Porque son dos, tres días, que se siente como si hubieras ido al gym por primera vez y ya después se sienten bien.

C: ¿y cómo se llaman a esos tres días, tu cómo le indicas a la gente que va a tener...?

Diana: Que va a tener tres días de recuperación. Esos tres días que va a tener, va a sentir bastante dolor, se va a sentir molido, se va a sentir, hasta calentura les puede dar. Porque a veces están muy inflamados, y es normal que cuando están muy

¹⁴⁰ Entrevista etnográfica a informante clave en escena 4, situación social 2.

inflamados y los trabajas pues, les duele. Y pues la misma, el mismo liquido corporal va a tratar de suplir de alguna manera. Este, y, ya. Pasan los tres días, depende del tipo de personas si viene muy inflamada, son hasta cinco; y ya después de eso te dicen, ya después de los cinco días, ya estoy así y así. Porque también tienes que ver que la persona puede venir la cantidad de veces que le vas a indicar y que tu tengas un tratamiento que la persona sienta que le estás haciendo algo, porque si tú lo citas cada tres días, un día sí y un día no, y le haces lo mismo a la persona, vas a perder a esa persona en dos, tres semanas sin problemas. Pero si eres realista y le dices, ¿sabes qué? Te lo vas a aplicar todos los días porque ya miramos que este es tu movimiento de analgesia, y lo vas a estar haciendo todos los días hasta que yo te vea. Y cuando yo te vea, voy a ver si es cierto que lo estado haciendo. ¿Qué va a pasar? que la personas ya se quitó solita en esos siete días, te ayudo a que eso disminuyera un setenta por ciento y no vas a atenderla tan seguido.¹⁴¹

Parte fundamental de la sesión efectuada por la terapeuta consiste en “validar el dolor” del consultante, pues es de suma importancia durante la sesión toda vez que, a partir del dolor del consultante, y a la par de las manipulaciones que efectúa, les va “enseñando a sentir su cuerpo”.

Diana: Mira tienes que ver algo. Si la persona viene con dolor y lo voy a decir así, que normalmente no, si la persona viene quejosa, viene con dolor. No le están haciendo caso. No le están validando su dolor. Y si tú también le dices lo mismo que los demás. No le estas validando su dolor. Si tu no le validas su dolor, ¿a qué viene la persona? Puede traer el dolor, pero yo no valido todos los dolores; vamos a tratar todo lo que te duele, si, general. Y después nos vamos a dedicar a lo que realmente te duele. Porque te pueden decir: me duele la panza, pero para ellos la panza es todo esto, cuando la panza es solo esto. Entonces, ¿qué vas a hacer? Le vas a enseñar a la persona en el proceso a que sienta su cuerpo y ya te va a decir, ya, me duele aquí. Tal vez no sepa el nombre, pero ya sabe exactamente dónde le duele.¹⁴²

El diálogo entre conocedora y consultante requiere de pericia y capacidad particular para discernir que dolor requiere de validación. La validación estará a cargo de la conocedora que sabe que, es la queja y el lamento que aflora en la EST táctil, parte relevante del lenguaje que se establece entre ambas partes. Ya sea que trate de origen físico o emocional, la prioridad es la escucha y dotar de contención a lo largo de la sesión. Por lo que, ambas, escucha y contención, se convierten en parte fundamental de la praxis clínica y corporal en esta escena.

¹⁴¹ Entrevista etnográfica a informante clave en escena 4, situación social 2.

¹⁴² Entrevista etnográfica a informante clave en escena 4, situación social 2.

La prudencia es de suma importancia cuando la persona con dolores rebeldes o crónicos externa sus problemas emocionales y psicológicos pues se corre el riesgo de “dejar abierta a la persona” o bien, puede impedir que se efectúe de manera exitosa la sesión. Por lo tanto, establecer con claridad un límite entre esta experiencia y la posible necesidad de recurrir a un profesional de la psicología o psiquiatría, es otra particularidad por destacar. Establecer este límite en el lenguaje táctil es relevante pues la escucha también tienen un margen de apertura y restricción, en aras de no involucrarse en aspectos que no sabe atender.

Contar con habilidad en el manejo del lenguaje táctil en la atención y cuidado de TFAL es fundamental pues hay de todo tipo de personas, como las que “hacen un dramonón”. En ese caso D. limita el ámbito de competencia, puntualizando las formas y los procesos que se efectúan en Mantra, pues no hay exclusividad de terapeuta ya que puede ser cualquiera del equipo quien atienda; e incluso lo limitado de las preguntas al inicio de la sesión están relacionados con esta posibilidad. Así, mientras menos preguntas mejor, al final de cuentas, es con el toque y la síntesis sensitiva de la terapeuta, además de la experiencia emanada de los casos atendidos, en donde “si o si tienes que tocar” pues “se ocupa” para la atención y cuidado de TFAL.

Al efectuar terapia manual profunda se descarga el músculo en tensión e inflamado promoviendo que vuelva a su lugar y a nivel articular libere el desfase articular, drena los líquidos retenidos pues el sistema linfático también se activa por las manipulaciones. Estas experiencias al implicar la atenta escuchan, validar el dolor; la queja y el lamento se convierten en una medida de la dimensión en la que las corporalidades experimentan el TFAL, se trata de la posibilidad de encontrar la manera de transmitir y dotar de lenguaje el dolor encarnado cuando es agudo. “Las quejas que acompaña a estos dolores desacostumbrados y breves son culturalmente legítimas; casi no afectan las relaciones sociales e inducen a actitudes de solidaridad” (Le Breton, 2009, p. 217) y aunque el umbral de sensibilidad difiere del umbral dolorífero, en este último el individuo reacciona y su la actitud adoptada están “esencialmente vinculados con la trama social y cultural (Le Breton, 2009).

La validación del dolor desde la tactilidad, la terapia manual profunda y la queja enunciada se convierte en parte del lenguaje que habrá de ser traducido y resignificado en esta escena; la lesión, TFAL y el dolor. Para dar con la lesión, es bien visto externen quejas, gritos, lamentos o alaridos. Estos se convierten en parte fundamental de la validación del dolor, sin la cual, la EST táctil no tendría el mismo resultado ya que en caso de reprimirles, seguirá encapsulado el dolor bajo la piel, incrustado en las fibras musculares; en la queja es la forma que la conocedora habrá de traducir como parte del idioma que se genera entre actores (a) en esta escena.

Mira, te pongo la validación con una persona con fibromialgia, que al final de cuentas es un síntoma, ¿no? No es una enfermedad. Pero si toda la gente le dice que ese dolor no existe, y tú le dices que sí, pero si se pone a hacer ejercicio se le va a bajar. Porque realmente se va a desinflamar, a final de cuentas es una inflamación. Le validaste su dolor, le diste una solución y la persona ya sabe que moviéndose se le va a quitar el dolor. ¿Que ocupaba? Que alguien le dijera, si, tu dolor está ahí, pero puedes hacer esto. Por ejemplo, él, me duele mucho el brazo, me levanté y me dolía. Pues, si cierto, posible y durmiendo le dolió. Y te dicen, es que ya no sirvo ni para dormir. No es que no sirva ni pa´ dormir, lo que pasa es que se lo lesionó en el día y ya en la noche ocurrió el dolor.¹⁴³

La atención de la conocedora implica también, reconocer el límite corporal a través de la piel en la EST táctil, toda vez que según sean los requerimientos de cada persona, será la profundidad y atención efectiva de la lesión o del TFAL en las corporeidades dolientes que recurren a Mantra por recomendación de sus allegados dado el prestigio social que el equipo de colaboradores ha obtenido a través de los años. “Más allá de la respuesta terapéutica inmediata que apunta el organismo, el médico o los seres queridos deben saber investigar el significado de la queja. El dolor está en la vida antes de formar un solo cuerpo con el individuo. El síntoma es una pantalla, el cuerpo un camino para hacer oír una carencia de ser que roe la relación con el mundo” (Le Breton, 2009, p.123).

“Diana: No puedes pedirle a una persona que te dice: ¡es que me duele todo el cuerpo! Que te diga dónde le duele. Al final de cuentas, mira, lo que tengo yo es de que a mí ya no me llegan casos fáciles. No, ya quisiera yo.

C: ¿cuál es un caso fácil?

Diana: A mí me llega la gente ya que le vieron la cara, dos tres tipos de terapia. Ya vienen hartos.

C: dos tres tipos, ¿cuáles serían esos tipos?

¹⁴³ Entrevista etnográfica a informante clave en escena 4, situación social 2

Diana: Mira, las que te citan como veinte veces para ponerte máquinas, nunca te tocan, nunca te hacen nada. Los que te dicen, y con el ejercicio la vamos a hacer, pero te ponen la misma rutina cada vez, y los que nada más te hacen lo mismo. Y digo, hay más variedad, ¿no? Pero al final de cuentas, ya te mandan a la persona sin dinero, cansada, harta, incrédula. ¿No? Ya quiera que me llegara uno de cuando recién le pasan las cosas.

C: ¿llegan ya muy lesionados, muy lastimados, entonces puros casos difíciles?

Diana: Yo creo que los fáciles los tengo porque han tenido seguimiento conmigo. Mira, no se. Digo, no es para tanto, no es así como que llegue gente que diga, quiero nada más un descontracturante. Tienen lesiones, pero no las quieren tratar, quieren nada más un descontracturante. Y si yo no tengo ganas de buscar, les doy lo que están pidiendo. O si veo que la persona no se va a prestar para tratar esa lesión, ¿para qué le sigues? Tienes que tener prudencia, si la persona no quiere, no quiere y ya.¹⁴⁴

“El reconocimiento de su posición personal de sufrimiento por la enfermedad, la disposición de quien lo cuida, la apertura del cuerpo, movilizan una eficacia simbólica” (Le Breton, 2020, p. 142). “El sufrimiento está allí, pesa sobre la existencia sin que se pueda localizar ninguna lesión orgánica con los sofisticados diagnósticos de la medicina moderna. Suele tratarse de un reclamo, una solicitud de reconocimiento, de atención, que deja atrás un sentimiento de insignificancia o soledad, el dolor es indicio de un sufrimiento existencial que resuena en la carne y autoriza socialmente un contacto, un consuelo” (Le Breton, 2009, p. 123).

Diana: Aquí viene un muchacho que dice, verdad que ya estas acostumbrada a que la gente se queje. Es muy natural para mí escucharlos quejarse. ¡Que no te de vergüenza! Al final de cuentas, lo ocupas hacer porque estas sintiendo dolor y si te lo retienes al rato te va a doler otra parte. Pero aquí los vecinos ya están acostumbrados. Entonces la gente ya tiene la confianza, pero no se escucha porque tengo los, aquí está aislado. Tendrías que gritar muy fuerte para que te escuchen y, por ejemplo, yo nunca cierro la puerta, la puerta nunca tiene llave. Igual mis clientes nunca se topan”.¹⁴⁵

Para finalizar la sesión coloca soporte muscular con kinesiotape para dar contención y promover que sea continuada la activación entre el sistema nervioso y esa parte del cuerpo. En este sentido, la conocedora de asegura de haber reducido el dolor encarnado, esa es la finalidad de la EST táctil en el CAV Mantra. “Si tu no le quitas ese dolor o no se lo bajas, la persona no va a volver a diez sesiones hasta que se le baje.”¹⁴⁶

¹⁴⁴ Entrevista etnográfica a informante clave en escena 4, situación social 2.

¹⁴⁵ Entrevista etnográfica a informante clave en escena 4, situación social 2.

¹⁴⁶ Entrevista etnográfica a informante clave en escena 4, situación social 2.

Tras haber limpiado con un trozo de algodón y alcohol la grasa corporal para que el adhesivo del vendaje neuromuscular y/o kinesiotape perdure; en el área en la que será colocado se le coloca exudado de benjuí, resina que favorecerá que el vendaje permanezca por más tiempo y su efecto sea prolongado. Corta varias cintas de un rollo color negro, de dimensiones y longitudes variadas que coloca en la articulación ventral del codo, cerca de la inserción del bíceps tres bandas de cuatro centímetros sobrepuestas que forman un asterisco. Otra cinta en la base del cuádriceps y circundando el brazo y otra más en la innervación de cubital y radial.

Como parte importante de la sesión, la terapeuta indica la ejecución de varios ejercicios a efectuar para resarcir la lesión estructural y promover liberación de tensión y reeducar la mecánica de desplazamiento. El argumento de esta instrucción la justifica diciendo que el sesenta por ciento de la mejoría está en los movimientos que indica efectuar en casa, en el tiempo y en las condiciones en que se le facilite al consultante. Es decir, el movimiento de analgesia., mismo que al ser efectuado por la persona consultante, promueve una nueva mecánica corporal y reduce el dolor, incrementando la propiocepción de quien adolece y dotándole de herramientas que habrá de emplear a fin de asumir el rol de paciente y seguir las indicaciones de quien le ha resultado en parte su experiencia con TFAL.

Así, para las personas terapeutas que colaboran en Mantra, las sesiones se centran en “validar el dolor”, “enseñar a sentir el cuerpo”, y “darle la solución” que a final de cuentas estará en la ejecución del ejercicio terapéutico indicado. Por lo tanto, consideran que el trabajo que efectúan se ubica en el ámbito de lo preventivo. Y según el proceso de atención y cuidado efectuado, la responsabilidad preventiva de los TFAL reside en la persona consultante y la terapeuta. Es decir, con las técnicas y métodos empleados en Mantra se establecen relaciones claras, puntuales, tangibles y efectivas pues tras el término de la sesión, la responsabilidad de mejoría descansa en el consultante.

La primera sesión siempre es de trabajo corporal total para descargar y relajar, las siguientes sesiones, en caso de sugerir seguimiento, evalúa la efectividad de los ejercicios indicados, en caso de haberlos realizado, pues si fueron omitidos el avance en resarcir la lesión es menor al

obtenido cuando se realiza el trabajo individual del paciente. Así, en el seguimiento de sesiones posteriores se evaluará el avance en la mejoría y la relación entre terapeuta y consultante se sigue construyendo a partir de un lenguaje cimentado en la confianza que contiene traducciones e interpretaciones individuales a cerca de la experiencia del dolor encarnado individual, lo cual es gracias a la sensibilidad del toque y la tactilidad empleada en la EST.

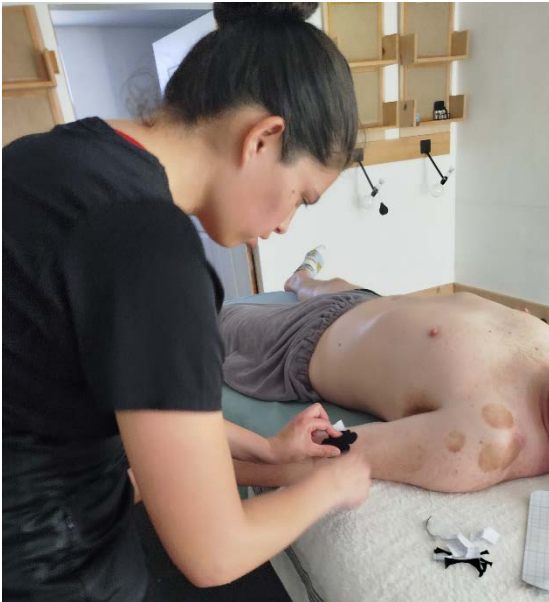


Imagen No.8.14 Aplicación de kinesiotape y/o vendaje neurológico en articulación lesionada. Archivo personal.



Imagen No.8.15 Indicación de ejercicios terapéuticos a ejecutar por consultante. Archivo personal.

Crear el hábito de realizar movimientos que contrarresten los ejecutados de manera repetitiva y cotidiana, como las posturas que se realizan tras compensar la motricidad del cuerpo y que están estrechamente relacionadas con las cadenas musculares, en este caso la cadena muscular cruzada anterior; juegan un papel importante pues el “ejercicio terapéutico” promueve el “movimiento de analgesia”, mismo que tras su ejecución contrarresta los efectos de los movimientos mal ejecutados, repetitivos, de compensación que generan incomodidad y dolor en el consultante.

El tiempo total de la sesión fue de dos horas y media. En ese tiempo, el trabajo minucioso y detallado en todo el cuerpo del consultante estuvo a cargo de manipulaciones profundas efectuadas por la terapeuta que no reduce su efecto a la síntesis sensitiva de la sesión de atención y cuidado, más bien se trata de sensaciones de mediano plazo, durante horas e incluso días, lo que recordará que las manipulaciones duelen, pero no más que aquel dolor rebelde o crónico con el que cruzó la puerta de Mantra.

Los consultantes más frecuentes son deportistas, aunque también mujeres dedicadas al cuidado de la familia, niños, jóvenes e incluso los y las terapeutas contratados en “Rancho La puerta”¹⁴⁷ recurren a los servicios que ofrece Mantra, omitiendo los descuentos o cortesías que el empleador les ofrece. También atiende personas con fracturas “delicadas” en las vértebras, a quienes han tenido rotura de tendón cruzado en rodilla y también quienes padecen párkinson, fibromialgia y enfermedades crónico-degenerativas.

Diana: Después me llega, a los días, me llega un señor gordito, con los dedos entumidos. Que me lo trajo su hermano que porque lo miro bien mal. Desde que llegó y en cuanto me dijo el síntoma, dije: ¡ya valió madre!, este compa va para una embolia. Agarré, le hice las preguntas, lo calmé y le dije: ¿sabes qué?, dame chanza, déjame y hablo con un doctor de tus síntomas, ya por si quieren ir con él o van con otro. Pero para mí, para mí, ya tienes uno de los síntomas para empezar con una embolia. Yo que tú, de aquí a urgencia y es puritita mentira que traes bien la presión. Ve y míenle a alguien más pendeja que yo, le dije, porque eso es mentira. Oye, le dije, corre el riesgo, de ta, ta, ta, ta, me pones en riesgo, que tal que te me quedas aquí en la camilla. Son tonterías le dije, que me estes echando mentiras, le dije. Y ya. Pues de aquí se lo llevaron directo a urgencias. Internado. O sea, yo no lo trabajé, pues el señor terminó internado. Pues sí, dicho y hecho, estaba al tope todo, estaba como en trescientos la presión. Y él quería un masaje porque sentía entumidas las manos.¹⁴⁸

Otro tipo de profesionales que recurren a Mantra son sobadores de la región. En este caso, D. reconoce la efectividad de los tratamientos de estos profesionales pues independientemente

¹⁴⁷ “Rancho La puerta” es un resort, de propiedad extranjera que por cerca de ochenta y cinco años ha ofrecido servicios bajo la designación de Wellness Resort and Spa. Las modalidades de masaje ofertadas son varias, desde masajes relajantes, deportivos e incluso prenatales. Así mismo, ofrecen servicios de cosmética y corte de cabello y colocación de uñas y una serie de servicios holísticos. Las tarifas establecidas son según el tiempo de duración. Los servicios son con relación al tiempo de duración de la sesión de masaje que son de sesenta o noventa minutos en donde el de menor duración tiene costos mínimos de \$130.00 dólares hasta llegar a tarifas de \$ 240.00 dólares.

¹⁴⁸ Entrevista etnográfica a informante clave en escena 4, situación social 2.

del proceso por lo que estos conocedores hayan aprendido, dice, al trabajar con los músculos son equiparables a los servicios ofrecidos en este lugar.

En Tecate, B.C. la única institución por parte del sistema de salud que ofrece servicios de terapia física es en el DIF, sin embargo, la espera para obtener una cita oscila entre seis y nueve meses. La institución está rebasada para poder dar atención a la población que requiere atender los TFAL, carecen de profesionales y de infraestructura. Por lo anterior la pertinencia de la puesta en operaciones de Mantra, responde a una necesidad no cubierta por estas instituciones, siendo un mercado amplio e inexplorado. “Mira, yo no creo que sea inflexible la terapia física, simplemente no hay tanto personal que pueda cubrir esas necesidades”.¹⁴⁹

C. ¿Tú qué piensas de este tipo de lesiones, son invisibilizados por el sistema médico?

Diana. No pues, o sea, ya lo están metiendo. Por ejemplo, no sé, mi mamá. Se cayó en su trabajo y la mandaron a terapia. Lo que pasa es que tienen pocos terapeutas. O sea, no abarca la clínica que tienen para la gente que ocupa terapias. Y le dieron la cita para terapias, hasta abril. Por ejemplo, aquí vas al DIF, que es el único lugar que tiene más o menos, que es público y te dan, otro señor espero seis meses para su cita.

Previo a finalizar la sesión, D. da instrucción para la ejecución de varios ejercicios. La recomendación es, elaborar series de tres de cada movimiento, según sea el caso. Para las cervicales el movimiento son tres series de tres, para torácicas y lumbares, cinco series de tres y para elongar la musculatura de la espalda y mejorar la postura nueve series de tres. Al respecto señala la pertinencia de dejar el ejercicio terapéutico para su ejecución en casa y no durante la sesión de terapia manual profunda, pues por lo general, éstos suelen ser indicados y efectuados por los fisioterapeutas durante la sesión, lo que resta tiempo para la ejecución y aplicación de otras técnicas y/o empleo de aparatología en el tiempo destinado para la sesión terapéutica.

En Mantra los tiempos destinados para cada sesión son de noventa minutos, dejando treinta para la sucesión de sesiones, pues este tiempo favorece que el terapeuta descanse y no ande

¹⁴⁹ Entrevista etnográfica a informante clave en escena 4, situación social 2.

con prisas para atender a la siguiente persona, procurando que los consultantes no se crucen entre sí.

Sugiere enviar mensaje por WhatsApp en caso de no experimentar mejoría. Pasadas dos semanas, propone contactar de nueva cuenta para dar seguimiento al trabajo de la terapia manual y al avance resultado de los ejercicios indicados.



Imagen No.8.16 Instrucción de ejercicio terapéutico para corrección en vértebras cervicales. Archivo personal.



Imagen No.8.17 Instrucción de ejercicio terapéutico para corrección en vertebras torácicas. Archivo personal.

Tabla No. 8.1 Caracterización de técnicas, métodos y recursos terapéuticos y tipo de relación en el tiempo en CAV Mantra., Tecate, B.C.

Consultorio adyacente a vivienda (CAV)			
Anamnesis	Técnica y método	relación paciente-profesional	Recursos terapéuticos
Datos personales.	Terapéutico.	De confianza en corto y mediano y largo plazo	Tactilidad.
Tiempo de lesión.	Profundo.		Atenta escucha
Sensaciones.	Osteopatía.		Validación del dolor
Tipo de dolor encarnado.	Ajuste estructural.		Idioma o lenguaje único.
	Ejercicio terapéutico y movimiento de		Generar hábito.

analgesia.

Elaboración propia con información recuperada en campo y entrevista etnográfica elicitada.

De las técnicas empleadas en esta escena, parte de la EST táctil figura en primer término la atenta escucha, a la que le sucede la validación del dolor, resultado de la tactilidad que juega un rol destacado pues es a partir del toque sensitivo que se promueve la validación de las sensaciones emanadas de la terapia manual profunda.

Tabla No. 8.2 Caracterización de lesiones atendidas en CAV Mantra, Tecate, B.C.

Lesiones atendidas	Escena	4
	Estructurales.	*
	Fracturas y astillas.	*
	Neurológicas.	*
	Cotidianas/Generales.	*
	Enfermedades crónico-degenerativas (Parkinson y fibromialgia).	*
	Musculoesqueléticas.	*
	Profundas.	*
	Según temporada del año.	*
	Torceduras.	*
	Posturas sedentarias.	*
	Lesiones deportivas.	*

Elaboración propia con información recuperada en campo y entrevista etnográfica elicitada.

Los TFAL que suelen ser atendidos con más regularidad en este CAV, son en primer término lesiones de cintura escapular (hombro) y cadera. Acuden por lo general personas que realizan actividad física deportiva de rutina y de alto rendimiento. Le siguen lesiones cotidianas como las que acontecen a mujeres cuidadoras que, ya sea por accidentes¹⁵⁰ o por realizar cargas o actividades pesadas que no están en condiciones de efectuar, derivan en lesiones. De igual forma se atienden lesiones de enfermedades crónico-degenerativas como Parkinson, fibromialgia y artritis reumatoide en población de personas adultas mayores. También se atienden niñeces, pero con menor frecuencia.

¹⁵⁰ Recordemos que las lesiones más frecuentes según las bases de datos consultadas en esta investigación refieren al ámbito doméstico los accidentes y caídas como principal causa de lesiones.

Parte del criterio clínico de Diana es reconocer qué lesión es apropiada de atenderse en Mantra pues hay lesiones delicadas, como las de las vértebras, mismas que deduce con relación a la reducción o no del dolor. Después de la primera sesión el dolor localizado se convierte en un indicador para la conocedora con lo cual es posible descartar o confirmar el tipo de lesión.

Diana: Porque ahí es donde viene el criterio clínico. Ya que ves, ¿qué te gusta?, desde cuántas veces esa misma lesión, ya reconoces el patrón de la lesión y ¿sabes qué?, ¡Desde tus síntomas vete directo al neurólogo porque esto no es de aquí!

C: ¿Qué lesión sería como para ir directo al neurólogo?

Diana: Los dolores facetarios

C: ¿cómo son los dolores facetarios?

Diana: Cuando tú ves a una persona que viene por su segunda consulta y no tuvo nada de mejora y tú sabes cómo lo trabajaste y el dolor sigue estando en las mismas zonas ya vas viendo que es un dolor de una vertebral. Ya no es ni a trauma, es directo al neurólogo. Y, pues los síntomas principales de una lesión neurológica.¹⁵¹

La afluencia de corporalidades dolientes que se atiende en Mantra está diferenciada por incrementos según la temporada del año, siendo en invierno las más recurrentes las de cadera, en otoño las de espalda, hombro y cuello.

C: Entonces, lesiones más frecuentes, ¿cuáles son?

Diana: Ahorita en diciembre los hombros, en enero, las caderas.

C: ¿Es por estación, por mes, por qué?

Diana: En septiembre, la espalda. El cuello fue también por septiembre, octubre.

Mira no sé, tengo tres semanas recibiendo muchos hombros.

La regularidad de lesiones o TFAL en hombro son atendidas en este CAV dos o tres veces por semana, siendo la más recurrente, seguidas por las de cadera. También fracturas y fisuras suelen atenderse, y en este caso, tras el toque sensible de manos con sentido, puede inferirse el tipo de atención requerida, en donde la interacción entre modelos médicos se sucede a partir de referir a conocedores profesionales de la biomedicina y el uso de herramientas y tecnología de imaginología. Al respecto Le Breton (2009) en su Antropología del dolor nos recuerda que tanto el saber biomédico como el de un popular o folk no se refutan entre sí, más bien, dice, son de diferente orden, cada cual se interesa por cuerpos disímiles. Así, la

¹⁵¹ Entrevista etnográfica a informante clave en escena 4, situación social 2.

versatilidad y las diversas opciones al interior del hiper pluralismo médico abrevia a su vez en el tipo de orden moral del sentido conferido al cuerpo en cada escena.

Las diferentes medicinas sabias tampoco se anulan entre ellas: la homeopatía, la osteopatía o la quiropraxia, e incluso la acupuntura, por poner solo unos ejemplos, tienen cada una su propia interpretación del cuerpo y la enfermedad, ponen en funcionamiento terapias específicas, pero todas participan de una cierta verdad del cuerpo o de la enfermedad. Los saberes populares todavía hoy observables: la imposición de manos, los magnetizadores, los radiestesistas, los fitoterapeutas, los hechiceros, nos recuerdan la dimensión simbólica del cuerpo humano.” (Le Breton, 2009, p. 159).

Diana: No hace mucho una señora que tenía fractura, si me ha tocado, por ejemplo, el otro día una señora que tenía fracturado el metatarso del dedo meñique, entonces, se pegó creo con la cama, algo así. Llega la señora y me dice ¿qué me puedes hacer? Nada. Le digo, ¡vaya sáquese una radiografía! Vaya con un médico general. Le dije, porque le van a decir que no es, porque te deba síntomas de una fisura. La palpabas y podías hacer presión.

C: ¿una fisura la puedes palpar?

Diana: Si.

C: ¿Y una fractura no?

Diana: También podrías. Pero como es en huesitos muy chiquitos muy pegados, pues a veces no se siente tanto. Entonces ya fue derecho. Si le salió fractura en el metatarso, le pusieron una férula y le dije, no gaste mucho. Esto un general lo puede hacer.

Parte fundamental de las sesiones en Mantra es enseñar a las personas con dolores encarnados a generar hábitos que reduzcan los dolores rebeldes, agudos o crónicos, siempre y cuando no se trate de fracturas o astillas. Para tal efecto, a la par de validar el dolor, la atenta escucha y el lenguaje táctil entre las partes involucradas, figura el movimiento de analgesia que es parte del ejercicio terapéutico, que se vuelve fundamental a partir de la segunda sesión de atención y cuidado a TFAL, pues el objetivo último es promover en los cuerpos dolientes, el hábito de resarcir el dolor con la participación de la persona consultante a través de realizar movimientos contrarios a los que se han venido efectuando resultado de lesiones añejas o recientes.

El seguimiento es importante para una terapéutica de la persona efectiva, sobre todo cuando se trata de lesiones añejas pues si bien en ocasiones los síntomas recién se encarnan, suelen ser resultado de la desatención y son difícil resarcir en una sesión. Para esto la sensibilización respecto al grado de lesión en relación con el tiempo que se ha encarnado el dolor rebelde o crónico; es destacado pues reconocer el tiempo que se desatendió las sensaciones doloríferas por parte del consultante que adolece, es parte de la resignificación

del dolor encarnado. De tal suerte que al interior de los PSEA-C de la EST táctil, resignificar las sensaciones antes y después de la sesión de atención y cuidado, dotara de sentido la parte activa de las corporeidades que experimenta dolor.

Diana: No puede venir y decirme que le duele la cadera y quiere que se le quite en una sesión. Y yo, tienes casi treinta años provocándote este dolor como quieres que se te quite en una sesión. Tienes que hacer un hábito de vida, para estar ejercitando esa presión que te está dando. Ahí es donde entra la rehabilitación. ¿Sabes qué? Vamos a encontrar tu proceso de analgesia, y vamos a encontrar un movimiento que te quite el dolor de toda la carga del día. Encontrando ese movimiento, ya sabes tú qué hacer cada que te duela. Porque no vamos a hacer que el pie se le haga más cortito. Entonces tenemos que ver la manera que hacer que él pueda seguir haciendo todo lo que hace sin dolor o que lo haga sin necesidad de estarse metiendo pastillas.

C. Entonces en este proceso, que sería, ¿reeducar el cuerpo?

Diana. ¡Si!

C: ¿Reducar el movimiento?

Diana: Más bien crear un hábito.

C: ¿Cuál es el papel de D. en eso? Si, estamos hablando de hábitos, de validar el dolor, ¿pero también de?

Diana: Yo creo que es más bien, el mío, ayudar a la persona a que llegue a ese punto.

C: ¿a qué punto?

Diana: Al punto de querer generar ese hábito. Mi idea no es obligarlo a que haga un hábito.

C. Sería como una facilitadora

Diana. ¡Aja!, tú le ayudas a la persona a que tenga ese hábito.

C: Pero ¿tú eres quien lo provoca?

Diana: Sí, pero al final de cuentas yo le puedo decir mil veces, y estire la pierna así, pero si no quiere, no lo va a hacer. ¿Qué que va a pasar? Que las primeras veces: ¡ey!, vamos a hacer esto y lo tienes que hacer tantas veces, si no se puede, pues hazlos tanto y ya, una es mejor que ninguna.

C. No te pasa, que te pregunten, ¿en cuánto tiempo, como si fuera algo así como el medicamento?

Diana. ¿En cuánto tiempo lo quiere?

C. ¿Y qué te dicen?

Diana: ¡Lo antes posible! ¡Uy!, le digo, ¿cuánto tiempo tiene con ese dolor? No pues diez años, me dicen. ¿Usted cree que prudentemente algo que tiene provocándolo desde hace diez años que usted empezó a sentir el dolor, se va a quitar en un día? Dice: no es que me empezó a doler hace una semana. ¡Ay, claro que no! o hace una semana llego a ser tan, tan doloroso. Ahí es donde empezamos a ver el proceso, ¿desde cuándo empezó el dolor? Ok. Usted hace una semana usted ya no lo soportaba, pero yo le apuesto que anteriormente ya había sentido unos piquetitos, pasaba esto, pasaba lo otros, ¿desde hace cuánto tiempo? Y te da esto. ¡Ah, vamos a tratar de que no sea todo ese tiempo!

Conclusiones.

En este apartado se describió una experiencia sensitiva terapéutica (EST) táctil de atención y cuidado a los TFAL, con técnica manual profunda. Se describió el proceso de atención y cuidado al interior de un consultorio adyacente a vivienda (CAV), destacando el proceso acontecido en la sesión de atención y cuidado. Se delinearon algunos aspectos generales de estos consultorios, y se proporciona una definición tentativa.

La descripción de la relación que se sucede en la praxis clínica y corporal en la EST táctil en un CAV contribuyen a responder la pregunta central de esta investigación, pues da cuenta de la diversidad de transacciones fluidas de conocedores, técnicas y métodos propios de los sistemas múltiples que acontecen en el hiper pluralismo médico de la zona fronteriza de Baja California.

La experiencia de formación de los cuatro terapeutas que laboran en este consultorio aconteció en la escuela profesionalizante referida en el apartado anterior, quienes, a su vez, hacen uso de terapia manual profunda para dar atención y cuidado a TFAL. La variedad de instrumentos de diversos SAS son empleados a la par de una visión “emprendedora” en un mar de demandas de cuerpos dolientes que viven y experimentan dolores agudos o crónicos.

El elemento que diferencia a esta escena de las anteriores es la visión que se tiene del dolor y en consecuencia el manejo de la síntesis sensitiva promovida por estos masoterapeutas de trayectorias exitosas al interior del hiper pluralismo médico.

La atenta escucha, validar el dolor, el movimiento de analgesia, enseñar a sentir el cuerpo y el ejercicio terapéutico son los principales aspectos por destacar en este CAV y forman parte importante del lenguaje o idioma que se realiza en la praxis clínica y corporal; y del tipo de comunicación que se sucede entre conocedor y consultante, el espacio en el que dar reconocimiento al sentir del cuerpo doliente resuena, se exterioriza y con ello resignifica el dolor emanado del TFAL.

Esta escena da cuenta de las limitantes estructurales por parte de los SAS público, dados los largos tiempos de espera y la medicalización como el recurso más empleado en la atención y cuidado de TFAL. La falta de conocedores y de espacios derivados de la incuria confina a las corporalidades dolientes a esperar la cita por periodos prolongados de tiempo, pese a la imperiosa necesidad de resarcir las lesiones, mismas que por el MMH son reducidas a una medicina orgánica, dejando de lado los aspectos culturales que atraviesan a la población que le demanda atención a Mantra.

La queja, lo mismo que las reacciones del cuerpo ante la aplicación de la terapia manual profunda propia de la EST táctil son aspectos fundamentales por considerar como parte del sufrimiento encarnado y en este CAV son bien vistos, incluso hasta deseables y necesarios como parte de la sesión de atención y cuidado. Se trata de un lenguaje que en otros espacios es invalidado e incluso censurado, con alta frecuencia a ser considerado exagerado y fuera de proporciones. El lenguaje así no se reduce solo a la tactilidad, especial rol juega externar el dolor a partir de la queja o llorar incluso, o alguna expresión que abra la puerta a externar el dolor encarnado, incrustado en fibras, tendones, huesos, en donde la piel al ser tocada por manos sensibles y afectivas abrirá al mundo la puerta del dolor que se resignifica en su propia enunciación. Poner en palabras el dolor, recordemos, es el fallo del lenguaje hablado, no hay palabras que definan el dolor encarnado, por lo que al validar el dolor y dotar de relevancia la queja, en este contexto de contención, marca una importante diferencia, respecto a los de la biomedicina institucional.

A los consultorios adyacentes a vivienda (CAV) en donde se atienden TFAL, les caracteriza una praxis clínica centrada en la terapéutica o medicina de la persona. Se dota de relevancia la confianza, la reducida proxémica, la atenta escucha y atención afectiva y efectiva individual y personalizada de padecimientos no atendidos en otros espacios de los SAS público o privado ni en los CAF. Se trata de espacios en donde los conocedores tanto marginales como profesionales atienden y cuidan aspectos invisibilizados a razón de los contextos socioculturales de la población de la zona fronteriza de Baja California. Su ubicación suele ser en espacios urbanos habitacionales, privadas, calles y avenidas en áreas periféricas del núcleo urbano. Se identifican por pequeños letreros y mantas publicitarias de

dimensiones que no exceden los dos metros cuadrados. Los hay otros en donde no existe referencia que dé cuenta de su existencia pues es por otros medios, especialmente vía digital, en donde se suelen promover, publicitar y concertar atención. El prestigio social es parte fundamental en estos CAV, pues los datos de contacto suelen ser de boca a oídos y pocas veces por iniciativa propia sin recomendación de terceros. Al estar ubicados en áreas habitacionales, la relación inmediata y adjunta de estos espacios, favorece el acceso a la atención y cuidado que en el SAS público no cubre y que forman parte de la incuria. En este caso el CAV, en donde se efectúan EST táctiles, desempeñan un rol importante en aspectos relacionados con el dolor encarnado. Ahora que no son los únicos conocedores que cuentan con un CAV, los hay nutriólogos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas holísticos y de la biomedicina; entre otros conocedores en los que una porción importante de la población de la zona fronteriza de Baja California se atiende y cuida el dolor rebelde, agudo o crónico emanado de un TFAL. La inmediatez es un aspecto a considerar en estos CAV pues reduce los tiempos de traslado, espera y, aun cuando el gasto es directo a los bolsillos de los consultantes; en relaciones de vecindad e inmediatez, cimentados en el prestigio social, existe la posibilidad de costos más reducidos y de un margen negociable de los pagos, siendo ésta posibilidad otra de los aspectos que definen a estos CAV pues al estar fuera del ámbito institucional, e incluso comercial formal; el rol que juega vivir cerca de los consultantes entrama otro tipo de relaciones pues se conoce, se le ubica y no es un personaje anónimo, como suele suceder en un CAF o en el SAS público y privado, aunque no se deja de considerar que hay excepciones. No existe asociación con farmacéuticas o clínicas que promuevan el consumo de fármacos o de servicios ofertados en clínicas o torres de especialidades médicas, pero si una red de conocedores en otras especialidades que se entreteje para referenciar a las corporeidades dolientes a servicios que complementen los requerimientos de la población que frecuenta esto CAV.

CAPITULO IX. QUINTA ESCENA. “SIRVIENDO PARA SANARTE”.¹⁵²

Introducción.

Desde siempre a través del tiempo los grupos sociales han desarrollado y acumulado saberes relacionados con el medio ambiente en un dialogo territorial que posibilita rastrear en el tiempo y el espacio algunas de las prácticas propias de los grupos cazadores recolectores pescadores establecidos en el noroeste de México.

Uno de los aspectos relevantes a considerar en el habitar espacio-tiempo es la forma en la que los grupos humanos establecen relación con el medio que habitan. Estas poblaciones de cazadores-recolectores-pescadores establecieron estrategias de supervivencia y subsistencia a partir de explotar varios nichos ecológicos. Los periodos de tiempo que se establecían en cada lugar estaban relacionados estrechamente por los recursos a explotar; ya fuera que se tratase de la recolección de frutos o semillas, o bien por los periodos de reproducción de la fauna de los múltiples nichos ecológicos. Toda vez que el clima de estas latitudes es seco, las fuentes de agua han sido desde siempre uno de los aspectos importantes a considerar, máxime en estos territorios en el que la precipitación pluvial es baja.

Estos grupos desde la época prehispánica hasta la actualidad han explotado, ajustado o modificado el consumo y explotación de los recursos disponibles. Ahora que, si bien el patrón de asentamiento y distribución, tanto rural como urbana han incidido de manera relevante en la disolución, traslapes y proliferación de concepciones otras de la relación con el espacio, como son los ejidos, las colonias, polígonos o comunidades, también figuran los procesos en los que precisamente estas posibilidades de transitar entre territorialidades múltiples es que facilitan la producción de anclajes identitarios a partir de diálogos entre las posibilidades disímiles de habitar el espacio territorio.

¹⁵² Situación social de atención y cuidado a los TFAL entre los grupos y comunidades Yumanas en la zona fronteriza de Baja California.

Esta relación de larga data es de especial relevancia pues, para estos grupos los desplazamientos a lo largo de amplias distancias, entre diversos nichos, los lleva a desarrollar y establecer relaciones específicas. Ajustar la interacción y los desplazamientos en entornos que evocan y rememoran en un margen de oscila a más de tres generaciones, en el ejercicio de rememoración, recuerdan y legitiman sus prácticas tradicionales.

La información que proporciona la arqueología con sus metodologías posibilita ampliar la escala en la que nos vamos acercando a estos grupos denominados Yumanos. Así, de lo macro a lo micro y de lo general a lo particular, se presenta un somero recorrido para delinear algunos aspectos o atributos susceptibles de rastrear hasta nuestros días y dimensionar su relevancia en tanto saberes de larga data para dar atención a TFAL.

Una de las arrogancias de considerar hacer un recorrido amplio es la selección de la información que por su extensión tendrá que ser descartada, sin embargo, se establece una línea del tiempo destacando algunas particularidades como aquellas que puedan ser referidas, identificadas y asociadas a los saberes relativos a la atención y cuidado de los TFAL efectuadas por estos grupos en la actualidad, partiendo del supuesto de que se han ajustado dichas prácticas y resisten al embate de la contemporaneidad que les demanda incursionar en los mercados globales y en la dinámica neoliberal extractivista.

A continuación, se describe el contexto de los grupos Yumanos, primero a nivel ecológico a través de un recorrido descriptivo a nivel espacial y después en términos históricos, resaltando fechas o eventos relevantes para ir concatenando algunas de las piezas que comprenden el contexto ambiental, histórico y sociocultural para plantear esta situación social.

9.1 Contexto Geográfico.

En esta porción en la que se distribuyen los grupos de cazadores, recolectores y pescadores son parte de la zona árida del norte de México que abarca desde el noroeste: Baja California,

con algunas extensiones de las planicies costeras y del somontano bajo de Sonora; hacia el centro norte se le encuentra en Chihuahua, Coahuila, Durango, Zacatecas, Aguascalientes, San Luis Potosí, Guanajuato e Hidalgo en el noreste, en Nuevo León y parte de Tamaulipas (González et al., 1984).

La península de Baja California, desde su conformación que se remonta a los ocho o seis millones de años de antigüedad y desde hace 3.5 millones de años se desprendió de la masa continental, colinda al norte con los Estados Unidos de Norteamérica, al oeste con el Océano Pacífico y al este con el Golfo de California. Le componen siete regiones fitogeográficas a lo largo de los 71,600 km² que le constituye. La península comprende tres regiones que se distribuyen a lo largo de su extensión y que, a su vez, comprenden otras subdivisiones que arrojan un total de 14 ecorregiones, según González-Abraham: a) mediterránea¹⁵³, b) desértica y c) región de cabo (González-Abraham et al., 2010).

A la región mediterránea le comprenden las Sierras de Juárez (1200 msnm) y San Pedro Mártir (3100 msnm). Estas dos cadenas montañosas, posibilitan un descenso pluvial vertiginoso en su flanco este hacia el valle del Bajo Colorado y un descenso en la vertiente oeste más suave hacia el Océano Pacífico. Representa los únicos paisajes forestales de toda la península. Predominan los géneros *Pinus* y *Abies*, los arbustos más frecuentes son de manzanitas (*Arctostaphylos pringlei* y *pungens*), *Quercus peninsularis*, *peninsularis*, y *Salvia pachyphylla*, así como la amplia gama de especies endémicas de flora y fauna (González et al., 1984).

Las regiones fitogeográficas de la península son: bosques de coníferas, desierto de San Sebastián Vizcaíno o Desierto Central (sarcófilo), matorral costero, chaparral, desierto de San Felipe (micrófilo) y Desierto Costa del Golfo (sarcocaulo). Los bosques de coníferas de Baja California son los de la Sierra de San Pedro Mártir al sur y al norte los de la Sierra Juárez. En la primera se pueden encontrar encino, pino, abeto, cedro, alamillo y ciprés endémico. Esas especies están protegidas y tiene desde 1923 y después en 1951 el decreto de

¹⁵³ Mediterránea está situada en el noroeste peninsular y contiene el extremo sur de la región Mediterránea Californiana o provincia Florística de California. Incluye las ecorregiones: Sierra de Juárez y San Pedro Mártir, Chaparral, Matorral costero, Matorral serofilo costero e Islas del Pacífico Norte.

Parque Nacional. Además, en 1967, la UNAM construye el Observatorio Astronómico Nacional por la posición privilegiada para la observación (González-Abraham et al., 2010), (Tapia Landeros, 2002b) (Fonseca & Fenoglio, 2023; Gutiérrez, 2001d), (León-Portilla, 2016).

Al centro y cargado al oeste se ubica el Valle del Álamo, a unos 1000 msnm y tiene un clima templado. Le corren cuerpos de agua permanente como Arroyo San Rafael que desemboca en punta Colonet en el pacífico. Por nacer en la montaña y dada su poca profundidad y angostura es el hábitat para la trucha de San Pedro (*Oncorhynchus mikis nelson*). El chaparral provee de alimento para consumo humano la jojoba, agave, yuca, verdolaga, así como codornices, conejos, liebres y ardillas. Este valle es el más amplio de toda la región montañosa. La cabecera, ubicada al noroeste al Valle de Ojos Negros, en donde se ubica Real del Castillo Nuevo y el suroeste el Valle de la Trinidad. “En estos poblados se encuentran comunidades ejidales agrícolas y ganaderas como Héroes de la independencia, Leyes de Reforma y Jamaú y algunas propiedades privadas como Sangre de Cristo y San Salvador de Gálvez y campamentos indígenas como La Huerta. (González et al., 1984; Tapia Landeros, 2002a)

9.2 Clima y flora.

El matorral xerófilo es el que prevalece en el área y su distribución corresponde en términos generales a un clima cálido (Bh), seco (Bs) y desértico (Bw) con una precipitación media anual de 200 mm para el área del Bolsón de Mapimí y entre 100 a 173 mm en Baja California. El acceso a fuentes de agua es limitado y se vuelve determinante para la población humana, la vegetación y la fauna (González et al., 1984).

“La vegetación, para sobrevivir, ha desarrollado mecanismos para conservar el agua ya sea en su tallo, hojas o rizomas, como es el caso de las cactáceas, o para buscarle en el subsuelo por medio de raíces largas, como en el caso de leguminosas tales como el mezquite y el huizache, o los pastos, los cuales han desarrollado un tipo de raíces que se extienden casi en la superficie como recurso para percibir y captar la humedad del ambiente o los arbustos que permanecen en estado de latencia durante los periodos secos (González, et. al, 1984).

Por otra parte, la cubierta vegetal es escasa por la baja humedad del suelo que responde entre otros factores, a que la lluvia cuando cae lo hace en forma torrencial y como chubascos violentos o cortos, así el agua desaparece rápido debido a la estructura del suelo que favorece la rápida infiltración; y, por otra parte, la evaporación que se da por las altas temperaturas y los rayos del sol. Además, es común que las lluvias no se presenten en varios años (González et.al. 1984).

El Valle del Álamo es una de las áreas en donde actualmente se encuentran establecidos los grupos de origen étnico, Pa ipai y Kumiai. Y en el Valle de la Trinidad los Kiliwa. Estas familias extensas tienen sus propias dinámicas y relaciones al interior y han establecido otras más con las instituciones estatales y federales y con otros grupos y comunidades de origen étnico “establecidos”, dicen ellos; y con los mexicanos y mexicanas.

Se trata, dice Chávez Terán, de familias que, en el origen mítico de sus ancestros, en tiempo remotos, cada linaje estaba relacionado con uno de los cuatro hermanos creadores por el “Dios Metil ipá jala, a saber; Meñíkuñamá, Joá’kuñama, Upá kuñamá y Jialkuá’ipai. Así, parte del nombre de una de estas figuras les era asignado como su nombre espiritual” (Chávez Terán, 2005).

9.3 Contexto arqueológico.

Una de las grandes separaciones que se han realizado para abordar el poblamiento territorial en esta porción del país son las divisiones y subdivisiones en función de los aspectos ecológicos como clima, vegetación, geología, suelo y altitudes, así como los accesos a fuentes de agua.

Referente a la información que se tienen respecto a los primeros pobladores en la península de Baja California proviene, por una parte, de objetos arqueológicos que a partir de

tipologías ya líticas y/o cerámicas, se ha podido establecer una periodización a lo largo de varios milenios. Asu vez, están los documentos del clero, primero el regular y después el secular. A continuación, y con el fin de realizar un somero recorrido entre fechas que abarcan desde las primeras incursiones de los pobladores en esta porción del territorio.

9.4 Organización social.

La organización social se diferencia por tres aspectos importantes. El primero tiene que ver con el pequeño tamaño de los grupos en un patrón de asentamiento disperso. El segundo con el tipo de instrumentos y herramientas requeridas según sus desplazamientos, mismos que serán de formas básicas funcionales y poco diversificadas. El último aspecto es la escasa especialización en los oficios al interior de estos grupos (González et.al. 1984).

Del trabajo que han realizado a la fecha historiadores, arqueólogos, antropólogos, aficionados, viajeros, se ha reconstruido una porción parcial del pasado remoto a partir de la evidencia arqueológica para el actual territorio de Baja California. Se refieren a continuación algunas de las cronologías que se han realizado y que permiten en periodos amplios de tiempo, rastrear algunos de los aspectos que se diluyen en la actualidad y que remiten a prácticas de saberes añejos, hoy atravesados por las dinámicas del mundo globalizado.

La distribución espacial y la organización de las familias en época prehistórica eran de escala pequeña y se distribuían en toda la península a través de varios nichos ecológicos en estrecha relación con las fuentes de agua. En base a esto se ha dividido la península en dos áreas, la Yumana, que se divide a su vez en la del norte y la del sur y el área guaycura-pericú que llega hasta La Paz y Cabo San Lucas.

De las investigaciones realizadas, se han desarrollado dos hipótesis, que pueden ser contradictorias, pero complementarias también. La primera se le conoce como Layer Cake y que supone que lingüísticamente los guaycura y pericú, como los grupos más antiguos al ubicarse en el sur de la península y su posible desplazamiento a modo de callejón sin salida.

Les caracteriza el complejo cultural Las Palmas, con presencia de átlatl, puntas de flecha tipo Loreto y La paz y cuerdas de nudo “cabeza de alondra”, como principales características. (Gutiérrez, 2001a, 2001c, 2001d, 2001b).

Por su parte el área yumana con sus dos áreas, al norte llega su distribución más allá del paralelo 30°, con evidencia de almacenaje y densas poblaciones, hay cerámica, agricultura intensiva sobre todo a lo largo del río Colorado. Según la misma hipótesis estos serían los más recientes establecidos por la cerámica como marcador diferencial y asociado con la agricultura. Más al sur en dirección al desierto central, la densidad poblacional, según los datos arqueológicos, y que se trataría de los yumanos del sur, evidencian que se trataban de pequeñas bandas estacionales que se desplazaban por un amplio territorio. En esta porción, la producción cerámica es tardía y se asocia directamente con la etapa misional. En este caso, se trataría del segundo estrato, el cual lo estará ocupando los proto-cochimi o yumanos peninsulares que entraron al territorio desocupado o desplazando a los proto-guaycuras y pericú en el extremo sur (Gutiérrez, 2001d).

La hipótesis propone que, al extremo sur de la península, a los habitantes les corresponde más antigüedad si se piensa que fueron los primeros en desplazarse y que su raíz lingüística es la más añeja y, la otra que propone que no necesariamente ha sido así, trayendo a cuenta la conexión con los seris y los posibles contactos hacia el golfo de California y la masa continental.

De las características para la península como parte de la tradición de la Cultura del Desierto, a nivel local se ha logrado definir el “Complejo Ceremonial Peninsular” que le componen cuatro aspectos. En primer lugar, la comunicación ritual con ancestros y figuras míticas. Dice Gutiérrez (2001) que “El poder chamánico fluía a través de esta comunicación. Toda acción ritual y ceremonial era sancionada por el mito y la oratoria ritual la constituía en gran parte el canto de míticas canciones cíclicas”. Le siguen los elementos asociados a prácticas rituales como son la capa de cabellos, la tabla y la esfinge y el bastón. Éstas tenían la función de sustituir a los difuntos, “específicamente las cabezas ancestrales de los linajes y los predecesores míticos”. La tercera característica es “la personificación deidad/ancestro como

aspecto crucial en el desarrollo de los rituales”. La cuarta características refiere al uso del tabaco como “componente clave” del ceremonial peninsular. Al área Yumana, le caracteriza: las capas de pelo, las pipas de piedra, redes en tejido cuadrado, cestería enrollada en espiral, puntas de proyectil triangulares y que no están presentes en el área guaycura (Gutiérrez, 2001a, 2001c, 2001d, 2001e)

Así, tenemos que los recursos tanto de los bosques de coníferas, los recursos del pacífico, del arroyo San Rafael, la colecta de bellota, los piñones, como del matorral, han sido parte esencial de la alimentación de estos grupos y la gradual reducción y desplazamiento en el territorio, conlleva cambios en los hábitos alimenticios que no siempre favorecen la salud de los pobladores de estas regiones. Es relevante comentar que la topografía ya descrita limita en gran medida el desarrollo algunos servicios básicos y de comunicación.

Tabla No. 9.1. Principales investigaciones, áreas de estudio y aportes arqueológicos.

Investigador	Área de estudio	Aportes
William Massey	Área del Magdalena, Sierra la Giganta, El Cabo	Propone un esquema de dinámica poblacional y secuencias culturales.
Donald Tuoby	Cueva de Metate y Caguama 1953-1954. La Giganta	Bajo la dirección de Massey trabaja el área de Comundú en la región de la Giganta
INAH Baja California	Mujer de Jatay	4000 A.P.
Moore y Gasco	Valle de San Quintín y el Calle del Río Rosario	Con C14, análisis de patrón de asentamiento, tipologías líticas datan una antigüedad de 6000 años A.P.
Brighman Arnold (1949-1950)	Cronologías muy cuestionadas	
Edward Palmer	Bahía de Los ángeles 1887-1888	Recuperaron de cueva capa de pelo, textiles, cordeles, madera, entre otros.
Ritter Eric. W	En los noventa hace recorrido sistemático y recolecta y excava en los alrededores de Bahía de Los ángeles	Con hidratación de obsidiana y C14 6000 A.P.

Elaboración propia con información de León-Portilla 2016, Gutiérrez, et.al. 2001 (Bendimez, 2002).

9.5 Cronología de la cultura arqueológica del desierto.

De las últimas periodizaciones figuran las aportaciones de León Portilla (León-Portilla, 2016), Julia Bendímez (Bendímez, 2002), Porcayo (Porcayo, 2021), (2023) Fonseca y Fenoglio (Fonseca & Fenoglio, 2023), Garduño (Garduño, 2011, 2016) exponen en términos generales la periodización para Baja California.

A esta le comprenden tres periodos previos al contacto con los españoles, mismo que acontece en el siglo XVIII. El primero es el de la entrada temprana de sus habitantes a la península que estaría ubicada cerca del 10,000 a.C. Esta periodización la desarrollan a partir de los artefactos y por analogías entre tipologías. De esta se desprende la hipótesis de que existe parentesco con algunos grupos prehistóricos del sur de Alta California y del suroeste de Arizona y que se le ha denominado como “Cultura del Desierto”, que estará en estrecha relación con las formas de subsistencia del ecosistema. Por lo tanto, las principales herramientas líticas son puntas de proyectil, cortadores, raspadores, percutores e incipientes herramientas de molienda (León-Portilla, 2016, p. 16).

Tabla No 9.2. Fechas y complejos asociados a la cultura del desierto.

Cultura del desierto	Complejo	Material
	San dieguito (Del sur de Alta California) Fases III (7000 – 6000 a.C.) La cueva del pinto (5000 a.C. Arizona) La cueva Gypsumm (Arizona).	Raspadores plano convexo, navajas, hachuelas y proyectiles del tipo San dieguito III (Lago Chapala) en el Desierto Central, Los llanos de Magdalena, La Paz y Cabo San Lucas.
	Complejo clovis de Nuevo México, fechada entre 13 mil y 9000 a.C.	Sitio San Joaquín Punta de proyectil

Elaboración propia con información de León-Portilla (2016).

Para referenciar el segundo momento, está el complejo “Jolla” que se ubican en la costa como en sitios del Golfo de California y en Bahía Los Ángeles fechado en 4,000 a.C. Según León Portilla (2016), la actividad para el tipo la “Jolla” es más bien para actividades

marítimas. Está también el Complejo “La cueva del pinto” ubicado en 5000 a.C. detectado en la Laguna Chapala en el Desierto Central, en los Llanos de la Magdalena, en la Bahía de la Paz y Cabo San Lucas.

Tabla No. 9.3 Cronología y tradiciones culturales arqueológicas, en la zona fronteriza de Baja California.

Características	Paleoindígena (Holoceno temprano) 12,000-8,000 A.P.	Arcaico (Holoceno Medio) 6,000 a.C.-500 AEC	Prehistoria tardía (Holoceno tardío) 3,000-300 A.P. 500-1,700 AEC	Contacto hispano s. XVIII-XIX (introducción de capital extranjero para actividad agrícola y ganadera).	Reforma Agraria
Patrón de asentamiento	Valles intermontanos	Costa: sitios concheros	Costa y Valles interiores	Misión presidio. Migración y desplazamientos a lugares de difícil acceso	Ejido
	Aumento en el nivel del mar por contracciones del deshielo glacial	Cambia el régimen de lluvias con desertificación y explotación de bellota.	Gran movilidad. Verano: Sierra Invierno: Costa	Los grupos se establecieron en torno y alrededor de los colonizadores. El impacto ecológico derivado de las nuevas actividades en el uso del suelo en la región trajo una gradual transformación en los ecosistemas y los desplazamientos de los grupos	
Herramientas	Bifaciales. Tajadores y percutores	Bifaciales. Artefactos para la explotación de fauna marina. Metates y manos para molienda.	Bifaciales y desfibrador. Herramientas más pequeñas y refinadas. Morteros fijos. Cerámica café rojizo asociada a Yumanos.		
Arte rupestre		-Gran Mural. Representación de mamíferos marinos -Abstracto septentrional. Petrograbados con desgaste y relleno. Las pinturas en rojo y negro. Diseños antropomorfos, zoomorfos, fitomorfos y geométricos abstractos. Cerámicas y morteros esculpidos en roca fija. Realistas. Posible transición	-Gran Mural. -Abstracto septentrional. -Estilo La Rumorosa (tinta plana y delineado en rojo, negro y anaranjado). Antropomorfos, zoomorfos, geométricos y fitomorfos con volumen asociados a antropomórficos esquemáticos como dedos. Estilo Arcaico Occidental		

Correlato arqueológico	San Dieguito	La Jolla/Amargosa	Cúmundu/Hataya ka/Yumanos		
-----------------------------------	--------------	----------------------	------------------------------	--	--

Elaboración propia con información de Fonseca y Fenoglio (2023), Gutiérrez (2001), Bendímez (2016) y León-Portilla (2016).

Estos son los principales referentes arqueológicos de los pobladores en la península. Ahora bien, ya para el segundo momento de la cronología que tiene que ver con un amplio periodo de desarrollo culturales más locales. De los contactos establecidos, por ejemplo, entre los pobladores del suroeste de Arizona y los de la cuenca del Rio Colorado, para el s. VIII d.C. se tiene conocimiento de la producción cerámica, de tipo “tizón café” que confirman el contacto con otros grupos yumanos. Además, figuran los ganchos elaborados para la cosecha de la pitaya que lleva textil de fibra a manera de bolsa para la captura de las frutas. Las pipas arqueológicas, las capas y máscaras son solo algunas de las evidencias que han perdurado a lo largo del tiempo y que solían ser utilizados por “guamas” o hechiceros en las ceremonias (León-Portilla 2016, p. 20) (Gutiérrez 2001). Parte de este complejo y desarrollo cultural regional, figura el Complejo Ceremonial Peninsular. El tercer momento es el que corresponde al contacto en el siglo XVI, entre pobladores californianos, exploradores y misioneros.

9.6 Etapa del contacto occidental.

Las descripciones de los franciscanos son de las primeras fuentes escritas que registran algunos aspectos de los habitantes de la región de la península en el tiempo del contacto hispano. Así, se le atribuye a fray Francisco de Ajofrín la autoría de una de las primeras descripciones que da cuenta de las características peninsulares. (Roselly Pérez, 2023).

Entrando el siglo XVIII, la relación entre medicina y herbolaria indígena se verá seriamente influenciada por ideas, ya no de superstición, ahora se trata de un asunto de “ignorancia” toda vez que ahora se trata de un conflicto que se traslada al ámbito del conocimiento derivado de la época de la ilustración (Lozoya, 1994).

Con el establecimiento de la frontera México-Estados Unidos en el siglo XIX y de la Reforma Agraria con la repartición de la tierra y la imposición del sistema ejidal instaurado en los años cuarenta del siglo XX, los indígenas fueron empujados aún más hacia comunidades rurales sedentarias, las cuales carecían de infraestructura básica, tal como caminos, drenaje, electricidad y servicios elementales de salud (León-Portilla, 2016, p.25) (Garduño, 2011, 2016), (Chávez Terán, 2005), (Gutiérrez, 2001). Y cabe referir que no han cambiado mucho a la fecha las condiciones de marginación de estos grupos en la actualidad.

9.7 Shumules Yumanos.

Un importante y significativo aspecto descansa en la organización social que ha sido, y sigue siendo, en base a linajes o familias extensas -shumules-, que llegaron a agruparse en tribus o clanes. Por sus condiciones de nómadas desplazándose entre la costa, el desierto y la montaña, se reunían en “bandas de 20 a 50 personas eslabonadas patrilinealmente a un ancestro común y a un clan (característica que impidió) la formación de condiciones que propiciaran la aparición de una organización comunal en donde surgiera algún sentido de propiedad, comunal o privada, sobre algún tipo de medio de producción” (Chávez Terán, 2005, p. 25).

El esfuerzo misional de sedentarización logró que los linajes se agruparan en rancherías, aunque en la actualidad se haga referencia a comunidades, hasta la fecha los nativos conservan una “difusa noción de lo que es vivir comunalmente” (Chávez Terán, 2005).

Durante la primera mitad del siglo XX, y tras las reparticiones de la tierra resultado de la Reforma Agraria, las familias Yumanas tuvieron otra transformación profunda en el patrón de asentamiento, ahora impulsadas por la propiedad ejidal o comunal. Así, aparece la figura del comisariado ejidal o comunal y otra vez, la posesión y herencia de la tierra a favor de los grupos yumanos entró en otro tipo de relación con el territorio (Chávez Terán, 2005).

Al interior de la organización social, esta nueva figura trastocó profundamente a las familias Yumanas pues hasta entonces, la autoridad residía en otros personajes y no existía tampoco el rol social y legal que habría de desempeñar pues ahora se trata de un representante legal ante el sistema y sus procesos de legalidad (Chávez Terán, 2005), (Garduño 2011).

Parte de las estrategias que el estado-nación implementó tras la reforma agraria y los programas implementados en la Presidencia de Álvaro Obregón y que bajo la dirección de Vasconcelos denominaron las Misiones culturales, mismas que tenían como objetivo llevar el “conocimiento” a la ruralidad del país. Estas misiones culturales en el área yumana fueron modificadas a necesidad del área y el tipo de organización social pues los programas al estar planeados en el centro de México no consideraban contextos “otros” como los de estas familias. Así, como parte de estas misiones, en Santa Catarina y en la comunidad de la Huerta, se instalaron hospicios a donde acudían los hijos e hijas de las familias yumanas y de los grupos y comunidades establecidas provenientes de Oaxaca; en los que se cuidaban durante la semana laboral, y que también dotaban de conocimientos tradicionales respecto a la explotación de los recursos naturales de la región¹⁵⁴. De lunes a viernes vivían en este lugar y los fines de semana convivían con sus familias fuera de las instalaciones del internado. Así, se introdujeron poco a poco el sedentarismo y las nuevas formas de subsistencia que trae consigo.

En el último cuarto del siglo XX, fueron puestos en marcha, derivado de Alma Mata, y los programas como “Batas blancas” que para los años setenta llegan a las comunidades indígenas en todo el país. Además, figuran los trabajos de la antropología de aquella época liderados por Aguirre Beltrán, quien dedicó mucha labor a los aspectos de salud como el programa de IMSS-COPLAMAR (Menéndez, 2018a).

Ahora bien, estas familias yumanas mantienen aun el parentesco y la organización social y difiere en cada familia yumana, entre y con el resto de las familias, quienes no están libres de tensiones y conflictos, diferencias y enfrentamientos.

¹⁵⁴ Entrevista etnográfica Escena 5, situación social 2.

Los servicios del SAS público no ha llegado de manera justa a estas poblaciones. En su lugar está presente otro SAS, el de la médica tradicional en estrecha relación y en convivencia con la biomedicina, la médica cristiana. En esta escena, la atención y cuidado refiere al metarrelato, de tiempo míticos y de la creación, en consonancia con los procesos sociohistórico en la zona fronteriza de Baja California y las políticas económicas impuestas por el liberalismo.

Un aspecto importante que destacar, propio del SAS de la Medicina Tradicional Indígena, que ha sido ampliamente desarrollada e investigada por Zolla, (Zolla et al., 1994) quien a su vez coordinó una etnografía nacional y que resulta un trabajo obligado para entender este tipo de comunidades y grupos originarios de Baja California; que ya desde la última década del siglo pasado, las etnografías ya registran la ausencia de parteras y sobadores (as). En la memoria colectiva recuerdan que “antes si había”, pero ahora ya no hay.

Para Zolla, La Medicina Tradicional Indígena es un sistema, “se trata de una forma de respuesta social organizada para hacer frente a las acechanzas de la enfermedad, el accidente, el desequilibrio o la muerte (Zolla 2005, p. 62).

9.8 Los grupos Yumanos hoy.

Según las cifras que publica el Instituto Nacional para los Pueblos Indígenas, la población a la que ascienden las personas que se declaran y autoidentifican como parte de un shumul Yumano en la región es un poco mayor al cuarto de un millar.

Entre los shumules Yumanos, los kumiay son más numerosos, reportan 1197 personas. Para el caso de las personas que se auto adscriben como Pa- Ipai la cifra es de 468 personas. Con los Cucapas la población es de 542 personas y Kiliwa (también denominado Koléew) es el shumul menos numeroso con un total de 306 personas de las cuales 177 viven en otra entidad, en San José del Cabo en Baja California Sur.

En la actualidad existen dos shumules Koléew, los que descienden de los Espinoza y los Ochurte, de entre estos dos también figura el shumul Farlow, mismo que está emparentado y que han sido referidos en otros documentos como Bendímez (Bendímez, 2002), Garduño (2011, 2016), Adriana Chávez (Chávez Terán, 2005), González y Gabayet (González V & Gabayet G, 2015).

El tipo de tenencia de la tierra para el área de Arroyo de León es ejidal, y con el salinismo se abre a la posibilidad de vender el territorio Koléew. Lo anterior derivó, en más extractivismo territorial pues con esta posibilidad se presenta a su vez la migración rural-urbana.

Las personas que se autoidentifican como Koléew, según el INPI del total 210 son varones y 96 mujeres, además solo queda una persona por sexo en el grupo de 60 años y más que son hablantes de su idioma, lo que evidencia la pérdida gradual de la lengua y memoria.

Las instituciones gubernamentales han sumado esfuerzos para resarcir la disolución o extinción de este shumul, pero parece inminente su desaparición, en tanto otros factores están incidiendo en ello como la migración rural-urbana, la profesionalización y todos los efectos negativos que el proceso globalizante ha implicado, como la pérdida de los metarelatos y para el caso de las familias yumanas, que siguen ancladas a prácticas como las aquí referida, con vínculos que dan concesión social y con ello, las posibilidades que diferenciarse en la vorágine civilizatoria y desarrollista.

En el año 2024 se le otorgó el reconocimiento a la Sra. Leonor Farlow como una de las mujeres de mayor conocimiento al ser portadora de la memoria del Shulumul Koléew.

La distribución al interior del Shulumul Koléew reporta 81 personas en Ensenada, 14

en Mexicali y 34 en la ciudad de Tijuana. De lo anterior se desprenden dos lecturas, colocar a todas las personas en un contexto cuando significativamente, son más los reportados en Baja California Sur. Con las precauciones del manejo de estas cifras, a manera de pistas, dejan ver algunos indicadores respecto a los servicios de salud, educación y acceso a servicios básicos.

La medicina tradicional al interior de los grupos Yumanos tiene presencia de prácticas de atención y cuidado a TFAL. De entre las cuatro familias: Pa -Ipai, Cucapá, Kumiai y Koléew, solo dos mujeres efectúan hacia afuera de sus clanes familiares técnicas o métodos para los TFAL. Una de ellas se autoadscribe a la familia Pa Ipai, y otra es parte de la familia Koléew.

En este caso, y debido a su localización, esta situación social difiere al de la ciudad de Tijuana. En el municipio de Ensenada la oferta y demanda de atención y cuidado a los TFAL cobra otros matices pues con la llegada de cruceros con turismo estadounidense, los festivales de la Baja 1000, Baja 2000¹⁵⁵, la actividad portuaria y sus particularidades económicas han derivado en otros aspectos socioculturales.

El ritmo de vida en el municipio de Ensenada no es tan ajetreado. Desde que se va ingresando por el Sauzal, los corredores a pie de carretera a la par de los ciclistas están presentes desde que se pasa la caseta de cobro de acceso a Ensenada, el tráfico vehicular convive privilegiando a estos deportistas en su transitar. Los contenedores apilados a un lado de la carretera en los espacios de las empresas transportistas, lucen sus colores sobrepuestos.

Las gaviotas parlotean y sobrevuelan la nave de las empacadoras de pescado que despiden el característico olor en al ambiente. Junto con el distribuidor vial que lleva al Valle de Guadalupe, frente a la inmensidad del océano pacífico: el escenario de esta porción del territorio en donde desde hace miles de años, los grupos cazadores-recolectores-pescadores se reunían para explotar e intercambiar recursos de los diferentes ecosistemas, además de

¹⁵⁵ Se trata de carreras en vehículo todo terreno, motos y cuatrimotos organizado por BFGoodrich, este año fue la 57 carrera de Baja 1000, 56 carrera Baja y 5 ta. carrera Baja 400. [SCORE International](#)

cantar, celebrar; hoy siguen reuniéndose para convivir entre familias y vender sus productos y artesanías.

La participación política y el rol de algunas mujeres de origen étnico, tanto como artesanas, y como agentes sociales de transformación, ha posibilitado el desarrollo de proyectos productivos desde hace varias décadas.

La intervención institucional de la ya desaparecida Secretaría de Recursos Hidráulicos, en aquellos ayeres, último cuarto del siglo pasado participó de manera directa en el deslinde del territorio en el que se interactúan y se localizan hoy las comunidades y grupos originarios. Con esto, la colocación de linderos, el alambrado, o bien el fomento de ganadería con animales de pastoreo o panales de abejas, fueron algunos de los proyectos que a la par del registro del uso de hierbas medicinales, junto con el manejo y sensibilización de su uso, consolidaron algunas de las iniciativas que promovieron también el ya desaparecido Instituto Nacional Indigenista, hoy Instituto Nacional para los Pueblos Indígenas.¹⁵⁶

De estos programas federales, en las comunidades de origen étnico, al interior del Shulmul Koléew, la conocedora en atender y cuidar TFAL ha sido apoyada con recursos para la elaboración de un documental que da cuenta de las prácticas de la herbolaria.

La habilidad para la artesanía la ha desarrollado desde la infancia. La cestería, la cerámica, aretes, collares, muñecas son algunos ejemplos que desde hace décadas realizan como actividad económica. Debido a la fuerte relación con la herbolaria, la presencia de plantas sagradas en el mito fundacional y la posibilidad de conservar los saberes respecto a su uso y función, han sido aspectos que han visibilizado en un documental,¹⁵⁷ elaborado con el apoyo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblo Indígenas (CNI) y otro más elaborado en los últimos años por la Secretaría de Cultura.¹⁵⁸

¹⁵⁶ Entrevista etnográfica, Escena 5, Situación social 3.

¹⁵⁷ [\(773\) Medicina kiliwa. Tradición aprendida. - YouTube](#)

¹⁵⁸ [CUCAPÁS y KILIWAS 9000 AÑOS DESPUÉS \(58 min. / 2007 / México\)](#)

Estas familias mantienen un vínculo fuertemente anclado a nivel discursivo por su presencia ancestral en el territorio, para el caso del Ejido Arroyo de León, asentamiento actual del Shumul Koléew, a la par de las actividades de recolección, caza y ganadería, han sobrevivido miles de años, pero se diluye su idioma.

Así, con los apoyos otorgados federales, se han impulsado a las familias Yumanas desde diversos ámbitos. Desde una empacadora de hierbas para infusión, elaboración de ungüentos, pomadas y aceites, así como un diccionario de Kiliwa.

Estas mujeres han desarrollado proyectos productivos con los cuales hoy día tienen una amplia gama de productos especializados como pomadas para diabéticos, aceites, mezcla de hierbas para infusiones con marca de autora de origen étnico que se posicionan en un contexto en el que el consumo de ciudadanos estadounidenses es alto.

Entre estas mujeres que ofrecen sus artesanías, productos, tanto de la recolección como de la inventiva de cada familia, en Ensenada “la gente paga el precio que le pongas a la artesanía, en Tijuana no”¹⁵⁹. Cabe destacar que este municipio, ocupa el primer lugar en formación académica y dentro de la oferta educativa y de formación e investigación, está colocado desde el siglo pasado en la Sierra de San Pedro Mártir el Observatorio de la UNAM y el CICESE, centro público de investigación SECIHTI y sus cuerpos académicos adscritos, dan cuenta en el promedio que tienen la escolaridad (mayor a 10.2 años en promedio) en población de 15 años y más, según el INEGI (INEGI, 2022).

Por su parte, las delegaciones de las instituciones federales, como el IMPI, y el INAH están en esta ciudad y no en la ciudad de Mexicali, capital estatal. Es el municipio más grande en extensión territorial en el estado y le atraviesan dos serranías, mismas que han sido habitadas desde hace miles de años. Las evidencias arqueológicas en la región dan cuenta de ello. Lo mismo respecto a los recursos que se explotaban, mismo que están presentes en manifestaciones gráfico-rupestres (Fonseca & Fenoglio, 2023).

¹⁵⁹ Entrevista etnográfica, Escena 5, Situación social 3.

Con dinámicas muy particulares de relaciones entre grupos y comunidades originarios y los grupos y comunidades originarios del Oaxaca denominados “establecidos”¹⁶⁰, los de la rama lingüística Yumana, al estar directamente relacionados con el territorio, a la par de otras de naturaleza transnacional como la de la familia Kumiay; que tienen participación a nivel regional en espacios institucionales, educativos y culturales en la zona fronteriza de Baja California.



Imagen No.9.1. Festival Nativa 2023. “De nuestras raíces brotan arboles nuevos”
Escenario de la plaza “Puerta al Mar” Ensenada, B.C. Archivo personal.

Ejemplo de esto son los festivales que por parte de la organización tanto de las familias Yumanas, en coordinación con las instituciones tanto municipales, como estatales y federales, promueven espacios en los que visibilizan algunas de sus manifestaciones culturales y tradiciones, como los cantos de curi-curí.

En estos espacios, como el organizado en el año 2023,¹⁶¹ en “Puerta al Mar” en la ciudad de Ensenada, los días 9 y 10 de septiembre en donde las familias Yumanas se reúnen y entregan

¹⁶⁰ La diferenciación es en términos de auto y hetero adscripción enunciados por los de la rama Yumana en relación con los que han migrado provenientes de estados ubicados al sur del territorio nacional.

¹⁶¹ El año 2024 no se celebró el Festival Nativa ya que, debido a los cambios institucionales de final de sexenio, la organización se complicó, posponiendo para otro momento la celebración.

el reconocimiento a la Señorita Nativa. En esta ocasión el reconocimiento lo detenta la familia Cucapá, portándolo la joven Mariana Carrillo a quien las autoridades tradiciones reconocen tras deliberar, entre otros aspectos, la propuesta de promoción y fomento a sus tradiciones culturales. El espacio propicio para mostrar ante la afluencia de la población del municipio y a nivel regional, la venta de productos, artesanías y en este caso, atención y cuidado a las TFAL.

En el festival, entre el cúmulo de carpas y turista nacionales y extranjeros, en el escenario figura la presencia de las mujeres adultas mayores en primera fila, quienes inician el ritual de quemar salvia para simbólicamente “purificar” el evento. El olor penetrante de esta planta sagrada involucra a sus participantes a la par de “los discursos sonoros”, en tanto vehículo simbólico dice Miguel Olmos, “propiciador de experiencias de trance y extáticas” (Olmos, 2011).



Imagen No.9.2 Festival Nativa 2023. Artesanía y souvenirs. Plaza “Puerta al Mar” Ensenada, B.C. Archivo personal.



Imagen No.9.3 Festival Nativa 2023. Cantadores Tradicionales. Plaza “Puerta al Mar” Ensenada, B.C. Archivo personal.

Justo en el zenit inicia la celebración, el sol abrasa, la brisa de la fuente de la plaza de “Puerta al Mar”, refresca con las ligeras corrientes de aire que llevan la brisa con olor a salvia en todas direcciones. Las mujeres al centro, rodeadas a sus espaldas por los cantantes

dispuestos en media luna, varones en su totalidad, hacen muestra de sus “discursos sonoros” cantando y haciendo sonar sus sonajas. Las mujeres adultas, autoridades tradicionales, sentadas, algunas en sillas colocadas en formación de semi círculo, convocan y presiden la celebración del reencuentro entre familias del noroeste en la que participan otros grupos de origen étnico como los Seris, o el suroeste de los Estados Unidos. En formación circular, el resto de las mujeres de estas familias bailan, algunas descalzas, acariciando la tierra con cada movimiento.



Imagen No.9.3 Salvia y Salvia real. Festival Nativa 2023. Artesanía y souvenirs. Plaza “Puerta al Mar” Ensenada, B.C. Archivo personal.



Imagen No.9.4 Festival Nativa 2023. Reconocimiento Señorita Nativa. Plaza “Puerta al Mar” Ensenada, B.C. Archivo personal.

Entre atole de bellota, atrapasueños, plumas, cestas de palma y junto, miel, salvia seca en manojo o fresca en maceta, pomadas, ungüentos, aceites; justo al lado de un puesto con elementos dispuestos a manera de exposición museística, figura la carpa blanca de la sobadora que en su interior dispone de una cama de masaje portátil, una mesa en la que exhibe algunos soportes ortopédicos, una silla, toalla y papel desechable sobre el descansa rostro. A cargo de sus manos fuertes y sensibles, la mujer medicina, madre, hija, hermana,

esposa, socióloga, y sobadora; en este espacio da atención y cuidado a los TFAL pues heredó desde hace años, de una tía materna “todo”.

A lo largo de la secuencia de toques que involucran la sesión de masajes, mismo que se efectúa en espalada alta y extremidades, esta conocedora puede “percebir” [sic] otros niveles explicativos de los padecimientos, pues dice que hay quienes “sufren dolores muy heavy” y hay personas “buenos para tocar”. Esta mujer conocedora lleva a cuestras la representatividad de su Shumul. Ha capitalizado las oportunidades de las caravanas de salud pues también es auxiliar de enfermería y partera. Su personalidad le ha posibilitado abrirse senda en el ámbito cultural, ocupando un lugar importante entre los espacios institucionales.

Esta conocedora ha desarrollado la habilidad de “discernimiento” y, de todas las habilidades que ha ido desarrollando, la que más le agrada es la de los masajes. En la actualidad trabaja en su domicilio particular y tiene proyectado el acondicionamiento de un espacio al interior - tipo CAV- en donde efectuar terapias a los TFAL, ya que cuenta con una amplia red de personas que recurren a sus atenciones y cuidados, pues reconocen, promueven y aprecian ese “don” que tiene y que ha practicado e incrementado en su trayectoria de vida, efectuando una selección específica de la técnicas y métodos a emplear, en donde lo relativa a limpias, “trabajos” especiales, lectura del café, entre otras, están distanciadas a la luz del precepto moral de la fe cristiana que ha abrazo hace años.



Imagen No.9.5 Festival Nativa 2023. Puesto del Shumul Koléew. Plaza “Puerta al Mar” Ensenada, B.C. Archivo personal.



Imagen No.9.6 Festival Nativa 2023. Carpa de Sobadora del Shumul Koléew. Plaza “Puerta al Mar” Ensenada, B.C. Archivo personal.

La capacitación por parte de los SAS público incursionó en los grupos y comunidades Yumanas a través de las “caravanas de salud”. En estas, ha participado activamente pues cada año les convocan por parte de las instituciones, para capacitarles y atender enfermedades como el chikunguña, tuberculosis y enfermedades crónicas.

De las capacitaciones por parte del SAS público, no ha recibido documento alguno que certifique que es auxiliar de enfermería. Su pronta incorporación de manera activa para promover las prácticas y los saberes que ella recuerda se hacían, le da continuidad en tiempos y bajo dinámicas disimiles. Encuentra así, el espacio de complementariedad en el ámbito de la hiperpluralidad de formas, acciones y relaciones a las que adhieren otras más de las instituciones capacitacioncitas del SAS público. El reconocimiento social es amplio por parte de los grupos y comunidades originarias tanto en el ámbito rural como en el urbano, en diversos contextos y de múltiples formas en espacios institucionales académicos y culturales, pero ella se auto define como mujer medicina y/o curandera.

En esta situación social prevalecen condiciones de desventaja y marginación, sin embargo, las cifras del INPI reportan que estas familias cuentan con un cien por ciento de filiación a algún servicio de salud. La cobertura del SAS público suele ser a través de las campañas de vacunación y entrega de medicamento controlado para enfermedades como diabetes e hipertensión. Están también las efectuadas por las iglesias de denominación cristiana y por universidades públicas y/o privadas; además de la serie de implicaciones que conlleva el proceso de migración rural-urbana de estas comunidades y grupos originarios, que han transformado su cotidianeidad.

Algunas de estas transformaciones han derivado en cambios de lugar de residencia, en un alto porcentaje al municipio de Ensenada, ya sea por cuestiones de estudios o bien laborales. Una característica compartida de estos grupos y comunidades originarios es la falta de cobertura efectiva en salud pues el acceso, al ser a pie de sierra, con accesos escarpados, siguen estando alejadas y el profesional de la biomedicina brilla por su ausencia. Salvedad de

las caravanas de salud que involucra a pasantes de medicina y enfermeras (os), que suelen espaciarse hasta por cuatro años, como es el caso de Santa Catarina, o en La Huerta en donde existe un espacio destinado a un consultorio en el cual los expedientes empolvados se sobrepone en el archivero del consultorio que se usa cuando llega la caravana.

Por su parte, la “cura milagrosa” ha hecho su labor en estas comunidades. Subsana en cierta medida las necesidades de atención a la salud con su modalidad de caravanas cristianas (Wadwell, 1998, p.333). Wadwell propone una caracterización para lo que ha denominado “cuasiprofesionales” (1998, p. 332) a tres tipos de conocedores, les denomina charlatanes, curanderos mágicos y los curanderos por la fe. En su análisis propone que estos, a la par de los quiroprácticos, comparten relaciones marginales al interior de la profesión, debido a la falta de aceptación tanto de los cuasiprofesionales como de los quiroprácticos que cuentan con el reconocimiento por parte de las instituciones de salud en Estados Unidos, situación que no es análoga en México, pero que encuentra vínculos en la demanda de servicios pues los sistemas de atención a la salud han favorecido a dichos profesionales toda vez que el sistema Medicaid y por casi todas las compañías privadas, como BlueCross-Blue Shield en 1975 integran el reembolso por compensación a los trabajadores en todos los estados de E.U.

Tabla No. 9.4 Caracterización de métodos, recursos terapéuticos y tipo de relación en el tiempo en Escena 5, situación social 3.

Sobadora de grupos y comunidades originarias de la región fronteriza en Baja California			
Diagnóstico	Técnica y método	Relación paciente-profesional	Recursos terapéuticos
Masoterapia corporal, anímica y energética	Acariciamiento	de confianza y de mediano y largo plazo	Construcción identitaria Pomada de autora.
Percepción	Frotación-fricción		Territorialidad
	Amasamiento		Mito fundacional
	Presiones		Amac kuya
	variedades combinadas (propias del quiromasaje)		efectiva y apropiada

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

Para esta conoedora incursionar en las terapias manuales ha sido parte de las múltiples actividades que realiza. Ha heredado por línea materna la práctica de sobar y realizar “todo”, aún y cuando su precepto de fe, de naturaleza cristiana, la ha distanciado de realizar aquello que no considera apropiado pues se considera en términos análogos a los profesionales de la biomedicina; parte importante de las actividades que realiza están encaminados, desde hace años a conservar sus tradiciones y servir a su comunidad.

Parte importante ha sido la relación que han establecido con lo grupos y comunidades originarias del estado de Oaxaca establecidos en la zona, de quienes ha aprendido la importancia de la transmisión de su idioma, el cual está por diluirse y sus esfuerzos, a la par de reconocer los procesos discriminatorios; cuestiona a la última hablante la razón de no transmitirles y enseñarles a hablar kiliwa.

T: ¿Mamá por qué no nos enseñaste el kiliwa? -Ella empezó a hablar el español hasta los 15 años- Es que yo no quería que ustedes pasaran la discriminación que yo pase. Está bien, le digo, yo te entiendo. Pero adentro de casa nos lo hubieras hablado. Ya si nosotros decidíamos hablarlo o no hablarlo fuera de casa, pues es otra cosa. Pues si hija, pero uno que va a saber de eso. Le digo: bueno por ese lado no te puedo reprochar, y como siempre me han invitado que a salir a eventos. Me toco una racha, así que me estaba bajando de un avión y me estaban marcando para que me subiera a otro, porque había salidas y eso me despertó mucho el interés porque donde quiera que iba, miraba a, más a los de Oaxaca, son 68 étnicas y donde quiera lo hablan los niños chiquititos con las mamacas y dije, bueno, si ellos pueden, ¿Por qué nosotros no podemos? Que la discriminación, ¿eso qué?, me la paso por el arco del triunfo y fue el interés que me dio. Dije, es que tenemos que hacer algo para el rescate.¹⁶²

Esta conoedora en su infancia estuvo relacionada con niñeces de los grupos y comunidades de origen oaxaqueño pues también compartían en el internado en donde convivían, y más tarde se casa con un varón oaxaqueño que se establece en la región.

Recuerda que su abuela y su tía materna sobaban y de observar, aprendió. Más tarde fue adquiriendo apoyos y financiamiento, capacitaciones y desde hace poco más de dos décadas

¹⁶² Entrevista etnográfica, Escena 5, Situación social 3.

ha mantenido un prestigio social como portadora de la tradición Koleéw tras su participación en eventos nacionales e internacionales convocado por instancias gubernamentales.

T: Desde pequeña, te estoy hablando unos 6-7 años. Nosotros, para empezar, nos habían mandado a un internado en Catarina. Ahí nos enseñaban lo que eran plantas y también nos enseñaban la cestería. De ahí yo salgo a los 11 años. De los 11 años, ya que fue sexto año, llegamos aquí a Ensenada y pues en todo ese transcurso mi abuela, pues ella siempre se curaba con plantas y yo siempre he sido muy fijona y muy metiche, y andaba viendo qué hacía y me llamaba la atención. Yo no sé bien si una de mis tías sabía. Ella hacía limpias, hacia, tenía infinidad de gente que consultaba con ella. De hecho, llegaba gente de E.U. de todos lados. Y yo no sabía. Entonces me llamo la atención, empecé a [...] andaba siempre de metiche. Yo miraba, miraba que ella los sobaba, porque no dejaba entrar a nadie cuando ella estaba haciendo su trabajo. Y yo pocas veces llegaba con ella y me pasaba. Yo nunca entendí, no la entendí, ¿por qué hacía eso? Porque ella tenía una hija y pues a su hija no la dejaba entrar, le pedía cuando ocupaba algo, que una planta, que un alcohol, que la pomada, pero no entraba. Entonces yo sí entraba, yo sí miraba, y como a mí era algo que me gustaba y me llamaba la atención, por mirar aprendí.¹⁶³

El saber tradicional transmitido por tradición oral, sin un procedimiento ordenado o jerarquizado, ha sido parte importante de la trayectoria de formación de esta mujer de cinco décadas, madre de tres, promotora cultural; que asumió hace tiempo la ardua tarea de conservar parte de los saberes y del patrimonio intangible Koléew.

Recuerda el día en que le fueron conferidos los saberes por parte de la tía que veía en ella la posibilidad de seguir realizando aquello que, hasta ese momento, antes de morir, solo efectuaba ella.

T: Y ya grande tenía, tenía mi tía como setenta y seis años, ella se puso muy grave y yo fui a verla, porque ella hubo una parte que me cuidó de chiquita y ella me decía, mi zapato de tacón alto, siempre me decía así, porque dice que me guastaba mucho ponerme las zapatillas que andaban por ahí mal acomodadas. Y a si me puso “mi zapato de tacón alto”. Cuando ella se pone muy grave, fuimos dos de mis hermanas y yo a verlas, y estas mañosas ya le habían hablado a ella que íbamos a ir, y entonces, mi tía le pidió una foto a mi hermana. Y ya me dijo, zapato de tacón alto, ven pa’ca. ¡Si tía! Y me dijo, yo ya estoy mala, yo no sé cuánto voy a durar, pero te voy a dejar todo. Yo luego, ¿cuál todo? Si, dijo. -Y sus palabras que uso, tal cual me las dijo-, ¡No te hagas pendeja!, tú sabes mucho, vas a empezar a sobar, vas a empezar a curar y te voy a dejar todo, y ¡todo es todo! O sea, para ella, ella quería que yo hiciera

¹⁶³ Entrevista etnográfica, Escena 5, Situación social 3.

limpias, ella quería que hiciera todo lo que ella hacía. Y yo no sé por qué, la verdad no supe ni porque, ni en qué momento lo aprendí, porque yo aprendí a hacer limpias, yo era de las que te volteaba una taza de café sin que se derramara, ¿cómo lo hacía?, yo no sé, ahora sí que fue algo natural, algo que me dejaron, algo como un don. Pero fue algo que no me gustó, porque llegaba mucha genta a buscarla a ella y yo escuchaba cuando le decía, no es que quiero hacerle un mal a fulano, a zutano; dije; no. ¿Pero, por qué hay que hacerle mal a la gente si se supone que estamos para curar? Entonces yo siempre me metí eso en mi cabeza, que estamos para curar como un médico, no hacerle daño a alguien. Y así lo trabajé. Yo lo tenía ahí dormido, no lo quería trabajar, no lo quería trabajar, por lo mismo, de que no llegaran y me dijeran es que quiero limpias, es que quiero esto. Pero atendí a una amiga, no sé si la conozcas a Norma Carbajal, es tan conocida. Total, que ella se golpeó, se fracturo un pie, no sé qué y yo la vi que andaba, es muy querida por nosotros, y la vi que andaba rengueando, y le dije, ¿que tienes? No es que tuve un accidente, que mira mi pie, que ya no lo puedo mover. Sí, le digo, pero ¿te fracturaste?, ¿esta falseado? No, dice, es que me lo, no más me lo falseé, pero los doctores decían que así iba a estar bien. Y así, entonces le digo, a ver, ponte, te voy a revisar. Y ya la revisé, le digo, aprieta los dientes, y me dice, ¿qué me vas a hacer? No, nada, le digo, tu aprieta los dientes nada más, ¡eh, ahí te va! y ya le di el estirón, empecé a sobar y me dice: y si tus sabias, me dijo, si tú sabias ¿por qué no me habías curado?, Así me reclamo a la primera. Le digo, yo que voy a saber, yo ni siquiera sabía que estabas lastimada. No, que tus sabias hacerlo, me dice. ¡Ah!, no, le digo, no sé hacerlo y yo todavía me negué. Pues haga de cuenta que, así como cuando pasas el chisme, así empezó a pasarme, porque era un día, era un festival parecido al Nativa, en donde se juntaron todos los indígenas.¹⁶⁴

Para ella, el don despertó ante la necesidad de atender y cuidar TFAL, a partir de ese momento; de los saberes heredados selecciona los apropiados para conservar, en estrecha relación con su identidad religiosa adquirida al casarse. Por lo que las prácticas relacionadas a efectuar limpias, leer el café y otras relacionadas con la medicina tradicional dejan de ser realizadas, pues el objetivo de este “don” conferido, visto desde su propia práctica, habrá de estar distanciado de todo aquello que ella define como “no bueno efectuar”.

A partir de ese momento, en el que se le reconoce desde afuera de su familia extensa como sobadora y la eficacia de sus manos, abraza su herencia, seleccionar algunas de las prácticas, como la herbolaria y su trayectoria como conocedora se oficializa, pues la primera persona atendida exitosamente le impulsa a realizar las sobadas pues ha encarnado su efectividad, efectividad encarnada que la biomedicina no le había proporcionado hasta ese momento.

¹⁶⁴ Entrevista etnográfica, Escena 5, Situación social 3.

El reconocimiento no es emergente, sus saberes han sido empleados en el ámbito de lo doméstico, vecinal y al interior de la familia extendida, incorporando herramientas y proyectos con financiamiento para promover y conservar la herbolaria; a partir de procesar y envasar varias hierbas para infusiones para atender varias enfermedades y padecimientos. Las pomadas de autora las incorporan como productos comercializables hacía afuera de estos grupos y comunidades originarios, a la par de la artesanía, la cestería, bisutería y las muñecas que elabora como parte distintiva de sus tradiciones.

T: Pues mira, cuando ella dijo todo y dijo, tú sabes mucho, yo dije, no tía, yo no sé nada. Yo me negué, que no sabía, me hacía del ojo chiquito. Ya cuando ella fallece dije, bueno no hay nadie más que lo ejerza. Yo sí conozco y me daba como cierto miedo, y qué tal que haga algo y no salga bien y al rato me reclame la gente, dije, no. Pero es que no puede ser así. Y empecé, a consecuencia de Norma. Empecé, y dije ok. Pero voy a empezar por pomadas teces y eso. Empecé a trabajarlo de un punto de nosotros familiar siempre. Metí un proyecto, dije: bueno, tengo que empezar a encapsular el medicamento. Tengo que hacer sobrecitos de té, si voy a empezar quiero algo bien. Si dicen que yo sé, pues, yo se. Y empecé a utilizar mis plantas.¹⁶⁵

La variedad de plantas es amplia y su recolección requiere de un grado de especialización para no sobreexplotarlas. La miscelánea herbal es la base de la atención y cuidado de enfermedades, padecimientos y aspectos de la salud materno infantil, entre estas familias.

Tabla No. 9.5 Miscelánea de herbolaria.

Miscelánea de herbolaria de los grupos y comunidades originarios Koleéw.	
Planta	Afección o padecimiento
Hierba del manso	Cólico, parto, postparto.
Casaguí	Circulación. Destapa las arterias.
Chamizo blanco	Incienso y lavados vaginales.
Guatamote	Caída del cabello.
Gobernadora	Dolor, infecciones, piedras en riñones
Gordolobo	Dolor
Árnica	Dolor
Golondrina.	Llagas, golpes, operaciones y cicatrización.
Álamo.	Heridas y granos de pus.

¹⁶⁵ Entrevista etnográfica, Escena 5, Situación social 3.

Valeriana (flor).	Estómago, infecciones y diarrea.
Valeriana (raíz y tallo).	Insomnio y descanso.
Canutillo.	infecciones en vías urinarias y riñones.
Huata.	Vías urinarias.
Salvia.	Purificación.
Moronel	Infecciones, inflamación, dolor.
Rama santa	Infecciones, inflamación, dolor.
Sauce (corteza).	Fiebre, migraña.

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

Tere: Entonces empecé con esa (gobernadora) y así empecé a hacer mezclas y las empecé a usar con mi gente, con mi familia, con mis hermanos, con mi mamá, con mis hijos y pues miré que estaba dando resultados muy bien. Entonces dije, ok, lo voy a sacar al público y así empecé a hacer mezclas de plantas a recetárselas al público, y pues ahora sí que, lo que te califica: lo que tu público diga. Y empezaban a llamarme para darme las gracias, a veces me traen cosas, que le traje esto, aquello y yo, ok, gracias. Tengo gente de EU, de Rosarito, de Tijuana, a veces me hablan para consulta, a veces vienen hasta acá, y así los atiendo. Y para no hacértela tan larga. Meto el proyecto, bajo maquinarias, empiezo a hacer mis tes ya en sobres.¹⁶⁶

La medicina humoral forma parte sustancial de la práctica y empleo de estos saberes, pues la selección de la planta en relación con la afección suele vincularse con la concepción de frío y caliente, lo mismo para la atención y cuidado de TFAL, los cuales son atendidos con las pomadas que realiza en donde, según la afección, padecimiento y el tipo de dolor encarnado, será la pomada a emplear, al respecto nos comparte:

C: ¿en las plantas hay alguna clasificación, así de plantas frías, plantas calientes, esta división de frío y caliente?

Tere: Si, sí, sí; porque yo no puedo, por ejemplo, la vez que estuve sobando aquí en nativa, ahí tenía pomada para caliente, porque yo sé que la mayor parte del a gente que me va a llegar son por nervios, estrés y todo, y entonces hay que calentar nervios, hay que mover y todo eso. Por eso es que, a muchos les encargo cuando voy a sobar, o algo: ¡oh! ¿vas a venir?, está bien, ven temprano o tráete un suéter que te puedas cubrir la espalda o depende donde le vaya o sobar. Y también me ha tocado atender a beisbolistas, también cuando tiene una torcedura, también como es en caliente hay que usar las calientes. Cuando ya lo dejaron pasar, hay que usar lo frío, porque si no, haces un contraste y los nervios se hacen bola y menos los vas a estirar.¹⁶⁷

¹⁶⁶ Entrevista etnográfica, Escena 5, Situación social 3.

¹⁶⁷ Entrevista etnográfica, Escena 5, Situación social 3.

Los aspectos por los que se recurre a esta mujer medicina son múltiples, ha adquirido a través de la experiencia, habilidades para atender y cuidar la vida, no solo a partir de dispensar tes y pomadas, sino a la par de sobar las lesiones emanadas de TFAL; también es partera.

Tere: Pues ahora sí que uno cuando atiende, atiende de todo. Aquí la hago hasta de psicóloga, me ha tocado atender a gente, ahora sí que usando la psicología, que me llegan dañados mentalmente, piensan que están enfermos y eso, y realmente no. Aquí mismo en Ensenada me toco atender a una muchacha en labor de parto. No quiso ir a atenderse al centro de salud, no quiso ir al hospital y pues me toca a mi recibir una beba.¹⁶⁸

Esta experiencia le acredita entre los grupos y comunidades originarias como sabedora y cuidadora experta, no así por parte de la biomedicina quien primero le capacita y luego le copta en la realización de acciones relacionadas con la partería, pues de lo contrario sabe que puede ser sancionada, por lo que extrema precauciones para eludir cualquier consecuencia, limitando su ámbito de acción a la urgencia de la ocasión; el seguimiento y el “registro de nacimiento”, estará a cargo de la biomedicina que no tardará en llegar a través de un cuerpo de paramédicos que felicitan a la curandera, expropiándole el logro a través del miedo y la intimidación.

C: ¿Ella también es de la comunidad?

Tere: No, es una muchachita x, ni la conocía, sí sé que vivía ahí, no tenía roce con ella. Me hablo la vecina de ella, la vecina me dice: ¡Amá!, ya está pariendo la Jaz, veinte ayúdame y pues me deje venir y ya cuando llegue, ya estaba en labor, ya estaba con los dolores. Le digo acuéstate, te vas a poner en esta postura, y pújale, no lo quieras parar y sí. Al segundo dolor fuerte, ahí va para afuera la bebe, ya para pronto hay que limpiarla y sacarle el moquito que no se ahogue y todo eso que se tiene que hacer.

C: ¿y tú ya sabías, ya tenías nociones del moquito, de cómo cortar el cordón, la posición?

Tere: fíate que tenía noción, pues porque a veces miras las películas o mira así, pero no más. Pero era mi primero, yo no sabía como tal, así, cómo estaba. Y este, ¡fue bien emocionante!

C: ¿tú ya habías sido mamá?

Tere: Sí, yo ya había sido mamá, yo me acordaba exactamente de qué, pues hay que amarrarle el ombliguito porque me acordaba que si no lo amarras te puedes desangrar tanto tú como el bebé. Y dije no, a ver, este procedimiento, hay que marrarlo antes de

¹⁶⁸ Entrevista etnográfica, Escena 5, Situación social 3.

cortarlo, cuatro dedos, yo solita me terapié y dije: ¡sí se puede! y sí; para cuando llegó la ambulancia, porque no quería ir todavía, y le dije, mira yo como tal no puedo hacerte un registro, yo no estoy registrada ni como partera ni nada, yo nada más vengo a ayudarte y es necesario que te revisen y para que te puedan dar el registro de tu bebé. Y así le hice que aceptara. Ya, marcamos a la ambulancia y pues igual, ahí queda atestiguado que se hizo bien el trabajo porque llegaron los paramédicos y fue lo primero que me preguntaron: ¿señora usted ya sabía? Y yo, no, pues más o menos yo me imagine, pues soy mamá y ya cómo se tiene que hacer. No pues dijo, lo hizo muy bien, y así que nos la llevamos y gracias. Ese sí dijo, no le diga a nadie, a ningún doctor, que usted recibió un parto aquí. ¿Por qué? dije, me quedé con eso, y ¿por qué? Resulta que para los médicos una partera no sabe nada.

C: ¿tu dónde pariste te ayudo una partera?

Tere: No, yo parí en el Hospital general a todos mis hijos. Yo tenía, pues estaba chamaca todavía, en la comunidad no hay ni una partera y yo los quería parir allá, pero no hay ninguna partera.

C: ¡Ahora tú!

Tere: Ahora sí. Ahora si llega una embarazada yo las puedo atender. Pero anteriormente, pues nada. O sea, adentro de lo que es la comunidad, ni siquiera hay gente que te conozca de plantas medicinales, gentes que digas hacen esto, hacen aquello. No.

C: ¿Se fue perdiendo?

Tere: Se fue perdiendo, nadie lo ejerció, a nadie le llamó la atención. Pero a mí sí.

C: Desde esa experiencia, ¿cuántos bebés más has recibido en este mundo?

Tere: De esa experiencia a ahorita yo creo que he recibido unas cuatro. Unas cuatro. De hecho, una joven que venía del sur me tocó también, ella vino, me rento un cuartito, aquí atrás, exclusivamente para eso, para que yo le ayudara con su bebé cuando naciera.

C: ¿tiempo antes, cuánto tiempo antes de que le nacieran?

Tere: Ella se vino, tenía como siete meses.

C: ¿En esa espera realizabas algún masaje, le dabas algún tecito?

Tere: Yo la revisaba así igual que el médico, al mes. Le checaba su presión, su taquicardia, los movimientos del bebe, la medida de la pancita, que tanto había crecido y así.

C: Y esos indicadores, la medida y eso, ¿cómo lo aprendiste? Si fue como las circunstancia cuando llega la primera bebé, luego yo todavía ni se cuál debe ser el ritmo de mi frecuencia cardiaca. ¿Cómo fuiste adquiriendo esa habilidad?

Tere: Mira ahorita yo tengo, ¿qué será?, como quince, catorce, quince años que siempre me ha gustado todo lo que es de medicina y entonces, llegamos a esta colonia, aquí tengo 21 años que compramos aquí, pero como hace, ¿qué será?, unos catorce o quince años, un vecino me dijo: oiga, este, fíjese que va a entrar una caravana de salud, pero no hay lugar donde nos puedan atender. Y como yo siempre andaba de metiche en todo. Dice, ¿no quiere usted recibirlos ahí? ¡Ahí no, que enfado! porque van a estar atendiendo a la gente de la colonia, van a estar dentro de mi casa, en mi cocina, no. Pero después acepté, dije, eso me va a servir. Y los deje que entraran. Ah; pues empecé a ver cuándo ellos pesaban, cuando ellos median, cuando hacían las cosas y ya después me dijo el doctor. Oiga, ocupamos una auxiliar, auxiliar de enfermería. ¡Ah sí!, le digo, y eso ¿en qué consiste o cómo está? No, dice: pues nada más le vamos a enseñar a medir, a pesar, a limpiar heridas. Vamos a enseñarle a poner un vendaje adecuado, como debe de hacerlo. Y dije, ¡ah! Esta interesante la propuesta. Y ahora sí, dije, voy a poder reforzar más mi conocimiento

de plantas, con el conocimiento de la medicina ya ahora sí. Y dije, ok, le entramos. Y así fue como aprendí.

C: A parte de las medidas, alguna técnica, manipulación que tú ya traías, que ya habías aprendido, como con Norma Carvajal, le sobo por aquí.

Tere: Hay conocimientos. En lo que es la medicina natural, hay conocimientos que a veces uno no se entiende de dónde, o no lo queremos entender, más bien. Porque cuando son cosas hereditarias, o sea, ya vienen, naces con los dones, nacen con ellos, no necesitas que te los enseñen. Yo, me ha pasado cosas a veces que hago o que atiendo la gente, y digo, yo ya la atendí, yo ya la había visto, yo pasé esto, pero no. Te pasa como una película como si tú ya lo hubieras visto. Te quedas, así, ¡ah! Entonces a veces son cosas que son las que dice uno, es que no sé, o no las entiendo, pero es que no queremos entender que es un don que no a cualquiera se le da.¹⁶⁹

Esta conocedora ha sabido incorporar y articular saberes y conocimientos entre los modelos médicos, pues ha transitado del autocuidado y autoatención, al alternativo subordinado con su incursión en la herbolaria y los productos derivados; así como en el modelo hegemónico en donde, y a partir de las caravanas de salud, adquiere conocimiento básico que vendrán a reforzar el “don” que no requiere ninguna lógica racional para acreditarse como capaz de efectuar atención y cuidado en múltiples situaciones.

Ahora que, también atiende afecciones propias de los denominados síndromes de filiación cultural como el empacho. Lo interesante de esta experiencia es que acontece, de nueva cuenta, derivada de la estrecha relación con los grupos y comunidades originarias de Oaxaca.

C: ¿cuál ha sido la experiencia más gratificante y la experiencia más desagradable con este quehacer que tú has estado realizando?

Tere: Pues mira, lo más bonito que te puede pasar, cuando le sirves a la población, en lo que tú sabes o en tu conocimiento, es cuando atiendes a los niños o a los viejitos. Esas dos cosas me encantan. Cuando son niños y que están... pues me tocó una vez una niña al borde de la muerte, ya olía mal. Esa niña era de Oaxaca. Llegamos mi esposo y yo, de hecho, llegamos, era tiempo de verano, la tenían acostadita abajo de un árbol, y estaba muy mala la niña. ¡Y le preguntamos a la mamá qué era lo que tenía y pues: ¡no se! y ¡no sé! Yo empecé a sobarla, me acuerdo la niña ahí, la abracé, la empecé a tratar, a cuidarla y le dije a la mamá, dele de comer, dice: pero es que ella no come. Pues tómala, que sí va comiendo. Después de eso ya le dieron su lechita y al día siguiente volví a verla, pues ya estaba parada la niña. Y algo tan simple, tan sencillo, pues dices: pues ¿cómo? Era un empacho en el estómago, se le estaba yendo por un empacho. Estaba su pancita inflamada de la bebé.

C: ¿Cuántos años tendría la bebé?

¹⁶⁹ Entrevista etnográfica, Escena 5, Situación social 3.

Tere: Cuando mucho tendría unos dos años. Esa fue una de mis experiencias, así ¡wow!, que suave ¿no?, que puedas servirle a alguien y que tu conocimiento te llene.

C: Esa forma de sanar el empacho, ¿cómo es, solo es en su vientre, en una dirección, utilizaste algo especial?

Tere: Mira, en ese momento yo no iba ni preparada, porque yo no iba a eso, nada más...calenté mis manos, comencé a sobarle su pancita, hay puntos donde debes de sobar, entre ellos son coyunturas, y fue de la manera que la empecé a sobar a la niña y así en seco, porque pues no había, pero lo que yo quería era ayudar a la niña en el estado que se miraba. Y pues si funcionó, a pesar de que no llevaba lo que ocupaba.¹⁷⁰

Respecto a la población atendida con más regularidad para la atención y cuidado de TFAL, en mayor frecuencia son varones con lesiones resultante del trabajo cotidiano. El dolor figura en primer término como motivación para acudir a las manos de la portadora del don. Para tal efecto, hay que tocar y encontrar las áreas susceptibles a trabajar, al margen incluso de lo externado por el o la consultante.

Tere: Fíjate que pasa algo bien chistoso. Porque hay veces que me llegan más hombres, que son los que vienen que, por el trabajado, que muy cansados, que el estrés, que el dolor que, porque cargaron algo y vienen incrédulos, bien chistoso esa parte. ¡Pues a ver que puede hacer! Y luego me dicen, es que me duele aquí. Yo siempre los toco, empiezo primero a tocar, a ver como encuentro las otras áreas y eso. Y dice, no, ahí no me duele, me duele acá. Le digo, ¿me puede dejar hacer mi trabajo? y ahorita me dice. Y así. Porque yo soy bien directa con mis clientes. ¡Uy!, me dicen a veces, porque me tocan de mí misma calaña, me tocan, ah, ok. Y adrede le aprieto en el área que no les duele. Le digo, nada más me dices si le duele por favor, se supone que aquí a usted no le duele nada. ¡Uh! Le hacen a la primera, porque pues una conoce, una ya sabe. ¡Ay, si me duele! Pero no tiene por qué dolerle, usted me dijo que es el lado contrario. No, pero es que yo no sabía, si me duele ahí. ¡Ah, ok! ¿Ya entonces me va a dejar hacer mi trabajo? Así les digo. ¡Ok, pues! Y ya. Empiezo a sobarlos o lo que traigan. Y terminan y está la esposa o alguien que venga, ¡ey, pásale!, ¡que te sobe!, y así. Dice: es que yo no vengo a sobarme, no, que te sobe, y las hacen pasar ellos mismos, que yo me quedo así sorprendida que digo Wow.

El proceso de atención y cuidado presenta algunas constantes en relación a las escenas anteriores, como el empleo de la terapia manual profunda a la par de las pomadas de autora y un bagaje amplio y diverso de técnicas y métodos para un amplio abanico de enfermedades y padecimientos de síndromes de filiación cultural y otras como las llagas, mismas que Zolla (Zolla et al., 1994) ya reportaba en la etnografía realizada en la última década del siglo

¹⁷⁰ Entrevista etnográfica, Escena 5, Situación social 3.

pasado. Estas pueden ser atendidas con miel, pero no cualquier miel. Detectar este tipo de padecimiento es resultado de la tactilidad propia de la EST táctil que se efectúa por parte de esta conoedora.

Ahora que estuve en la ventana al mar, me dio risa porque me paso igual, me paso lo mismo. Entró un señor, traía el estrés a todo lo que daba y empecé a tocar y se me hizo rara su piel en la pierna. No se quitó los zapatos ni nada, porque iba por estrés, no ocupó quitarles zapatos ni nada. Le digo, ¿cómo anda usted con la cuestión de retención de líquidos? ¿Cómo anda ahorita con su estrés? y empecé a hacerle preguntas. Yo creo que ando mal. ¡Aja!, le digo. Y, cómo anda con el dolor de pie. Me dice: ¿por qué? No, le pregunto porque estoy viendo sus piernas y están así y así. Casi se encuera el señor ahí. Dice, no, es que, sí ando bien malo, que mire, que tengo en el pie esto. Y me va a enseñando el pie así, con una llaga, horrible toda pelada, horrible, horrible. Y eso era por la circulación. Y ya le digo, ¿y ya se atendió esto? Si dice: ya me lo estoy atendiendo, pero no se me quita. Le digo, mire, ahorita yo no traigo con lo que le debo de limpiar y hacerle todo ahí. Ahorita hay miel aquí, compre miel, yo tengo miel, pero no lo voy a mandar a mi puesto, porque la miel que yo llevaba era miel de flor de fruta.

C: ¿y que miel necesitaba él?

Tere: La miel de planta, porque ahí va el polen que recogen las abejas. Entonces todo lo que es de plantas medicinales sabe diferente a la miel de frutas. Usted va a air a comprar un frasquito de miel a tal puesto, así y así. Va a ser de plantas, la miel está negra, no la va a comprar clarita. ¡Ah!, dice, la que yo compre era clarita; no, le digo. Va a agarrar y pues ya se va a embarrar sobre la herida y se le va a empezar a secar. Le digo, llévese una tarjeta y me marca si no se le seca. Yo digo que se le ha de estar secando porque hasta ahorita no me ha marcado.¹⁷¹

Respecto a la diferencia por sexo de la población con padecimientos atendidos en esta escena, para el caso de las mujeres, figuran en mayor frecuencia la emanadas de cuestiones emocionales y psicológicas, a la par de los TFAL, y como se documenta, toda una serie de afecciones relativas a enfermedades crónicas-degenerativas.

La atención y cuidado de TFAL a varones no está exenta de las connotaciones lascivas por parte de los mismos varones, quienes permean en ocasiones estas EST táctiles de sentido sexo-eróticas ofertadas en otros espacios y de los que ya se ha hecho referencia en la primera escena.

C: ¿Con quién te gusta trabajar más, con mujeres o varones?

Tere: Yo creo que con los dos. Yo pienso, cada persona tiene lo suyo. Hay mujeres que me ha tocado que si necesitan mucha ayuda. Tanto en terapia física como

¹⁷¹ Entrevista etnográfica, Escena 5, Situación social 3.

emocional. Y me han tocado hombres igual. Igual. Me daba risa con mi hermano ahí en el evento, porque entraban y me dice, ¿pues tú que les das, un final feliz?, que cuando salen, porque salen bien sonrientes. Pues porque quedan satisfechos, hermano, por eso. Pues voy a poner más oído a ver que se oye que les haces (risas).¹⁷²

El cuerpo en esta escena es entendido con una perspectiva dualista, y la intervención divina es relevante pues la protección para evitar transferencias de dolor solo es posible por intervención divina de “Dios de lo alto”.

C: Entonces ¿el cuerpo es? ¿Cuándo tú tocas, pero también esta otra parte que no se toca? ¿Cómo es entonces el cuerpo?

Tere: Mira, el cuerpo, el cuerpo es tu cuerpo, es lo físico, lo que tú ves, ese es el cuerpo. Pero esta la otra parte, lo del interior, que esa es tu alma, y esa no se toca, ni la vemos tampoco. Pero esa alma, ese sentir de la persona, ni se va a abrir ni te va a decir que es lo que tiene, ni las broncas que trae, pero es el Yo Interior, y nosotros si lo podemos deducir. A nosotros si se nos revelan cosas, que mucha gente no entiende. Por eso es por lo que muchos, ¿si es un simple masaje?, ¿por qué muchos terminan llorando? Así de fácil. Creo que me entiendes.¹⁷³

El discernimiento y revelaciones respecto a las condiciones de los cuerpos dolientes, es parte del “don de toque” conferido que puede desarrollarse, pero también abreva en un fuerte arraigo con el legado y herencia tradicional y la noción de una sensibilidad más allá de lo tangible y explicable, propias de la herencia que le ha sido transmitida.

Las destrezas y la capacidad desarrollada para tocar y percibir son parte del Yo interior que ella puede deducir en las corporeidades dolientes. Se trata de la síntesis perceptiva según la definió ya Merleau-Ponty.

C: ¿Este asunto del cuerpo tiene alguna relación con el espacio, con la naturaleza, con como convivimos, en donde habitamos?

Tere: Con todo. Tiene que ver con todo porque mira. Cuando tú llegas a una casa, tú te das cuenta si hay paz en esa casa. Tú te das cuenta si hay algo negativo y lo percibes, lo puedes percibir hasta en la calle donde tú pases. Puedes ver a la gente.

¹⁷² Entrevista etnográfica, Escena 5, Situación social 3.

¹⁷³ Entrevista etnográfica, Escena 5, Situación social 3.

¡Wow!, que desperdicio de jóvenes. Tú lo puedes percibir tú lo puedes mirar. Y muchas veces, la gente levanta cosas sin querer. No te das cuenta. Y he ahí cuando empiezan las destrezas y empiezan los dolores de espalda y empieza esa pesades que no saben ¿por qué? El cansancio del Yo por dentro. De que te hartas de ver las cosas, pero no sabes por qué. Así que todo tiene un trasfondo y tiene un por qué.¹⁷⁴

El Yo interior en palabras de Merleau-Ponty sería parte de la “cualidad sensible”, misma que es el resultado de una particular observación o curiosidad. Suele figurar al “abandonar esta misma mirada” bajo el cuestionamiento autoformulado sobre ¿qué es lo que exactamente veo? La respuesta a esta pregunta se encuentra en una visión secundaria y crítica que busca conocerse y lejos de ser coextensiva con la percepción, es el producto particular de una actitud de curiosidad o de observación. Aparece cuando, en lugar de abandonar toda mi mirada al mundo, me vuelvo hacia esta misma mirada y me pregunto qué es lo que exactamente veo; “no figura en el comercio natural de la visión con el mundo, es la respuesta a una pregunta de mi mirada, el resultado de una visión segunda o crítica que intenta conocerse en su particularidad, de una ‘atención a la visualidad pura’” (Merleau-Ponty, 1985, p. 241).

Tabla No. 9.6 Motivaciones de consulta por las que se recurre a atención y cuidado. Escena 5, situación social 3.

Motivos de consulta	Escena	5
	Lesiones laborales.	*
	Estrés.	*
	Dolor por cargar.	*
	Llagas.	*
	Empacho.	*
	Anginas.	*
	Matriz/parto.	*
	Ciática.	*
	Sangrados vaginales.	*
	Vejiga.	*
	Quistes-miomas.	*
	Mano.	*
	Ataduras.	*
	Chikunguña.	*
	Deshidratación.	*

¹⁷⁴ Entrevista etnográfica, Escena 5, Situación social 3.

	Riquetccia.	*
	Tuberculosis.	*
	Enfermedades crónicas.	*

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

Las motivaciones por las que las personas acuden con esta conocedora son amplias y no solo por dolor encarnado. Su trayectoria de formación le ha permitido integrar, a fin de complementar los saberes heredados y el don adquirido que despierta ante el requerimiento sentido de corporeidades dolientes. Si bien la herbolaria es parte de la matriz de sentido de esta escena, lo es también la biomedicina y el conocimiento oficial.

Las capacitaciones anuales efectuadas por parte del SAS público, a las cuales es requerida esta conocedora, le ha dotado de una amplia miscelánea de técnicas, métodos y herramientas que le permiten fluctuar, de manera circular, en un ir y venir constante, entre los modelos médicos en transacciones dinámicas, sutiles e incluso imperceptible, cruzando los margen y límites entre los modelos médicos, propios al hiper pluralismos médico acontecido en la zona fronteriza de Baja California; destacando el papel de esta mujer Koleéw con manos portadoras del “don de toque”.

El “don de toque” es percibido por esta conocedora como un recurso otorgado a pocas personas pues la capacidad de percibir o ver sin ver, entender tras palpar a los cuerpos atendidos y cuidados en esta escena no es otorgado a cualquiera; no solo abrevan en la tactilidad, sino en el sentido del ser en el mundo con matrices disímiles y adaptables según la circunstancia, el contexto y los requerimientos más sentidos de la red de consultantes que acuden a ella para encontrar solución a las necesidades más sentidas.

Tabla No. 9.7 Lesiones frecuentes atendidas. Escena 5, situación social 3.

Lesiones atendidas	Escena	5
-------------------------------	---------------	----------

	Estructurales	*
	Fracturas y astillas	*
	Neurológicas	*
	Cotidianas	*
	Generales	*
	Musculoesqueléticas	*
	Profundas	*
	Según temporada del año	*
	Torceduras	*
	Posturas sedentarias	*
	Lesiones deportivas	*

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

El “don de toque” de esta mujer Koleéw no solo atiende y cuida el dolor encarnado resultado de TFAL, lo hace también el dolor que surge de la tristeza. Esta particularidad es relevante pues en este cúmulo de visiones compartidas, permanece la noción de que los estados de ánimo, como la tristeza, se ve reflejado en el físico, el cual para ser atendido amerita la capacidad de discernir e inferir que se trata el dolor encarnado no solo físico, también emocional. “La disociación entre medicina (ciencia del cuerpo enfermo) y la psiquiatría (¿ciencia del resto?), dualismo heredado de la historia médica, divide al hombre en un cuerpo añadido a un espíritu. Fragmentado, el enfermo pierde la posibilidad de que se reconozcan sus dolores, nadie pierde tiempo en escucharlo e investigar el significado de sus quejas. Los servicios médicos y sociales se las devuelven” (Le Breton, 1999).

Tabla No. 9.8 Tipo de dolor atendido, según escena en la zona fronteriza de Baja California

Dolor	Escena	1	2	3	4	5
	Agudo	*	*	*	*	*
	Crónico	*		*	*	*
	Físico	*	*	*	*	*
	De tristeza					*
	Doloroso	*			*	*
	Total	*		*	*	*
	Indeciso				*	*

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

Respecto a las lesiones o TFAL atendidas en esta escena, a la par de la anterior escena, acontecen en ambas como más lesiones reportadas, entre las que figuran, y en apego a la información recuperada en campo, se atienden y cuidan TFAL estructurales, fracturas, astillas, lesiones cotidianas, generales, profundas, torceduras o esguinces, deportivas y de posturas sedentarias.

Tabla No. 9.9 Tipo de lesiones atendidas, según escena en la zona fronteriza de Baja California.

Lesiones atendidas	Escena	1	2	3	4	5
	Estructurales	*		*	*	*
	Fracturas y astillas	*		*	*	*
	Neurológicas				*	*
	Cotidianas	*	*	*	*	*
	Generales	*	*	*	*	*
	Musculoesqueléticas	*		*	*	*
	Profundas	*		*	*	*
	Según temporada del año				*	*
	Torceduras	*		*	*	*
	Posturas sedentarias		*	*	*	*
	Lesiones deportivas	*		*	*	*

Elaboración propia con información recuperada en campo elicitada.

En esta escena, la EST táctil también se ubica en lo aquí denominado CAV, toda vez que no es parte, ni obedece a un SAS en específico, sino más bien, y esta particularidad se agregaría a la ya delineada en el apartado anterior, la praxis y terapéutica de la persona se distancia del MMH, aun y cuando múltiples métodos y técnicas abrevan en él. Pero el espacio, la praxis clínica, corporal y la EST táctil convierten a estos espacios en parte sustancial del hiper pluralismo médico de la zona fronteriza de Baja California.

Mientras que los SAS, tanto público como privado, suponen un tipo de regulación de la práctica profesional, incluso en los CAF, por lo menos por la farmacéutica y la COFEPRIS;

en los CAV, la terapéutica estará regulada por la ética de conocedores o profesionales de quienes en ellos laboran y por el prestigio social de la red vecinal y de conocidos que a ellos acude. Además, considerando la frecuencia de la digitalidad como medio para la promoción y difusión de los servicios de atención y cuidado a TFAL, el uso de las redes sociales, con sus métodos de verificación, ubicación y la calificación que realizan los consultantes; se ha convertido a su vez en una regulación de amplio alcance y censura, insisto, a partir de las experiencias encarnadas de la EST táctil.

9.9 Conclusiones.

En este apartado se describió el contexto histórico y arqueológico de la zona fronteriza de Baja California. Se realizó un recorrido con base en algunas cronologías y tradiciones arqueológicas, destacando algunos aspectos respecto al tipo de tenencia de la tierra, recursos explotados y patrón de asentamiento. Se efectuó la descripción de algunas particularidades del contexto en las que los grupos y comunidades originarias Yumanas viven en la actualidad, a la par de algunos otros de índole económico, político y culturales que han incidido en dinámicas situadas histórico-contextualmente de una de estas familias.

Se destacaron los aspectos relacionados a la praxis clínica y corporal de la EST táctil desde la experiencia de una de las dos conocedoras que portan el saber conferido por un “don de toque” y diversos eventos en la historia de la autodenominada “curandera” y/o “mujer medicina”, incorporado diversas herramientas, métodos y referentes significativos respecto a la atención y cuidado de TFAL. En esta escena, el dolor encarnado en corporeidades doliente responde también a estados de ánimo y del “Yo interno”; desde la síntesis perceptiva de la experiencia de ser en el mundo, efectuando prácticas corporales táctiles de sanación, con especial énfasis en la emanada de la experiencia acumulada de formas particulares de concepciones respecto al sentido conferido al dolor encarnado.

Destaca la interacción dinámica efectuada por esta mujer Koléew conocedora que ha capitalizado de manera efectiva la incorporación de programas institucionales y educativos, sin los cuales, las posibilidades actuales de ser un referente cultural en la zona, no serían tal. Se infiere que la capacidad dinámica de fluctuar entre los modelos médicos es más tangible en esta escena, desde una lectura de atención-desatención en los PSEA-C y la incuria como factor de la injusticia social que desde generaciones ha atravesado a estos grupos y comunidades originarias y establecidas en la zona fronteriza de Baja California.

Los procesos sistemáticos de exterminio y discriminación propios de la violencia colonial y neocolonial, han ido aniquilando y expropiado saberes, insumos y memorias que se diluyen y pesan en la condición del ser encarnado en cuerpo feminizado atravesado por procesos de discriminación que ha sorteado desde una particular manera de ser y estar en el mundo.

Las prácticas culturales relacionadas con la atención y cuidado a los TFAL efectuadas por mujeres de origen yumano, se han incorporado al hiper pluralismo médico de las últimas décadas en la zona, destacando que, al contar, algunas de ellas, no todas, con formación académica y un papel protagónico en la escena por parte de algunas mujeres con historias exitosas de formación como promotoras culturales.

La participación política en diversos ámbitos culturales, capacitaciones, profesionalización académica, ha sido parte del esfuerzo esta mujer, artesana, sanadora, curandera, madre, promotora, hermana, hija, abuela, y otros tantos roles sociales que encarnan, a su vez, cuerpo doliente.

Se enunciaron aspectos relevantes de la trayectoria de formación de una mujer perteneciente a la familia Koléew, que ha integrado a sus saberes y conocimientos no solo relativos a la medicina sabia legada y resignificada en esta familia; sino también los propios del MMH, a través del SAS público que, a través de las caravanas de salud, integran y regulan prácticas milenarias como las de la partería tradicional y otras más incorporadas como resultando de la necesidad sentida y encarnada de atender TFAL; que ha diversificado a partir de la

sobreposición e incorporación de herramientas, métodos y discursos que cobran sentido en la praxis clínica de esta escena.

Los programas institucionales a partir de apoyos productivos han favorecido el papel protagónico de la eficacia de la terapéutica efectuada desde y a partir del “don” que detenta el saber milenario de los grupos y comunidades originarias de la zona fronteriza de Baja California, presentando una estructura simbólica que resignifica las corporalidades dolientes inmersas en un contexto sociocultural que se alimenta y renueva de ciertas prácticas a partir de la incorporación constante de otras vigentes en otros modelos médicos de atención.

La capacidad de integración por parte de esta mujer curandera posibilita lecturas a cerca del estado en que prevalecen estas familia, desde el tipo de afecciones y padecimientos atendidos, poniendo de manifiesto no solo la serie de requerimientos que aquejan a los grupos y comunidades originarias relativas a la atención y cuidado de TFAL, sino a su vez, la de resarcirles a partir de la posibilidad de poner en uso saberes exclusivos conferidos como legado y herencia, paleando con ello algunos de los sentires que aquejan a cuerpo dolientes. La destreza en el manejo de posibles transferencias del dolor encarnado requiere la intervención divina en el ejercicio de la terapéutica de estas medicinas sabias, en donde el rol de la conocedora, al dotar de sentido la serie de dolores encarnados con terapia manual profunda y amplio reconocimiento social; resignifica y dota de sentido la eficacia de la EST táctil.

Atender y cuidar partos, empacho, anginas, propias de la medicina humoral; propicia un tipo de mantenimiento y renovación contantes de ciertas prácticas y terapéuticas vigentes que, bajo este marco de sentido, exponen a su vez, el entramado estructural a partir del cual algunas instituciones oficiales han introyectado visiones otras del mundo, occidentales, a cerca de la idea del cuerpo y del dolor que aqueja, ya sea por trabajo o por tristeza.

Las motivaciones por las cuales se recurre a quien porta el “don de toque”, van desde fracturas, torceduras, esguinces, pasando por una partería estrechamente regulada por el SAS oficial, hasta la extracción de espíritus perseguidores en cuerpos dolientes de personas que

buscan dotar de sentido las sensaciones encarnadas. Figuran a su vez, padecimientos de larga data, como las llagas, reportadas desde hace décadas en investigaciones pioneras, a la par de enfermedades crónico-degenerativa.

La miscelánea herbaria provee de recursos de fácil acceso a estos grupos y comunidades tanto para diversos dolores como para hipertensión, circulación y, por otra parte, otras tantas enfermedades transmitidas por vectores como la rickettsia, chikunguña y deshidratación. También, algunos aspectos de la salud materno-infantil como la atención de partos, miomas y quistes; encuentran opciones de atención y cuidado en las infusiones o pomadas de autora y colocarse en manos con don.

El prestigio social que por cerca de tres décadas ha destacado a la medicina tradicional efectuada por esta conocedora, le conforma también, el promovido por parte del SAS oficial, que, si bien no “acredita” de facto sus saberes, si le integra a manera de regulación. Ahora que, el desarrollado como promotora cultural, le ha posibilitado incursionar al interior del ámbito cultural e incluso educativo, pues recién se licencia en sociología esta mujer conocedora portadora de más que un don; de memoria, historia y condición de un ser encarnado en un cuerpo feminizado racializado.

COMENTARIOS FINALES.

A lo largo de los apartados de esta investigación se presentaron tres situaciones sociales integradas por cinco escenas en la zona fronteriza de Baja California en donde se oferta atención y cuidado a los trastornos funcionales del aparato locomotor (TFAL) desde la experiencia sensitiva terapéutica (EST) táctil de conocedores y profesionales en el manejo de corporeidades dolientes.

Se presentó un seguimiento espacial georeferenciado de la distribución de sobadores urbanos populares en la ciudad de Tijuana, B.C. se observaron densidades altas en la zona centro, la delegación de Playas de Tijuana y en Otay en estrecha relación a la proximidad de las puertas de acceso y cruce entre Tijuana-San Ysidro. La descripción de los conocedores de la primera escena se efectuó a partir del tipo de establecimiento y praxis clínica efectuada, a la par de los recursos, historias de formación, técnicas y métodos con las que se atienden y cuidan dolores encarnados. Los sobadores urbanos populares itinerantes (SPUI) efectúan su labor a pie de calle, pueden o no contar con un consultorio itinerante motorizado (CIM) en donde efectuar la experiencia sensitiva terapéutica (EST) táctil. Los sobadores urbanos establecidos (SPUE) y el sobador urbano itinerante adherido a farmacia (SPUAF) son otra posibilidad en la atención y cuidado de TFAL. Cada conocedor realiza una particular praxis. Los hay quienes tienen sala de espera, otros salen a la pesca del día desde hace más de tres décadas y han transmitido el oficio a hijos y nietos quienes a su vez integran otros métodos y certificaciones. Se trata de tres generaciones efectuado atención y cuidado al TFAL con terapia manual profunda, con sentido. Sin el sentido de las manos la práctica es ineficaz y la garantía de naturaleza divina.

La descripción de la primera escena y la inmediatez a la puerta de acceso entre Tijuana-San Ysidro, a la par de la infraestructura médica privada instaurada desde la última década del siglo pasado, muestra el área privilegiada por el Clúster del Turismo Médico y su efecto expansivo en establecimientos denominados, Spa doméstico (SD), Spa de día adherido a clínica (SAC), SPA de día adyacente a hospital (SAH). Se presentó la tipología del registro

de la distribución espacial de estos lugares y la oferta de servicios para dar atención y cuidado a TFAL. La etnocirugía que acontece en la infraestructura médica privada es de envergadura y aún y cuando no se tuvo acceso a cifras oficiales de las cirugías efectuadas en el SAS privado, la triangulación de información, el número de estos establecimientos georeferenciados y los hospitales y clínicas con certificación internacional dan apuntes importantes respecto al quirófano etnoestético instaurado con inversión del sistema médico privado estadounidense. Por lo que convendría revisar los convenios, su vigencia y pertinencia entre las compañías de seguros y las regulaciones en los tres niveles de gobierno dado el efecto de constricción del acceso a servicios de salud para la población de la zona fronteriza de Baja California.

En la escena tercera se describió la participación que ha tenido una de las escuelas a nivel regional en el ámbito de la capacitación y profesionalización a masoterapeutas, osteópatas, kinesiólogas (os) y cosmetólogas (os). Se destacan las influencias de la escuela de la kinesiología cubana y de la osteopatía en su vertiente de la escuela italiana. La incorporación de aspectos relativos a los sistemas de atención china figura como una herramienta más al sentido particular conferido al dolor encarnado según requiera el cuerpo doliente. En esta escena, desde el modelo explicativo de los conocedores (as), para ser un verdadero sanador, que abreva en la búsqueda de vivir de forma más equilibrada, ésta habrá de tener determinados procedimientos en la práctica clínica y en el lenguaje generado desde la síntesis sensitiva entre consultante y conocedor; pues ambas corporeidades están implicadas en un tipo de relación de complicidad y contención, a partir de terapéuticas diversas, certificaciones amplias y especializadas, y según se avance en los diversos cursos ofertados en esta escuela con reconocimiento oficial.

De esta escena se desprende la sugerencia de incorporar especializaciones en el ámbito de los cuidados profesionales entre conocedores, (as), enfermeras (os) en el SAS público con la apertura de espacios para atención a TFAL como parte del cuadro básico de atención e incorporando terapéuticas que no solo abrevan en la necesidad de dotar de sentido la experiencia de encarnar dolor rebelde o crónico, sino a su vez, la necesidad de un tipo de toque que en la síntesis sensitiva del consultante, con atenta escucha, reducida proxémica y

el toque con-sentido entre diversas corporeidades dolientes que demandan validar el dolor encarnado, destacan su labor en tanto una medicina y terapéutica de la persona centrada en los requerimientos individuales, lo que les confiere un especial rol en el ámbito de alcance según el reconocimiento social que será uno de los aspectos reguladores de la misma práctica y entre conocedores.

De las densidades de SPA domésticos, la infraestructura del sistema público y privado, y los consultorios adyacentes a farmacias, se da cuenta de la praxis clínica y corporal al interior de la EST táctil en el denominado consultorio adyacente a vivienda (CAV), mismo que ha sido identificado por investigaciones previas. Al interior de estos CAV, figura como elemento distintivo el reconocimiento social que la conocedora (o) ha cimentado a partir del cúmulo de experiencias mutuamente encarnadas en la EST táctil tras una serie de sensaciones disímiles, propiciando resignificar la propia experiencia de encarnar dolor a partir del toque de quien sabe palpar dónde está el punto a tratar, pues la palabra escapa a toda expresión que intente dar cuenta del dolor que se encarna.

Las escenas aquí descritas y las subsecuentes caracterizaciones de la praxis terapéutica, en donde se incluyen herramientas, métodos y técnicas con transacciones diversas, entre los conocedores también se identificaron, quiroprácticos, alfabetistas y fisioterapeutas, lo que no exime su relevante función social en la atención y cuidado a TFAL en la zona fronteriza de Baja California; tanto por falta de tiempo como de recursos, quedan como ejes temáticos pendientes en abordar en futuras investigaciones.

Con la caracterización de estos conocedores y conocedoras, se ha logrado el objetivo central que buscaba responder a la pregunta de investigación sobre cómo se sienten, atienden y cuidan los TFAL en la zona fronteriza de Baja California. Las cinco escenas en tres situaciones sociales posibilitan lecturas situadas en contextos socioculturales diversos en los que, si bien difieren las praxis y las técnicas y métodos, están articulados por el eje inmanente del dolor encarnado que emanan de TFAL; ese eje articulador del dolor encarnado atendido en EST táctiles posibilita una terapéutica centrada en la persona en donde la queja se convierte en un elemento importante en la praxis corporal y sensitiva.

El destacado rol del conocedor (a) en la construcción sociocultural de TFAL en tanto padecimiento, en la EST es de especial relevancia y es impulsor a su vez del hiper pluralismo médico tras mantener y desarrollar cierto reconocimiento social en la zona fronteriza de Baja California.

La transdisciplina que caracteriza esta investigación, propia de los Estudios Culturales se enriqueció de los marcos interpretativos de la Antropología Médica Crítica, Antropología Médica Clínica, Antropología del cuerpo y del dolor y Salud Pública a fin de dotar de un marco explicativo que posibilitó la interpretación aquí efectuada. La construcción del andamiaje teórico responde al proceso de la investigación y según se sucedieron las etapas de campo. A nivel teórico interpretativo los referentes complementan lecturas socioculturales de entramados claramente diferenciados de clase, étnica, generación, sexo, educación formal, entre otros que permean al conocedor (a) con experiencias acumuladas de atención y cuidado a TFAL que cobran sentido y eficacia simbólica en el contexto situados a partir de praxis clínicas y corporales particulares.

Adentrarse en el establecimiento de la infraestructura pública y privada en Baja California, confirma que los TFAL, no solo no están siendo atendidos por el SAS público, sino que, además, el exponencial crecimiento de ofertas que no están pensadas para el sector subalterno, suma a exacerbar las limitantes del acceso a su atención y/o confinarle a la medicalización y consumo de analgésicos, derivando en altos gastos de bolsillo.

En la entidad de Baja California existe solo una clínica de rehabilitación y síndrome metabólico establecida en Mexicali, por lo que aquí se concluye que, en la zona fronteriza acontece desde la última década del siglo pasado a la fecha, un hiper pluralismo médico, no solo por la diversidad de terapéuticas, sino también por la cantidad de experiencias posibles en establecimientos, formales e informales, farmacias, hierberías; efectuados por quiroprácticos, alfabiotistas, naturistas, osteópatas, fisioterapeutas, Spa, y sobadores (a) populares urbanos, para atender y dar cuidado a TFAL.

La diversidad de métodos, técnicas e instrumentos empleados, de varios SAS hacen posibles las transacciones entre los Modelos Médicos de Atención, contribuyendo con su versátil adaptabilidad, a nuevas prácticas de atención y cuidado que en el plano de la praxis clínica y la síntesis sensitiva entre conocedores y consultantes; contribuyen a resignificar los propios “mundos morales locales”, las etiologías y sensaciones que se han corporeizado a consecuencia de una serie de aspectos estructurales, económicos e histórico-culturales que ciñen los espacios de atención y cuidado a enfermedades crónico degenerativas y enfermedades ENT, por lo que los TFAL son padecimientos que cotidianamente experimentan cuerpos dolientes en incuria.

Los procesos de tensión, conflicto y exclusión que se suceden entre los conocedores de los diversos SAS, suman a este fluctuar constante y flexible por particularidades contextuales en el que se suceden las escenas. Se encontraron similitudes y particularidades, entre las situaciones sociales aquí descritas; pero también contradicciones, prácticas racistas, clasistas, sexistas y etarias que excluyen social y culturalmente a la clase subalterna y trabajadora. La población subalterna recurre a la “sobada curativa”, al CAF o CAV. Los de clase media, recurren a los SPA, CAF y CAV y la elite se hospeda en grandes hoteles con SAH.

Ahora que, las compañías de seguros han incidido no solo en el incremento de las visitas con fines de turismo médico, también en términos de blindaje y captación de profesionales y conocedores a razón de la institucionalización de “practicantes marginales” del lado norte de la zona y las demandas de atención y cuidado que interactúan a lo largo y ancho de la zona fronteriza de Baja California; encuentran sus análogos que les proveen de experiencias sensitivas que son dolorosas, pero que reviven. El reconocimiento social que el conocedor (a) haya desarrollado, es un factor importante para fluctuar de la medicalización a la “sobada curativa”, como en los CAV en el ámbito doméstico.

Los cuidados se han integrado al mercado por procesos capacitacionistas y profesionalizantes gestados en la zona fronteriza de Baja California en repuesta a la alta incidencia y prevalencia de los TFAL y la demanda de atención y cuidado; en las escuelas que integran y transmiten el uso de herramientas y competencias mínimas en la masoterapia. La pluralidad

de cursos que van de la anatomía humana a la osteopatía craneosacral básica, son un buen ejemplo de la incipiente oficialización de la labor del masoterapeuta, “limitado y marginal”.

Los resultados de esta investigación contribuyen a la falta de descripciones de los CAV, dado el alto porcentaje de la población que recurre a ellos como recurso de atención de primer nivel, después del autocuidado y autoatención. Al destacar al rol del conocedor (a) en la experiencia sensitiva de la terapia manual profunda y praxis clínica centrada en la persona, en los CAV la atenta escucha y la validación del dolor se integran como elementos importantes en la atención y cuidado a los TFAL.

La existencia de CAV establecidos por profesionales de la biomedicina operan en espacios análogos, los hay de nutricionistas, odontólogos, fisioterapeutas y un largo etcétera, por lo que en tanto categoría analítica posibilita explicaciones a nivel de salud pública. La utilidad explicativa de los CAV, al no ser restrictivos a un SAS o exclusivos a atender y cuidar TFAL, fundamenta la propuesta aquí plateada de hiper pluralismo médico. El prestigio en tanto resultado de la suma de experiencias exitosas de atención y cuidado a demandas invisibilizadas es uno de los principales aspectos que operan al interior de la praxis clínica de estos.

En este mismo sentido, las necesidades básicas del contacto afectivo y efectivo ante situaciones de vulnerabilidad y dolor encarnado encuentran en experiencias sensitivas terapéuticas táctiles otras posibilidades explicativas y de atención y cuidado al TFAL que se integra a partir de la propia síntesis sensitiva.

Según lo registrado, las etnocirugias para quien tiene capacidad adquisitiva en dólares, en la comunidad latina del lado norte de la zona fronteriza encuentra un paraíso de opciones, pagan por la “experiencia completa” de práctica autoplásticas en donde las ofertas de SPA encuentran un amplio campo de acción, con un ir y venir constante entre padecimiento, relajación y estética; priorizando en gran medida la última.

A partir de las experiencias de trayectorias de atención a TFAL, la del dolor figura como elemento articulador importante entre conocedores que ofertan atención y cuidado, que desde la experiencia encarnada de “grandes dolores”, dolor crónico, agudo o total; prioriza la experiencia como un elemento articulador que diversifica o bien homogeneiza un tipo de atención y cuidado. Situar el dolor emanado de TFAL en las carreras de padecimientos, tras búsquedas repetidas de atención y cuidado nos remite a lo doméstico. No solo por ser en donde acontece el mayor número de lesiones, sino también por ser el ámbito por antonomasia en donde las mujeres cuidan y atiende, ahora con su incursión en el ámbito profesional, se convierten espacios privados a semiprivado a razón de las experiencias sensitivas táctiles de la sinergia que se sucede durante la consulta.

Las tramas culturales, históricas y económicas se dejan ver en las trayectorias de formación de los conocedores de la primera escena. Conocedores que alguna vez fueron repatriados y que tras la experiencia de conocer el proceso por el cual se efectúa atención y cuidado del lado norte de la zona fronteriza, se integran al gremio cerrado, del lado sur, en constante conflictivo y negociación entre iguales, el estado y la iglesia. Con más de tres décadas ajustándose, adaptándose e integrando elementos a su matriz ideológica, de transmitir la práctica del oficio de dar las sobadas curativas, empero la transmisión integra las propias de la biomedicina, alternativas y complementarias; su efectividad está en “el sentido de las manos.”

Las situaciones descritas con sus caracterizaciones y descripciones arrojaron interesantes resultados. Figuran los Consultorios Adyacentes a Vivienda (CAV), Consultorio itinerante motorizado (CIM), Spa adherido a clínica (SAC), Spa adyacente a Hospital (SAH) así como a los sobadores itinerantes (SPUI), establecidos (SPUE) y adjuntos a farmacia (SPUAF). En suma, las cinco escenas de tres diferentes situaciones sociales muestran los estrategias, intercambios e interacciones que se suceden al interior de las transacciones propias del hiper pluralismo médico en la zona fronteriza de Baja California.

La Salud Pública encamina sus esfuerzos a enfermedades más visibles, pese a los altos costo que las ENT representan para los países con altos números de cardiopatías, obesidad y

lumbalgias. Las bases de datos del SAS público no están homologadas con el Catálogo Internacional de Enfermedades, lo que se traduce en datos no desagregados sexo, edad, lugar de incidencia y los rubros de “sin especificar” concentran el mayor número de lesiones, el mayor número de profesionales son “otros” o “sin especificar” más de la mitad de las caídas y golpes acontecidas en el ámbito doméstico en la entidad de Baja California en 2024.

Esta conjetura aporta a la Salud Pública pues los documentos que los organismos internacionales han realizado dan algunos apuntes y recomendaciones para la implementación de acciones que promuevan formación de profesionales.

Las cifras, temporalidades, y los números de hospitales del sector privado establecidos en la zona fronteriza de Baja California, que desde que fue posible habitar estas tierras, figuran desde hace más de tres décadas a la par del hiper capitalismo global, se dinamiza el hiper pluralismo médico. En ese sentido la reconstrucción histórica resultado del capítulo cuatro pone de manifiesto los ritmos en los que los SAS privado se instalaron y cómo se ha sucedido su crecimiento mientras que el SAS público no logra subsanar sus deficiencias estructurales en atención básica.

El incremento en la disparidad de acceso a servicios de salud en la zona fronteriza de Baja California responde a tratados, convenios y facilidades signados entre compañías de seguros y empleadores estadounidenses, infraestructura hospitalaria privada pensada y diseñada para una población con perfil adquisitivo diferenciado. Lo anterior invita a revisar dichos documentos e integrar lecturas de impacto socioeconómico para la población que ha sido directamente afectada por el proceso de gentrificación que la zona fronteriza de Baja California experimenta desde hace décadas.

La oferta en servicios de atención a la salud se ha encarecido y cada vez más se ensancha la brecha de acceso para la población subalterna más desfavorecida para atender y cuidar TFAL. A la experiencia sensitiva terapéutica táctil le caracteriza la reducida proxémica, la atenta escucha, la validación del dolor, la tactilidad de contención en manos con sentido de

conocedores (as) con reconocimiento social; en matrices de sentido particulares resignificadas a partir de la praxis clínica y corporal entre conocedor y consultante.

El dolor encarnado emanado de TFAL en las escenas aquí descritas, que a su vez le conforman actores, escenarios y acciones sociales situadas, muestran lo cotidiano de su existencia en el ser encarnado. La dicotomía del dolor y la falta de lenguaje hablado para externar el dolor, encuentran traducción y validación en los CAV. El vacío resultado de la falta de cobertura del SAS público y la explosiva infraestructura del SAS privado, ha gestado dinámicas que responden a la ausencia de atención y cuidado al dolor.

La atenta escucha y una terapéutica de la persona es parte importante de las EST táctil. La atención individual, personalizada, sensitiva de reducida proxémica y experiencia acumulada de manos “quemadas”, “con sentido”, con “don de toque”, cubren vacíos insoslayables resultados de los tiempos acelerados de autoexplotación y del hiper capitalismo global neoextractivista, individualista subsumido en el consumo.

El dolor rebelde, crónico o agudo es una lectura de la relación de las personas con el mundo. Al implicar aspectos fisiológicos, psicológicos y emocionales de la persona, anclados a referentes culturales que se transforman rápidamente manteniendo una urdimbre de significados en los que abrevia la eficacia simbólica que en otros son absurdos o inexplicables. En la EST táctil, el cuerpo es uno, de diversas naturalezas, con inteligencias variables que abren el límite identitario que es la piel.

De esta investigación se desprenden varias pautas y direcciones para futuras investigaciones. Pese a las limitantes interpretativas ortodoxas, la propuesta de esta investigación es también un posicionamiento político desde los Estudios Culturales y la subalternidad que recupera la tradición Gramsciana tanto desde el empate explicativo de los MM de atención de Menéndez, como desde los actores sociales, los conocedores. Ahora que, al centrar el cuerpo doliente como eje articulador de la experiencia sensitiva terapéutica táctil, el interaccionismo simbólico propio de la Antropología del cuerpo y sensitiva o también Antropología de los límites, confiere a la piel, en tanto reguladora del intercambio de sentido entre el ser

encarnado y el mundo; envoltura en donde se inscriben los sentidos, y la historia individual que cobra otro sentido al interior de los PSEA-C de los TFAL en las EST táctiles.

Recuperando el ejercicio historiográfico, del registro de prácticas corporales táctiles de sanación a la Mauss, no centrada en el presente sino en hilos conductores que abrevan en la memoria colectiva y corporal de tres generaciones de conocedores que realizan “sobadas curativas”, por portar el “don de toque” o desarrollar “el sentido de las manos”, pero también por ser cuerpos sensibles que han visto posibilidades en el oficio cierto reconocimiento social y gratificación personal además de la económica.

Bibliografía.

- Abbagnano, N. (2004). *Diccionario de Filosofía* (Cuarta Edición). Fondo de Cultura Económica.
- Anzaldúa, G. (1987), *Borderlands. La Frontera: The new mestiza*. Aunt Lute Books, San Francisco.
- Aguilar Ros, A., & Morfín Otero, F. (2007). El cuerpo conciliado. Una revisión del cuerpo en la filosofía y el pensamiento social. En E. Muñiz & M. List (Eds.), *Pensar el cuerpo*. Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1prssfd>
- Alaníz, Á., Quinteros, A., Robaina, H., Docentes, H., Espíndola, K., & Recanatti, M. (2020). *Trastornos musculo esqueléticos*.
- Araujo, A., Acosta, A., Vargas, D., Zapata, R., González, J., Márquez, A., Sánchez, Jesús, Pérez, R., Rábano, J., & Vázquez, M. de la L. (2016). *Estado del Arte de Salud en la Frontera México-Estados Unidos*. <https://redsaludfronteriza.org.mx/2016/11/estados-de-arte-en-salud-fronteriza/>
- Bautista-Arredondo, S. A., Vargas-Flores, A., & Colchero, M. A. (2024a). Medical care seeking behavior and healthcare utilization at the first level of care, 2006-2023. *Salud Pública de México*, 66, (4), 589–597. <https://doi.org/10.21149/16215>
- Bautista-Arredondo, S. A., Vargas-Flores, A., & Colchero, M. A. (2024b). Medical care seeking behavior and healthcare utilization at the first level of care, 2006-2023. *Salud Publica de México*, 66(4), 589–597. <https://doi.org/10.21149/16215>
- Bautista-Arredondo, S., Vargas-Flores, A., Moreno-Aguilar, L. A., & Colchero, M. A. (2023). Health services utilization in Mexico: the 2022 cascade of care. *Salud Publica de Mexico*, 65. <https://doi.org/10.21149/14813>
- Beltrán, J. (2012). *Como deben mirarnos: la fotografía como tecnología de la reconstrucción discursiva del yo. Los tijuanenses y su leyenda blanca*. El Colegio de la Frontera Norte A.C.
- Bendímez, J. (2002). Aportaciones de la arqueología a Baja California. En C. Velázquez & (Coordinadora) (Eds.), *Baja California. Un presente con historia*. (pp. 43–64).
- Beer, S. & Roberts, E. (2013). *RFT-Tapping paso a paso. Una técnica asombrosa para sanar el cuerpo y la mente*. Gaia Editores. Madrid. España.
- Berrio Palomo, L. R. (2013). *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*.

- Berrio Palomo, L. R. (2024). *Parteras afromexicanas: rastreando huellas y presencias*. En: Campoalegre, R. Baptista da Silva, Paulo [Coords.] Antiracismos, Enfoques, tensiones y alternativas. CLACSO. Grupos de Trabajo. Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina (19-38).
- Bloom, Samuel., & Wilson, Robert. (1998). Relaciones entre paciente y médico. En H. Freeman, S. Levine, & L. (comp.) Reeder (Eds.), *Manual de sociología médica*. (Primera edición, pp. 370–398). Fondo de cultura económica.
- Bourdin, G. (2012). Acerca del cuerpo estudiado como signo. En R. Parrini (Ed.), *Los archivos del cuerpo. ¿Cómo estudiar el cuerpo?* (pp. 73–118). UNAM, Colección Seminarios.
- Bringas, N., & González Aguirre, J. I. I. (2003). Algunos aspectos sobre el turismo en la frontera norte de México. En -José Manuel Valenzuela (Ed.), *Por las fronteras del norte. Una aproximación cultural a la frontera México-Estados Unidos* (pp. 272–304). Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Fondo de Cultura Económica.
- Bloom, S & R. Wilson, R. (1998). En: H. Freeman, S. Levine, & L. (comp.) Reeder (Eds.), *Manual de Sociología Médica*. Fondo de Cultura Económica. (Tercera, pp. 370–398).
- Brown, P., Hatfield, K., & Hu, J. (2000). Antropología Médica. En: T. Barfield (Ed.), *Diccionario de Antropología* (pp. 61–64). Editores Siglo XXI.
- Brownstein, A. (2001). *La curación natural de la espalda*. Editorial Paidotribo.
- Burciaga Valdez, R., Giachello, A., Rodríguez-Trias, H., Gómez, P., De, C., & Rocha, L. A. (1993). Improving Access to Health Care in Latino Communities. En *National Hispanic/Latino Health Initiative* (Vol. 106). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1403427/pdf/pubhealthrep00065-0008.pdf>
- Cámara de Diputado. (2024). *Ley general de salud*. <https://doi.org/https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf>
- Cámara de Diputados, & Secretaría de Servicios Parlamentarios. (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. <https://doi.org/https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Chávez, L. (1984). Doctors, Curanderos and Brujas: Health care delivery and Mexican inmigrantes in San Diego. *Medical Anthropology Quarterly*, 15(2), 31–37. <https://doi.org/10.1111/j.1937-6219.1984.tb00896.x>
- Chávez Terán, A. (2005). *Ancianos Indígenas de Baja California: Eslabones Intergeneracionales Desdibujados*. ILCA Ediciones.

- Citro, Silvia., & Aschieri, Patricia. (2011). *Cuerpos plurales: antropología de y desde los cuerpos*. Editorial Biblos.
- Colchero, M. A., Gómez, R., Figueroa, J. L., Rodríguez-Atristain, A., & Bautista-Arredondo, S. (2020). Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018. *Salud Publica de México*, 62(6), 851–858. <https://doi.org/10.21149/11547>
- Coubès, M.-L., Uribe Salas, F. J., & Vargas Valle, E. (2019). Nuevo escenario fronterizo para el estudio de la población y la salud en el norte de México. En Coubès Marie-Laure, U. S. F. Javier, & E. Vargas Valle (Eds.), *Población y salud en el nuevo escenario fronterizo del norte de México* (pp. 11–30). El Colegio de la Frontera Norte A.C.
- Csordas, T. (2010). Modos somáticos de atención. En: Citro, S. (Ed.), *Cuerpos Plurales* (p. 347). Editorial Biblos Culturalia.
- Chávez Terán, A. (2005). Ancianos Indígenas de Baja California: Eslabones Intergeneracionales Desdibujados. ILCA Ediciones.
- Díaz Cruz, R. (2012). La huella del cuerpo. Tecnociencia, máquinas y el cuerpo fragmentado. En R. Parrini (Ed.), *Los archivos del cuerpo. ¿Cómo estudiar el cuerpo?* (pp. 51–72). UNAM, Programa Universitario de Estudios de Género.
- Douglas, M. (1970). Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. Siglo XXI de España Editores. Simons, E. (Trad.) 1991.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023. Resultados Nacionales, ENSANUT, (2024), Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- Ellis, C., Adams, T. E., Bochner, A. P., Richardson, L., Adams St. Pierre, E., Preissle, J., DeMarrais, K., Rambo R., C., Tullis, J., Burns, M., & Jerz, D. (2019). *Autoetnografía. Una metodología cualitativa*. (selección de textos) Bénard Calva, Ed.; Primera). Universidad Autónoma de Aguascalientes. El Colegio de San Luis A.C.
- Entwistle, J. (2002), *El cuerpo y la moda. Una visión sociológica*. Ed. Paidós Contextos, Buenos Aires.
- Fierros Hernández, A. (2016). Los inicios de la salud pública en Baja California, México, y California, Estados Unidos, siglos XIX y XX. *Región y Sociedad*, 67, 315–347.
- Fonseca, E., & Fenoglio, F. (2023). Entre lo que se come, se quema y se imagina. Representación de plantas en Baja California, México. *URL: <https://americae.fr/articles/representacion-rupestre-plantas-baja-california-mexico/>*, 1–47. *URL: <https://americae.fr/articles/representacion-rupestre-plantas-baja-california-mexico/>*
- Freyermuth, G., y Sesia, P. (2006). Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica. *Desacatos*, 20, 9–28.

- Garduño, E. (2011). De comunidades inventadas a comunidades imaginadas y comunidades invisibles. Movilidad, redes sociales y etnicidad entre los grupos indígenas yumanos de Baja California. UABC.
- Garduño, E. (2016). En donde sale el sol. Decadencia y revitalización de la cultura yumana en Baja California. Universidad Autónoma de Baja California.
- Gazo Robles, J. M. (2017). Medicina popular y sus agentes tradicionales: sobadores, parteros y curanderos en zonas urbanas. *Raíces, Revista Nicaragüense de Antropología, 1*, 49–63.
- Giorgi, G. (2009). Cuerpo. En M. Szirmuk & R. McKee (Eds.), *Diccionario de estudios culturales latinoamericanos*. (pp. 67–71). Siglo XXI editores, S.A. de C.V.
- Graham, S., & Reeder, L. (1998) La epidemiología social de las enfermedades crónicas, en: Freeman, H, Levine, S., Reeder L., (Comp). Primera edición en español de la tercera en inglés. Fondo de Cultura Económica. México. (pp. 107-140).
- Gladstein, J. (2010). Mexico's alternative medicine in Amarillo, Texas. *MexConnect*.
- González, L., Rivero, S., y Villalpando, E. (1984). Salud y Medicina en el Norte de México. En López Austin y Viesca Treviño (Eds.), *Historia general de la Medicina en México* (pp. 365–377). UNAM Facultad de Medicina. Academia Nacional de Medicina.
- González V, A., & Gabayet G, N. (2015). ¿Qué hace al kiliwa un Koléew? La historia etnográfica subvertida en la esquina norte del país. *Desacatos, 49*, 130–149.
- González-Abraham, C. E., Garcillán, P. P., Ezcurra, E., & Grupo de Trabajo de Ecorregiones. (2010). Ecorregiones de la península de Baja California: Una síntesis. *Botanical Sciences, 87*, 69–82. <https://doi.org/10.17129/botsci.302>
- Graham, A., Sandberg, J. C., Quandt, S. A., Mora, D. C., & Arcury, T. A. (2016). Manual Therapy Practices of Sobadores in North Carolina. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 22*(10), 841–846. <https://doi.org/10.1089/acm.2015.0323>
- Graham, S., & Reeder, Leo. (1998). La epidemiología social de las enfermedades crónicas. En H. Freeman, S. Levine, & L. (comp.) Reeder (Eds.), *Manual de Sociología Médica* (Tercera, pp. 107–140). Fondo de Cultura Económica.
- Gutiérrez, J. , & Hernández, M. (2013). Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México,2000-2012. *Salud Pública en México, 55*.
- Gutiérrez, M. de la L. (2001a). Baja California: El otro México. En B. (Coordinadora) Braniff (Ed.), *La Gran Chichimeca. El lugar de las rocas secas*. (pp. 275–277).

- Gutiérrez, M. de la L. (2001b). Baja California: El otro México. En B. (Coordinadora) Braniff (Ed.), *La Gran Chichimeca. El lugar de las rocas secas* (pp. 275–279).
- Gutiérrez, M. de la L. (2001c). Los antiguos cazadores-recolectores en la Baja California. En B. (Coordinadora) Braniff (Ed.), *La Gran Chichimeca. El lugar de las rocas secas*. (Primera, Vol. 1, pp. 21–26). CONACULTA.
- Gutiérrez, M. de la L. (2001d). Los nómadas de siempre en Baja California. En B. (Coordinadora) Braniff (Ed.), *La Gran Chichimeca. El lugar de las rocas secas*. (pp. 45–64).
- Gutiérrez, M. de la L. (2001e). Los nómadas de siempre en Baja California. En B. Braniff (Ed.), *La Gran Chichimeca. El lugar de las rocas secas*. (pp. 45–64). Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Fondo de Cultura Económica. Editorial Jaca Book.
- Han, B. (2025). *La sociedad del cansancio*. Editorial Herder. 4ta. Edic. 2ª reimpresión.
- Ham-Chande, R., & González R, R. (2019). Desarrollo y prospectiva de la población en la frontera México-Estados Unidos. En M.-L. Coubes, F. J. Uribe Salas, & E. Vargas Valle (Eds.), *Población y salud en el nuevo escenario fronterizo del norte de México* (pp. 31–58). El Colegio de la Frontera Norte A.C.
- Haro, A. (2013). El planteamiento de una epidemiología sociocultural: principios cardinales y modelos de aplicación. En O. Romani (Ed.), *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto* (pp. 43–64). URV Publicaciones.
- Haro, J. A. (2011). Ejes de discusión en la propuesta de una epidemiología sociocultural. En *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances* (pp. 9–32). Lugar Editorial.
- Haussler, K. K. (2003). Complementary Therapies for the Treatment of Musculoskeletal Disorders. En *Current Therapy in Equine Medicine: Fifth Edition* (pp. 567–571). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-7216-9540-2.50169-9>
- Hernández López, R. A. (2021). La salud como agenda pendiente para la población a poblaciones migrantes. En R. Cruz Piñeiro, A. Hernández López, & M. G. (cords). Rangel Gómez (Eds.), *Migración y salud. Reflexiones en contextos de alta movilidad. Los casos de México y Venezuela* (pp. 133–157). El Colegio de la Frontera Norte A.C.
- Hersch-Martínez, P., & Salamanca, M. G. (2021). El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 40 (1), 1–12. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp. e345191>
- INEGI. (2020). *Grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más de edad por municipio 2020*. www.cuentame.inegi.org.mx

- INEGI. (2021). Panorama sociodemográfico 2020. En *Censo de Población y Vivienda 2020*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espano/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197858.pdf
- INEGI, Instituto Nacional de Salud Pública, & Secretaría de Salud. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Presentación de resultados*.
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2024). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023. Resultados Nacionales* (2024a ed.).
- Jackson, M. (2010), *Conocimiento del cuerpo*, en: Citro, S. (Coord). *Cuerpos Plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Editorial Biblos Culturalia. Buenos Aires Argentina. (pp. 59-82).
- Jian Ha, Xu & Peñafiel, C. (209) *La auriculoterapia en esquemas*. Berbera Editores S.A. de C.V. México.
- Jünger, E. (2008). *Sobre el dolor* (E. Jünger, Ed.; Primera Edición). Tus Quets. Editores, CONACULTA.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (2006 [1978]). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Focus*, 4(1), Winter Vol. IV. No. 1. (pp. 140–149). <https://doi.org/10.1176/foc.4.1.141>
- Kleinman, A. M. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- Lagardera, F. (2008). *Diccionario Paidotribo de la actividad física y el deporte* (F. Lagardera, Ed.). Editorial Paidotribo.
- Langdon, E. J. (2018). *Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención*. *Desacatos*. 58, septiembre-diciembre. 8–15.
- Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(3), 177–185. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad* (Traducción) Mahler, P. Ed.; Universitaire de France. (Primera). Edit. Digital Moro ePub base r1.0
- Le Breton, D. (2009). El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos. En *Nueva Visión*.
- Le Breton, D. (2012). Personalizar el cuerpo. En: Parrini, R. (Coord.). *Los archivos del cuerpo. ¿Cómo estudiar el cuerpo?* (pp. 37–51). UNAM.
- Le Breton, D. (25018). *La piel y la huella*. Paradiso Editores. México.
- Le Breton, D. (2019 [1999]). *Antropología del Dolor*. Ebook Patagonia.

- Le Breton, D. (2020). *Experiencias del dolor: entre la destrucción y el renacimiento*. Topia Editorial.
- Le Breton, D., Melero Gómez, M., & Borrillo, D. (1994). *Lo imaginario del cuerpo en la tecnociencia*. En: Revista española de Investigaciones sociológicas, Centro de Investigaciones Sociológicas. <https://www.jstor.org/stable/40183763>
- León-Portilla, M. (2016). La California mexicana. Los primeros Californios, prehistoria y etnohistoria. En J. Bendímez, L. León, & (Comp.) (Eds.), *Antología de la Baja California Hispánica* (pp. 15–60).
- Lipovetsky, G., & Juvin, H. (2010). *El occidente globalizado*. Anagrama.
- Lozoya, X. (1994). *Plantas, medicina y poder. Breve historia de la herbolaria mexicana*. Editorial Pax.
- Martínez Hernández, Á. (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos Editorial.
- Martínez Moreno, O., Ruíz Andrade, J. G., Verján Quiñonez, R., & Montiel Flores, J. C. (2017). Propuesta de innovación en los servicios complementarios de spas para el turismo médico en la ciudad de Tijuana. En H. R. Ramírez Partida, R. Espinoza Sánchez, R. M. Chávez Dagostino, & A. R. Márquez González (Eds.), *Economía y conocimiento para el desarrollo regional sustentable* (pp. 127–148). Universidad Autónoma de Nayarit. https://www.researchgate.net/profile/Rafael-Villanueva-Sanchez/publication/327341457_Chiros_tradicion_cultural_del_Pacifico_Central_Americano_con_potencial_turistico/links/5b89352a299bf1d5a7338f13/Chiros-tradicion-cultural-del-Pacifico-Central-Americano-c
- Mélich, J. (2008). Corporeidad. En F. Lagardera O (Ed.), *Diccionario de la actividad física y deporte: Vol. I* (Primera, pp. 466–473). Paidotribo.
- Méndez, L. (2024). *Análisis de la localización de un clúster espacial de los servicios médicos privados en Tijuana Tesis presentada por*. El Colegio de la Frontera Norte.
- Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismos*. Edic. Bellaterra.
- Menéndez, E. (2011). Modelos, experiencias y otras desventuras. En: Haro, A. (Ed.), *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. (pp. 33–66). Lugar Editorial.
- Menéndez, E. (2016). Pluralismo médico, Modelos hegemónicos, subalterno y de autoatención. En Campos-Navarro. Roberto (Ed.), *Antropología médica e interculturalidad* (pp. 177–185). UNAM -McGraw Hill International Editores.

- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana.
- Menéndez, E. (2005). The Medical Model and Worker's Health. *Salud Colectiva*, 1(1), 9–32.
- Menéndez, E. (2012). Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica. *Gazeta de Antropología*, 28(3), 3. <http://hdl.handle.net/10481/22988>
- Menéndez, E. (2018a). *De saberes médicos tradicionales, populares y científicos*. Lugar Editorial.
- Menéndez, E. (2018b). *Poder, estratificación social y salud*. URV Publicaciones.
- Merleau-Ponty, M. (1985). *Fenomenología de la percepción* (J. (Traductor) Cabanes, Ed.; Primera). Editorial Planeta-Agostini.
- Montagu, Ashley. (2004). *El tacto: la importancia de la piel en las relaciones humanas*. Paidós.
- Montero, G. V. (2001). *De brujos y curanderos*. 01, 8–12.
- Morán Pérez, A. V. (2020). Una radiografía etnográfica a los consultorios adyacentes a farmacias. En E. Rodríguez Domínguez (Ed.), *La dimensión cultural de las políticas públicas y los imaginarios del estado*. (pp. 133–150). Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- Muñiz, E. (2013). Del mestizaje a la hibridación corporal: La Etnocirugía como forma de racismo. *Nómadas*, 38, 80–97.
- Muñiz, E. (2014). Prácticas corporales: performatividad y género. En *Prácticas corporales: performatividad y género*. (pp. 9–37).
- Navarro, R. C. (2015). *Nadie nos puede arrebatar nuestro conocimiento. Proceso de legalización de las medicinas indígenas tradicionales en México y Bolivia*. Universidad Autónoma de México UNAM. Programa Universitario de Estudios de Diversidad Cultural y la Interculturalidad.
- Niel-Asher, S. (2017). *El libro conciso de los puntos gatillo. Manual profesional y de autoayuda*. (González M. Ángeles (Edit.), Ed.). Paidotribo.
- Nigenda, G., Ruiz-Larios, J. A., Bejarano-Arias, R. M., Alcalde-Rabanal, J., & Bonilla-Fernández, P. (2009). Análisis de las alternativas de los migrantes mexicanos en Estados Unidos de América para atender sus problemas de salud. *Salud Pública de México*, 51, 407–415. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v51n5/08.pdf>
- Olivas Hernández, O. L. (2018). Procesos de salud y enfermedad en la Nueva Era: terapias alternativas y complementarias en Tijuana B.C. México. En C. A. Steil, R. De la

- Torre, & R. Toniol (Eds.), *Entre tópicos. Diálogos de estudios Nueva Era entre México y Brasil* (pp. 197–220). CIESAS, El Colegio de San Luis.
- Olmos, M. (2011). Música, trance y curación: el caso del noroeste de México. En C. Bonfiglioli, A. Gutiérrez, M. Areti-Hers, & D. Levin (Eds.), *Las vías del noroeste III: Genealogías, transversalidades y convergencias*. (pp. 363–386). UNAM, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Instituto de Investigaciones Estéticas.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Marco de competencias para la rehabilitación*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341119/9789240025370-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Lograr el bienestar. Un marco mundial para integrar el bienestar en la salud pública utilizando un enfoque de promoción*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376906/9789240091597-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Paquete de intervenciones de rehabilitación Módulo 1. Introducción*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373498/9789240078314-spa.pdf?sequence=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física 2018-2030*. https://doi.org/https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50904/9789275320600_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Osorio Carranza, R. M. (2001). Entender y atender la enfermedad. Los saber maternos frente a los padecimientos infantiles. En *Entender y atender la enfermedad. Los saber maternos frente a los padecimientos infantiles* (pp. 21–48). INAH, CIESAS, INI.
- Osorio Carranza, R. M. (2011). La antropología médica en México: los caminos recorridos y las nuevas veredas de investigación. *AM Rivista della Societa italiana di antropologia medica*, 13, 29–58.
- Osorio Carranza, R. M. (2020). Las Farmacias Similares y anexas: un nuevo sistema de atención médica privada de bajo costo. En R. M. (coord). Osorio C (Ed.), *Problemas actuales de salud en México. Aportes desde la antropología médica*. (pp. 36–63). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Palacios Rodríguez, O. A. (2020). La teoría fundamentada: origen, supuestos y perspectivas Grounded Theory: Origin, Assumptions and Perspectives. *Intersticios sociales*, 47–70. <https://orcid.org/0000-0002-8842-8233>

- Papalini, V. (2022). Pluralismo médico: regulaciones y concepciones de salud en seis países de América Latina Medical pluralism: regulations and health concepts in six Latin American countries. *Perfiles Latinoamericanos*, 30 (59), 1–21.
- Pedraza, Z. (2013). *Por el archipiélago del cuerpo: Experiencia, práctica y representación*.
- Perdiguero, E. (2019). Comprender el pluralismo médico. *Investigación y Ciencia*, 54–55.
- Piñones Rivera, C., Liberona Concha, N., & Mansilla, M. Á. (2020). Itinerarios terapéuticos transfronterizos: Hacia el estudio del pluralismo médico y la movilidad humana transfronteriza. *Si Somos Americanos*, 20(2), 9–37. <https://doi.org/10.4067/s0719-09482020000200009>
- Porcayo, A. (2021). Puerta septentrional de Baja California: Reconocido la arqueología de los migrantes. En M. Matus & M. Olmos (Eds.), *Antropología del norte de México y suroeste de los Estados Unidos. Entrecruce de caminos y derroteros disciplinarios* (pp. 99–114). El Colegio de la Frontera Norte A.C.
- Reeder, S., & Mauksch, H. (1998). La enfermería: en cambio continuo. En H. Freeman, S. Levine, & L. Reeder (Eds.), *Manual de sociología médica*. (Primera edición., pp. 287–313). Fondo de cultura económica.
- Reichel, H., & Ploke, C. (2003). *Fisioterapia del aparato locomotor. Estructuras, funciones, medidas de actuación sobre afecciones, exploración y tratamiento de enfermedades ortopédicas*. Paidotribo.
- Rojas, M. (2009). *Tratado de medicina tradicional mexicana. Bases históricas, teoría y práctica clínico-terapéutica.: Vol. II*. Plaza y Baldes.
- Roselly Pérez, D. (2023). Violencia y castigo corporal en las misiones franciscanas de la Alta California, siglos XVIII y XIX. En: Terrazas y Basante, C. R. Cynthia, & (Coordinación) (Eds.), *Naciones entre fronteras. Hacia una historia de la violencia en la región fronteriza México-Estados Unidos, siglos XVIII-XXI* (pp. 135–183). UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas.
- Sánchez Bergara, S. (2021). *Turismo Médico y de Bienestar: Contexto global y perspectivas para México como país de interés*. https://www.ostealea.com/sites/default/files/2020-05/Informe_M%C3%A9dico.pdf
- Sandberg, J. C., Quandt, S. A., Graham, A., Stub, T., Mora, D. C., & Arcury, T. A. (2016). Medical Pluralism in the Use of Sobadores among Mexican Immigrants to North Carolina. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 20(5), 1197–1205. <https://doi.org/10.1007/s10903-017-0660-y>

- Schneider, E., & Irastorza, X. (2010). *European risk observatory report. EU-OSHA in figures: Work-related musculoskeletal disorders in the EU - Facts and figures*. <https://doi.org/10.2802/10952>
- Schwartz, N. (2001). “*Siento que me ahogo*”: *Childhood Asthma, Medical Pluralism and the Mexican Frontier*. University of California San Francisco.
- Schwartz, N. (2002). Medical Compliance and Childhood Asthma on the Mexican Border: “They Think You Are God”. *Frontera Norte*, 14, 155–179. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-73722002000100005&script=sci_arttext
- Secretaría de Gobernación. (2024). *Perfiles sociodemográficos de las poblaciones migrantes desde y hacia México 2000, 2010, 2020*. (R. López Vega & A. Reyes Miranda, Eds.). https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/991450/Perfiles_paginas_WEB.pdf
- Segalen, M (2014). *Ritos y rituales contemporáneos*. Alianza editorial. 2ª Ed. Madrid.
- Sieglin, V. (2021). De la partería tradicional a la partería moderna. Sobre continuación y ruptura en un oficio tradicionalmente femenino en el noroeste de México. En *Las parterías tradicionales en América Latina* (p. 95).
- Spradley, J. (1979). *The ethnographic interview*. Holt, Rinehart and Winston, Inc. Orlando, FL.
- Spradley, J. (1980). *Participant Observation*. Holt, Rinehart and Winston, Inc. Orlando, FL.
- Tapia Landeros, A. (2002a). Recorrido por la geografía d Baja California. En C. Velázquez & (Coordinadora) (Eds.), *Baja California. Un presente con historia*. (pp. 27–39). UABC.
- Tapia Landeros, A. (2002b). Recorrido por la geografía de Baja California. En C. Velázquez Morales (Ed.), *Baja California. Un presente con historia*. (pp. 27–42). UABC.
- Tavares, F., & Caroso, C. (2018). Espiritualidades Nueva Era y terapias populares. Redistribuyendo cuerpos y eficacias. En C. A. Steil, R. De la Torre, & R. (coord.) Toniol (Eds.), *Entre tópicos. Diálogos de estudios Nueva Era entre México y Brasil* (pp. 145–161). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS, El Colegio de San Luis, COLSAN.
- Turner, B. (1989). *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en teoría social*. Fondo de Cultura Económica.
- Valdez Márquez, D. (2022). *La terapéutica holística y la formación de sanadores espirituales urbanos en Tijuana*. El Colegio de la Frontera Norte. A.C.

- Vargas-Hernández, J. (2010). Intercambio transfronterizo de servicios de salud y medicinas en la región de Tijuana y San Diego. *Revista Pueblos y Fronteras digital*, 303–337.
- Vargas-Hernández, J. (2005). El mercado transfronterizo de servicios de salud privados entre Tijuana y San Diego, EE. UU. *Revista de Economía Mundial*, 13, 163–184.
- Vásquez, J. (2016). Clasificación y maniobras del masaje. En J. Vásquez (Ed.), *Manual Profesional del Masaje* (pp. 21–47). Paidotribo.
- Vázquez, J., Vázquez, A., & Vázquez, M. J. (2016). Efectos fisiológicos del masaje. En J. (Coord.) Vázquez (Ed.), *Manual profesional del Masaje* (pp. 47–54). Paidotribo.
- Vela, F. (2001). Sobre la tradición cualitativa en la investigación social. En *Observar, escuchar y comprender* (pp. 63–95).
- Von Glascoe, C. A. (2021). Investigación en antropología médica desde la frontera norte: Fluidez ante problemáticas cambiantes. En M. Olmos Aguilera & M. Matus (Eds.), *Antropología del norte de México y suroeste de los Estados Unidos. Entrecruce de caminos y derroteros disciplinarios* (pp. 281–296).
- Wardwell, W. (1998). *Los practicantes limitados y marginados*. En H. Freeman, S. Levine, L. Reeder, & (Comp) (Eds.), *Manual de sociología médica*. (Primera Edición., pp. 314–339). Fondo de Cultura Económica.
- Weiss, E., & Bernal, E. (2013). Un diálogo con la historia de la educación técnica mexicana. *Perfiles Educativos* /, 139, 151–170. <https://www.iisue.unam.mx/perfiles/articulo/2013-139-un-dialogo-con-la-historia-de-la-educacion-tecnica-mexicana.pdf>
- Witham, C. (2015). *Gua Sha Guía de autotratamiento completo*. Editorial Sirio.
- Zolla, C. (2005). La medicina tradicional indígena en el México actual. *Arqueología Mexicana*, XVIII(74), 62–65.
- Zolla, C. (Director), Mellado Campos, V. (Coordinación, & INI, I. N. I. (1994). Cochimi (M´TI-PA) Cucapa (Es-Pei), Kiliwa (Ko´Lew), Koah (Kual), Kumiai (Ti´pai), Pai-Pai (Akwa´ala) Pueblos indígenas de Baja California. En *La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México*. (pp. 51–66). Instituto Nacional Indigenista INI.

© Todos los derechos reservados. Se autorizan la reproducción y difusión total y parcial por cualquier medio, indicando la fuente. Forma de citar: *Guirette-Barbosa, Ma. Cristina (2025). “El sentido de las manos”: Experiencias sensitivas terapéuticas en la atención y cuidado a Trastornos funcionales al aparato locomotor (TFAL) en la zona fronteriza de Baja California”. Tesis de Doctorado en Estudios Culturales, El Colegio de la Frontera Norte, A.C. México. 349 pp.*