

Saberes y prácticas en torno al proceso salud/enfermedad/atención entre habitantes del Mezquital, Hidalgo

Natalia Bautista Aguilar

Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Iztapalapa

RESUMEN: *El objetivo de este trabajo es describir las creencias y los significados atribuidos a diversas enfermedades por habitantes de El Decá y Cieneguilla, dos comunidades rurales del estado de Hidalgo. La salud en esta región de estudio se define como el equilibrio entre cualidades del organismo y el entorno, la ausencia de dolor físico, el funcionamiento de la comunidad y la satisfacción de las necesidades básicas. La enfermedad hace referencia a la ruptura de dicho equilibrio interno y externo, también muestra una estrecha relación con las condiciones de vida y las prescripciones socioculturales presentes en las poblaciones estudiadas. La experiencia de enfermedad, la especificidad del especialista que se consulta y el tratamiento a seguir dependen de la causalidad atribuida. Ambos sistemas, el tradicional y el institucional, persisten en la práctica de estas poblaciones como sistemas complementarios. Los pobladores de El Decá y Cieneguilla identifican, clasifican y explican la enfermedad basados en un conocimiento local que es necesario reconocer e integrar al sistema de atención a la salud que se ha establecido en la región a partir de un entendimiento y con respecto a sus conocimientos, prácticas y contexto.*

PALABRAS CLAVE: *antropología, salud/enfermedad/atención, indígenas, hñāhñüü, Valle del Mezquital.*

ABSTRACT: *The objective of this study is to describe the beliefs and meanings which the residents of El Decá and Cieneguilla, two rural communities in the state of Hidalgo, attribute to various illnesses. Health in the region under study is defined as the equilibrium among the properties of the body and the environment, the absence of physical pain, functioning in the community and the meeting of basic needs. Sickness refers to the rupture of this internal and external equilibrium and also indicates a close relationship with the conditions of life and the socio-cultural prescriptions of the populations studied. The experience of illness, the specificity of the specialist consulted and the treatment to be followed depend on the attributed causality. Both systems, the traditional and the institutional, persist in the practices of these populations as complementary systems. The residents of El Decá and Cieneguilla identify, classify and explain illness based on local knowledge, a fact which must be acknowledged and integrated into the health care system, which has been set up in the region, starting with an understanding of and respect for their knowledge, practices and context.*

KEYWORDS: *Anthropology, health/sickness/care, indigenous people, hñāhñū, Valley of the Mezquital.*

Cuando me enfermo primero tengo que curarme con hierbas, ya si no se me quita, entonces sí voy al doctor. Hay enfermedades que sí cura el doctor, por ejemplo, por infección, sí ya tienes que ir. Pero hay otras, las de campo, que se pueden curar con hierbas, en cuanto las sientes pones agüita con la hierba y te la tomas. (Delia, 38 años, ama de casa, El Decá.)

De acuerdo con Menéndez [1990, *apud* Goldberg, 2010], el proceso salud/enfermedad/atención constituye un universal que opera estructuralmente en todo conjunto social, de modo que los padeceres y las respuestas a éstos corresponderían a procesos estructurales de todo sistema social al interior del cual se “generan representaciones y prácticas que estructuran saberes específicos para enfrentar padecimientos” [Goldberg, 2010: 140]. A lo largo del tiempo la definición de enfermedad ha motivado la discusión respecto de su carácter de realidad natural, quedando circunscrita a una ontología biológica producto de agentes externos que encuentran factores inhibidores o detonadores en el medio ambiente; o bien, como una construcción social generada e interpretada en el marco cultural de la persona que presenta el padecimiento y quienes le rodean, sosteniendo relaciones con factores políticos, sociales, económicos y demográficos [Almady, 2010]. En este discurrir de perspectivas la medicina biomédica ha mostrado una trayectoria acotada a la dimensión biológica de la enfermedad [Pérez, 1988] a pesar de la constatación de una serie de padecimientos que, más allá de la biología humana, reclaman atención en su variabilidad social, política, económica y cultural que no puede sino traducirse en la necesidad de realizar investigaciones y acciones transdisciplinarias. En este sentido, la perspectiva antropológica brinda la posibilidad de acercarse al estudio de la diversidad cultural albergada en los conocimientos y prácticas que configuran los modelos explicativos de la enfermedad en distintas sociedades o grupos al interior de una misma sociedad.

El presente artículo tiene por objetivo describir las creencias que conforman la caracterización de diversos padecimientos y los significados atribuidos a éstos, así como relatar la acción curativa que toman los pobladores en respuesta a la experiencia de enfermedad en El Decá y Cieneguilla,¹ dos

¹ Este trabajo comprende parte de los hallazgos que conforman mi tesis de licenciatura en etnología, la cual integra las observaciones en relación con la enfermedad mental.

comunidades pertenecientes al municipio de Cardonal, localizado en la región conocida como Valle del Mezquital, en el estado de Hidalgo, habitada entre otros grupos étnicos por los hñähñü. La elección e ingreso a El Decá se dio en el marco de un proyecto de investigación más amplio que se estaba desarrollando en la región.² Durante el trabajo de campo el acercamiento con habitantes de Cieneguilla que atravesaban por una experiencia de enfermedad me llevó a tomar la decisión de incluirla. En el estudio participaron un total de 26 habitantes (10 de Cieneguilla /16 de El Decá) y siete especialistas en salud, de los cuales seis eran médicos generales y una curandera. Esta última no pertenecía a ninguna de las dos comunidades donde se realizó el estudio, sin embargo, fue referida por los pobladores como una persona a la que en alguna ocasión habían consultado. En el caso de El Decá participaron nueve mujeres y siete hombres con un promedio de edad de 46 y 41 años, respectivamente; mientras que en Cieneguilla la participación fue de seis mujeres y cuatro hombres con promedios de edad de 42 y 53 años, respectivamente. En cuanto a nivel de escolaridad, del total de mujeres entrevistadas sólo dos de ellas rebasaban la primaria, una con bachillerato (Cieneguilla) y la otra con licenciatura (El Decá). Del total de hombres entrevistados existió mayor variación, en El Decá cuatro contaban con licenciatura, uno con bachillerato y dos con secundaria. En Cieneguilla uno de ellos había estudiado hasta el nivel de secundaria y los tres restantes sólo el de primaria. En cuanto a la ocupación, sólo quienes tenían la licenciatura se dedicaban a su profesión, en tanto que las mujeres se dedicaban a las labores del hogar y al pastoreo. Sólo en dos casos no estaban casadas. Mientras que los hombres con nivel de escolaridad menor a la licenciatura se dedicaban a la construcción, trabajo asalariado y labores del campo. Sólo tres de ellos eran solteros.

La recolección de información se llevó a cabo a lo largo de estancias alternadas en ambos poblados en el periodo de marzo a agosto de 2008. La información aquí presentada corresponde a los datos obtenidos mediante la aplicación de entrevistas a profundidad, semiestructuradas, a la población, cuyos contenidos fueron: *a)* datos sociodemográficos, *b)* información

Al final del presente texto sólo se encontrarán referencias a la depresión y consumo de alcohol. Para una revisión completa de los hallazgos sobre padecimientos mentales en El Decá y Cieneguilla se sugiere consultar el trabajo original [Bautista, 2009].

² Proyecto de investigación “De joven a joven. Una intervención bicultural para promover la salud mental de los adolescentes hñähñü”, a cargo de la doctora Consuelo García Andrade, investigadora del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

familiar, *c*) información acerca de la comunidad, *d*) experiencias de vida (emociones y somatización), *e*) experiencias de enfermedad y tipo de tratamiento y, *f*) creencias sobre la enfermedad mental y quienes la padecen. Durante el estudio se contó siempre con el consentimiento verbal de cada uno de los informantes, no sólo para la realización de las entrevistas sino para su registro en audio. De las diferentes experiencias de vida compartidas por los informantes se recuperaron los distintos testimonios que se incluyen en el presente texto bajo pseudónimos a fin de garantizar el anonimato de los participantes.

LA VIDA EN LA COMUNIDAD

Ya no somos los de antes, porque ya tenemos la cara levantada, tenemos voz y voto, en donde sea podemos hablar, así en público, en donde fuera, ya no hay la timidez que existía [...] podemos tomar un micrófono y expresar lo que sentimos, creo que eso es lo importante, que ya la voz de los indígenas se escucha, carente de literatura, eso sí, pero seguro que sí se puede expresar, por lo menos, se da ese énfasis para poder tener presencia en cualquier lugar. (Leonardo, 52 años, profesor, El Decá.)

Valle del Mezquital es el nombre con el que se conoce a una de las 10 regiones del estado de Hidalgo que forma parte de la provincia fisiográfica llamada Meseta Neovolcánica en la zona adyacente a la vertiente occidental de la Sierra Madre [Tranfo, 1974]. No obstante, la delimitación de la región es señalada como un tema abierto a discusión, puesto que depende del criterio empleado para la demarcación (geográfico, histórico, cultural y económico, entre otros) [Fournier, 2007]. Más recientemente se propuso una delimitación del Mezquital como una superficie total de 7206 km² a partir de aspectos culturales, históricos y ecológicos (particularmente hidrológicos), con lo que quedarían comprendidas la parte occidente del estado de Hidalgo, la parte norte del Estado de México y una limitada zona del sureste del estado de Querétaro. Sin embargo, se reconoce que al tomar en cuenta cuestiones relacionadas con el sistema económico, los modos de vida y el desarrollo histórico se dejarían fuera en algunas zonas. Independientemente de ello, el Mezquital ha sido caracterizado como una zona semiárida con bajo potencial agrícola, vegetación de tipo desértico, escasez de recursos acuíferos y baja precipitación pluvial que ha exigido de parte de sus habitantes el desarrollo de estrategias para la explotación y uso de recursos naturales orientados a su subsistencia [Fournier, 2007, foto 1]. En-

tre los 27 municipios³ que la conforman se encuentra Cardonal [Moreno *et al.*, 2006], la cabecera municipal situada en la parte noroeste del Valle a la que pertenecen las comunidades sobre las que versa este estudio. Cardonal cuenta con 89 localidades que albergan a una población total de 15 876 habitantes,⁴ de los cuales 83% practica la religión católica frente a un 17% como población creyente de otra religión. El Decá cuenta con una población total de 661 habitantes (317 hombres/344 mujeres), mientras que Cieneguilla cuenta con un total de 238 habitantes (120 hombres/118 mujeres). Respecto del nivel de escolaridad, del total de la población, en El Decá sólo 240 rebasan la secundaria (134 hombres y 106 mujeres), mientras que en Cieneguilla sólo lo hacen 33 (12 hombres y 21 mujeres).

Foto 1
El Valle del Mezquital, Hidalgo, 2008



³ Lista completa de los municipios que conforman el Valle del Mezquital: Zimapán, Nicolás Flores, Cardonal, Ixmiquilpan, Tasquillo, Alfajayucan, Tecozautla, Huichapan, Nopala, Chapantongo, Chilcuauhtla, Santiago de Anaya, Actopan, El Arenal, San Agustín Tlaxiaca, Ajacuba, San Salvador, Tepatepec (Fco. I. Madero), Mizquiahuala, Tezontepec, Tepetitlán, Tula, Tlaxcoapan, Tetepango, Atitalaquia, Atotonilco de Tula y Tepeji del Río [Guerrero, 1983, *apud* Lastra, 2006].

⁴ Los datos incluidos corresponden a los contabilizados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 y que fueron empleados en la investigación original.

En ambas comunidades conviven el cristianismo protestante y el catolicismo, aunque puede constatarse una inclinación por la práctica católica en Cieneguilla, comunidad que no alberga ningún templo protestante y mantiene vivas las festividades prescritas por el catolicismo. Por su parte, en El Decá la religión evangélica se presenta con mayor fuerza. El Decá posee auténticas tradiciones heredadas de sus ancestros, pero también existen personas que prefieren seguir las tradiciones y la religión occidental, por esta razón la gente practica dos ideologías, la católica y la evangélica (José, 51 años, profesor de El Decá) (foto 2).

Foto 2
Sagrado Corazón de Jesús, santo patrono de El Decá, municipio de Cardonal, Hidalgo, 2008



En la región se reporta un proceso histórico de conflicto y desplazamiento de la lengua hñähñü por el español, reflejado en la pérdida de extensión geográfica y del reconocimiento de su valor funcional [Hamel, 1987]. En la actualidad este proceso de desplazamiento se mantiene vivo en el recuerdo de habitantes de El Decá como una época pasada en que no podían hablar su lengua ni en la escuela. Ello representaba una estrategia para disminuir la serie de humillaciones y explotación de la que eran objeto por su condición de indígenas hñähñü, así como una respuesta a la necesidad de comerciar en otros poblados o migrar. Si bien en El Decá actualmente se puede observar el rescate de su lengua a través de su enseñanza en la escuela primaria, la población joven o infantil, aunque la entienda, no la emplea en su interacción cotidiana, por lo que su uso queda limitado a algunos adultos y ancianos. En el caso de Cieneguilla, su sistema de enseñanza no contempla la lengua hñähñü, de modo que, aunque se reconocen como indígenas, no se identifican como hablantes de la lengua.

Entre las principales actividades económicas se puede encontrar la explotación del maguey para la producción de pulque, así como la elaboración de estropajos, escobetillas, ayates y mecapales a partir de la fibra de *ixtle* y *xithé* extraída de la lechuguilla, cuya venta ha disminuido debido a la entrada de otros materiales como el plástico. Actualmente se cuenta con máquinas de gasolina o eléctricas para el rasgado de la penca (foto 3). Algunos pobladores crían animales (borregos, chivos, gallinas, pollos y algunos cerdos), los cuales serán vendidos o sacrificados cuando falte dinero o alimento. Las escasas tierras que se conservan, la mayoría en la modalidad de propiedad privada, se siguen trabajando para el autoconsumo con la siembra principalmente de maíz y en menor medida de alfalfa. El bajo nivel de producción agrícola frente a la aspiración de satisfacer sus necesidades básicas ha llevado a los pobladores a desarrollar actividades disímiles a lo que constituía su actividad económica tradicional. Estas nuevas actividades jornaleras o comerciales implican un desplazamiento de su lugar de origen, como ellos bien lo explican: “es la necesidad la que lleva a migrar en busca de trabajo”. En un inicio la migración tenía lugar dentro del mismo estado, hacia ciudades como Pachuca o Ixmiquilpan, así como hacia el Distrito Federal. El comienzo de estos desplazamientos se contempla en los años sesenta con un marcado aumento en la década posterior, hasta consolidarse en los años noventa como un proceso constante y masivo [Báez *et al.*, 2005]. Para el año 2008, Quezada realiza una revisión de la migración en el Valle de Mezquital mostrando una asociación entre migración internacional y localidades indígenas hñähñü, definiéndola como una estrategia familiar. Cuando se migra la opción de trabajo para los hombres es la

construcción y el trabajo asalariado, mientras que para las mujeres lo es el trabajo doméstico o el cuidado de niños (niñeras).

Foto 3
Proceso de obtención de *ixtle* y *xithé* con máquina de gasolina.
Valle del Mezquital, Hidalgo, 2008



En cuanto al sistema de gobierno, Cieneguilla y El Decá mantienen en la base de su organización el sistema de cargos civiles conformado por un delegado como autoridad principal, orientado a la resolución de problemas y organización comunal, y un representante del pueblo, reconocido como máxima autoridad moral. Cuentan además con un subdelegado, un secretario, un comisario y ciudadanos activos organizados en torno a comités (de agua potable, de salud, de servicios y de vigilancia, de obras —cons-

trucción—, de deportes y de cultura y para las distintas escuelas que alberga la comunidad). La diferencia entre El Decá y Cieneguilla se da en los comités existentes, ya que Cieneguilla cuenta con un comité del mercado pero no con uno de obras, a diferencia de El Decá. Otra diferencia radica en que en Cieneguilla las mujeres no tienen una organización propia. Éstas sólo participan de la organización comunal en sustitución de sus esposos o hijos, al igual que en las asambleas generales, donde no se considera su participación. Por su parte, en El Decá hay una mayor participación de mujeres, no sólo porque las madres solteras son adscritas al sistema comunal varonil, pues para gozar de sus derechos se les exige trabajar como ellos, sino porque la presencia en la comunidad del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) las ha llevado a organizarse en torno a labores y comités independientes. La ciudadanía, en el caso de los hombres, es el estatus que se adquiere al entrar al circuito de trabajo, un ciclo que para ellos comienza a la edad de 18 años y termina cuando cumplen 35 años de trabajo en la comunidad. A diferencia de los hombres, las mujeres no adquieren el reconocimiento como ciudadanas por el ingreso al trabajo o por la edad, sino cuando se casan, cuando pasan de solteras a casadas, o bien, cuando tienen un hijo aunque no estén casadas. La comunidad es reflejo de sus ciudadanos, así que el interés está en la formación de los mismos como miembros de un grupo, conscientes del trabajo compartido y de la necesidad de construir un entorno de reciprocidad, una red de compromisos con uno mismo y con los demás. Finalmente, la familia monógama continúa siendo la institución más importante en tanto constituye un apoyo social y económico para los habitantes, hay un marcado respeto a los adultos, así como un reconocimiento al conocimiento y experiencia de los que identifican como los antiguos, los ancianos. Es en este contexto donde distintos horizontes de sentido convergen en el conjunto de conocimientos y prácticas que configurarán el proceso salud/enfermedad/atención que se describe a continuación.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO SALUD/ENFERMEDAD/ATENCIÓN EN EL DECÁ Y CIENEGUILLA

La noción de salud para el caso de estas dos comunidades alude a un estado de equilibrio entre los diferentes elementos que conforman el organismo, lo que significa que éstos se encuentran en su interior en una proporción adecuada y guardan una armonía entre sí, de la misma forma que denota una relación de equilibrio entre sujeto y entorno. Al interior de ambos poblados

existe la referencia a un sistema de calor/frío que clasifica alimentos o partes del cuerpo en una u otra categoría; así también, la propia elección del tipo de tratamiento puede verse influida por este sistema. Si se rompe tal equilibrio se abre la posibilidad de perder la salud, por ejemplo, las mujeres embarazadas y aquellas que ya han dado a luz deben llevar una dieta basada en dichas cualidades, de lo contrario la madre o el recién nacido que está siendo amamantado enfermarían. Sin embargo, la salud no es sólo el mantenimiento del equilibrio entre las cualidades del organismo, también se identifica por la ausencia de dolor físico y se establece en función del desenvolvimiento de la persona al interior del grupo y a la satisfacción de las necesidades básicas, con lo que llega a equipararse con la noción de “normalidad”.

Estar alegre, estar contento, nada le duele, puede andar donde [...] quiera, pero un enfermo ya no, ahora sí que es la cosa más perdida, más triste [...] Un hombre normal es que tiene bien de salud, si no está bien de salud, está uno inútil, na'más para nada sirve un hombre que está enfermo. Los hombres tienen la obligación de su hogar, buscar el bienestar para comer y beber, hacer faenas [...] cualquier trabajo de la comunidad. Las mujeres tienen las obligaciones de su casa y también de la comunidad, porque sus hombres se han ido a buscar la vida. (Remigio, 67 años, dedicado al campo, Cieneguilla.)

La normalidad y la salud se conceptualizan en relación con el cumplimiento de los deberes y obligaciones dentro del ámbito familiar y comunal. Un hombre normal (sano) hace referencia a un hombre que trabaja y, por lo tanto, cubre las necesidades de alimento, vestido y calzado, respeta a su mujer no agrediéndola física o verbalmente, además de querer y ver por sus hijos. Una mujer normal (sana) es aquella que se dedica al marido, al hogar y a los hijos, no trabaja a menos que la mala situación económica justifique su salida y descuido del hogar, para lo que debe contar con la aprobación del esposo, ya que la forma en que le demuestra su respeto es evitando ausentarse del hogar por tiempo prolongado. Si bien el trabajo se menciona como uno de los elementos constitutivos de la normalidad o condición de salud, al mismo tiempo representa un elemento de tensión al poner en juego las expectativas que se tienen de la persona.

Él quisiera estar bien [refiriéndose a su hijo], también para ser un hombre normal, pero nunca ha estado bien, si él estuviera bien ya no estaría conmigo, pero ha estado en mi casa por lo mismo de que siempre ha estado enfermo. Ahorita no es un hombre normal porque está inútil. (Remigio, 67 años, dedicado al campo, Cieneguilla.)

CAUSAS DE ENFERMEDAD ENTRE LOS POBLADORES DE EL DECÁ Y CIENEGUILLA

A continuación se presenta una serie de elementos que los habitantes de El Decá y Cieneguilla emplean para explicar el origen o causa de distintas enfermedades. Elementos que aun cuando aquí son presentados de forma diferenciada, configuran una atribución multicausal que combina distintas dimensiones de la vida del sujeto, que están interrelacionadas en su sistema de pensamiento y prácticas sociales. Un primer elemento que define el origen de la enfermedad tiene que ver con un concepto mágico, pues ésta es causada por agentes externos pertenecientes al orden de lo sobrenatural, lo cual exige la participación de especialistas, como son los brujos o cualquier otra persona con poderes o capacidades para ejercer una acción, maléfica o benéfica, sobre otra persona.

Hace como 40 años me enfermé del cerebro y duré casi un año y medio trastornado [...] me dieron una hierba tomada como de maldad, con gente que no te quiera, que te tengan envidia de alguna cosa, se lo llegan a dar y entonces se vuelve uno loco [...] no me di cuenta que era eso hasta muy después. (Pablo, 67 años, dedicado al campo, Cieneguilla.)

Entre la población, el mal de ojo se explica a partir de este pensamiento mágico, pero como una acción que tiene efecto sobre todo en los niños, quienes son protegidos insertando en su ropa amuletos o trozos de sal. En el caso de la población adulta lo que se introduce como elemento causal es la envidia relativa a un bien o una característica de la persona, en cuyo caso el daño se manifiesta cuando el objeto de la envidia “se echa a perder” o “la persona enferma”. La envidia, como señala Galinier [1987], “expresa un estado de hostilidad y desaprobación de una conducta, como el enriquecimiento, para lo que se encuentra una doble justificación, tanto en el enfermo que realmente cree ser objeto de un maleficio, como en la conciencia de la comunidad que acepta semejante persecución” [Galinier, 1987: 449].

Por otra parte, existe una concepción de enfermedad como castigo por la violación de un tabú o una regla divina, como consecuencia del pecado.

[...] lo limpió su abuelita con 20 pesos y en la tarde el niño ya empezó a caminar y a comer. Ahí fue donde mi esposo aprendió que los doctores son puros calmantes. El niño lo que tenía es que el Santísimo lo estaba regañando porque comió unos dulces que le ofrendamos, mientras que si hubiera internado al niño, como el doctor decía, se hubiera muerto. Así tuvimos un sobrino, le pasó

lo mismo, lo internaron y se murió. Ahí es donde aprendimos que a veces no hay que ir al doctor. (Celia, 42 años, ama de casa, El Decá.)

Otro elemento que explica la aparición de una enfermedad se relaciona con el encuentro con seres o cualidades sobrenaturales; por ejemplo el mal de aire, cuya manifestación abarca dolores de cabeza, vómito, debilidad y malestar corporal. Resulta de haber pasado por los respiraderos que aún existen en los cerros, o por algún lugar donde esté vagando el alma de un fallecido, así como de cambios bruscos de temperatura, por ejemplo cuando “de estar echando tortilla se sale al aire [sin cubrir]”.

Por último, una causalidad que responde al ciclo natural de la vida apunta a un sentido de desgaste, por ejemplo por cuestiones de edad. Aquí aparece la referencia a una noción mecánica de cuerpo, el cual es descrito como una “maquinita” que se deteriora o desajusta con el correr del tiempo, ya sea por el uso excesivo o por la falta del mismo. Un cuerpo que más allá de ser reconocido como entidad natural está cruzado por la norma social y es convertido en un recurso para la producción (trabajo) y la reproducción (procreación). Coherente con esta referencia al ciclo natural y factor biológico, otras causas de enfermedad atribuidas fueron mala alimentación, caídas, lesiones y golpes, entre otras. Por ejemplo, se cree que la aparición de diarrea, inflamación y dolor de estómago, vómito, falta de apetito y fiebre en los niños es provocada por “empacho”, el cual se atribuye a la mala alimentación, en tanto que la epilepsia se atribuye a golpes o caídas que ha sufrido la persona. Otro malestar reconocido entre la población es el “coraje” descrito como pérdida del apetito, dolor de cabeza, sed y cansancio, que se considera consecuencia de haber experimentado graves disgustos. Otra enfermedad, el susto, que se caracteriza por un malestar general acompañado de angustia, mal humor, distracción, miedo inexplicable, pérdida de apetito, con el consecuente adelgazamiento y debilidad; es explicada como un desajuste orgánico desencadenado por un suceso que causó una impresión muy fuerte en el individuo, el cual, si no se controla, puede provocar diabetes debido a la alteración de los niveles de “azúcar” que genera en la persona.

[...] miedo cuando te espantan, una víbora o un perro, o un compañero o una compañera, o cuando ves un accidente, todo eso es lo que espanta, entonces de tener todo eso, si se junta, es cuando ya a uno se le complica más, se puede morir, porque tampoco le quedan a uno ganas ni de comer ni de tomar agua, ni fruta, nada. Brincas cuando duermes [...] todo en el cuerpo sientes, hasta se te paran los vellitos y sientes escalofríos. (Carmen, 27 años, ama de casa, El Decá.)

Al igual que la diabetes o “el azúcar”, otras enfermedades que recientemente preocupan a sus pobladores por el aumento en su frecuencia y la muerte a la que han conducido a algunos de ellos son la cirrosis hepática, el cáncer de próstata y el cáncer cérvico-uterino, las cuales comienzan a insertarse en el imaginario social generando explicaciones en torno a sus causas. Al pensar en estas enfermedades se responde mediante un recuento y evaluación de las transformaciones que han tenido lugar a lo largo de la historia de vida, como cambios en el entorno y en su alimentación, la cual se califica de menos sana debido a la introducción de productos enlatados, de embutidos, refrescos, frituras, cervezas, etc., cambios en el transporte, que aparece como un elemento contaminante e impulsor de una vida sedentaria; cambios en la situación económica, que limita cada vez más sus recursos y su acceso a servicios de calidad, entre otros. A lo anterior se suman los aspectos negativos de la migración, como el hecho de que ésta conlleva prácticas y apropiación de elementos ajenos a la comunidad, por ejemplo el consumo de bebidas embriagantes distintas a la tradicional, que es el pulque; así como de cigarros u otras drogas; y la aparición del VIH-SIDA, del que se sabe poco pero se tiene presente como una enfermedad mortal.

Es así como se puede ver que el individuo, quien finalmente establece un vínculo entre un concepto biológico de enfermedad y las demás dimensiones que participan en sus condiciones e historia de vida y su padecer, es quien permanece en el centro de la discusión de las diferentes perspectivas.

CONSULTA Y TRATAMIENTO

La identificación de los primeros síntomas de la enfermedad es llevada a cabo por la madre, quien es la primera en tipificar el malestar que se está presentando y en tomar las consecuentes medidas orientadas a la curación (preparar té o hacer limpias, rezos y sobadas). La primera acción curativa es llevada a cabo, principalmente, por la madre, quien trata el empacho en un niño sobando su cuerpo con alcohol, a diferencia de la manera en que tratarían este padecimiento en una institución, en donde el médico ordenaría que lo internaran en un hospital y le suministraran suero, una medida que es rechazada por muchas madres debido a que otras mujeres, familiares o vecinas han tenido experiencias negativas en los hospitales, las cuales incluyen hasta la muerte del niño. En cuanto a la manera de curar los síntomas provocados por el susto, en el esquema tradicional se da a beber al enfermo un preparado de diferentes hierbas con alcohol o aguar-

diente denominado “espíritus”, el cual se puede adquirir en los negocios especializados en su elaboración (figura 4) o en farmacias naturistas. Dicho preparado se debe beber tres veces al día hasta sentir la mejoría; o bien, se puede untar, de preferencia en la noche antes de cobijarse, o utilizarse para el baño, en cuyo caso el enfermo debe darse alrededor de tres baños por la noche, cuando ya no va a salir, y después de bañarse debe cubrirse de pies a cabeza para guardar el calor que genera el baño. Tal cura puede ser o no acompañada de rezos por la salud del afectado, los cuales comúnmente son realizados por la madre, aunque también puede hacerlos el propio enfermo.

Foto 4
Negocio especializado en la elaboración de “espíritus”.
Municipio de Tasquillo, Valle del Mezquital, Hidalgo, 2008



El siguiente nivel de atención corresponde a la acción curativa del curandero. La práctica de éste dentro de las comunidades de estudio no hace referencia al uso de sustancias psicotrópicas sino a capacidades telepáticas o del sueño.

Yo curo de nacencia, yo no estudio, no escribo nada, de memoria todo, por eso mucha gente me quiere [...] Cuando era yo chica soñaba muchos angelitos, hasta la fecha y luego todo el tiempo, estoy así acostada y me posan unas estrellas y cierro mis ojos, están cerrados mis ojos y pasa una lumbrecita así, y no duermo ya. La lumbrecita es Dios y las estrellas también son de Dios [...] Yo lo hago por mi nacencia y no tengo interés en el dinero, porque mucha gente no saben curar y cobran cantidad, yo na'más con el masaje y la rifa, así como cien pesos, y luego depende cómo están, ya le doy una medicina para que se protejan y si no, masajes. Ahí en las rifas se ve todo, tiene que ser a las 10 de la mañana y yo estar en ayunas, los jueves, porque el viernes es día malo. (Alfonsa, 65 años, curandera, Valle del Mezquital, Hidalgo.)

El curandero se conecta a otras realidades a voluntad y transforma en hechos concretos el saber adquirido para lograr el restablecimiento del desequilibrio. Crea un puente entre ambos escenarios guiando a quien lo consulta hacia la salud, el conocimiento y la armonía. La participación del especialista y de la persona enferma durante todo el proceso de curación es fundamental para restablecer la salud.

[...] este señor, compraba yo una cera, vela o lo que sea, y se la llevaba, uno llega y lo limpia, y ya empieza el señor, pero debes tener mucha calma. El señor ahí andaba hasta la hora que se le daba la gana, o si estaba echando una tortilla primero comía y luego nos atendía. El chiste es que él nunca tenía prisa y se sentaba y miraba la vela prendida, que no hiciera aire, nomás él veía la flama y ya nos decía qué era y qué teníamos que hacer. Pero para eso, llegando, pues se limpia uno con 20 pesos, 50 pesos y se le va a uno la enfermedad. Si es eso, se le va, pero eso sí, hay que hacerlo, es una promesa que hay que hacer. (María, 56 años, ama de casa, El Decá.)

La trayectoria de atención comienza al acudir a casa del especialista o al establecimiento que lo alberga. Ahí el diagnóstico se determina a través de una "barrida" o una limpia; la barrida consiste en que el curandero huele, toque, sienta y vea una prenda usada, y que no haya sido previamente lavada, por la persona que acude solicitando su servicio. Acto seguido, da nombre al malestar; aquí la fe con la que se acude y la confianza depositada en el especialista es fundamental. Muchas de las personas que asisten lo hacen con la angustia de enfermedades que no se entienden o no se conocían antes, confrontando la esperanza de ser sanado (que en ciertos casos brinda el especialista tradicional) con la desesperanza del diagnóstico institucional, que puede conllevar desde la pérdida de algún miembro del cuerpo hasta

la vida misma, o bien, el tener que seguir un tratamiento farmacológico por largo tiempo o de por vida.

[...] ha curado a mi papá [refiriéndose a la curandera] decían que tenía espolón en el pie, ya no podía caminar, y decían que lo iban a serruchar el pie [...] le iban a cortar un pedazo de hueso o algo así. Dijo mi papá —no, después me va a entrar cangrena (*sic*), o bueno, se me va a infectar y no voy a ser igual—, y entonces lo llevaron allá y se curó. Igual mi hermano, ése de sus ojos [...] pero eso sí, le dijo que no lo cura, que necesita operación. Sí le puedo dar medicamento, dijo, pero no lo curo, mejor le digo la verdad, para qué le voy a sacar dinero, mejor vaya con el oculista y le hacen la operación. (Bertha, 49 años, ama de casa, Cieneguilla.)

Más allá de la práctica por parte de curanderos, es innegable que en el ámbito más íntimo, que es el familiar, persiste el conocimiento y el uso de remedios tradicionales basados en hierbas y limpias; mientras que fuera de ese ámbito se ha ido insertando la medicina naturista. Hoy en día gran parte de la población también acude a establecimientos naturistas, los cuales llegan a ser vistos como una extensión de ese saber tradicional, que ofrece curas para todo tipo de males, incluyendo limpias o trabajos de otra índole, como los “amarres” en las relaciones de pareja. Por otra parte, el aumento de la migración ha ampliado el contexto en el cual el curador tradicional de la región puede continuar desempeñando su rol, así como su campo y estrategias curativas. El actuar del curandero trasciende las fronteras y se vuelve internacional gracias a que el migrante puede comunicarse con él/ella vía telefónica y hablar de su malestar. El especialista da el diagnóstico y estipula la frecuencia de las consultas telefónicas y el tratamiento, el cual puede incluir el uso de hierbas y algunos medicamentos homeópatas que en ocasiones los familiares del enfermo migrante le envían desde la comunidad. Adicional a la consulta telefónica, el curandero puede indicar la necesidad de realizar una curación espiritual.

[...] le dice —yo también te voy a curar espiritual— y él tiene que estar acostado y tranquilo, sin hacer ningún esfuerzo y sin hablar, nada más acostado en su casa, y hasta se duermen. Nada más una hora o dos horas. (Bertha, 49 años, ama de casa, Cieneguilla.)

La consulta puede ser cada 15 días o una vez al mes, dependiendo de la enfermedad, y los remedios que se entregan como parte del tratamiento tienen un costo que va de los 400 a los 600 pesos, aproximadamente. El

prestigio del especialista es un elemento de gran importancia en la determinación del sacrificio o esfuerzo que se realizará para cubrir el costo que representa la posibilidad de sanar. Para algunas personas los servicios de salud no son tan confiables, por considerar que los medicamentos que ahí se entregan no son de buena calidad y porque creen que los pasantes que les proporcionan la atención médica son jóvenes sin experiencia. Esto no significa que las personas de ambas comunidades y de la región en general no utilicen los servicios de los médicos que atienden los distintos centros de salud, como lo demuestran algunos de los testimonios referidos en este trabajo, en los que queda claro que persiste la costumbre de acudir a consulta con ambos especialistas, ya que si uno falla, se puede consultar al otro.

CUANDO EL SENTIMIENTO SE VUELVE SÍNTOMA

Finalmente quisiera mencionar de forma breve otro tipo de padecimientos que se están presentando en la actualidad en la región y que se muestran vinculados con cuestiones de la vida cotidiana y la organización social, así como con ciertos aspectos culturales y económicos. Si bien la migración no es un fenómeno reciente o novedoso, el estado de tensión, tristeza, coraje y preocupación que experimentan algunas mujeres como resultado de la migración de sus parejas, al igual que la poliginia presente en la región, reclaman un estudio respecto de su vinculación con el proceso salud/enfermedad/atención. De acuerdo con los censos realizados por las instituciones sanitarias, en particular por los módulos de salud mental, tales experiencias y la forma de enfrentarlas se suelen diagnosticar como episodios de depresión, trastornos de ansiedad y adicción al consumo de alcohol, entre otros padecimientos que aquejan tanto a mujeres como hombres del Valle del Mezquital.

A continuación se tratarán algunos aspectos observados en relación con dos padecimientos en particular, la depresión y el consumo de alcohol.

[...] Mi vida ha sido muy triste [...] He tenido muchas traiciones, me ha sido infiel mi esposo, me ha dolido mucho, yo sé que no me lo merezco. He hablado a veces con él, pero no sé si se compuso [...] le he dicho, pues mejor que se vaya de aquí [...] a lo mejor ya no me quiere, pero por lo menos que le tenga respeto a sus hijos. Le digo: —Si no eres feliz, pues te doy tu libertad, nomás, este, cumple con tus obligaciones—, yo no lo detengo. (Rutilia, 47 años, ama de casa, El Decá.)

Aun cuando lo habitual es la monogamia, se suele presentar la poliginia, que en unas ocasiones es tolerada, mientras que en otras es interpretada como un fracaso de la mujer para cumplir con su rol de madre y esposa: “A lo mejor no le cumplió como mujer, no le daba de comer y él no le tiene paciencia, si de plano no me comprende pues se va y se busca otra”. (Magdalena, 44 años, ama de casa, Cieneguilla.)

De acuerdo con Galinier [1987], los hombres buscan a la mujer hñāhñü para que asuma las tareas domésticas, pero sobre todo para asegurar la descendencia, así que la repudian pronto si resulta estéril. En el caso del Mezquital lo anterior se refleja en las expresiones y prácticas de las propias mujeres: “Las mujeres que no tienen hijos es por castigo, por la infidelidad de su esposo y porque no han querido humillarse ante Dios y pedirle perdón por los pecados del esposo y los de ellas, yo lo hice y al poco tiempo me embaracé”. (Rutilia, 47 años, ama de casa, El Decá.)

Sin embargo, la infidelidad reclamada al hombre no excluye el papel de la mujer en el reforzamiento de la poligamia. Algunos hombres expresan vivir en un ambiente de traición y estrés producto de la inconformidad ante la forma en que se manejan tales situaciones en el interior de la comunidad.

[...] por la crítica sin razón alguna o selectiva, como cuando se les dan pláticas a nuestras mujeres y les dicen que las relaciones sexuales deben ser cuando quieran y no cuando decida su marido, porque ellas tienen necesidades fisiológicas; pero les dicen eso, cuando son mujeres que muchas veces tienen a su esposo en Estados Unidos. Entonces, ¿cómo satisfacen esa necesidad? Y hay a quien se le exhibe y hay a quien no, porque es como si se tomara como un don y el que cumple con todo se le tapa, no se exhibe, y quien no coopera o trabaja se le exhibe, y pues así no es. (Jesús, 47 años, construcción, El Decá.)

La migración, si bien se ha señalado como una estrategia de sobrevivencia en la región que ha contribuido a que la calidad de vida se eleve en muchos aspectos, como la vivienda, la alimentación, el vestido, el calzado, la educación, la salud, etc., también aparece como un elemento perturbador, ya que ha provocado modificaciones en la convivencia tradicional. El desplazamiento de los hombres no sólo conlleva el aumento en su solvencia económica, también les da prestigio y refuerza su posibilidad de sostener más de una relación de pareja, tanto por la escasez de hombres que la misma migración provoca, como por el mayor poder adquisitivo alcanzado. Lo anterior en ocasiones tiene como consecuencia que algunas mujeres vean a las que son esposas de migrantes o madres solteras como alguien que podría transgredir la regla de monogamia.

Le hice caso a un maestro que me cortejaba, pero es casado, al principio sentía culpa de quitarle el padre a unos hijos o romper un matrimonio, tenía el remordimiento y terminábamos, pero un día me dijeron platicando con unas amigas que no tenía por qué, después de todo yo no lo había sacado de su casa, si él tenía problemas o ya no está a gusto en su casa, esa era culpa de su mujer y no mía. Ya llevo así casi ocho años, antes sí me daba miedo que me pegara la mujer, pero ya no; además yo no le exijo nada porque no quiero nada, estoy bien como estoy. Y si le exigiera tendría las de perder. (Sonia, 45 años, madre soltera, profesora, El Decá.)

Otro problema que se presenta en estas comunidades es la adicción al consumo de alcohol, la ingesta diaria de pulque se calcula entre los tres y los cinco litros por persona [Fournier, 2007]. En el caso de las comunidades indígenas el patrón de consumo de alcohol se describe como parte de las tradiciones o costumbres ancestrales que van cambiando debido a la migración, la inclusión de la mujer al trabajo asalariado y las estrategias de venta por parte de las empresas productoras, entre otros factores. A esto se suma el desconocimiento de las necesidades específicas de la población, además de la insuficiente infraestructura para cubrirlas de forma adecuada. En cuanto a las emociones que las mujeres otomíes experimentan como consecuencia del consumo de alcohol de sus maridos, algunos estudios [Tiburcio, 2009, *apud* Natera *et al.*, 2012] mencionan las siguientes: deseos de morir, soledad, coraje, desesperación, miedo, nervios, apatía, pérdida de deseo sexual, preocupación, culpa, ideas obsesivas y tristeza. Pero consideran que sentirse así es algo común e inevitable, parte de un destino que deben soportar sin cuestionarlo.

Algunas de ellas ni siquiera cuentan con una red familiar, ya que sus propios parientes las culpan de haber elegido esa situación.

Así fue que nos casamos, sin conocernos casi, sin vernos solos. Y fue de rápido, y ya después me arrepentí pero de nada sirvió, ya lo vi que tomaba mucho, como que perdía el sentido, se alocaba y ya no me sentía yo bien. Y mis hermanos el día que me vine me dijeron que el día que supieran que me estaba maltratando ellos no se iban a meter para nada, al contrario, le iban a decir que me diera más, por eso es que yo ya no les dije nada. (Benita, 63 años, ama de casa, Cieneguilla.)

Ante esta situación, se han realizado diversos trabajos que buscan abordar el problema de la adicción al consumo de alcohol y el alcoholismo entre indígenas, ya que se considera que ésta es una de las principales causas de violencia, disminución en la productividad y prosperidad, sufrimiento

social y enfermedades [ssa-Conadic, 2006]. Sin embargo, aún falta mucho por hacer para entender por completo los padecimientos que aquí se han abordado, así como para tratarlos adecuadamente en vez de sólo buscar la disminución de cifras, que bien pueden ser sólo un reflejo de que la población abandonó los servicios de salud.

REFLEXIONES FINALES

A lo largo del texto se muestra cómo en El Decá y Cieneguilla la noción de salud alude a un estado de equilibrio entre los diferentes elementos que constituyen a la persona, igual que entre ésta, el mundo y las entidades que lo habitan. Tal sentido de equilibrio y unidad del organismo, del cuerpo, concuerda con lo postulado por Peña y Hernández [2005] respecto de la noción de cuerpo como un todo equilibrado que se traduce en salud. Asimismo, se expone que en ambas comunidades se puede observar la persistencia del sistema calor/frío no sólo como criterio de clasificación de elementos, sino de las propias enfermedades y su tratamiento. Tal sistema se ha vinculado a la cosmovisión hñähñü, además de señalarse como una tradición que relaciona a los hñähñü con otras etnias [Sánchez González *et al.*, 2008]. Adicionalmente se encontró que la salud hace referencia a lo colectivo, a la norma social bajo la que se configura y recrea el individuo mismo. De esta forma pudo observarse el establecimiento de una equivalencia entre normal/sano como condiciones o estados que hacen referencia a la capacidad de la persona para cumplir con las obligaciones o labores propias de su rol: hombre/trabajo/proveedor económico, y mujer/hogar/educación y cuidado de los hijos.

Entre las principales causas de enfermedad se identificaron la ruptura del equilibrio del sistema calor/frío, así como entre sujeto y entorno, ya sea por intervención de agentes externos, como brujos, seres o cualidades sobrenaturales; o por la envidia o la violación de una norma social o divina, en cuyo caso la enfermedad se convierte en castigo o pecado. Asimismo, la dimensión mágico-religiosa y la atribución de causalidad de enfermedad a la experiencia de emociones como la angustia, el miedo y el coraje, se presentan como elementos característicos de la cosmovisión hñähñü [Lastra, 2006], coincidiendo con hallazgos simultáneos en otros municipios [Sánchez González *et al.*, 2008]. No obstante, es necesario profundizar en el análisis por tipo de padecimiento, ya que durante el trabajo de campo fue posible identificar atribuciones de causalidad diversas respecto de un mismo padecimiento. En el caso de la epilepsia, atribuida en El Decá y Cieneguilla a

golpes o caídas sufridas por la persona, en el caso de pobladores de otros municipios fue asociada a posesión de espíritus o influencia lunar. Habría entonces que llevar a cabo también estudios por comunidad y edad de los informantes, a fin de distinguir la variabilidad con respecto a la definición de la enfermedad y persistencia de dicho marco mágico-religioso, ya que si bien diversos municipios del Valle son habitados por hñähñü, ello no implica la homogeneidad e inmutabilidad de creencias y prácticas. Por el contrario, la enfermedad fue también vinculada al ciclo natural de vida, la mala alimentación, los cambios en el entorno, en el transporte y en las condiciones de vida, migración y demás aspectos sociales y económicos que han llevado a la aparición de enfermedades como diabetes, cáncer, VIH-SIDA, enfermedades del sistema nervioso y consumo elevado de alcohol, entre otras. Otros padecimientos referidos fueron los vinculados con la poliginia existente en la región. Aquí es importante atender que, si bien en la literatura se señala la tolerancia de dicha práctica [Lastra, 2006], ello no debe conducir a ignorar su articulación con otros aspectos de la propia organización y las relaciones de poder que la cruzan e impactan el estado de bienestar de la persona. La exhibición u ocultamiento por parte del grupo de las personas que la practican son ejercidas y percibidas como instrumentos de control social.

De la causalidad adjudicada se desprende la experiencia de enfermedad y de ahí la especificidad del especialista que se consulta y el tratamiento que se elige como el más acorde a su vivencia, aquel que responde de mejor manera a sus necesidades y preocupaciones. En el caso de El Decá y Cieneguilla los procesos migratorios han provocado la transformación del modo de vida, sin embargo, pese a que algunos de estos cambios son percibidos como positivos, la migración también aparece como un elemento que altera de manera negativa la dinámica social, como el cambio en el rol de las mujeres habitantes de las comunidades, ya que las que se quedan se ven forzadas a asumir las tareas y responsabilidades del hombre, de lo cual se desprenden dimensiones estresantes relacionadas con la ansiedad, la depresión y la somatización [Salgado, 2007]. La migración, por otro lado, ha impulsado la transnacionalización de la práctica curativa tradicional, a través de la curación espiritual y la consulta vía telefónica, a la población que ha migrado a otro país, principalmente Estados Unidos.

Para El Decá y Cieneguilla la autoatención se afirma también como el primer nivel real de atención en el que no interviene un especialista profesional. Tanto el diagnóstico como las primeras acciones orientadas a la curación del sujeto son llevados a cabo principalmente por la madre o por quien presenta el padecimiento [Menéndez, 1990, *apud* Goldberg, 2010], lo cual confirma el proceso de desplazamiento del complejo cultural al interior

de la casa [Tranfo, 1974 , *apud* Lastra, 2006]. La asistencia al médico institucional termina por representar la última opción de atención, de tal manera que la biomedicina identificada en la región recae en el uso de analgésicos y en el sistema nacional de vacunación [Sánchez González *et al.*, 2008]. Un hallazgo consistente con lo observado en otros trabajos [Peña y Hernández, 2005] es el uso, en El Decá y Cieneguilla, de tratamientos en los que la práctica tradicional y biomédica se complementan, sin embargo, no lo hacen en total armonía, ya que persisten relaciones de confrontación entre ambos, en diversos niveles, que requieren un análisis más profundo. En cuanto a la práctica médica en el Mezquital, considero que es más adecuado definirla como lo hiciera Tranfo [1974], es decir, como una situación híbrida que integra la dimensión mágica a la práctica médica proporcionada en clínicas y centros de salud, lo cual implica que los pobladores no atribuyen la enfermedad sólo a una dimensión biológica, sino que continúan considerando la intervención de la persona, del grupo y otros seres (naturales y sobrenaturales), así como del entorno y de las condiciones sociales, económicas e histórico-culturales. Lo anterior exige, para lograr aprehender los conocimientos y prácticas ligadas a la salud y enfermedad, la comprensión de ese sistema como totalidad [Langdon y Braune, 2010].

En el Mezquital persiste la necesidad de continuar con el trabajo de fortalecimiento y aplicación de la idea de interculturalidad como una herramienta para el análisis de las relaciones de colaboración, confrontación o conflicto entre agentes sociales. En este caso hablamos de sistemas de conocimiento médico que se perciben culturalmente diversos respecto de cualquier referente, no sólo el étnico, que resulte significativo y, a su vez, incluya valores de reconocimiento y respeto mutuo [Mato, 2009]. El estudio del proceso salud/enfermedad/atención implica, por lo tanto, trascender cualquier especialidad científica en favor de una comprensión y análisis de contextos, realidades sociales, factores económicos y culturales que influyen y configuran la experiencia de enfermedad en la persona para quien las dimensiones física, mental, espiritual y emocional de su vida no se conciben ni se expresan de forma separada.

BIBLIOGRAFÍA

Almady Sánchez, Érika Gretchen

2010 "Sífilis venérea: realidad patológica, discurso médico y construcción social. Siglo XVI", *Cuicuilco*, núm. 49, pp.183-197.

Báez, Lourdes, Beatriz Moreno et al.

2005 "Reconfigurando la comunidad. Efectos de la migración entre los hñähñú del Valle del Mezquital", en *Memoria Jornadas del Migrante*, realizadas del 15 al 17 de marzo de 2005, Palacio Legislativo de San Lázaro, México, H. Cámara de Diputados-Secretaría de Servicios Parlamentarios, pp. 31-38.

Bautista-Aguilar, Natalia

2009 *Salud mental y cultura. Una aproximación al modelo salud-enfermedad hñähñú*, tesis de licenciatura, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 167 pp.

Fournier García, Patricia

2007 *Los hñähñú del Valle del Mezquital: maguey, pulque y alfarería*, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia-Instituto Nacional de Antropología e Historia, 532 pp.

Galinier, Jacques

1987 *Pueblos de la Sierra Madre. Etnografía de la comunidad otomí*, trad. de Mariano Sánchez y Philippe Chéron México, Centro de Estudios Mexicanos y Centroamericanos/Instituto Nacional Indigenista (Clásicos de la Antropología), 528 pp.

Goldberg, Alejandro

2010 "Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona", *Cuicuilco*, núm. 49, pp. 139-156.

Hamel, Rainer Enrique

1987 "El conflicto lingüístico en una situación de diglosia", en Héctor Muñoz Cruz (ed.), *Funciones sociales y conciencia del lenguaje. Estudios sociolingüísticos en México*, Xalapa, Universidad Veracruzana, pp. 13-44.

Langdon, Esther Jean y Flávio Braune Wilk

2010 "Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud", *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 18, núm. 3, pp. 177-185, <www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf>, consultado el 26 de enero de 2011.

Lastra de Suárez, Yolanda

2006 *Los otomíes, su lengua y su historia*, México, Instituto de Investigaciones Antropológicas-Universidad Nacional Autónoma de México, 526 pp.

Mato, Daniel

2009 "Contextos, conceptualizaciones y usos de la idea de interculturalidad", en Miguel Ángel Aguilar, Eduardo Nivón et al. (coords.), *Pensar lo contemporáneo: de la cultura situada a la convergencia tecnológica*, México, An-thropos/Universidad Autónoma Metropolitana (Pensamiento Crítico/Pensamiento Utópico, núm. 184), pp. 28-50.

Moreno Alcántara, Beatriz, María Gabriela Garret Ríos et al.

2006 *Otomíes del Valle del Mezquital. Pueblos indígenas del México contemporáneo*, México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 52 pp.

Natera Rey, Guillermina, Fransilvania Callejas Pérez et al.

2012 “¿Pa’ qué sirvo yo?, mejor me muero’. Hacia la construcción de la percepción de sintomatología depresiva en una comunidad indígena”, *Salud Mental*, vol. 35, núm. 1, pp. 63-70.

Peña Sánchez, Edith Yesenia y Lilia Hernández Albarrán

2005 “Principales padecimientos y enfermedades en preescolares del Valle del Mezquital, Hidalgo”, *Estudios de Antropología Biológica*, vol. XII, pp. 257-276.

Pérez Tamayo, Ruy

1988 *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*, México, Facultad de Medicina-UNAM/Conacyt/Fondo de Cultura Económica, 2 vols.

Quezada Ramírez, María Félix

2008 *La migración hñähñú del Valle del Mezquital, estado de Hidalgo*, México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos (Antropología Social, núm. 98), 178 pp.

Salgado de Snyder, V. Nelly, Tonatiuh González et al.

2007 *La migración México-Estados Unidos: consecuencias en la salud*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 53 pp.

Sánchez González, A., D. Granados Sánchez et al.

2008 “Uso medicinal de las plantas por los otomíes del municipio de Nicolás Flores, Hidalgo, México”, *Revista Chapingo. Serie Horticultura*, vol. 14, núm. 3, pp. 271-279.

Secretaría de Salud-Consejo Nacional contra las Adicciones (SSA-Conadic)

2006 *Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas*, México, SSA-Conadic, 72 pp.

Tranfo, Luigi

1974 *Vida y magia en un pueblo otomí del Mezquital*, trad. de Alejandra Ma. A. Hernández, México, Instituto Nacional Indigenista-Conaculta, 365 pp.