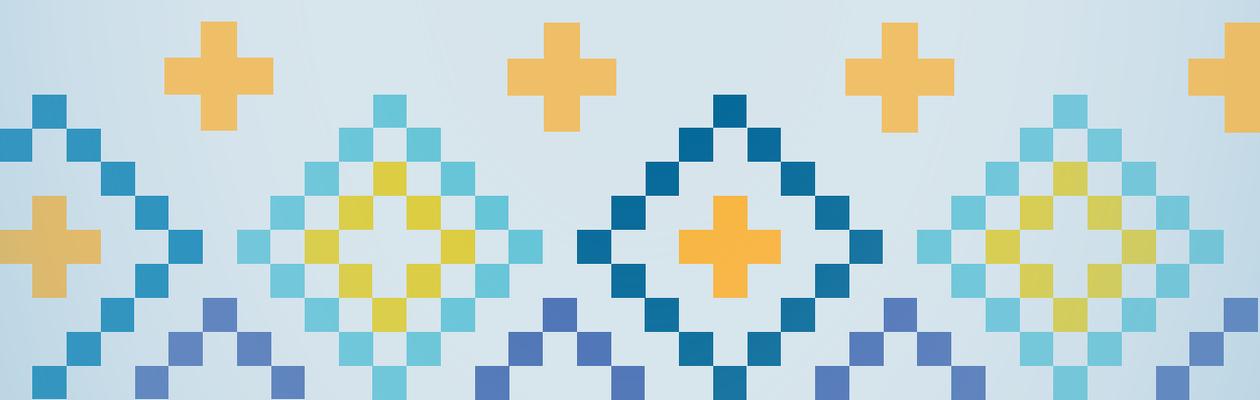


Manual para la atención a la salud mental de indígenas migrantes



Sergio Javier Villaseñor Bayardo, Martha Patricia Aceves Pulido,
Isaura Matilde García Hernández, María Dolores Ruelas Rangel



ISBN 978-607-742-655-4

© Sergio Javier Villaseñor Bayardo, Martha Patricia Aceves Pulido,
Isaura Matilde García Hernández, María Dolores Ruelas Rangel

DR © Universidad de Guadalajara
CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD
Sierra Mojada 950, Col. Independencia, C.P. 44340, Guadalajara, Jalisco, México
Teléfono: +52 (33) 1058 5200
<http://www.cucs.udg.mx/>

Impreso y hecho en México / Printed and made in Mexico

Índice

1. Presentación	11
2. El punto de partida	15
<i>Elementos paradigmáticos</i>	15
<i>El contexto de acogida: la ciudad</i>	20
<i>Migración y migrantes</i>	21
<i>Culturas Precoloniales</i>	25
3. La investigación	37
<i>Necesidades en salud mental de 5 grupos étnicos migrantes residentes en la Zona Metropolitana de Guadalajara</i>	37
<i>Método</i>	39
<i>Los objetivos</i>	41
<i>El Diseño Fenomenológico</i>	42
<i>Herramientas utilizadas</i>	44
<i>La entrevista</i>	46
<i>Análisis de datos</i>	47
<i>Resultados</i>	48
<i>Discusión de resultados</i>	73
<i>Conclusiones de la investigación</i>	85
4. Otros modelos de atención a la salud mental	87
<i>Conclusiones</i>	89
5. La propuesta: Un modelo de atención para la salud mental de Indígenas migrantes	91
<i>Enfermedades de la mente y enfermedades del espíritu</i>	95
<i>Algunos casos</i>	96
6. Anexo	109
<i>La función de la etiología tradicional en la consulta familiar transcultural</i>	109

Agradecemos a: todos nuestros informantes, en especial a

Azucena, Fausta, Pedro, Cayetano, Odeth, Érica, Agustina, Cayetano, Isabel, Gonzala, José, Juana, Pacual, Ángela, Ángeles, Beatriz, Carmen, Cecilia, Cristobal, Jacoba, María, Micaela, Yolanda, Antonio, Eusebio, Kena, Miguel, Casimiro, Elvira, Eulalia, Jesús, Lorena, Caz¹, Gloria¹, Isidro¹

Nuestros expertos en la cultura indígena, con quienes triangulamos la información y el trabajo realizado

Antonio García Mijarez, Hayuaneme (nombre wixarika), conocedor de la cultura indígena.
Benita Mijarez Carrillo, K+paima (nombre wixarika), sabia entre su cultura.
Paulina López Mendoza, Mixteca, sabia de la cultura mixteca.

1 Seudónimos

Presentación

Este manual fue posible gracias a la conjunción de varios factores fundamentales equiparables en valor:

1. dos décadas de trabajo en torno al tema de la psiquiatría cultural.
2. El apoyo de Conacyt al proyecto titulado: Desarrollo de un modelo de atención a la salud mental de migrantes indígenas de la zona metropolitana de Guadalajara. (S0008 Fonsec SSA/IMSS/ISSSTE S0008-2012-1 Salud 2012-1).
3. El apoyo del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.
4. La conformación de un dinámico y prometedor equipo de jóvenes investigadores que participaron activamente en el desarrollo y culminación de este proyecto de investigación².

La presente es una propuesta de investigación aplicada, dirigida a generar conocimientos para la configuración de un modelo de atención a la salud mental en función de los problemas y necesidades de los indígenas migrantes a la zona metropolitana de Guadalajara, procedentes de distintas etnias del país, ya que constituyen uno de los grupos vulnerables que requiere de una atención particular.

Se proyectó con una duración de tres años. La metodología propuesta se basó en una primera fase de investigación de campo de tipo cualitativo y transversal, una segunda fase de aplicación de un modelo de intervención clínico y una tercera fase de evaluación de los resultados de la intervención y adecuación del mismo modelo.

La diversidad étnica en México trae consigo problemas como lo son la discriminación y la violencia social. Problemas derivados de la convivencia y de una cosmovisión diferente. Esto hace necesario un análisis desde el punto de vista de los “urbindianos”³ que enfrentan un proceso de integración a la cultura dominante y se encuentran obligados por las circunstancias sociales, a convivir y reestructurarse dentro de un contexto urbano.

La discriminación y violencia social de las que son objeto los sujetos hablantes de lenguas indígenas en nuestro país, influyen en la constitución de un sector de la población con crecientes necesidades de atención en salud mental.

La movilidad se establece como estrategia para la satisfacción de necesidades que no son cubiertas por los contextos de origen. Así, los sujetos que cambian su lugar de residencia, ya sea de manera temporal o definitiva, buscan espacios distintos en relación a los satisfactores de los que carecen.

2 Isaura Matilde García Hernández, María Dolores Ruelas Rangel, Ricardo Virgen Montelongo, Alejandro Chávez Rodríguez, Jesica Nalleli de la Torre Herrera, Hugo Antonio Ascencio Hernández, Gustavo Hernández Chávez, Martha Patricia Aceves Pulido.

3 Denominación que utiliza un informante indígena para designar al grupo que ha emigrado a la ciudad.

Al incorporar la cultura al estudio de la salud se focaliza la atención en la propia población, no en un sentido individual, sino mas bien comunitario, en dónde el lugar en que se inscriben los padecimientos matiza su manifestación, su desarrollo e, incluso, su tratamiento. La finalidad de las ciencias de la salud debe encontrarse en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, no en la clasificación de lo anormal, de lo incorrecto y de lo indeseable.

Al considerar a la salud y la cultura como unidad de objeto de estudio o realidad a abordar, se plantea todo un abanico de posibilidades que van desde las prácticas, creencias y costumbres que configuran la salud mental, el sentir de la misma, padecimiento (*sickness, illness*) o perspectiva *emic* de la enfermedad, hasta el cuestionamiento de la verdad médica y científica, es decir de la perspectiva *etic* (*disease*), así como también, se incluyen problemas de estudio tales como: el cuerpo como realidad vivida en la cotidianidad de la salud-enfermedad; la violencia basada en el discurso ideológico que configura el pensamiento cultural y manifestado en la subjetividad; las consecuencias y experiencias relativas a la migración que deviene en choque cultural; las variaciones nosológicas y terapéuticas en función de la etnicidad, así como los tratamientos en medicina tradicional; hasta problemas urgentes en la salud pública como enfermedades crónicas, diabetes, obesidad, drogadicción y alcoholismo que podrían presentarse como consecuencia del choque cultural, la violencia social y las condiciones de vida que impactan en la esfera de la salud mental.

La psiquiatría cultural se ocupa del espacio donde se encuentra la cultura con la salud mental.

Considerar las particularidades culturales del paciente que acude a atención clínica en salud mental es indispensable para ahondar en su vivencia y contribuir en su mejora, como se señala en el texto de Villaseñor (2008), “Un enfoque transcultural de la depresión”:

Es vital tomar en cuenta la identidad del paciente, su grado de identificación con su cultura, su capacidad de percibir y manifestar su comportamiento y la forma en que solicita su atención.

[...] atendiendo tanto la enfermedad del paciente como al resto de los elementos que conforman su entorno social, lo cual implica sus redes de apoyo, su funcionamiento social, laboral, familiar y personal. Para ello el clínico debe contar con una especial sensibilidad cultural que le permita ahondar en la vivencia del paciente y con ello contribuir a su mejora. (p.212)

Cabe hacer mención especial de la importancia de la familia en el tratamiento de las enfermedades, especialmente en el caso de las mentales, así lo constata los resultados de un trabajo de investigación realizado por Villaseñor Bayardo, Baena Zúñiga, Virgen Montelongo, Aceves Pulido (2003) sobre la puesta en marcha de un *modelo de atención etnopsiquiátrica*. En dicho modelo se encuentra presente un familiar del enfermo mental durante su estancia en la hospitalización de estancia corta-media, los pacientes entrevistados sostienen que la presencia de la familia constituye un acompañamiento que resulta de importancia sobresaliente en su recuperación, asimismo, se observa la importancia de la conexión social que representa.

Aunado al contexto socio-cultural del paciente y a la situación particular en la que se presenta una enfermedad mental y su padecimiento, un modelo de atención a la salud mental de los indígenas migrantes debe ser flexible en relación a los conceptos y saberes que configuran la práctica de las ciencias de la salud, inscritas en un discurso occidental y moderno.

La experiencia clínica demuestra las dificultades que devienen si no se contempla la presencia de las diferencias culturales en las expresiones, padecimientos y circunstancias de la enfermedad mental, de modo que:

En la práctica cotidiana de todo profesional de salud mental pueden ser observables estas dificultades; sus consecuencias se presentan en la prevalencia de las enfermedades, en las creencias referidas por los pacientes, en sus recaídas, en el desapego terapéutico, etcétera. Si no reconocemos los propios códigos de expresión en la sintomatología de cualquier padecimiento, no podremos sumar a esos códigos las estrategias y alternativas que consideremos adecuadas para lograr el reestablecimiento o preservación de la salud. Hay que tener muy en cuenta que todo lo sugerido y recomendado a un paciente, tendrá que apropiárselo para que pueda ser adaptado a su cotidianidad. (Villaseñor Bayardo, Aceves Pulido, 2003. p.23)

La presente propuesta de investigación aplicada, está dirigida a la constitución de un modelo de atención a la salud mental que responda a las necesidades particulares de los indígenas migrantes a contextos urbanos que se encuentran expuestos a un violento choque cultural, el cual repercute en la calidad de vida y en afecciones diversas a la salud (no sólo mental). El modelo de atención dirigido a la población indígena migrante, deberá contemplar los aspectos culturales que configuran su cosmovisión. Es decir, los saberes científicos serán adaptados a las necesidades particulares, tanto de la experiencia de migración como de su cosmovisión y cultura de procedencia, de manera que se integre un modelo de atención multidimensional y multidisciplinario que sea efectivo y de calidad. Al atender a la salud mental de éste grupo socialmente vulnerable, es posible evitar otro tipo de afecciones a la salud.

Como dijo el Prof. Carlos Rojas durante el 4 o congreso mundial de la Asociación Mundial de psiquiatría cultural (WACP) y 4 congreso internacional del Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales GLADET que tuvo lugar en Puerto Vallarta, Jalisco, Mexico del 28 de octubre al 2 de noviembre del 2015: ¡Tenemos que luchar contra la indefensión antropológica de la psiquiatría!

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO

El punto de partida

ELEMENTOS PARADIGMÁTICOS

Bartra (2014), afirma que existe una interconexión entre lo que sucede dentro del sujeto y lo que sucede fuera, el habla de que además de las conexiones cerebrales y el propio cerebro, existe algo a lo que llama exocerebro. Es decir, mecanismos culturales que “se convierten en suplementos o prótesis de las redes cerebrales” (p. 147). Así todos los productos culturales constituyen símbolos que el sujeto va apropiando produciendo y reproduciendo, creando redes neuronales. Desde la materialización de la cultura, hasta las pautas de comportamiento representan el resultado de esta interconexión cerebro-exocerebro. Lo que se encuentra fuera, tiene sentido en tanto que constituye símbolos, Los cuales, para que el cerebro pueda descifrarlos tiene que recurrir a otros símbolos que se encuentran resguardados en la memoria. Así, los productos culturales, menciona el autor, son denominados memoria artificial, que sobrepasa el desarrollo ontogenético y se instaure en el desarrollo filogenético, ejemplo de ello son los libros, el arte y los medios informáticos.

La lógica clasificatoria que organiza el exterior del sujeto se encuentra de manera universal en la humanidad. Codificar es una necesidad de ordenar las partes de un algo para que pueda ser nombrado sistema y, entonces, posea una lógica y un sentido para el sujeto y para la colectividad, lo cual permitirá además el intercambio (Bartra, 2014). Como ejemplo, parece interesante retomar la construcción y organización de los espacios que propone el mismo autor, ya sean internos como la decoración o externos como la arquitectura, los cuales determinan y expresan estructuras familiares y hasta de una población, incluyendo estilos de vida, concepciones religiosas, hábitos, gustos estéticos, prohibiciones, entre otros. Los procesos cerebrales implicados no se conocen con exactitud, existen diferentes hipótesis que en muchas ocasiones son excluyentes, por lo que entender la manera en qué el cerebro y el exocerebro trabajan juntos no se ha logrado a descifrar aún.

Entonces, siguiendo a Bartra, podemos afirmar que la mente es el resultado de estas interacciones entre el cerebro y el exocerebro, que no se encuentra localizado en un lugar del cuerpo y obliga a considerar al ser humano de una manera integral, interdependiente con los aspectos físicos, mentales y sociales. Por lo tanto, el bienestar en general y la salud mental se encuentra delimitada por el contexto en el que se desenvuelve el individuo. Es indispensable considerar la esfera social que comprende las normas, determinadas por los símbolos producidos y reproducidos por los sujetos en la esfera cultural de la experiencia humana. Al conjuntar todos estos elementos, lo que se plantea aquí es cómo la experiencia y la cosmovisión determinan la concepción, padecimiento e incluso curso de la enfermedad. Pues no se puede concebir a la persona y a la enfermedad como entidades independientes del contexto sociocultural.

Desde las consideraciones anteriores, podemos esbozar el enfoque del que partimos aquí. Por un lado se encuentran los elementos relativos a la experiencia y la subjetividad,

que pueden ser comprendidos desde una perspectiva fenomenológica, por el otro tenemos a la cultura y el contexto como elementos que integran el binomio. La propuesta retomada de la psiquiatría cultural sobre la salud mental, la cual implica comprender la manera en que los comportamientos que se consideran desviados de las normas que se establecen mediante la cultura, constituyen entidades semiológicas distintas. Es decir, la enfermedad mental y su expresión es un producto cultural, resultado de la interacción antes mencionada entre el cerebro y el exo-cerebro.

Kraepelin, creador de la psiquiatría comparativa, en 1904 fue el primero en incorporar a la cultura para entender la expresión de las enfermedades mentales. Estudió en Indonesia las enfermedades mentales locales denominadas *amok* y *latah* y afirmó que se trataban de expresiones culturales de la depresión. Realizó otros estudios al respecto en Singapur, Malasia y Java observando las formas en que se manifiesta este mismo trastorno mental (Villaseñor, 2008).

Desde entonces y hasta la actualidad, la visión cultural y la enfermedad mental como fenómenos que se determinan simultáneamente se han establecido y definido de una manera más precisa y clara por otros autores.

Ackerknecht (1993) señala que “la presencia y definición de la enfermedad mental dependen de relaciones sociales [de manera que] resultará, naturalmente, que estas enfermedades varían en forma y alcance, de tribu en tribu, de cultura en cultura, de civilización en civilización” (p. 21). Y es claro cuando afirma que las enfermedades presentes en algunas culturas, como lo son *amok*, *latah*, *imu*, *windigo*, *woodoo death*, no se pueden ni se deben clasificar como equivalentes a cuadros diagnósticos existentes.

Este enfoque de la psiquiatría que incorpora a la cultura se ha denominado de distintas maneras psiquiatría transcultural, etnopsiquiatría, psiquiatría cultural (Jilek, 2008). Es indispensable señalar que no se trata del estudio de lo exótico, como tampoco de las variaciones patológicas, sino de entender a las enfermedades mentales como expresiones y producciones culturales. Así, si seguimos a Simon (1984) la constante en las distintas culturas es que todas poseen alguna categoría que alude a aquellos comportamientos que salen de los límites de lo esperado de acuerdo a situaciones específicas.

Hasta aquí de lo que se ha tratado es del estudio de la enfermedad mental, por lo que se hace necesario retomar ciertos conceptos que den luz al término. En primer lugar si se toma la definición del Diccionario Médico (1998), entenderemos enfermedad como “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de etiología en general conocida, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible” (p. 199). Se observa en esta definición la concepción del modelo biomédico tradicional la referencia a una alteración o desviación de la norma del estado fisiológico. Se puede volver a la propuesta de Bartra sobre el cerebro (fisiológico) y la norma (exocerebro). Asimismo, la causa se menciona como conocida, sin embargo, en salud mental los determinantes etiológicos no son tan claros, se habla incluso de modelos multifactoriales, donde deben existir causas suficientes que no pueden considerarse como indispensables, es por esto que los estudios en esta materia están en constante desarrollo. Por último, se encuentran los signos y los síntomas, que son los principales elementos distintivos de una enfermedad, su existencia condicionan la presencia de una enfermedad determinada.

Así, en la visión occidental donde se ubica el modelo biomédico la enfermedad como concepción se desprende de la reflexión del ser humano sobre la vida y la muerte. Es a principios del siglo XX en que autores como Leriche & Canguilhem intentan definir los conceptos de salud y enfermedad a partir de un sistema valorativo-normativo (En: Area Carracedo y Vila Pillado, 2008). Mucho se ha discutido en torno al tema de salud y no de enfermedad, no obstante las acciones de los profesionales de la salud en general y de la salud mental en particular se encuentran centradas en la enfermedad, ya sea para controlarla, aliviarla, evitarla y restaurar la salud.

No obstante, desde una visión cultural la propuesta no es dicotomizar entre salud-enfermedad. Según Maya (2005), el concepto de salud debe entenderse como una circunstancia humana, se “es” o se “está” sano, lo cual depende y se produce por la cultura, pues es ella quien bosqueja la forma que adquiere. Como circunstancia humana constituye un elemento que se suscribe a la experiencia. Como producto cultural, ha sido objeto de discusiones no sólo médicas, sino también sociales, políticas, económicas, demográficas y hasta filosóficas. Asimismo, la determinación del bienestar estará fijada por los límites que el contexto demarca como necesarios para la convivencia social. El tejido social y las normas conforman la cotidianidad de los individuos; además de la experiencia y la percepción de la salud o de la enfermedad que incidirán en la calidad de vida de una persona.

Cabe señalar que es diferente padecer o ser diagnosticado con una enfermedad, la cual se encuentra en la concepción subjetiva, que involucra a la experiencia (padecimiento), frente a la concepción objetiva (enfermedad). Desde la antropología se retoman los conceptos de *emic* y *etic* son utilizados para demarcar tal diferencia.

Desde la lingüística, Pike (1955) identificó dos aspectos estructurales del lenguaje que se manifiestan en el comportamiento humano. El primero de ellos es el *etic* (de fonética) que hace referencia al análisis lógico, clasificatorio y abstracto del lenguaje. El segundo es el *emic* (de fonémica) que hace alusión a unidades determinadas culturalmente, como lo son el funcionamiento, la sistematización y el ordenamiento de la lengua. Estos términos trascendieron al terreno de la disciplina antropológica con Marvin Harris (2011) y han sido utilizados para designar el análisis que realiza el nativo o el extranjero de una cultura determinada.

Al incorporar estos elementos al enfoque cultural de la psiquiatría, se establecen dos dimensiones en su concepción, la que describe la ciencia occidental desde el terreno de lo objetivo y la que es padecida y construida desde la experiencia como un fenómeno dentro de su propia realidad. La propuesta del enfoque es tener en cuenta ambas dimensiones, el conocimiento científico, objetivo, al mismo tiempo de considerar la perspectiva subjetiva de quienes padecen y reconstruyen a la enfermedad a partir de su experiencia.

De consideraciones similares, es que Kleiman en 1980 propone las funciones esenciales del cuidado de la salud desde la perspectiva transcultural:

1. El padecimiento como construcción cultural y experiencia psico-social.
2. La consideración de los criterios preexistentes que evalúan el estado de salud.
3. El manejo narrativo del diagnóstico y la explicación del paciente.
4. La atención como actividad en sí misma.
5. Las variables terapéuticas que determinan el curso de la enfermedad y sus consecuencias.

Para los fines de este manual, se retomará la concepción de Tseng (2003) sobre cultura. Su definición hace referencia a patrones de conducta y estilos de vida particulares y compartidos que distingue a una de las de otras. Se caracteriza por un conjunto de visiones, creencias y valores sobre el mundo; se expresa en diferentes medios regulatorios de la vida como rituales, costumbres, tabús, expresiones artísticas, religiosas, pensamiento filosófico y en general en las prácticas cotidianas; es aprendida y transmitida generacionalmente por medio de distintas instituciones. Es importante señalar que la cultura no es estática puede cambiar como resultado del contacto entre las personas que se establecen en un espacio y provienen de diferentes culturas, proceso denominado aculturación. Asimismo, se pueden reconocer dichos cambios en patrones a nivel macrosocial, así como en las interacciones o en los comportamientos de una sola persona.

Considerando entonces la relación entre el cerebro y el exocerebro, la enfermedad, la visión subjetiva y objetiva, el cuidado de la salud desde la visión transcultural y la concepción de cultura, podemos tener más claro por qué considerar a la psiquiatría cultural. La psiquiatría no puede considerarse una ciencia cuyos conocimientos puedan o deban ser universales. Tseng (2003) propone que lo universal es la existencia de la cultura y la determinación de ésta sobre el comportamiento y la enfermedad mental. El mismo autor señala que para lograr una visión cultural en psiquiatría es importante una actitud clínica descriptiva y fenomenológica que permita identificar los factores culturales que determinan la formación y manifestación de la psicopatología, aspecto que ha sido imposible determinar desde un punto de vista universal y objetivo. Así, el tratamiento, diagnóstico y manejo deben considerarse tanto para pacientes de culturas extranjeras, minorías, como también para las mayorías. Pues se parte de la premisa de que la vida mental de una persona se encuentra en función de su cultura, de los aspectos que ha asumido de ella y de su experiencia en relación a la misma.

La psiquiatría cultural es una perspectiva en la que convergen conocimientos de dos disciplinas, la psiquiatría en sí misma y la antropología. Para quienes adoptan esta perspectiva no se pueden concebir de manera separada. Así se han realizado estudios para comprender las diferentes expresiones de la enfermedad mental, los diferentes tratamientos o aproximaciones (occidentales y no occidentales), así como las metodologías utilizadas tanto para el estudio de la psicopatología como para el tratamiento o acercamiento a la misma. (Jenkins, 2010)

Es momento de retomar los aspectos fenomenológicos que recupera éste paradigma de la psiquiatría cultural. Según Collins (1996) en el paradigma interpretativo en el que se inserta la fenomenología, el foco se encuentra en la comprensión de lo humano a partir de la relación entre el mundo social, la conciencia y la agencia humanas. Se trata de entender a los fenómenos a partir de los aspectos ontológicos y epistémicos que privilegian al sujeto, su experiencia y el conocimiento que produce a partir del lugar que ocupa en las prácticas sociales.

Se plantea que el lenguaje es el medio por el cual se puede acceder a la experiencia y al conocimiento subjetivo, como lo señala Gadamer (1996). Esta perspectiva aporta conocimientos sobre la manera en que se experimenta la enfermedad, es decir, sobre el padecimiento, el cual incluye no solamente al que está enfermo, sino al entorno social al que pertenece e impacta la enfermedad (Castro, 2008).

Edmund Husserl, llamado el padre de la fenomenología en la filosofía, se propuso erigir una disciplina científica, sustentada en un método que permitiera conocer la esencia de las cosas, de los fenómenos, de *phainómeno* que en su acepción griega significa “lo que se muestra” (Chávez Calderón, 2008).

Husserl (1962, 1982) sugiere que la lógica trascendental se deriva de la fenomenología trascendental, la cual permite acceder al verdadero conocimiento de las cosas, ir más allá de los fenómenos que contienen la esencia. Las ciencias naturales, dice, no permite conocer la esencia de un fenómeno, pues parte de un método que se propone deducir y probar teorías.

Husserl (1982) propone la necesidad de utilizar una objetividad trascendental que se refiera al cómo de los fenómenos limitándose a lo observado, sin la elaboración de teorías a partir de suposiciones o deducciones. El objetivo es acceder al ser, dejar a un lado la percepción que media entre el fenómeno y el sujeto que conoce.

Jaspers fue el primero en trasladar la fenomenología al campo de la psiquiatría a finales del siglo XIX y principios del siglo XX (Berrios, 2011). Para este autor la psicopatología debe partir de una actitud inductiva que se encuentre basada en la experiencia y no deductiva y universal (Jaspers, 1993). Es decir, afirma que no se deben anteponer las clasificaciones a los padecimientos. En su texto “las manifestaciones subjetivas de la vida psíquica enferma” (1993) realiza ciertas descripciones de patologías y estados psíquicos, los cuales menciona son subjetivos, fueron hechas por los propios pacientes. En el mismo texto, Jaspers menciona que la diferencia fundamental entre la psiquiatría y la psicopatología, es que mientras que la primera debe tratar al paciente como un sujeto, que actúa, construye y experimenta un padecimiento; la psicopatología va a luchar por encontrar generalidades y conocimientos que tienen por objeto establecer esquemas objetivos de la enfermedad. Así, se debe considerar la vivencia de los sujetos, las condiciones y las expresiones de los padecimientos y no tratar de calzar a los sujetos en clasificaciones artificiales, objetivas y generalizables. “[...] la clasificación es desarmonica siempre, tanto desde el punto de vista lógico como del real.” (Jaspers, 1993. p.671)

Otro elemento fundamental en las aportaciones de Jaspers, que continúa teniendo vigencia, es su afirmación sobre la inasequibilidad sobre las causas de las enfermedades mentales, lo cual, de lograrse, tendría una utilidad terapéutica basta.

En suma, los principios paradigmáticos en que se basa el presente manual, se enmarca en una perspectiva cultural. Entre estos principios se retoma la concepción de Bartra (2014) del cerebro y el exocerebro, este último obliga a considerar elementos filogenéticos y ontogenéticos que integran aspectos físicos, mentales y sociales, afirmación que llega hasta la consideración de que la salud mental será resultado del contexto y la esfera social que este implica. La cosmovisión junto con la experiencia determinarán el concepto y curso de la enfermedad.

Es importante retomar que se considera la existencia de variaciones de las enfermedades o padecimientos mentales a partir de la cultura en la que se encuentre al sujeto, por lo que se trata de expresiones culturales.

Por otro lado, desde esta perspectiva se debe ser muy cauteloso al no adoptar un sistema normativo-valorativo, así como tampoco dicotomizar la salud y la enfermedad, sino considerarlos como un proceso y un estado, no un elemento que defina al sujeto. Así los elementos subjetivos y lingüísticos son el centro del análisis, tal como se considera desde una perspectiva fenomenológica.

EL CONTEXTO DE ACOGIDA: LA CIUDAD

peen, Schoevers, Beekman, & Dekker (2010) realizaron un meta-análisis con la finalidad de transpolar los resultados de diferentes estudios cuantitativos de manera que se pudiera establecer la relación existente entre psicopatología y urbanización. Utilizaron únicamente estudios de alta calidad metodológica. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los trastornos psiquiátricos en general, así como para los trastornos del estado de ánimo y ansiedad, con una mayor concentración en zonas urbanas no fue así en el caso de abuso de sustancias, pues las diferencias entre contextos urbanos y no urbanos no son significativas.

Antes de continuar con la relación entre lo urbano y la salud mental, es necesario establecer algunos conceptos que aportan a la concepción actual de lo urbano. Para Augé (2014), es importante considerar el espacio urbano como un espacio geográfico al tiempo que un contexto, es decir, un paisaje. El término paisaje evoca, según el autor, adjetivos tales como el de lo “natural” que significa lo contrario a lo artificial, es aquello espontáneo, verídico y simple, es decir, contiene elementos estéticos, morales y psíquicos. Desde este punto de vista la naturaleza carece de existencia excepto en el límite de la propia existencia humana. Lo anterior se debe a que al hablar de lo humano, inherentemente se encuentra el orden, que aliena al hombre de lo puramente natural. Entonces, lo natural hace más referencia a un orden naturalizado y creado culturalmente. Así, no existe oposición entre naturaleza y cultura, pues el orden de la “realidad” obedece a una lógica simbólica que se desprende primera y primariamente del lenguaje.

Es importante señalar que, aunque debido a la mediación simbólica y a la transformación del mundo en un paisaje, “Cuanto más fuerte es la densidad humana, más intensa es la simbolización del espacio” (Augé, 2014, p. 48). Aunado a lo anterior, se encuentra la afirmación de que la identidad se define desde la alteridad y en función de un espacio y un tiempo (Augé, 2014; Mead, 1972). Así, los espacios, los lugares, constituyen paisajes que significan no sólo a sí mismos, si no a los sujetos, pues en ellos se encuentran construidas las identidades en convivencia con otros o la alteridad. Los paisajes son, por tanto, siempre culturales, producto de la transformación dada por su habitabilidad. De este modo, “Un paisaje despierta [...] dos tipos de memorias: una memoria colectiva, inscrita en la naturaleza o en los monumentos; pero también memorias individuales, ad infinitum, reflejo de las estadias o los paisajes de quienes tuvieron la ocasión de contemplarlo” (Augé, 2014, p.50).

Lo anterior pone en un lugar primordial al paisaje, al lugar, al espacio, como determinante de la identidad, pues es en él que se construyen y elaboran las identidades y las alteridades, por medio de la memoria. Los edificios, los museos, la historia materializa la memoria colectiva que interioriza el sujeto, se la apropia para configurar su mundo, al tiempo que la experiencia que tiene lugar en el espacio construye la memoria individual, ambos forman parte de aquella identidad, creada a partir de la filiación al espacio público y privado.

Al hablar de lo urbano en el mundo contemporáneo es necesario aunar el término de globalización. Lo urbano corresponde al espacio dado y la globalización al contexto respectivo. La ciudad contemporánea es resultado de la acumulación irregular y compleja, de construcciones y reconstrucciones. La colonización es el principio de la reproducción del modelo de ciudad que entendemos en la actualidad, con el tiempo el paisaje urbano se va modificando y en el coexisten modelos que dan cuenta de la historia, de estilos que coe-

xisten y se reproducen (Augé, 2014). En suma, la naturalidad de la uniformidad simbólica del planeta.

Gracias a las comunicaciones es en las ciudades donde tiene lugar el fenómeno de la sobremodernidad, la estrechez del mundo, la aceleración de la historia, la promoción del consumo, la superposición del consumidor con respecto al sujeto, la creación de una estética dominante, la ruptura de lo local para dar lugar a la visión global, aérea, de edificios, satélites, oficinas, autopistas, aviones, comodidad, luces, transporte, imágenes cambiantes instantáneamente y de dominio, en donde “La miseria es bella, vista desde lo alto y lejos” (Augé, 2014, p.60)

Por otro lado, es necesario retomar el impacto o el estado de la salud mental en las ciudades antes descritas, las actuales. Bastide (2005) señala que la infraestructura hospitalaria y de vivienda determina una mayor preocupación por enfermedades mentales en las ciudades que en los contextos rurales.

Lévi-Strauss (1987) afirma que los problemas relativos a la salud mental en contextos urbanos se derivan de la oposición que establece la ciudad con respecto a la naturaleza, al respecto señala:

La ciudad [...] para volverse una especie de organismo en proliferación rápida que segrega un virus destructor que roe en su periferia –y con profundidad creciente– todas las formas de vida salvo los subproductos de su actividad, que difunde por el exterior expulsándolos. El hombre de las ciudades se encuentra entonces separado de la naturaleza solamente en contacto con la cual pueden regularse y regenerarse sus ritmos psíquicos y biológicos. (p.269)

Así el artificio y la desproporción entre consumo y producción modifican las necesidades de las personas, lo cual redundan en el detrimento de su salud mental, como evidencia, Lévi-Strauss señala el deseo de vacacionar fuera de la ciudad, poseer jardines, etc.

MIGRACIÓN Y MIGRANTES

Ya es parte del imaginario colectivo sobre la historia de la humanidad el paso de las sociedades primitivas, las tribus nómadas, al establecimiento territorial que corresponde al desarrollo de la agricultura, el sedentarismo. La Real Academia de la Lengua Española (RAE, 2016) define al nomadismo como: “estado social de las épocas primitivas o de los pueblos poco civilizados, consistente en cambiar de lugar con frecuencia” (s.p.). Hace énfasis en la idea de que el final de esta época primitiva es el sedentarismo, que, en contraposición, implica el asentamiento de un conjunto de personas y su consecuente organización del territorio, la residencia y su apropiación física y simbólica (Fernández-Vicente, 2016). Así es que se puede hablar del nacimiento de las ciudades y su desarrollo, basado en la capacidad de la productividad, administración y economía (Chen, 1978).

¿Por qué hablar de nomadismo y sedentarismo en el contexto actual? La razón se encuentra en la construcción social de estas ideas y su posible traslado a los conceptos actuales de migración vs asentamiento o urbanidad. El nomadismo, tal como las migraciones actuales se asocian a la movilidad por razones de supervivencia. Fernández-Vicente (2010) menciona que el nomadismo y la movilidad representan, y hasta podría decirse también que materializan, los valores contrarios del establecimiento. Entonces, recogiendo la idea

de la apropiación física y simbólica del territorio, junto con la amenaza axiológica que representa el acto de la migración es fácil pensar cómo es que el migrante es rechazado por el oriundo. No obstante, es necesario señalar que el oriundo tiene, necesariamente, en sus antecesores un pasado migrante o nómada, pero ha construido su identidad a partir de la idea de sí mismo como miembro permanente de una comunidad que ocupa por derecho legítimo y legitimado un territorio.

Parece necesario introducir aquí un constructo teórico que podría dar luz a lo antes expuesto de forma que pueda ser entendido de una mejor manera y desde otro punto de vista. El yo, en el interaccionismo simbólico de Mead (Mead, 1972) es producto de la interacción con el “otro generalizado” que constituye un punto de vista. En el texto de Collins (1996) se menciona que desde esta perspectiva “El individuo no experimenta su propio yo por observación directa, sino indirectamente desde el punto de vista de otros” (p.271).

Entonces una persona se define por reflejo de las interacciones y con base en las construcciones de la comunidad a la que pertenece y que al mismo tiempo le pertenece. El que viene de fuera ya sea de paso o para establecerse, representa una amenaza y, en ciertas ocasiones, ese otro puede vivirse a sí mismo como una amenaza. ¿Qué amenaza? La propiedad, los valores y el propio *status quo* aparente del territorio del oriundo o, más bien, del asentado.

La movilidad puede tener distintas causas o motivaciones, ya sean personales o atribuidas. No es lo mismo cambiar de residencia por razones de estudio, por relaciones de pareja o porque se contrata a la persona debido a su capital cultural e intelectual, entre otras razones. En el imaginario colectivo el migrante, al igual que el nómada, cambia su residencia por razones de supervivencia, lo cual evoca la idea de precariedad y amenaza. Es entonces que el migrante, cómo construcción social de un sujeto lejano, distinto, indeseado, sobre todo aquél que además puede ser indocumentado, se oculta, se retira del ojo del oriundo o se establece en una posición de marginación sea de manera intencionada o no. En un contexto mexicano podría explicarse lo anterior en las palabras de Octavio Paz (1950) en su texto *El laberinto de la soledad*:

El indio se funde con el paisaje, se confunde con la barda blanca en que se apoya por la tarde, con la tierra oscura en que se tiende a mediodía, con el silencio que lo rodea. Se disimula tanto su humana singularidad que acaba por abolirla; y se vuelve piedra, pirú, muro, silencio: espacio (p.16).

Subyace a las ideas anteriores la convicción de que las relaciones se deben arraigar simbólicamente a un lugar. Y que es en un lugar, con ciertas características configuradas por las grandes instituciones creadoras y reproductoras de valores, como lo son las comunicaciones y la iglesia católica, donde prevalece la felicidad. Es en un espacio en el que tienen lugar el amor, la amistad, el sedentarismo, por lo que no ubicarse o apropiarse de alguno da lugar al nomadismo, la precariedad, el tedio y la soledad (Augé, 2014).

A partir de lo anterior, como lo afirma Augé (2014), es que la felicidad es un producto prefabricado que adquiere “diversas formas: vacaciones, viajes, cuidados del cuerpo, juventud eterna, porvenir asegurado, parejas sexuales, compañeros de vida” (p66). Todo aquello que el sujeto quiere adquirir en tiempos de la sobremodernidad, sea o no migrante. No obstante, son ya tan legitimados estos deseos que es difícil cuestionar esta alienación voluntaria (Augé, 2014).

El problema comienza cuando existe la privación del lugar, el “no lugar” que es empírico, de circulación, en donde no se establecen lazos o relaciones estables, cabe señalar que no se trata de algo que tenga existencia en sentido estricto, si no de constructos culturales ideales que son atribuidos y asimilados a y por los migrantes (Augé, 2014).

Se establecerán algunas definiciones. Según La Real Academia de la Lengua Española (RAE, 2016), migración se define como el “Desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales” (s.p.). Similar a la definición anterior, está la de la OIM (Organización Internacional para las Migraciones), la cual amplía el término:

Movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas, migrantes económicos. (OIM, 2006, p.38)

Con relación a la migración interna en México, la tasa es de 34.5 por cada mil. Los Estados con mayor tasa de emigración, solamente mencionando los que sobrepasan la media nacional son, en el orden que se mencionan: México Distrito Federal, Quintana Roo, Baja California Norte, Campeche, Sinaloa, Guerrero, Baja California Sur y Veracruz [14]. Las razones de la migración se encuentran relacionadas con elementos que impactan en la calidad de vida de las personas, como lo son la economía, el acceso a la salud y a la educación.

Ahora bien, los estados con mayor concentración de población Indígena según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI del 2010 son Toluca, Puebla, Oaxaca y Chiapas, no obstante, no se cuenta con datos sobre la cantidad o proporción de ellos que migra hacia otras localidades, centros urbanos o, incluso, entidades federativas. Lo anterior se debe a que en ocasiones la movilidad es temporal y muchas veces no se crean asentamientos, lo cual dificulta su ubicación. Otra de las dificultades es la manera en que define el INEGI al indígena, es decir, a partir del ser hablante de una lengua indígena. A pesar de que no contamos con datos de México, la CEPAL (Del Popolo, Oyarce, Ribotta, 2009) afirma que alrededor del 40% de los indígenas en América Latina reside en centros urbanos.

En la actualidad y, precisamente por la movilización, los medios de comunicación y la educación formal, el término “indígena” o su definición puede llegar a ser cuestionado o polemizado.

La movilidad se establece como estrategia para la satisfacción de necesidades que no son cubiertas por los contextos de origen. Así, los sujetos que cambian su lugar de residencia, ya sea de manera temporal o definitiva, buscan espacios distintos en relación a los satisfactores de los que carecen.

Según datos del XII Censo General de Población y Vivienda 2000 del INEGI, y del II Censo de Población y Vivienda 2005 la población indígena constituye cerca del 6% de la población total del país, distribuida en los 32 estados y 62 grupos étnicos. Se estima que 140,080 personas hablantes de una lengua indígena han migrado de sus lugares de origen, dentro del mismo país. Jalisco cuenta con la presencia de personas hablantes de las 62 diferentes lenguas indígenas, con una población de 42,372 personas de cinco años y más

(INEGI, 2010). Cabe destacar que las cifras en el territorio nacional de personas hablantes de una lengua indígena ha disminuido, mientras que en Jalisco se ha incrementado.

Es necesario traer a la discusión las categorías y definiciones relativas al ser indígena. El término tiene un origen enraizado en la colonización. Se encuentra relacionada con el término “indio” que hace referencia a la relación de dominación entre un sector poblacional con respecto a un sistema social que los coloca en una posición de desigualdad y no caracteriza al grupo específico si no es en relación con los otros y a partir de un supuesto parecido con otro grupo étnico (Zolla, Zolla- Márquez, 2004).

Es necesario considerar más que el término, como es que se definen, a grandes rasgos los indígenas a sí mismos, sin olvidar la gran diversidad cultural existente en el país. La identidad se finca en primera instancia en su comunidad, es decir, en franca relación con los otros y el sentido de pertenencia tanto geográfica como a un conjunto de sujetos, ubicados en un medio natural que comparten la lengua, la cultura e incluso con relación a cuestiones biológicas y fisiológicas que se encuentran referidas en la noción de raza (Zolla, Zolla- Márquez, 2004).

Entonces, si la identidad indígena desde el punto de vista subjetivo o *emic* se funda en un sentido del “nosotros”, así como en la geografía, la naturaleza y las prácticas, es necesario cuestionarse qué pasa con un sujeto indígena que migra a un contexto urbano, en este caso en particular interesa qué sucede desde el punto de vista de la salud mental.



Las ciudades, son en un sentido, un fenómeno físico, una manera de ocupar un espacio, en ellas tienen lugar fenómenos expresivos que pueden ser contradictorios y entrar en tensión. Sobre todo son, continúa el autor, “Industrias culturales de la expresividad [...] constituyentes del orden y de las experiencias” (García-Canclini, 1997 p. 72). La ciudad o el contexto urbano entonces, como espacio físico no se encuentra en medio de la naturaleza, podría afirmarse incluso, que hace uso de ella para ocupar espacios delimitados y específicos, creados, no ocupados, como en el contexto rural al que pertenecen las comunidades indígenas. Asimismo, no hay una unidad o sentido de unidad con respecto a las

expresiones, el orden y la propia experiencia, lo cual se vuelve individual o compartido con un otro generalizado y anónimo, a diferencia del “nosotros” que forma parte de la experiencia comunitaria y de la identidad indígena.

En un documento de la CEPAL se afirma que al hablar de Indígenas Urbanos, es decir Indígenas migrantes de primera, segunda o tercera generación que habitan en centros urbanos, no se puede considerar como un grupo homogéneo, debido a que en sus lugares de origen se encuentran diferencias étnicas fundamentales, a pesar de los rasgos en común que ya se han mencionado antes (Del Popolo, 2009). Los autores han encontrado que recrean en la medida de lo posible sus espacios vitales y territoriales, asimismo, intentan conformar organizaciones comunales y de participación basadas en sus identidades étnicas. Otras características descritas son los vínculos que mantienen con las comunidades de origen por medio del envío de remesas y la movilidad continua entre sus comunidades y las ciudades. Lo anterior puede jugar a favor de la inserción y adaptación – temporal- a la ciudad, al tiempo que podría reproducir la discriminación o marginalidad, al constituir en ocasiones a la creación de núcleos cerrados.

CULTURAS PRECOLONIALES

*¡Que haya ahora amigos aquí!
Es tiempo de conocer nuestros rostros.
Tan solo con flores se elevará nuestro canto.
Nos habremos ido a su casa,
Pero nuestra palabra
Vivirá aquí en la tierra.
Iremos dejando nuestra pena: nuestro canto.
Nos habremos ido a su casa, pero nuestra palabra vivirá aquí en la tierra.
Nezahualcoyotl⁴*

Es importante señalar el por qué del título culturas precoloniales, pues en este apartado se dará cuenta de algunos elementos en común que se vieron transformadas drásticamente con la colonización. Lo anterior no implica la negación del proceso de transformación de las culturas antes de la colonización, sino que pone el énfasis en la aceleración de un proceso de dominación.

En primer término se describirán algunos elementos que según los estudiosos de la época han encontrado en estas culturas, por medio de las inscripciones pictográficas y otras imágenes que relatan o representan algunas características que han podido ser interpretadas a la luz de los conocimientos presentes, los cuales coinciden en diferente medida con algunos relatos de las etnias y pueblos indígenas en la actualidad.

Antes de la llegada de Hernán Cortés en 1519 existía una multiplicidad de lenguas y variantes de troncos lingüísticos diferentes, cerca de 50 de ellas aproximadamente conti-

4 En: Romances de los señores de la Nueva España, manuscrito en la : Nettie Lee Bedon Collection, de la Universidad de Texas, Austin, Fol. 38.

núan vivas. Entre todas esas lenguas que sobrevivieron, destacan el náhuatl (llamado azteca o mexica) hablado hoy en dieciséis estados de México, así como el maya que floreció en el sureste de México. Otras de las lenguas más habladas en aquél entonces y que sobrevivieron son el mixteco, el zapoteco, el mixe, el otomí, el tarasco, y el totonaco. De todas estas culturas es que se cuenta con narraciones pictográficas en códices, en inscripciones, en utensilios, etc. (León-Portilla, 2013).

Para entender toda esta diversidad existente al momento de la colonización, regresaremos en el tiempo. Según López-Austin (2015) los antepasados más remotos llegaron hacia el 33000 a.C., con una cultura arqueológica, nómada, de recolectores-cazadores, en donde se convivía con las grandes bestias del pleistoceno (mamut, mastodonte, perezoso, camélidos y équidos). Por 26 milenios estos recolectores-cazadores desarrollaron conocimientos y técnicas hasta llegar al periodo del Holoceno, en el que se domesticaron las plantas, abriendo paso al cultivo. Así se realizaron las primeras variaciones genéticas: “en el guaje, la calabaza, el frijol, el aguacate, el maguey, el nopal, la yuca, el chile, el algodón, el amaranto, el zapote negro, el blanco, el tomate, y en muchas otras plantas que fueron adaptando a su medio” (p. 14), entre ellas, la principal fue el maíz, domesticación que se calcula hasta el 5000 a.C.

A pesar de la domesticación, es hasta el 2,500 a.C. en el gigantismo arquitectónico donde pueden ubicarse los primeros sedentarios y, entonces, el nacimiento de Mesoamérica. El desarrollo cultural se ha dividido en los periodos Preclásico (2500 a.C. a 200d.C.); Clásico (200 d.C. al 900 d.C.) y el Posclásico (900 d.C. a 1521). Con el sedentarismo y el nacimiento de las culturas propiamente dichas, se desarrolla el control de los sistemas de aguas, el incremento demográfico, capitales protourbanas, la jerarquización de la política, las actividades artesanales, comerciales, religiosas, del campo. (López-Austin, 2015).

Siguiendo el desarrollo de la región mesoamericana presentada por López-Austin (2015), se observa que en la etapa media del periodo preclásico es cuando se ubican temporalmente las sociedades jerarquizadas y, en la zona del Golfo los centros Olmecas. Ya en la etapa tardía llegando al 200 d.C. es que se puede afirmar la existencia de escritura, numeración y calendarios complejos, a la par del desarrollo arquitectónico gigantesco. Al parecer existe un desarrollo de los reinos de occidente que no se encuentra del todo documentada y en la zona norte apenas se encuentran en el paso del nomadismo al sedentarismo. El gigantismo arquitectónico se relaciona con los conflictos bélicos, la ostentación del poder y la materialización de su cosmovisión. En el periodo Clásico es en el que se desarrollan algunas de las ciudades más sobresalientes de la época precolonial; se da esplendor de las ciudades mayas, el Tajín, Monte Albán, Cacaxtla, Xochicalco, Cholula, Teotihuacan, por mencionar algunas. En el periodo posclásico, se diversifican los asentamientos y surgen distintos reinos, entre los que se pueden mencionar los quichés, mixtecos, Chichen Itzá, centros huastecos y totonacos, Tenochtitlán, Tula y el desarrollo de los tarascos.

Hasta aquí en breve se ha presentado un bosquejo de un gran periodo en el tiempo. Describiendo únicamente aspectos históricos, arquitectónicos y organizativos. Es momento de tocar algunos aspectos que corresponden al interés del presente manual, la forma de concebir el cosmos. Esta cosmovisión se encuentra relacionada con mitos o narraciones que daban sentido a las prácticas y muchas de ellas continúan haciéndolo de manera subyacente.

Según López Austin (2015) existe un tiempo mundano y un tiempo divino, el tiempo divino trasciende al mundo, le preexiste y lo determina simultáneamente. Se cree en la existencia de un periodo propio de los dioses anteriores al mundo y al hombre. En ocasiones

aparecen con características tanto animales como humanas, razonan, hablan, se relacionan e incluso experimentan pasiones. Como ejemplo que prevalece hasta la fecha tenemos a las creencias de los nahuas, los huicholes y los mixtecos.

Estas narraciones determinan pasado, presente y futuro: lo que fue, cómo son las cosas y cómo deberán ser. Es por eso que los ancestros tienen un lugar importante en las culturas indígenas, principalmente en las precoloniales. Son ellos los portadores de esas narraciones que brindan el entendimiento del ser y del entorno.

Una de las narraciones o mitos que se encuentra presente en la mayoría de las culturas se relaciona con el sol y su nacimiento. En varias culturas en la actualidad, los que saben, curanderos, ancianos, cuentan de una época de oscuridad. De ahí, uno de los mitos que prevalecen es el del origen del sol y del mundo tal como lo conocemos. Existen dos historias de las que se cuenta con el relato pictográfico, la mixteca y la nahua. Ambas coinciden en la existencia consecutiva de cinco soles, de los cuales los 4 primeros fueron atacados y vencidos por un adversario de forma trágica. El primero de ellos duró, según la narración nahuatl 676 años, fue nombrado *Nabui Ocelótl* o Cuatro Jaguar, durante los últimos 13 años los jaguares devoraron toda vida sobre la tierra para finalizar con ese sol. El segundo sol es el llamado *Nabui Ehécatl* (cuatro viento), llamado así porque fueron los vientos los que arrasaron con todo cuanto había en la tierra. El tercero es el *Nabui Quiáhuatl* (cuatro lluvia), los que entonces vivían se convirtieron en guajolotes o gallinas después de una lluvia de fuego que incendió todo, murieron todos cuando el sol también ardió. Por último se encuentra el cuarto Sol, Cuatro agua, *Nabui Atl*, los que vivieron este periodo de 676 años murieron en un diluvio que ahogó a todos en un mismo día. Por último llegó el quinto sol *Nabui Ollin* o Cuatro movimiento, que es el sol actual, la señal, era la caída del mismo en Teotihuacán (López-Austin, 2015; López Austin & Millones, 2015).

Otro elemento importante es la concepción del tiempo como dioses que se imbuyen el mundo e infiltran toda criatura en él. En la iconografía de los calendarios existentes, o conocidos hasta ahora, los días fueron representados con la fusión de un elemento, como meteoro, animal, vegetal, objeto, y un número del 1 al 13, dando como resultado 260 signos diferentes. Había ciclos basados en los movimientos astrales, los principales ciclos eran los correspondientes al año ritual de 365 días, el de 260 días o adivinatorio-combinatorio, el adivinatorio empírico de 360 días, el lunar que tenía una alternancia entre 29 y 30 días, el de los señores de la noche de 9 días y el venusino de 584 días. Cabe señalar que no son conteos paralelos sino que algunos se combinaban para dar lugar al término de un ciclo. El ciclo adivinatorio era en el que cada unidad temporal correspondía a un destino, a una fuerza particular. Cada día representaba a dos dioses-diosas (la figura y el número), así que sus atributos podían ser compartidos con los hombres o mujeres que nacieran en un determinado día, era un destino, a partir del cual los adivinos podían aconsejar a las personas e incluso a los gobernantes. No obstante todos los calendarios antes mencionados influían en la vida o destino de una persona (López-Austin, 2015).

Es importante señalar la creencia en un mundo “espiritual”, es decir, un mundo que trasciende la vida del hombre, al que pertenecen las “almas” (por nombrarlos de manera que pueda entenderse). En aquellos tiempos las jerarquías no sólo existían entre las personas en la tierra, en los reinos o en los pueblos, sino que también se trasladaba una especie de concepto de clase a las almas, cuyos orígenes son distintos, así como sus funciones, lo cual dependía del dios patrono, ya sea un animal o un hombre, llevaba dentro de sí una

fracción de él. En el caso de los animales, correspondería al animal-dios, en el caso de los hombres, se encontraba en función de su nacimiento. A partir de lo anterior se define el alma identitaria, que definía su clase social y el grupo étnico al que pertenecía (López-Austin, 2015).

Figura 1. Cronología de Mesoamérica

ETAPAS		SURESTE	GOLFO	OAXACA	CENTRO	OCCIDENTE	NORTE	
1521 d. C.	Posclásico	Tardío	Reinos del norte y reinos quichés	Centros huastecos y totonacos	Reinos mixtecos	México-Tenochtitlan	Poderío de los tarascos	Abandono de los agricultores
1200 d. C.		Temprano	Chichén Itzá y reinos quichés			Tula		
900 d. C.	Clásico	Tardío	Esplendor maya	El Tajín	Monte Albán	Cacaxtla Xochimilco Cholula	Reinos de Occidente	Ocupación de agricultores mesoamericanos
650 d. C.		Temprano	Ciudades maya del clásico			Teotihuacan		
200 d. C.	Preclásico	Tardío	Escritura, numeración y calendario complejos			Gigantismo arquitectónico	Recolectores-cazadores	
400 a. C.		Medio	Centros olmecas		Sociedades jerarquizadas			
1200 a. C.		Temprano	Desarrollo de las técnicas agrícolas Sedentarismo agrícola, primera cerámica					
2500 a. C.								

*Tomada de López Austin, 2015.

En varios grupos étnicos se mantenía la creencia de la posible transmutación corporal que era una capacidad o cualidad de los hechiceros, comúnmente conocida como nahualismo, cabe destacar que la transmutación no solo es para hacer daño, también, como lo señala Aguirre Beltrán (1993), existía y prevalece en algunos pueblos la creencia de una entidad animal imperceptible que acompaña desde que se es recién nacido, con quien se comparte el alma, en algunos casos se ha nombrado *tonalismo* (de *tonalli*, entidad anímica de los nahuas).

Esta creencia persiste, en el estudio realizado en la zona del Alto Balsas en Guerrero, Villaseñor-Bayardo (2016) describe cómo es que las personas aún mantienen la creencia de la transformación de los hombres en animales o *naguales*. Otra manera de conceptualizar el nagualismo es como la facultad de exteriorizar el *ibiyotl*, una de las entidades anímicas. *El ibiyotl* corresponde a la fuerza y el ánimo físico, se deriva de los dioses del crecimiento y es una de las almas o entidades anímicas propia de cada individuo, única. El nagualismo, según Serna (En Villaseñor, 2016) no sólo es atribuido a las personas, también en las narraciones míticas se encuentran, como ejemplos de esto se puede mencionar a *Quilaztli* que modificaba su apariencia a voluntad y se considera enemigo de Huitzilopochtli, una de las principales deidades de los nahuas precoloniales que se encuentra asociado al sol y además se creía podía tomar la forma de un colibrí (Sahagún, en: Villaseñor Bayardo, 2016).

Los naguales, como ente maligno, se cree puede causar diferentes padecimientos, dolencias e incluso la muerte y son los niños los más susceptibles ante ellos. Así, se ha nombrado

a los naguales con nombres tales como diablo, maligno o satán, entre otros. Cabe destacar que la creencia es que los naguales pertenecen a la noche y recuperan su cuerpo original con el alba, se llega a la creencia de que esto puede suceder ante los ojos de los otros. Existen otras funciones de los naguales, los curanderos pueden hacerlo a voluntad y en ocasiones para evitar la enfermedad o la desgracia en una comunidad (Villaseñor-Bayardo, 2016).

Aguirre Beltrán (en Villaseñor-Bayardo, 2016) señala que los elementos que caracterizan la personalidad del nagual son: 1) Una transformación insólita; 2) la influencia del signo calendárico o astral en el que nació; 3) Que sea un sacerdote de *Tlaloc*, el dios de la lluvia; 4) que adquiere una sabiduría de forma mágica; 5) Que puede transportarse al Tlalocan, Lugar en donde abunda el agua; 6) Tiene la capacidad de regular la precipitación de la lluvia por lo que influye en las posibilidades de obtener buenas o malas cosechas; 7) Requiere realizar un sacrificio de sangre; 8) Se puede convertir en una bestia; 9) puede castigar a los que salen de lo establecido con hambre, enfermedad o muerte; 10) El mismo sufre las consecuencias de ejercer su propio poder.

En el estudio realizado por Villaseñor-Bayardo (2006) se encontraron diferentes opiniones al respecto del nagualismo. Entre los sujetos entrevistados se encontró que las personas tienen miedo y atribuyen estos poderes solamente a los hechiceros que pueden causar un mal. Por otro lado se encuentran las personas que mencionan que los naguales pueden también hacer el bien y señalaron el uso de plantas psicotrópicas para curar de ciertas enfermedades como el susto, la epilepsia, la hipertensión. Asimismo, uno de los entrevistados, sabido nagual en el pueblo, mencionó la necesidad de retribuir ante los favores recibidos de los dioses, además de que deben poder soportar la dosis de la planta psicotrópica utilizada. En el texto mencionado se relatan a detalle más historias al respecto. Lo importante para los objetivos del presente manual es reconocer que la existencia de los naguales es una realidad actual para muchas personas y pueblos, como es en este caso el pueblo náhuatl de Xalitla Guerrero. De esta manera se podrá entender que la vivencia de un padecimiento mental podría tener lugar por la influencia de estos seres, así como por el consumo de plantas psicotrópicas que pueden producir estados mentales, incluso psicóticos. Cabe destacar que el consumo de estas plantas psicotrópicas también, y en la mayoría de las etnias indígenas sucede así, estos estados son momentáneos y no llegan a constituir una enfermedad mental. Ejemplo de esto tenemos el consumo del peyote y de la datura entre los *wixaritari*, de la ayahuasca en pueblos amazónicos, etc.

Como se mencionó anteriormente, la cultura Olmeca es considerada la cultura madre, a partir de ella se desarrollaron distintas culturas entre las que se encuentra la nahua, que a su vez constituye uno de los grandes puntos de origen de un gran número de culturas prehispánicas. El nomadismo que aún imperaba en la época en la que se desarrolla la cultura llamada náhuatl, mexica o azteca que puede tener relación con su pasado inmediato o con las condiciones que imperaban por las diferencias de clase en algunos sectores de la población, constituye otro factor a considerar en el surgimiento de otras culturas que a partir de su cosmovisión comenzaron a desarrollarse posteriormente. Antes de tocar aspectos generales respecto a cinco de las que aquí interesan, se desarrollarán algunos elementos de la medicina náhuatl, por la influencia antes mencionada y la complejidad desarrollada y compartida con las demás culturas en gran medida.

López Austin (1993) señala la existencia de paralelismos con culturas asiáticas que deben ser resultado de las migraciones tempranas entre tal continente y el americano. Así, creencias tales como:

... la pérdida del alma, intrusión de cuerpos extraños nocivos, métodos místicos de ascenso a los cielos y descenso a los infiernos en busca de la salud del paciente, práctica de limpiezas y otras creencias y procesos terapéuticos, presentan cantidad de elementos comunes (p.15).

En la actualidad, además se suman creencias europeas, principalmente de origen prehispánico debido a la colonia. No obstante, en este momento, el texto se centrará en los elementos de origen prehispánico.

Uno de los elementos centrales que determinan la concepción de salud-enfermedad es lo caliente y lo frío. La creencia de enfermedades de naturaleza fría o caliente según la intrusión de algún aire o ingestión de alimentos que comparten dicha cualidad. Así la debilidad, la diarrea, las incapacidades o inhibiciones sensoriales y motoras, hasta el dolor. Por otro lado se encuentran las enfermedades de cualidad caliente que son generadas adentro del cuerpo o por la exposición prolongada al sol y puede producir fiebre, la tífis y la escarlatina. El día, satán, los pingos, la obsidiana, el vidrio, el acero son calientes, mientras que la luna, la noche, los nagueles (por salir por la noche) son fríos. El calor puede comenzar por el estómago y propagarse por distintas zonas del cuerpo como la cabeza, los pies y la garganta. Cabe señalar que en distintas regiones, culturas y etnias, incluso hasta la actualidad no existe un consenso estricto sobre aquello que se le atribuyen dichas cualidades frías o calientes, lo que si podemos afirmar es que en casi todo el país se mantiene esta creencia, incluso entre la población no indígena. López Austin (1993) menciona la posibilidad de un origen europeo de la creencia, ubicando su origen en la teoría humoral de la antigua Grecia.

Según López Austin (1993) el temor a los aires tiene su origen en España, no obstante en México, los aires son considerados seres provistos de voluntad y cualidades mágicas y curativas. La Salud era considerado en un bien, por lo que para su procuración existían personas que tenían conocimientos o poderes que proporcionaban curaciones por medio de su comunicación con las divinidades, principalmente con una divinidad dual llamada *Titlacahuacan*, señor de la fortuna y de la salud, cuyo nombre puede ser traducido como "nosotros somos sus esclavos". Por otro lado se encuentra el lugar preponderante de la adivinación en el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, lo cual se buscaba por medio del *tonalpohuhqui* o lector del *tonalámatl* o libro de los destinos. Otro de los métodos adivinatorios era la tirada de los granos de maíz. Existían también los hierberos que con conocimientos más bien de tipo empírico transmitidos generacionalmente curaban o, incluso, podían ayudar a abortar a una mujer. Cabe destacar que aunque estos hierberos les atribuímos conocimientos empíricos, ellos atribuían cualidades mágicas y divinas a las plantas.

Por otro lado, también existían hombres que provocaban daño o enfermedades, eran llamados hombres búhos o *tlatlacatecoltl*, la creencia era que sus poderes provenían del nacimiento bajo el signo de los *tonalpohualli*, además del aprendizaje de las malas artes. (López Austin, 1993).

Villaseñor-Bayardo (2016, citando a López Austin, 1993) menciona la creencia en entidades anímicas que se encontraban ubicadas en diferentes centros vitales o anímicos. Cada una de las entidades anímicas cumplía una función vital para la existencia humana

y determinaba tanto su estado de salud como también cumplía una función para la personalidad, el carácter y el humor de una persona.

Los 12 centros anímicos son:

1. *Yollo*, *Yol*: Corazón.
2. *El*: Hígado.
3. *Tonal*: Irradiación que se desprende del cuerpo.
4. *A*: Fontanela.
5. *Cua*: Parte superior de la cabeza.
6. *Tzon*: Cabello.
7. *Ibio*: Alimento.
8. *Ix*: ojo o rostro.
9. *Nacaz*: Oreja.
10. *Xic*: ombligo.
11. *Cuitla*: Excremento.
12. *Tlail*: Excremento.

A continuación se presentarán algunas de los centros y entidades vitales en función de los intereses del presente trabajo.

Al corazón o *Yollo* se le atribuían cualidades tales como la conciencia, los impulsos y los afectos. Asimismo, tenía injerencia sobre la memoria, los impulsos, los hábitos, la voluntad sobre las emociones. Podía ser susceptible de manipulación para el bien o para el mal, Podía ser modificado por medio de él el temperamento de la persona, controlarla hasta el punto de la esclavitud controlando sus facultades mentales. Así, su enfermedad producía amnesia, locura en el sentido de maldad, fatiga y transgresión de las normas sociales (Villaseñor-Bayardo, 2016).

El *Teyolia* es la entidad anímica perteneciente al mundo de los muertos. La sede de esta entidad anímica era el corazón o *Yollo* y podían alterarse causando, como se mencionó ya, conducta inmoral, enfermedades causadas por posesión de criaturas acuáticas, enfermedades que presionan el corazón o hechicerías llamadas *teyollocuanime* que devoran en un sentido mágico al corazón.

Al Ellie o hígado se le asociaba con la vitalidad del afecto, era considerada la fuente de la valentía y la energía necesaria para obtener arrojo, simultáneamente, era el centro en el que se originaba la tranquilidad, su equilibrio se asociaba con el término *cemelli*, un estado de unificación, coordinación de sentimientos y pasiones que conducía al control de los conflictos tanto individuales como intraindividuales. Su afección causaba sentimientos de intranquilidad, revancha, odio, sentimientos de maldad hasta una forma de locura (Villaseñor-Bayardo, 2016).

A pesar de que en el códice florentino (Sahagún, en Villaseñor Bayardo, 2016) se menciona que es difícil de ubicar, es descrito como el aliento soplado por *Citlacue* y sus hijos *Ilbuicac* chaneque. Sus funciones corresponden a los descritos para el hígado como el asiento de las pasiones y la vida. La ira, el odio y la hiel, así como el deseo y la lujuria son atribuidos a su desequilibrio.

Las entidades anímicas asociadas al grupo tonal (irradiación contenida en el cuerpo) eran tres: el *Tonalli*, el *Ibiyotl* y el *teyolia*.

El *tonalli* es la fuerza atribuida al individuo, esta entidad anímica se encontraba o mejor dicho, emanaba de la fontanela.

El *tonalli* se asociaba con la irradiación, el calor solar, el verano, el día, el destino de la persona dependiendo de su nacimiento, podría incluso compararse con el espíritu así como con el destino de la persona.

El sol es por excelencia el portador del *tonalli*, por lo que una enfermedad que aquejase a una persona con respecto a esta entidad vital sería tratada por medio de éste. El abandono del *tonalli* saliendo de la fontanela era nombrado *tetonalcabualiztli*, el cual se debía a una fuerte sensación de miedo por causas mágicas. En la actualidad es nombrado susto (Villaseñor-Bayardo, 2016).

Es importante introducir aquí algunos elementos sobre las causas de las enfermedades, ya se ha mencionado la influencia del destino, no obstante también se consideraba trascendental para el padecimiento de un malestar o dolencia las faltas a las deidades que podían o no ser sumadas a causas “naturales”. Asimismo, como ya se ha mencionado reiteradamente la hechicería o el mal hecho por brujos o personas malintencionadas, por ejemplo el envío de vientos malignos enviados intencionalmente o como producto de una falta a una deidad podía producir una enfermedad (Villaseñor-Bayardo, 2016).

En la cosmovisión nahua y prehispánica, existen muchos mas elementos relacionados con la salud y la enfermedad, no obstante, además de lo ya mencionado se tocarán algunos elementos que tienen relación con las enfermedades que hoy día son clasificadas como mentales en la concepción occidental (Villaseñor-Bayardo, 2016).

Sahagún en el código Florentino (López Austin, 1993) hace una reseña de algunas plantas medicinales utilizadas por los nahuas, aquí mencionaremos una que tiene relación con la curación de la locura como resultado de la afectación al *Yollo. Quiaubteucúitlatl*, es una piedra que no es dura, muy pesada, negra con vetas blancas, sabrosa como el agua clara. Es útil al que le tronó un rayo y quedó mudo, como hechizado, con ella vuelve en sí. Esta piedra mezclada con *xiubutomóltetl*, deberá tomarla a quien le cae el rayo pero comienza a enloquecer debido a que le aumenta la flema en el corazón, con ella se calma. También está la carne del *ocelótl* que se come para quien es hechizado y se vuelve loco, sane.

Otros remedios descritos para enfermedades similares o dentro del espectro de las ahora llamadas mentales descritas por Martín de la Cruz (1993) son: la fatiga del que administra y desempeña un cargo público, la enfermedad comicial (que por su descripción podría hablarse de una equivalencia con las convulsiones), el miedo, la mente de abdera (idiotéz).

Por otro lado se encuentra Francisco Hernández con su texto Historia de las plantas de la Nueva España (1943) menciona a *yyauhtli* o hierba de las nubes la cual sirve para quitar el dolor de cabeza, aliviar a los “dementes”, a los espantados y atontados por el rayo. Se observa en varios autores que el rayo es el causante de enfermedades mentales, principalmente aquellas similares a lo que es conocido en nuestros días por algunas comunidades como susto. Francisco Hernández también menciona que el consumo del *teihuinti*, una especie de hongos leonados de fuerte olor pero no desagradable que comidos producen demencia temporal y manifiesta una risa inmoderada.

Ya se han tocado algunos de los aspectos relativos a la cultura nahua en la época precolonial, por lo que a continuación se tocarán algunos de los antecedentes contemporáneos a ella de las cultura náhuatl, purépecha o tarasco, mixteco y otomí. Cabe recordar que se le ha dado lugar primordial a la cultura nahua debido a que fue una de las que hunden

sus raíces en las primeras etapas del desarrollo de las culturas mesoamericanas, por supuesto, posterior al surgimiento y extinción de la cultura madre, la olmeca. Los nahuas se establecieron en gran parte del territorio mexicano principalmente, eran conocidos como mexicas y aztecas, lo anterior fue debido a los vestigios del nomadismo que prevalecía en dicha cultura, lo que provocó la mencionada expansión de la cultura, así como también el desarrollo de nuevas culturas que tenían como base las creencias y elementos cosmogónicos que fueron matizados.

Wixáritari

En primer término se tocará a la cultura “huichola” o, mejor dicho, *wixárika* (en singular) o *wixaritari* (en plural). Torres (2000), señala la escasez existente de datos etnográficos y arqueológicos de la zona. Lo cual puede deberse a su ubicación geográfica, pues pensando en su asentamiento actual y el difícil acceso en la sierra madre occidental, no existen narraciones coloniales de lo encontrado por los conquistadores o por los narradores coloniales, esto puede estar relacionado con la ubicación de la llegada del artefacto misionero alrededor del año 1770. Algunos autores señalan su relación con culturas occidentales como los coras, los tepehuanos y los mexicaneros, debido a las coincidencias en los patrones culturales, asimismo existe evidencia del intercambio de mercancías y de algunas alianzas bélicas.

Weigand (en Torres, 2000) busca los antecedentes en los mitos, uno de los que considera habla sobre un poderoso y perverso sacerdote temido por la gente quien vivía con sus águilas y sus jaguares en un lugar rodeado por murallas, desde donde atraía a las personas (huicholes) con el peyote que compartían con los jaguares y las águilas, los cuales, si no eran saciados mataban a las personas. A partir de la descripción general de este mito, Weigand señala la probabilidad de su ubicación en la Quemada en San Luis Potosí. Asimismo señala la coincidencia de las construcciones redondas de tukipa con las construcciones actuales en *Tukipa* o Tuxpan de Bolaños.

Otra de las hipótesis es la de Robert Zingg en 1982 (En Torres, 2000) quien afirma que se encuentran emparentados con los uto-aztecas-sonorenses, a los que pertenecen gran parte de las cultural del norte del país y suroeste de los Estados Unidos. Así, a pesar de la relación con otras culturas que moldearon y diferenciaron a la cultura wixaritari, se encuentran emparentados, según varios historiadores y arqueólogos, lingüísticamente con los aztecas o nahuas, por tanto, también culturalmente. Otra cosa que puede ser afirmada con base en estos pocos pero sustantivos datos, es la influencia e intercambio con otros pueblos, lo que hace pensar en un pasado poco o nada bélico.

Los p'urépechas

Los p'urépechas encuentran su origen en las culturas chichimecas, nahuas y pretarascos, quienes inicialmente habitaron en la ribera de la isla de Pátzcuaro (cdi, s.f.). Como podemos observar, existe en esta cultura también la influencia nahua.

Perlstein Pollard, (2004) menciona que en alguna época de Mesoamérica era el segundo imperio más grande, aun cuando había numerosos grupos imperiales en el posclásico. Su territorio y su poder se expanden a pesar de haberse mantenido en las periferias en los periodos clásico y postclásico temprano. Aunque hay variaciones en los cálculos poblacionales, se estima que para 1524 la población era entre 1.3 millones y 750 000.

Para 1350 ya se consideraba el territorio más extenso y rico de la cuenca de Pátzcuaro,, desde donde se expandió su territorio hasta llegar a la cuenca del lago de Cuitzeo, para expandirse después a Chapala. Con la expansión se desarrolló en el imperio una organización burocrática basada en el linaje. Su territorio llegó hasta colindar con el río Balsas y hasta el territorio de Colima. El imperio se mantenía con un sistema tributario y el intercambio a través del trueque era práctica común entre los pobladores. No obstante, entre 1467 y 1477 los aztecas respondieron y el imperio perdió la mayoría de su territorio, hasta ocupar únicamente lo que hasta ahora es conocido como Michoacán (Perlstein Pollard, 2004).

Existían templos construidos a deidades como Cuerauáperi, creadora de la tierra concebida como un plato con forma cóncava, quien controlaba las fuerzas de la fertilidad, la lluvia y la muerte, asimismo, era considerada la madre de todos los dioses. Curicaueri, era el dios que personifica al sol, ardiente y materializado en el fuego. Otro de los dioses a los que se rendía culto en los templos era Curicaueri, guerrero y dios de la cacería. Por último se mencionará a Xarátanga, hija de Cuerauáperi y esposa del sol, asociada al parto y a la fertilidad. Estos dioses eran asociados a los cuatro puntos cardinales, de manera que Pátzcuaro constituía un centro cósmico (Perlstein Pollard, 2004).

Los Mixtecos

La Mixteca es una Zona geográfica que se encuentra dividida en tres áreas: la alta, la baja, y la de la costa. La zona alta es considerada la región con la ocupación más antigua, basados en la evidencia de artefactos para cazar y cocinar que se encuentran datados entre el 3000 a.C. y el 5000 a.C.. Vestigios más claros de la existencia de una cultura se encuentran ubicados en la población de Nochtitlán, fechados entre 2100 y 2000 a.C.. Debido a que se han encontrado vestigios de la cultura olmeca también, los cuales tienen un antecedente histórico anterior, es que los historiadores consideran Nochtitlán como la primer población poblada por nahuas aún nómadas que decidieron establecerse ahí y a partir de los cuales se desarrolló la cultura que nos compete. Con base en vestigios, utensilios y códices se ubica a las Mixtecas de la Costa y Baja en el 800 a.C. (Lind, 2008).

Debido a lo anterior y a las similitudes entre las deidades y los mitos con el pueblo nahua es que se puede hablar incluso de equivalencias cosmogónicas. Como ejemplo se encuentra una de las deidades más importantes para los mixtecos Dzahui, equiparable a Tlaloc, dios de la lluvia a quienes ambas culturas dedicaban sacrificios (Lind, 2008).

Los mixtecos contaban con una organización jerárquica y creencias míticas, mágicas y religiosas que son equiparables con los nahuas, lo cual se encuentra relatado en sus códices. La figura del sabio o curandero, la adivinación por medio de semillas, la creencia en los aires (tachi) existían en aquellos tiempos y se mantienen hasta la fecha.

Los otomíes

A pesar de que los otomíes se ubican geográficamente en el centro del país y el desarrollo más grande de los nahuas o los aztecas se encuentra en dicha zona, esta cultura no encuentra sus orígenes en esta última. Wright Carr (1997) señala que los orígenes del pueblo nahua se encuentran en el occidente y que con el tiempo se ubicaron geográficamente en el centro del país donde expandieron su imperio. Los otomíes también reconocidos bajo el nombre de hña hñu pertenecen a la rama otopame cuyas primeras manifestaciones lingüísticas, manifestadas como un idioma proto-omague. El autor incluso señala la posibil-

dad de que fuesen ellos quienes domesticaran las plantas como el maíz y la calabaza, esto en el periodo protoneolítico en el 5000 al 200 a.C.

A pesar de lo anterior, los otopames no desarrollaron la compleja cultura de los olmecas, quienes durante el periodo preclásico los influenciaron para que desarrollaran los rasgos de una cultura propiamente dicha, con el desarrollo del arte, la artesanía, la influencia de su sistema iconográfico, la religión (Wright Carr, 1997).

Wright Carr (1997) llega incluso a afirmar que la ciudad de teotihuacan era inicialmente una ciudad otopame que fue posteriormente tomada y modificada por los aztecas. Basándose en los relatos contemporáneos sobre la manera en que fueron expandiendo sus territorios y asentándose en diferentes zonas geográficas. El autor señala que los otomíes han sido devaluados en la historia desde los nahuas, hasta los relatos coloniales, basados en los nahuas, donde eran calificados como un pueblo pobre, poco desarrollado, dominado por los aztecas y aun nómada en la mayor parte de su población. Desafortunadamente, no existe mucha bibliografía sobre las formas de curación y las diferencias existentes con respecto a los nahuas, debido a que sus ciudades fueron tomadas por los aztecas y sus relatos borrados con ello.

La investigación

NECESIDADES EN SALUD MENTAL DE 5 GRUPOS ÉTNICOS MIGRANTES RESIDENTES EN LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA

Esta investigación tuvo la finalidad de generar conocimientos sobre la población indígena migrante a atender, de manera que con base en ellos se pueda estructurar una propuesta de intervención para atender a su salud mental en función de sus propios problemas y necesidades. Es decir desde la perspectiva de los propios sujetos, no desde la perspectiva biomédica.

Así, los sujetos que cambian su lugar de residencia, ya sea de manera temporal o definitiva, buscan espacios distintos en relación a los satisfactores de los que carecen. Vázquez y Hernández (2005), realizaron un estudio etnográfico en el cual analizan las estrategias a que recurren las mujeres, empleadas domésticas, nahuas de Huejutla, Hidalgo, y de otras etnias que migran a la Zona Metropolitana de Guadalajara con diversas expectativas. Los autores consideran que el grado de urbanización e industrialización de la zona expulsora, así como de la receptora, es fundamental para explicar las razones que empujan a las mujeres a abandonar sus localidades en la búsqueda de trabajo y mejores condiciones de vida. Es por esto que los sujetos que se encuentran en condición de migración y que, además, pertenecen a los grupos étnicos minoritarios, forman parte de un sector de la población en ocasiones más desprotegido, es decir un grupo vulnerable dentro de la estructura de la sociedad.

Encontrar las constantes y las variables de los fenómenos observados para poder dar cuenta de los patrones que permitan una mejor comprensión de ellos, de manera que se posibilite la intervención y reditué en el bienestar de una población, debe ser el objetivo de la ciencia. En particular las ciencias de la salud pública deben hacer lo propio en el ámbito que le corresponde, el de la salud. En el marco de dichas consideraciones es que se plantea conocer las diferencias que existen con respecto a las narraciones de la población indígena que padece depresión entre los que viven en su contexto de origen y los que migran al contexto urbano de la Zona Metropolitana de Guadalajara. La intención es entender la manera en que la cultura modela un padecimiento tan prevalente en el mundo contemporáneo a través de la exploración de la experiencia de la población indígena que migra a espacios urbanos y que tiene que introducirse en un nuevo mundo de significaciones y prácticas culturales.

La Encuesta Nacional Sobre Discriminación (2005) reconoce que en México existen minorías o grupos marginales que son objeto de la misma. Por lo tanto, en México existe un discurso discriminatorio y racista producto de una ideología excluyente que se ve reflejado en las relaciones cotidianas establecidas por los migrantes indígenas.

En un estudio sobre el tema de violencia y migración indígena en la Zona Metropolitana de Guadalajara, realizado con anterioridad (Aceves, 2008) se exploró la experiencia de cinco sujetos *Wixaritari* mediante el análisis de historias de vida. Los resultados indicaron que un contexto urbano (como la ciudad de Guadalajara) es violento desde su orga-

nización y estructura social para toda persona o grupo que no alcance a comprender, es decir, para los marginados, en éste caso los indígenas *wixaritari*. A partir de dichos resultados, se concluyó que la violencia es inherente al proceso de aculturación y se manifiesta en la experiencia subjetiva del choque cultural. Asimismo, la estructura social de un contexto urbano se basa en un discurso excluyente que deriva en violencia y agresión en todas sus expresiones: interpersonal, personal, social, física, moral e institucional. Por tanto, el lenguaje se constituye como el medio a través del cual se expresan y formulan los discursos de desigualdad, superioridad y discriminación que sustentan las diversas formas de violencia (social, institucional, interpersonal). En las historias de vida convive tanto el discurso dominador de una sociedad urbana y moderna, como el discurso de una sociedad rural e indígena, que se convierte en uno todavía más periférico, ignorado y hasta violentado por la modernidad. Es por esto que se hace necesario explorar la experiencia del migrante indígena para poder enmarcar en dichas circunstancias y vivencias los padecimientos y enfermedades mentales que les aquejan.

En el estudio antes citado (Aceves, 2008) también se encontró que los sujetos refieren algunas las repercusiones tanto físicas como mentales que sufrieron a consecuencia de lo vivido. El rechazo y la violencia devienen en sintomatología física, como fiebre, resfriados y dolores de cabeza. Cabe destacar, en dicho estudio, las constantes menciones en las entrevistas a los nervios y la tristeza que les aquejan por la falta de arraigo al contexto urbano y los lazos familiares que se ven comprometidos y, en ocasiones, resquebrajados por el alejamiento a sus comunidades.

La cultura cobra importancia fundamental en el tema de la salud y la enfermedad, en el sentido de que se trata del pensamiento de la sociedad, en donde se configuran las verdades, los pensamientos (particulares), las creencias, las costumbres que se concretizan en el sentir. Fernández Christlieb (2005) señala:

El pensamiento de la cultura es más bien ese mundo total que es creído, que está ocupado, habitado, mirado y sentido por la gente, y que, a la hora de hablar, no se nota en lo que dice, sino en lo que se siente cuando se dice. (p.13)

La cultura se manifiesta en la experiencia del sujeto. Giddens (1991) afirma que la experiencia humana se encuentra originada en la adquisición del lenguaje, ya que es el medio primordial del distanciamiento espacio-temporal, ubicándose más allá de la inmediatez animal. El lenguaje permite la aprehensión de los sucesos experimentados, y proporciona, tanto al sujeto como a la colectividad, la elaboración y la comprensión de la realidad en un continuo proceso de construcción, por medio de la memoria y la institucionalización, respectivamente.

El lenguaje es el medio por el que la ideología se produce y reproduce mediante el discurso, en cualquier escenario social; es dónde aterrizan y se vislumbran sus contenidos. Por lo cual, la interacción y socialización permiten construir y reconstruir realidades, que en el individuo conforma los relatos de la experiencia. Así, la experiencia se corresponde con el discurso y, por medio de él, es que se puede tener acceso a la misma. Considerar como unidades de análisis a la experiencia y al discurso, es retomar la idea de un sujeto histórica y culturalmente determinado, un sujeto activo, que se construye a sí mismo, es decir, que construye subjetividad, a través de formas complejas de sentido y significado. González

Rey, (2002) señala que el sujeto se construye a sí mismo, mediante la subjetivación de su experiencia, es decir, aprehendiendo a la experiencia como algo propio y comprometiéndose con la acción social. De ahí la importancia de conocer y desentrañar la experiencia del sujeto relativa al proceso de migración, conocer desde su subjetividad como ha construido su cultura de procedencia, así como su vivencia y cotidianidad en el contexto urbano.

Desde las consideraciones antes expuestas, es importante rescatar los elementos culturales en la población indígena que padece alguna enfermedad mental, como las creencias, la presencia de la familia y la relación que puede tener con un médico tradicional. De esta forma, combinando por una parte la cosmovisión con la cual están identificados y por otra los métodos propuestos por la medicina moderna, es como se puede configurar una atención integral acorde a las necesidades de la población indígena migrante a contextos urbanos.

Es por esto que se hace necesario e indispensable considerar las posibles variaciones nosológicas de las enfermedades en las cuales se va a intervenir. Diversos trabajos de investigación dan cuenta de dichas variaciones nosológicas: Bastide R. (1965); Zolla C. et al. (1988) Rubel A. J. (1964); Villaseñor-Bayardo S. J. (2000); Rubel A. J. (1964); Pachter L. M. (1993); Guarnaccia P. J. et al. (1993); Villaseñor Bayardo S., Lara Zaragoza A.C., Aceves Pulido M. P. (2004); Villaseñor-Bayardo S. J., Aceves Pulido M. P. (2003); Chinesse Medical Association (1995). La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, editada por Villaseñor (2004) llama a estas variaciones nosológicas Síndromes Ligados a la Cultura o Síndromes Culturales y realiza una clasificación basada en la estructura de la Clasificación Internacional de Enfermedades, señalando las variaciones presentadas en contextos latinoamericanos, así como aglutinando una serie de enfermedades padecidas en distintos escenarios culturales. En dicha guía diagnóstica se sintetizan los hallazgos encontrados en distintos trabajos de investigación y clasificaciones diagnósticas que constatan la diversidad en las expresiones de las enfermedades mentales en función de la cultura en la que se inscriben: Acosta Nodal C. (1975 y 1986); Aguló F. (1985); Aguirre Beltrán G. (1952); Baytelman B. (s/f); Bahita M., Malik S (1991); Bilikiewicz T (1995); Bishop C. (1975); Cardeña E., Lewis-Fernández R., Bear D., et.al. (1996); Davis D.L. (1988 y 1989); Delgado H. (1969); Guarnaccia P.J., Canino G., Rubio-Stipec M., Bravo M. (1993); Hay T. (1971); Hollweg M.G. (1985 y 1994); Houghton A., Boersma F. (1988); Hufford D. (1982); Jung-Kwan W., Ching-Lun W. (1981); Lebra W. (1976); León C.A. (1986); Lin Keh-Ming, Kleinman A., Tsung-yi Lin (1981); Lipp F. (1989); Low S. (1985); Madsen C. (1965); Malhotra M., Wig N. (1975); Mezzich J.E., Keh-Ming L., Campell Huges C. (2000); Ministerio de Salud Pública: Hospital Psiquiátrico de la Habana (2001); Otero Ojeda A. (2000); Parker S. (1960); Prince R., Techeng-Laroche F. (1987); Redfield R. & Redfield M. (1940); Rin H. (1968); Rubel A. J. (1964); Rubel A., O'Neill C., Collado-Ardon R. (1984); Simons R. C. Y., Hughes C. (1985); Singer K. (1984); Singh S. (1992); Tanaka-Matsumi J. (1979); Villaseñor-Bayardo S. J. (1993); Yap Pow Meng (1951).

MÉTODO

El conocimiento, para que sea científico, debe seguir una serie de pasos sistematizados que conforman el método científico. Tradicionalmente en las ciencias, el método positivista ha mantenido la supremacía y se ha dedicado a buscar las causas que originan los hechos y fenómenos que conforman la realidad. Uno de los principios paradigmáticos es, precisamente, su concepción sobre la realidad, como algo independiente de quien la observa o de

quien la estudia, es decir, como un objeto sobre el cual recae la acción del sujeto que lo estudia, de ahí surge su objetividad.

Sin duda, cuando una ciencia está naciendo, para hacerla tenemos que referirnos a los únicos modelos que existen, es decir, a las ciencias ya formadas. En ellas hay un tesoro de experiencias ya hechas que sería insensato no aprovechar. Sin embargo, ninguna ciencia puede considerarse definitivamente constituida más que cuando ha llegado a hacerse una personalidad independiente. (Durkheim, 2001, p.204)

Sin restarle importancia al surgimiento de los métodos cuantitativos en el estudio de lo humano que permitieron su consolidación en el ámbito de las ciencias, es necesario revisar sus limitaciones. Como lo señala Durkheim, las ciencias humanas han debido independizarse para poder constituirse de manera sólida y en el transcurso de su desarrollo se ha encontrado con que su objeto de estudio es distinto al de las otras ciencias, pues no es pasivo e inmutable, no es aquel sobre el cual recaerá nuestra acción de conocer, sino que también conoce y actúa sobre quien intenta conocerlo, es pues, una relación sujeto-sujeto.

El proceso de trabajo de campo cualitativo comienza con la elección del tema, pues debe desprenderse de una observación empírica, aun cuando sea vaga, de una problemática en un espacio determinado que afecta a ciertos sujetos. Así, desde el inicio se va pensando en el dónde y con quiénes que plantea Guber (2005).

En el mismo sentido, Ruvalcaba (2008) plantea como momentos del mismo proceso los siguientes:

Elaboración del proyecto; 2. La etapa del recorrido del área; 3. Instalación en la comunidad o grupo; 4. Realización del trabajo de campo.

Y cómo parte del trabajo de campo propiamente:

Elaboración del diario de campo; b. clasificación de la información; c. Elaboración de fichas de campo.

Para Ruvalcaba (2008), aun cuando menciona el encuentro consigo mismo del investigador durante el propio proceso de investigación, el énfasis se encuentra en la formulación de leyes basado en la medición y la predicción, lo que desvela una postura más positivista en la investigación cualitativa. Por otra parte, Guber (2005) parece haber más bien una intención más subjetiva en el que “se pretende descubrir relaciones entre las partes del sistema global y abrir el campo a nuevos sentidos no previstos por el investigador” (p.76).

Ruvalcaba (2008) menciona que la importancia del trabajo de campo es el fundamento que constituye del conocimiento antropológico y lo define como: “la técnica con base en la convivencia prolongada, la observación participante cotidiana en las actividades del grupo en cuestión, sin registro sistemático, clasificación y análisis, nos ayuda a conocer el desarrollo y las posibles causas o explicación de la diversidad y la convergencia multiculturales y, en alguna medida, a formular predicciones tanto del grupo particular como para otros casos semejantes”. (p. 58)

Algunas consideraciones de Ruvalcaba con respecto al trabajo de campo involucran una actitud de respeto y abierta ante la comunidad; ser metódicos en el registro y técnicas de recolección de información; tener claridad en lo que queremos con el trabajo de campo, es decir con los objetivos de investigación; lograr la colaboración y apoyo de la comunidad

sin realizar promesas que no podamos cumplir; considerar el valor del tiempo de las personas, sin que esto signifique retribuir económicamente por su participación.

En el presente trabajo se realizó un muestreo tipo bola de nieve o en cadena que implica el identificar instituciones o personas que sirvan como informantes para identificar a personas que cumplan con los requisitos que requerimos. Por tanto se trata de un muestreo no propositivo. En primer término se investigaron los grupos étnicos con mayor presencia en la Zona Metropolitana de Guadalajara según los datos del Censo del INEGI en (2010), resultando que El huichol, el náhuatl, el purépecha, el mixteco, y el otomí, son las lenguas con mayor representación, en dicho orden. Según datos del XII Censo General de Población y Vivienda 2000 del INEGI, y del II Censo de Población y Vivienda 2005 la población indígena constituye cerca del 6% de la población total del país, distribuida en los 32 estados y 62 grupos étnicos. Se estima que 140,080 personas hablantes de una lengua indígena han migrado de sus lugares de origen, dentro del mismo país. Jalisco cuenta con la presencia de personas hablantes de las 62 diferentes lenguas indígenas, con una población de 42,372 personas de cinco años y más (INEGI, 2010). Cabe destacar que las cifras en el territorio nacional de personas hablantes de una lengua indígena ha disminuido, mientras que en Jalisco se ha incrementado.

En el cuadro 2 se presenta un mapa conceptual en el que se establecen algunas de las premisas de trabajo de investigación.

La muestra

La muestra fue diseñada para incluir 10 sujetos de cada uno de los 5 grupos indígenas antes mencionados, con mayor presencia en la Zona Metropolitana. Fueron elegidos aquellos con los que se estableció una mejor relación y que tuviesen cualidades para expresar sus necesidades. Entre ellos también se encontraban algunas personas que de alguna manera hubiesen experimentado algún tipo de afección emocional, mental o espiritual. Fueron Mayores de edad, hombres y mujeres.

Todas las entrevistas utilizadas para el análisis fueron audiograbadas y transcritas en extenso para su posterior análisis.

LOS OBJETIVOS

Crear un cuerpo de conocimientos sobre la población indígena migrante a la Zona Metropolitana de Guadalajara, su experiencia relativa al proceso, los padecimientos adyacentes y la caracterización de los elementos culturales que configuran su cosmovisión.

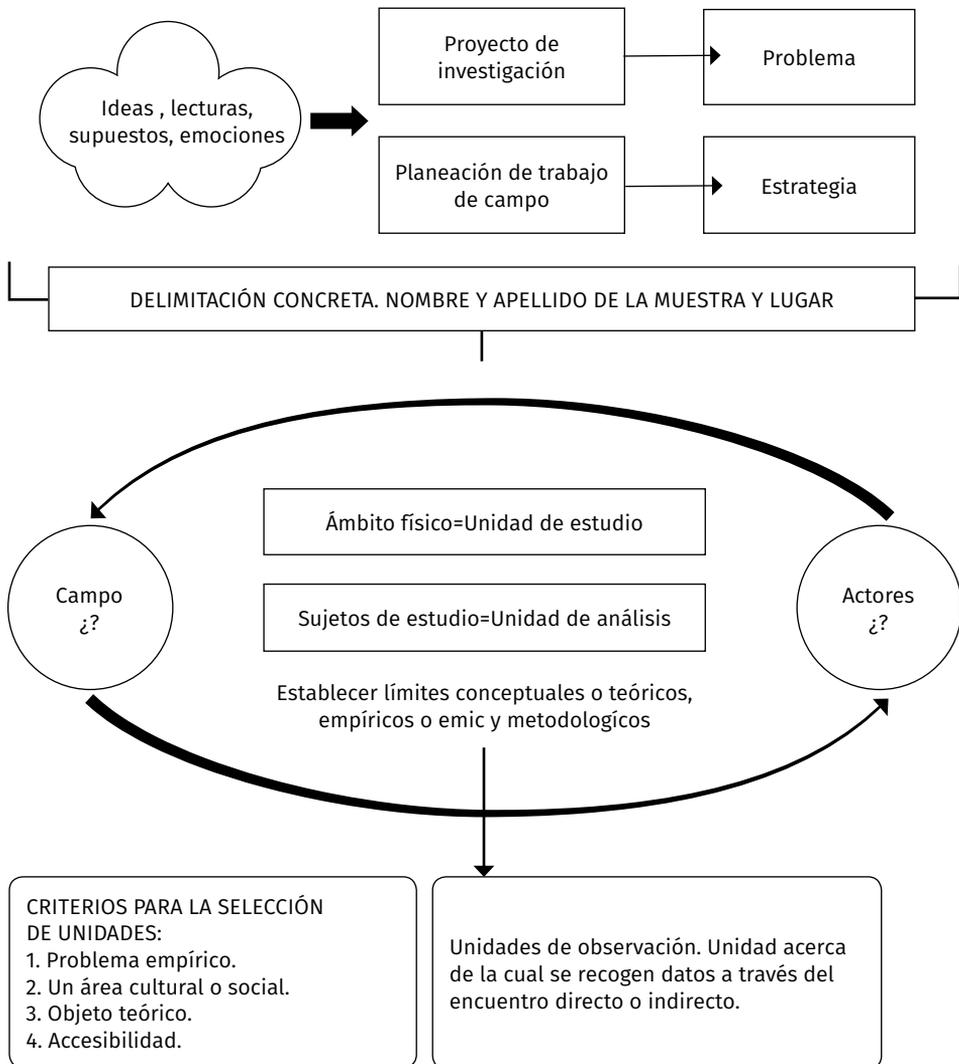
Objetivos Específicos

1. Contar con una caracterización demográfica de la población, indígenas migrantes residentes en la zona metropolitana de Guadalajara.
2. Sistematizar los hallazgos relativos a la experiencia de migración de sujetos indígenas (provenientes de distintas etnias del país) en la Zona Metropolitana de Guadalajara, para caracterizar el fenómeno a investigar.

Debido a que cada fenómeno es cualitativamente único, se parte de una perspectiva de totalidad:

La perspectiva de totalidad implica que cada cualidad es considerada como un aspecto de la globalidad, de manera tal que se pueden estudiar pocos casos y aun así obtener un buen cuadro del fenómeno. Cada caso individual es por tanto una expresión concreta del fenómeno y una expresión del contexto o totalidad del fenómeno en estudio. (Mella, 1998, p.13)

Cuadro 2. Diseño de investigación



EL DISEÑO FENOMENOLÓGICO

El conocimiento determina la manera en que experimentamos el mundo, teorizar es una manera de formar parte del mundo (Van-Manen, 1997).

Los fenómenos implican una relación distinta con la realidad a estudiar, la cual ya no es vista como un objeto, sino que se asume su carácter de sujeto, estableciéndose una relación sujeto-sujeto, en donde se construye el conocimiento en interacción con el sujeto de estudio. Los métodos cualitativos permiten entender los fenómenos a estudiar desde la perspectiva de la propia gente que es estudiada, de manera que se hace posible penetrar a los contextos de significado a partir de los cuales actúan (Mella, 1998).

Por otro lado, el método cualitativo opera desde una lógica distinta, siguiendo un modelo conceptual-inductivo, que implica observar el fenómeno a estudiar para formular entonces el conocimiento. Se trata de describir exhaustivamente el fenómeno para entenderlo en profundidad, sin pretender exhaustividad (Mella, 1998).

En suma, si se tiene la finalidad de describir fenómenos y procesos subjetivos, el camino adecuado para producir conocimiento es el cualitativo. Desde éste paradigma metodológico es posible encontrar, descubrir y entender los significados que se encuentran contenidos en los datos, es decir, en los discursos, o fragmentos de los mismos, que recogemos para poder dar cuenta de un fenómeno subjetivo y, por tanto, cualitativamente único, completo y complejo.

Un método de investigación es un modo de resolver una pregunta. La manera en que se enuncia la pregunta de investigación o los objetivos implica en sí misma cierta forma de abordarla. Para Van-Manen (1997) referirse a la “ciencia humana” se está refiriendo a los términos de fenomenología y pedagogía. El término ha sido propuesto por Dilthey para distinguir las ciencias humanas de las naturales, las primeras implican a la mente, los pensamientos, la conciencia, los valores, sentimientos, emociones, acciones, propósitos que se objetivan en el lenguaje, creencias, artes e instituciones. En palabras del autor “es la búsqueda de lo que significa ser humano” (Van-Manen, 1997, p.12)

La primera característica de la fenomenología es lo que Husserl llama “actitud natural”, pre-reflectiva, pre-teórica que permita el darse cuenta de la naturaleza de los eventos, como Van-Manen (1997) afirma, apartarse del *logos* que configura el mundo social del que investiga.

Una de las herramientas básicas de la fenomenología es la escritura, es decir la descripción ingenua de lo observado, con ingenua me refiero a hacer a un lado los preceptos, hacer referencia únicamente a lo que sucede ante nosotros.

Otra de las características de la investigación fenomenológica es el estudio de la experiencia vivida, su descripción, por lo que no permite la posibilidad de una teoría que logre explicar y controlar la realidad, pero hace posible la comprensión en contacto directo con el mundo.

La fenomenología es la manera científica de comprender un fenómeno, es científica de una manera distinta que las ciencias naturales, porque se trata de un objeto distinto e implica una forma específica de acercamiento. En lugar de hablar de objetividad se utiliza el término de actitud natural, lo que implica apegarse a lo observado sin involucrar nuestros preceptos o conocimientos previos. Es importante señalar algunas características: la ciencia no es considerada a como analítica; no es especulativa; no pretende universalizar; no resuelve problemas.

La fenomenología permite comprender y, aunque me parece imposible hacer a un lado todos los conocimientos y prejuicios, por medio de la reflexividad podemos hacerlo consciente y tratar de realizar descripciones fenomenológicas. Yo diría, que más que una

actitud natural, podemos hablar de una actitud consciente de los conocimientos, prejuicios, preceptos, valores, etc. que se presenta al observar la realidad.

La fenomenología es el método de entender el mundo de la experiencia en la cotidianidad (Mu, Tomlinson, Huckabay, & Marsha, Heims, 1997).

Así, lo que se pretende es la comprensión de los fenómenos a estudiar tal y como se presentan. Las teorías específicas o explicaciones sobre la relación entre cultura y mente, así como la manera en que se entiende la migración fueron establecidas posteriormente a la entrada al campo. Aun cuando es necesario explicar que el paradigma de la psiquiatría cultural que aquí se retoma integra premisas fenomenológicas.

HERRAMIENTAS UTILIZADAS

Observación participante

Se realizó un vagabundo que se convirtió en un proceso de observación participante siguiendo de manera estricta las premisas fundamentales para la realización de la misma. De manera que se realizara de forma metódica y sistemática.

Mella (2003) señala la importancia de reconocer las dos perspectivas metodológicas y epistémicas desde las cuáles se puede realizar la observación: 1. Los hechos se observan tal como ocurren; 2. Lo que se observa es una construcción a partir del observador. No obstante la perspectiva, en ambas se debe emplear procedimientos sistemáticos.

La observación participante constituiría una tercera vía de entre las propuestas por Mella (2003), pues va más allá de una construcción del observador, sino que en ella se incluye a los “observados” en el momento mismo en el que se establece una interacción, resultando en datos co-producidos.

Taylor y Bogdan (1996) definen a la observación participante como la “investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo” (p.31). Resalta en la definición el papel de la interacción social y de la sistematización, sobre la cual, los tres autores revisados para este reporte coinciden e intentan describir.

De manera general, Bernard (1998), menciona en un primer momento tres elementos que involucra la observación participante, los cuales me parecen el fundamento para las estrategias, lineamientos y sugerencias que enuncian los tres autores: 1. El *rapport* con la comunidad, el cual se construye en la cotidianidad; 2. El aprender a actuar, basado en la experiencia en el campo; 3. Abstenerse de la inmersión cultural para intelectualizar la experiencia acumulada y sistematizada.

Tanto Bernard (1998) como Taylor y Bogdan (1996) mencionan recomendaciones en el proceso de elección del sitio a investigar y coinciden en la importancia de su accesibilidad. En particular Taylor y Bogdan (1996) presentan recomendaciones particulares en función a las características que podría presentar el campo, las cuales parecen prácticas y, aunque no pueden considerarse como universales, proporcionan ideas útiles. Hacen referencia a espacios como: escenarios públicos, organizaciones, empresas, instituciones, espacios cuasi-públicos y privados.

La ingenuidad, ignorancia y sorpresa permiten enfocar la atención sobre aspectos ya naturalizados en la cultura observada. Al respecto, Bernard (1998) menciona siete etapas

en el desarrollo de la investigación participante que reflejan de una manera muy clara y “realista” lo que sucede en el campo:

1. Contacto inicial.
Euforia, emoción, sorpresa que puede resultar en una experiencia agradable o desagradable.
2. Shock.
Ansiedad del investigador por recoger “buenos datos”. Resultado de decepciones, desafíos y obstáculos sociales, culturales, físicos, etc.
3. Descubriendo lo obvio.
Se recoge información que puede parecer irrelevante en un momento posterior.
4. La ruptura.
Cansancio en el que puede recomendarse el alejamiento. Usualmente, señala el autor, se puede dar en el tercer o cuarto mes.
5. Enfocando.
Como resultado del alejamiento se redirigen los esfuerzos.
6. Exhaustividad.
En el séptimo u octavo mes se puede tener una sensación de haber cansado a los informantes.
7. Dejar el campo.

Es necesario agradecer y hacer saber a la población la importancia de su participación y ayuda.

1. Con relación a la entrada al campo Bernard (1988) señala las siguientes cinco reglas:
2. Elegir un sitio accesible.
3. Llevar documentación por escrito que facilite la entrada.
4. No tratar de imponer nuestras ideas o nuestra voluntad.
5. Pensar en posibles respuestas a cuestionamientos sobre nuestra presencia en la comunidad por anticipado.
6. Mapear social y geográficamente la zona.

Bernard (1998) para utilizar la observación participante en la investigación científica, reconociendo que no es la única estrategia de investigación, pero puede ser imprescindible para dar respuesta a ciertas preguntas. Las razones propuestas son las siguientes:

1. Es una estrategia que facilita la recolección de información tanto cuantitativa como cualitativa.
2. Reduce el problema de la reactividad, lo que permite, con el tiempo, la invisibilidad del investigador en el campo y permite el actuar “natural” de la población.
3. Ayuda a formular preguntas en el lenguaje nativo.
4. Da un conocimiento intuitivo de lo que sucede en la cultura.
5. Hay problemas que no pueden abordarse de otra manera.

Nuestros informantes fueron entrevistados después de un periodo de “convivencia” rígida a rescatar los elementos que nos dieran luz a las maneras de relacionarnos con ellos y las maneras mismas en que ellos se relacionan de manera que pudiésemos crear un intercambio natural e integrarnos en la medida de lo posible con la comunidad. Lo anterior

porque además de tener como finalidad la obtención de información se tenía en mente la creación de lazos para la prestación de servicios a las comunidades a las que pertenecían los informantes. Es decir. Aunque no tuviéramos como finalidad el entrevistar a todas las comunidades sino a una porción de ellas, la finalidad era crear confianza entre los sujetos y darnos a conocer como una opción para solventar ciertas necesidades, no las que nosotros planteábamos, si no las que nos eran atribuidas. ¿qué significa lo anterior?, la idea era que nos conocieran, que conocieran las posibilidades, limitaciones y plasticidad en nuestro trabajo para poder sumar esfuerzos y brindar la atención necesaria, la que querían y podíamos, no la que impusiéramos.

LA ENTREVISTA

Según Mella (2003), la entrevista es una de las técnicas más utilizadas para la recolección de información, no obstante, existen diferentes maneras de realizarlas de acuerdo al diseño metodológico y los paradigmas metodológicos. Menciona una diversidad de tipos que implican desde la manera en que se elabora y aplica el cuestionario, hasta las personas implicadas en el intercambio de información.

Mella (2003) describe principalmente dos entrevistas en la investigación cualitativa: la entrevista en profundidad y la focalizada. La primera intenta comprender a la persona como globalidad, al mismo tiempo que indaga las experiencias particulares. Ejemplo de ello son las historias de vida que permiten obtener información sobre escenarios, situaciones y personas presentes a lo largo de la experiencia de vida de una persona, de manera que podamos a través de ello acceder a las interpretaciones del mundo personal y social del sujeto. Menciona que aun cuando es guiada por el investigador, se debe estar atento a los temas emergentes en la propia interacción.

La definición propuesta por Taylor y Bogdan (1996) para la entrevista en profundidad utilizada con mayor frecuencia en la investigación cualitativa es: "...reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan en sus propias palabras" (p. 101). Taylor y Bogdan proponen una clasificación de dichas entrevista en función del tipo de información necesaria y la especificidad de la misma, por lo que recomienda una serie de consideraciones antes de establecer el tipo de entrevista por la que debemos optar.

En la entrevista focalizada se debe centrar la interacción o diálogo en los aspectos que brinden información respecto a temas específicos, puede ser centrado en algún tipo de experiencias, en concepciones sobre ciertos fenómenos u objetos sociales, descripciones de situaciones específicas, etc. (Mella 2003).

Bernard (1998), describe las características de la entrevista semiestructurada. En esta se tiene una guía ya sea de temas o de preguntas que deben de ser abordados, por lo que es de mucha utilidad con sujetos que no disponen de tiempo para dedicar a un entrevistador.

Además de tener claridad con respecto a la herramienta de recolección de información que hemos seleccionado, también es importante considerar cómo se realizará la aproximación a los informantes (Taylor y Bogdan, 1996). Así, es importante considerar:

1. Explicitar los motivos e intenciones del investigador.
2. Establecer o no el anonimato.

3. Palabra final en el tratamiento de información. Estoy de acuerdo en involucrar a los informantes en la elaboración de los resultados, pues finalmente la interpretación que se dé no debe estar en función de lo que suponemos que dijo el informante.
4. Si se ofrece o no dinero a los informantes. Debe considerarse las implicaciones en el tipo de información que se puede proporcionar en una interacción en la que interviene el dinero.

Antes de comenzar una entrevista debemos tener cuidado en cómo se formulan las preguntas, sea que se trate de un cuestionario previamente estructurado o de una entrevista en profundidad no estructurada. Esto implica el tipo de lenguaje y la finalidad siempre descriptiva de las mismas (Taylor y Bogdan, 1996). Algunas sugerencias a seguir son:

- No abrir juicio.
- Permitir que la gente hable.
- Poner atención.
- Ser sensible.

Mella (2003) señala algunas habilidades necesarias en el investigador o entrevistador para que faciliten la situación de la entrevista y permita la obtención de información relevante para la investigación, lo cual es inherente al carácter social y subjetivo, emocional y cultural de la entrevista.

Después de establecer una relación e intercambio con las comunidades y asentamientos indígenas con los que trabajamos, se creó con el equipo de trabajo una guía de entrevista que tuviera las cualidades de ser tan abierta como fuera posible para que los entrevistados nos compartieran sus necesidades, al tiempo que lograra focalizarse en los temas trascendentales para cumplir con los objetivos trazados. El resultado se muestra en el cuadro 1.

ANÁLISIS DE DATOS

Para la interpretación y análisis de la información obtenida, se utilizó el Análisis de contenido. Se eligió éste tipo de análisis debido a que permite realizar inferencias válidas y confiables a partir de cualquier forma de comunicación. A partir de él es posible procesar la información extrayendo los fragmentos más relevantes de acuerdo a las unidades de análisis.

Las unidades de análisis constituyen los fragmentos de las entrevistas que se utilizaron para su posterior categorización. En este caso se organizó en un primer momento la información por temas temporales, comunes en el conjunto de las historias de vida. De ésta manera se logró codificar la información para lograr una descripción de la historia de migración de los sujetos entrevistados.

Después de identificar los temas contenidos en las entrevistas, se procedió a su codificación y categorización. La codificación y categorización se realizó a partir de los temas planteados en la entrevista, incluyendo algunos que emergieron durante la misma.

Finalmente, se elaboraron las inferencias que permitieron la generalización de la información obtenida.

RESULTADOS

Wixaritari

A continuación se presentarán los hallazgos del acercamiento realizado a partir de las entrevistas, se encuentran organizados a partir de los temas explorados. Se comenzará con

Cuadro 1. Guía de entrevista		
CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA	INDICADOR
Datos demográficos	Grupo étnico	Comunidad de origen
		Lengua materna
		Comunidad de origen de los padres
		Lengua materna de los padres
	Edad	
	Ocupación	
	Sexo	
	Tiempo de residencia en la ZMG	
	Familia	Estado civil
		Descripción de la situación familiar
Personas que viven en su hogar y relación (familiar o no) que mantienen con ellas		
Razones para migrar	Decisión	
	Descripción de la situación familiar anterior a la migración	
	Descripción de la experiencia de migración	
Experiencia de migración	Migración	Interacciones (redes de apoyo)
		Cumplimiento (Creencias, costumbres y tradiciones)
Enfermedades relacionadas con la experiencia de migración	Salud mental	Enfermedades mas comunes en la ZMG
		Qué necesitan, qué quieren, qué se les puede ofrecer
	Concepto de salud mental	
	Consecuencias religiosas	

los resultados de los *wixaritari* entrevistados.

Los entrevistados oscilan entre los 18 y los 40 años de edad, se encuentran entre ellos personas de primera y segunda generación, entre las ocupaciones que tienen están el de curandero, estudiante, artesana, asesor técnico y músico. Por migrantes de segunda generación entendemos aquellos autodenominados indígenas que nacieron en la ciudad de Guadalajara en este caso, en la muestra tuvimos tres personas bajo este criterio. Las comunidades de origen, ya sea de los entrevistados o de sus padres fueron: San Andrés Coamiata en el municipio de Mezquitic, San Sebastián Teponahuaxtlán, en el Municipio de Mezquitic, Jalisco, Guadalupe Ocotán, en Nayarit (colindando con Jalisco) y Santa Catarina, municipio de Mezquitic, Jalisco. El tiempo de habitar en la ZMG fue entre 4 y 29 años, tomando en cuenta que para tres de ellos representaba toda su vida.

Uno de los temas que surgieron y que no venía en la guía de entrevista, el cual también surgió en otros grupos entrevistados es el significado de ser wixárika o huichol. Los entrevistados mencionaron que significa saber hablar la lengua, tener lazos fuertes con la gente de su pueblo, ser de un pueblo, localidad y región huichol, tener casa y ganado, que se identifiquen como tal, conocer las costumbres, no olvidar sus raíces, traer la cosmovisión, estar ahí para responder a los deberes y responsabilidades. Asimismo, fue mencionada su relación con el maíz que es algo que “nace del corazón y se encuentra en la sangre”.

“Yo aunque haya nacido aquí llevo en mi sangre, sangre de indígena y más en la cultura que nací porque, para mí es una de las mejores porque conservan sus tradiciones, hacen sus fiestas tradicionales, una de las que me gusta mucho, aunque no conozco muy bien o no participo mucho porque no estoy allá, pero sí me gusta mucho, un día me gustaría darlo a conocer al mundo que no hay diferencia entre ser un mestizo y ser un indígena, que es casi lo mismo, nada más por el tono de piel, o el idioma o el dialecto, porque todos somos humanos”. (Lorena, entrevista 2013)

“llevé las actividades a veces como son ahí, pero yo me identificaba porque no, yo nunca pude ser, mm mestiza o no sé, porque no, realmente no, o sea no, yo creo que también más bien nace de tu corazón no, de cómo, yo siempre he amado lo que soy, de donde vengo, te digo aunque no lleve así realmente lo que tenga que ser, las costumbres, pero no se a veces llegan aquí los de la, como se llaman las religiones, no que dios que sabe qué y que, pos no, la verdad es que siempre he pensado es que no puede ser, no me están diciendo nada diferente, porque todo está basado para nosotros que en la naturaleza porque, si no existe eso pues no hay vida y ellos dicen no pero es que nuestro dios es así y así y tu dios no dice eso y si crees, si pero al final llegas a lo mismo pues, entonces como que nadie me saca de eso no, que a lo mejor te digo, no está al 100%, pero por alguna razón esa energía pos la tiene uno ¿no? la tiene dentro”. (Kena, 2013)

En las entrevistas hablaron sobre las razones para regresar a la sierra cuando se les preguntaron sobre su experiencia en este periodo de migración. Los sujetos entrevistados mencionan la importancia de regresar cada año para cumplir con el compromiso de ser wixárika o las costumbres y fiestas a cumplir. Por otro lado, muchos de los entrevistados refrieron las necesidades de trabajo, de salud y las alimenticias como aquello que los llevó a migrar, no obstante manifiestan su interés por regresar.

“Pues por el trabajo, necesito porque sí, como te digo si me voy a la sierra no voy a poder trabajar ni el en campo ni nada, si tuviera un poco de dinero invertiría en un negocio allá que más o menos me saque del día a día, pero si no es así, para poder sobrevivir tengo que trabajar y la música salir a la calle y buscar algo para comer, salir y buscar dónde vender, ese es mi... lo más fuerte, claro que no estamos luchando por el dinero estamos luchando por comer porque si no trabajamos no estamos vivos, te mueres, así lo diría”. (Jesús, 2013)

El asentamiento de los wixaritari en la Zona Metropolitana de Guadalajara no se encuentra en espacios compartidos o colectivos, más bien en zonas aisladas, a partir de las cuales crean algunas relaciones o más bien alimentan relaciones que por lo general vienen desde sus comunidades, es poco común que se establezcan nuevos lazos en la ciudad, la mayoría se conoce previamente y se encuentra en la ciudad, en sus trabajos o en las zonas de tránsito.

Siguiendo con el tema de la experiencia de migración, los sujetos entrevistados hacen mención de la discriminación vivida, principalmente cuando se encuentran con sus vestimentas tradicionales, la palabra “indio” fue referida como un término utilizado de manera despectiva en la ciudad. Esto sucede con mayor frecuencia con respecto a los niños.

En cuanto al cumplimiento de las prácticas religiosas, como ya se mencionó, tienen una gran importancia en este grupo étnico. Como ejemplo fue mencionada la forma en que son elegidas y reconocidas las autoridades, bienes comunales, centros ceremoniales y comisariados para la toma de decisiones. Dichas responsabilidades recaen también en el resto de la comunidad.

“Es que la flor del peyote te enseña muchas cosas, si tú ya te lo comes y te lo bendices y te lo comes, te va a enseñar muchas cosas. Yo no creía eso, a poco una biznaga te va enseñar, así creía, mi cultura ya está... Pero cuando yo lo comí, así de chiquito, una semana Mateo, una semana estaba yo acá... y ahí fue cuando el mismo venado y el mismo coyote me empezaron hablar y me dijeron, vas por un buen camino si tu quieres conocer más, ve allá donde hay... y cuando te sientas mal come esto... y sí, poco a poco empecé... (Mateo, 2013)”

Algo de gran importancia para los wixaritari es la forma en que se organizan en su comunidad. Una de las funciones de dicha organización es la toma de decisiones de las autoridades ejidales sobre los bienes comunales, de las autoridades comunitarias como el gobernador sobre los centros ceremoniales, asimismo fueron mencionados los comisariados encargados de servir como puente de comunicación con las autoridades municipales.

“En la comunidad, porque para, porque ellos consideran para tomar decisiones tienes que ser como miembro, o sea como un decir tu tengas tu, tu pedazo de tierra, ya sea una casa o ya sea para sembrar, pero es como el derecho, el derecho a voz y a la decisión ¿no? Pues en las decisiones creo que no, precisamente ellos las toman ahí. (Antonio, 2013)”

Los wixaritari relacionan enfermedades con la migración, para los fines de esta investigación primero identificamos aquellas enfermedades que no se relacionan con la salud

mental. Entre ellas se menciona a las caídas, como por ejemplo. Una entrevistada, Lorena, menciona una caída de su madre y en su relato sobresale que a pesar de que la atendieron no le supieron explicar bien. Al parecer, la falta de comunicación o el poco interés de algunos médicos por explicar lo que sucede con los pacientes es entendido como una carencia del médico. Asimismo, llama la atención si entendemos cómo es que para la cosmovisión indígena y en particular la wixárika, las enfermedades tienen alguna causa, es decir, la caída y las curaciones, no son explicaciones suficientes para esta población. Otro de los temas referidos respecto a la salud en general es el de la alimentación, la cual se ve afectada por el ritmo de vida y la mayor accesibilidad a alimentos poco saludables y más procesados, al respecto una entrevistada menciona:

“La alimentación, porque la mayoría, yo creo que el 50-70% no sé, son artesanos, artesanos que salían y que en la mañana como ‘no alcancé a hacer un platillo que no sé qué, que toma tu refresco, que toma tu bolillo o que te comiste un lonche nada más o que te comas unos tacos en la calle’ así y que no sabes cómo están preparados pero total que ya te echaste tu lonche y a trabajar, entonces es mucho eso... (Kena, 2013)”

Sin dar mucho detalle al respecto, los entrevistados mencionaron también el cáncer de pulmón, la gastritis, la caída del cabello, problemas de riñón, tuberculosis, tumores en la matriz y las piedras en la vesícula. Estas enfermedades las asocian con su estancia en la ciudad y con la atención médica, pues mencionan que los curanderos tradicionales, llamados mara’akames, no alivian estas enfermedades.

Con respecto a las enfermedades mentales los entrevistados mencionaron varias que atañen específicamente a la esfera de lo mental, se mencionó la depresión y se describieron algunos síntomas que pueden asociarse a ella. Mateo, uno de los entrevistados menciona que los problemas económicos han causado la depresión en sus compañeros y que incluso a él mismo alguna vez le pasó. Él mismo diferencia esta depresión de un estado en que las personas lloran tanto que pueden llegar a morir, y esta enfermedad solamente la puede curar un mara’akame y el abuelo fuego es quien puede liberar a la persona.

“Que no quieren vivir, lloras y llorar y así se ha muerto mucha gente y de eso yo me sorprendo. Si no los ve el mara’akame, se muere, pero si lo ve... si él... es que a mí me pasó y a mi hermana, mi mamá se iba a morir así, y yo le dije a mi jefa no estés pensando cosas que no son, y dile al fuego que te libere y que te limpie... el abuelo fuego es chingón, es chido, el trae todo, si le pides una cosa te concede, y te limpia... (Mateo, 2013)”

Otra entrevistada menciona que en una ocasión duró casi tres meses sin levantarse, la revisaron los médicos, le pusieron suero, y no se solucionaba, no podía caminar y lloraba. Menciona que con frecuencia siente ganas de llorar por no tener un trabajo o porque no le gusta lo que hace.

Antonio, menciona que cuando estudiaba llegaba a sentir que le perturbaban muchas cosas y esto le dificulta su concentración. El mismo sujeto entrevistado señala que hay ocasiones en que los jóvenes se enferman debido a cuestiones de identidad y señala:

“Yo lo veo de una manera, los chavos si se enferman acá en la ciudad, se enferman no nomas de, de, me refiero no gripa ¿no?, si no me refiero, llámese cuestiones de identidad, llámese cuestiones de que el mundo los come, no sé cómo decirlo. Hay jóvenes que por cierto no, están viajando todo el tiempo y nunca regresan a ningún lado, nunca llegan a ningún lado, como que están perdidos, o sea yo creo que eso pasa cuando no los atienden, no hay esa responsabilidad de los papás y de los, de los Ma’arakate yo creo que sí es importante. (Antonio, 2013)”

El alcoholismo o ser “borrachos” (en sus palabras) es un problema atribuido a los jóvenes principalmente, consecuencia de dejar de atender a las recomendaciones de los padres

“O muchos que son bien borrachos o sea, todo eso a mí, yo lo veo y digo no esos cuates pos ya no entienden de razón ni para mi yo lo veo como que es algo de que tuvieron que ver mucho sus papás y sobre todo para ser chavos que vienen de familias así como yo que, familias que, que tienen algo de la cultura ¿no?, de la cultura, de las prácticas mas bien. Yo pienso si es muy importante lo que se hagan ellos. (Antonio, 2013)”

Otro grupo de enfermedades que fueron identificadas en las entrevistas son aquellas que se relacionan con la cultura y el cumplimiento de la prácticas y tradiciones, las cuales son vistas como responsabilidades. De esta manera las consecuencias pueden ser desde la adicción al alcohol hasta la locura. Y pueden ser consecuencia de la envidia o de un trabajo malo, hechizadas de un mara’akame.

“Para que haya un loco es a través de la cultura, uno porque no ha cumplido, dos porque le hace daño a uno algún mara’akame malos, son cosas que digamos, he analizado eso psicológicamente, no soy psicólogo pero he analizado que en nuestra cultura ... si no cumples tus tradiciones te enfermas, si no vas y atiendes las reglas de la cultura...” (Mateo, 2013)

Otro elemento relacionado con la locura es el *Kieri*, mencionado por Casimiro, uno de los sujetos entrevistados.

Otra de las personas entrevistadas mencionó la posibilidad de que un *mara’akame* cause tristeza y llanto en una persona al “meter” (por métodos no visibles) algo en el ojo y provocar pulsadas, lo cual puede ser curado por un *mara’akame* que saque lo que le han metido en el ojo. Esta enfermedad no puede ser curada por nadie que no sea curandero.

El no cumplir con alguna responsabilidad relacionada con la cultura puede incluso causar la muerte por si misma o a consecuencia del suicidio y no solamente se trata de que la persona afectada cumpla, sino su familia, sus antepasados, la enfermedad o el mal se pueden transmitir generacionalmente. Los entrevistados mencionan la necesidad de la intervención del curandero y mara’akame, pero también admiten la ayuda conjunta de la medicina occidental.

“Pos no sé, ahí si no se, tal vez alguien mayor puede ser que a lo mejor alguien le hizo daño en algún momento a la familia ¿no?, o que alguien mismo de la familia no cumplió con su responsabilidad. Aquí con nosotros parece pos más bien que, que mi abuelo pa-

rece que no cumplió, ese fue parece que, si lo vemos por el lado así como te platico, esa fue como la causa de su muerte (Antonio, 2013).”

“...yo me sentía raro, me sentía triste, no sé qué era pero yo me sentía muy mal, no se, sentía débil, no se muchas cosas, lo que yo te puedo decir es que me sentía mal, estaba débil, estaba mal, estaba muy deprimido, y entonces mi mamá por eso dijo a ver vamos con un wixarika a ver que nos dice y ya pos ahí mi mamá conoce a un Ma’arakame y pos ya me revisó, me dijo que, de hecho sin decirme más bien, me dijo que yo estaba malo en lo que le llaman tukui, es el agua de la vida, haz de cuenta como si todos fuéramos plantas los huicholes, y entonces tenemos aquí un agua de la vida, cuando esa agua de la vida se está acabando, van pasando muchas cosas ¿no?, porque te caes de cabeza o varias cosas que se acumulan entonces en cierto momento y entonces también me dijo que trauma, porque el Ma’arakame también me dijo que estaba posible morir ¿no? y entonces para eso me pidieron que hiciera ese sacrificio, para renovar ese líquido que le llaman de la vida ¿no?, entonces si tú tienes esto y no te atiendes tú te puedes suicidar, te puedes hacer daño tu solo y entonces ya pues así empezó mi tratamiento, pos a manda por ejemplo, fui otra vez, ya no haces sacrificio pero si, más bien para el deseo de cuando menos renovarlo (Anónimo, 2013).”

Con relación a lo que necesitan en cuanto a la atención en salud mental, los entrevistados mencionaron varios aspectos. Uno de los mas importantes es la comprensión del médico y de sus limitaciones para curar algunas enfermedades. Señalan que por lo general, los curanderos o mara’akate pueden identificar si la enfermedad es algo que pueden curar ellos o se trata de algo que no les compete, lo cual no es una práctica de los doctores.

“...fijate que aquí hay una cosa, cuando sacan la radiografía estás bien de salud eso te dice el doctor, pero el enfermo sigue igual. Lo que yo veo ahí, lo que diga el doctor que antes lo vea el maracame si está enfermo por su cultura, o porque debe algo, para que no haya más... el doctor no se quiebre la cabeza del por qué no se ha aliviado (Mateo, 2013)”.

Uno de los entrevistados menciona que la diferencia se encuentra en la causa o la naturaleza de la causa, es decir

“Es que luego, luego se nota cuando es espiritual, moral, no es físicamente, pero yo trato de que cuando viene mi papá o alguien conocido que tiene el don de curar que me haga un chequeo o que me diga en qué estoy faltando, de esa manera me dice que es lo que está faltando y planear que si algo estoy faltando el respeto a mi cultura yo me planeo cuando voy a realizar alguna ceremonia o algún deber y ya planeo con él que él se dirija con ese mensaje a los dioses y yo así le hago, trato de hacerme un chequeo con el mara’akame” (Jesús, 2013).

Como se puede observar en las citas y fue mencionado por todos los entrevistados, se le atribuye al *mara’akame* una sabiduría “superior” y un conocimiento mayor en el terreno de lo espiritual, por lo que las enfermedades que son tratadas por los profesionales de la

salud mental en su mayoría son competencia del *mara'akame*. No obstante, algunos entrevistados reconocen la utilidad de un tratamiento conjunto.

De la cultura de nosotros el marakame ayuda que me limpie y me cure y aparte la enfermedad que encuentran los médicos que me curen. A mí me gustaría así (Eulalia, 2013).

“Pues que... se supieran entender, que el chamán no se metiera... en un decir en sus métodos y que el doctor no se metiera con sus métodos, que se platican entre los dos que es lo que van a dar y se platicaran entre ellos la situación de la persona, si es que el chamán supiera hablar en español o alguien que le explicara...” (Lorena)

Fue mencionado que por lo general, cualquier tipo de atención a la que se acude, un wixárika va a hacerlo con su familia, porque están acostumbrados a los vínculos con ella y con su comunidad, por lo que un psicólogo o un psiquiatra debe “estar muy atento” para conocer bien a la persona, preguntarle no sólo de él, sino primero de su familia, de su comunidad, ya que su salud no es un asunto de un individuo, no lo puedes tratar como individuo.

Uno de los entrevistados, señaló que podría darse el caso de que acudiera sólo y habría que poner atención a esto también, pues tendría que tomarse como un indicador de que algo está pasando con su relación familiar y sus vínculos, lo cual puede suceder con mayor frecuencia en los que viven en la ciudad.

Otro asunto mencionado es el de la dificultad para cumplir con las citas y el papeleo que implica la atención pública, pues mencionan que para ellos muchas veces la dificultad es que vienen desde sus comunidades a atenderse y si tienen que pasar por todo el proceso de sacar citas, programar estudios, etc. en ocasiones no pueden cumplirlo porque sus estancias son temporales, a diferencia de otros grupos étnicos que han creado asentamientos que les permiten estancias más prolongadas.

Otra de las dificultades es a consecuencia de los prejuicios, algunos entrevistados mencionaron la manera en que los médicos devalúan la atención del médico tradicional o las creencias de las personas, negando las explicaciones que las personas mismas tienen sobre sus padecimientos.

Por último, solamente se mencionarán algunos métodos terapéuticos tradicionales que consideran de importancia, los cuales se encuentran dirigidos a la curación de las causas de las enfermedades, las cuales ya mencionamos, faltas al costumbre, hechizos, envidias, la acción de algunas plantas sobre la salud de las personas. Éstos métodos consisten en rezos, sacrificios (como dejar de consumir alimentos, llevar ofrendas a lugares sagrados), ceremonias o fiestas que organizar a alguna deidad o lugar sagrado y el uso de herbolaria fueron los mencionados por los entrevistados.

Nahuas

La muestra de los sujetos entrevistados de origen étnico nahua se caracterizó por ser todos adultos la mayoría entre los 22 y los 35 años de edad, uno de ellos solamente tenía 63 años, fueron artesanos, comerciantes y una empleada doméstica, uno de ellos no reveló su ocupación. En cuanto a las comunidades de origen se encontraron diferencias tanto de localidades como de estados, fueron mencionados: Ameyaltepec, Guerrero; Santa Clara Huitziltepec, Puebla, Huejutla, Hidalgo.

Antes de comenzar con los temas de la entrevista semiestructurada se mencionará uno de los que surgió de manera espontánea que es el de “la comunidad”. En términos generales, con base en las entrevistas realizadas, se definió como el lugar de dónde se es originario, se habla náhuatl y cuando hay un problema se “mete” la gente.

El “náhuatl” fue definido por los entrevistados como una forma de hablar como indígena que se habla en varios estados, hay veces que las palabras pueden cambiar e incluso combinarse con otro dialecto. En la ciudad ya no se habla, se ha perdido la costumbre. Se menciona el caso en que no se habla porque la gente piensa que no se tiene dinero para pagar, por ejemplo en una consulta médica.

“No, pero fíjate que precisamente es lo que también estamos viendo, que nos interesa y pues vamos a tratar de entender si quiera las frases o las palabras más usuales para una conversación porque si es importante y como ahorita que estamos aquí con muchos compañeros también de diferentes estados u otros que mmm... que hablan igual nuestra misma o, pues es bonito, es bonito conservar eso. Si pero te digo hasta la fecha no sé pero si hay interés” (Érica, 2013).

En cuanto a los temas tocados por la entrevista se encuentran las razones para migrar, en suma, mencionaron que salen del pueblo para buscar trabajo, para mejorar el nivel de vida, para tener un mejor futuro y dinero para mandar a la comunidad.

“...salí de-el pueblo por la, por la intuición de mejorar mi.... Nivel de vida de-... Porque alla no había trabajo y eso fue lo que me hizo salir de ahí para buscar mejorar, que mis hijos estudiaran y aquí estamos, (...) antes anduve saliendo desde soltero andar buscando... este, trabajo que no había, entonces yo por esa razón,- también poco (...) el dialecto, porque la verdad empecé a salir y chico; me casé y con mayor razón, porque el dinero ya no, no ajustaba, hay que sacar de donde sea” (Cayetano, 2013)

La migración representa para algunos de los entrevistados “batallar”, es decir, encontrarse con dificultades, tener que sortearlas, como ejemplo mencionaron el encontrar un lugar donde vivir, trabajar duro, mantener las relaciones con la familia en el lugar de origen, principalmente con los hijos. Representa una lucha constante.

La ciudad les representa alejamiento, rechazo, aun cuando mencionan que existen excepciones en algunas personas.

“Oh ya, no pues sí, como que de por sí, si sigue habiendo aún ese tipo de, de burla, no sé, ese tipo de alejamiento no? De que rechazo por parte de, de ciudad” (Érica)

Los nahuas regresan a su pueblo los días de fiestas o celebraciones patronales, mencionan fiestas de santos o de alguna virgen. Por lo anterior los entrevistados mencionan regresar a su pueblo cuando menos una vez al año, lo que les parece poco tiempo, van por la fiesta en particular y algunos mencionan que llegan a permanecer allá de tres meses hasta un año.

La importancia de la familia es muy grande para ellos, además de mencionar que por lo general forman familias grandes de entre ocho hasta doce hijos, esto lo ven como un rasgo distintivo de las familias de la ciudad quienes tienen uno o dos hijos.

En cuanto a las enfermedades que relacionan con la salud mental mencionan la Brujería, la cual la identifican cuando una persona está mal de su cabeza y es provocado por otra persona. Lo cura un curandero con la hierba *Kepexi* o *tepeicuaxi*, conocida así en sus comunidades, después de esto, el afectado puede ver quien le provocó el mal.

“cuando una persona está mal de su cabeza, se dice es que esta persona me embrujo, esta persona me embrujo, ahora este, entonces eh, la gente acude, la gente acude a este, con los curanderos y los curanderos este les dicen a ellos que tomen una yerba que no sé cómo se llama en español pero que en náhuatl se llama kepexi o se llama este tepeicuaxi son dos, este, son dos yerbas las que según ellos se ponen así, se ponen a hacer sus yerbas, entonces se lo dan a la persona que está enferma de la cabeza o que cree que tiene brujería y se lo toma, cuando esa persona se toma ese tipo de yerba, empieza a ver a la gente que según le hizo brujería y agarra esta gente y le dice no, sabes que tú, en el momento que empieza a consumir esa yerba empieza a ver, tú fuiste, empieza a ver a la persona que, según a través de estas yerbas (...) Se lo toma, se toma el juguito de la yerba y ese cuando se lo toma, la persona que se lo tomó empieza a quedar así como inconsciente, como medio drogado algo así, y entonces empieza según a ver a la gente que le hizo eso y que ya, que una vez pasado el efecto de las yerbas se queda quieto. Dice ella que mucha gente dice eh ya pues este, que se ha curado, pero hay mucha gente que dice que no (...) En Guadalajara yo creo que sí, pero sinceramente aquí en Guadalajara no sé cómo, como lo vean, como lo vean aquí, porque allá en el pueblo es brujería, aquí en Guadalajara no sé, porque son algo relacionado con la mente” (Azucena, 2013)

Otra de las enfermedades mencionadas es el susto, definida como la enfermedad que le da a las personas cuando pasan por un susto grande como caerse o casi ser atropellado. El lugar dónde se asusta la persona es el lugar donde se queda su espíritu, para curarse se debe acudir con el curandero o con la “señora que ve el espíritu”, poner una ofrenda en el lugar y realizar un ayuno.

“(...) según dice la creencia de mi pueblo que tú vas y te asustas en un lugar y ahí se queda como tu espíritu, se queda tu espíritu y entonces alguien que sepa hacer el mal, o sea ora sí que como el ritual, el ritual y según ella solo el curandero lo puede hacer, según ellos, sabe...la cosa...tiene que hacer ayunas y darles de comer a los animales, bueno unos animalitos no sé, ora sí, ¿que era? darle de comer (...) un cerro, qué cerro, en dónde, y... o después tiene que ser el lugar donde tú te acuerdas que crees (...) ese lugar, y ha funcionado, si ha funcionado, yo tenía personas que les ha funcionado, que les da susto (Pedro, 2013).”

“Dice que en ocasiones, que ahí en el pueblo hay gente que se resbala y se cae, entonces a la hora que esa persona se cae, siente como que un susto bien grande, como que iba a pasar un carro que tal que hubiera pasado encima de mí, entonces es un susto muy grande lo que se lleva y entonces dice ella que allá en el pueblo cuando una persona se asusta, eh, hay una señora que le llaman, una señora que te ve el espíritu, que te lee las cartas o que echa maíz así en la mesa y ya te dice, no pos es que, ya te dice no es que tu estás asustada, dices no pos yo dónde me asusté y ya te dice no pos allá donde te caíste y

ya la persona que está asustada dice hay si es cierto ya me acordé que sí, que me caí de tal lado y entonces pues ya dice vamos a poner ofrenda, allá donde te caíste vamos a poner maíz y lo vamos a cocer y lo vamos a dejar ahí, vamos a poner esa ofrenda y con incienso y ayuno y ya dice mucha gente que también se ha curado, con, con maíz bueno cuando ponen ofrenda y ayuna” (Azucena, 2013)

Por último, otra enfermedad referida es el mal de ojo, la cual les da a los niños cuando los observa y chiquea pero no se les toca, lo que provoca que tengan un ojo más chiquito que el otro. Se puede curar poniéndoles un ojo de venado rojo en una pulsera.

Los entrevistados señalan que la salud es una necesidad no satisfecha y muy importante en las comunidades, además que creen necesaria también la atención psicológica y psiquiátrica en general. También reconocen que en sus colonias o lugares donde se han asentado en la ciudad es una necesidad aun no resuelta.

“Aquí en Santa Fe sí falta un consultorio... que en la noche... imagínate una emergencia y no hay ningún carro, no pasan taxis aquí, ya que llegues al hospital... de aquí que venga, de aquí a que te lleves a esa persona, ya se te murió. (Odeth, 2013)”

En cuanto a los médicos, mencionan que los doctores son de la ciudad, están en los hospitales, centros de salud y consultorios particulares. Señalan que no atienden bien a las personas que se ven humildes o no hablan bien el castellano. A las embarazadas les recomiendan que coman mas, cuando en sus comunidades la recomendación y la sabiduría popular es que coman menos para que el niño no engorde y salga más fácilmente en el parto. También señalan que algunas personas en la ciudad ya acuden únicamente al médico y no al curandero.

En cuanto al curandero, son aquellos, según los entrevistados, que curan lo que los doctores no pueden curar, dan hierbas y medicamentos naturales. También señalan que antes sólo había curanderos en los pueblos, ahora ya hay médicos en los centros de salud.

“De hecho conozco algunas personas allá en el pueblo, que les duele alguna parte del cuerpo y han estado así por años y van con los doctores para que le curen ya sea las piernas ya sea la cabeza y nada más no, no los curan, y se van con curanderos y dicen que o no sé si sean brujos o no sé, más bien curanderos, se van con los curanderos y ya dicen que los curanderos si los curan. (Azucena, 2013)”

“(…) cerca de mi pueblo hay otros que son curanderos, son curanderos que se dedican a según aquello pues lo que sabe hacer, que tiene el don pues, tiene el don de curar, compran medicamentos naturales según ellos. (Pedro, 2013)”

Además de los curanderos identifican a las señoras que tienen la capacidad de ver el espíritu de las personas, leen las cartas o echan el maíz para ver qué tienen que hacer las personas cuando algunos males les aquejan.

Otras personas que pueden curar en cierto sentido son los que dan masajes para algunas enfermedades como del estómago o para acomodar bebés.

Hay otras personas que aunque no curan pueden “ver cosas”, como lo que le ha pasado a una persona, encontrar objetos perdidos, ver tu futuro, por lo general utilizan una prenda en el proceso.

“... entonces esa persona yo nomás por nomas de no tenía nada pues, fui y le dije a la señora, le digo ‘yo también toy enfermo’ y ya entonces me empezó, ‘me dice tienes que darme tu ropa ya con la que vienes usada y te llevas tu ropa, crees que pueda atinarle no se en dónde y entonces cierra los ojos y haz de cuenta dice lo que hiciste en tu pasado o lo que quieres hacer’, porque a mí que casualidad que me haya atinado cómo se dice todo porque en ese tiempo yo estaba en el patio y me dijo no en esa mujer ‘no te fijas porque tiene novio, y fijate que si cierto pasó y no me acuerdo que tantas cosas pero todo’, yo dije ‘cómo lo hizo, no lo conozco ni el me conoce, cómo supo eso’, le atinó, no creo porque a mi hermana también le dijo, mi hermana también le dijo y mi tía también le dijo, dice ‘tú te sientes muy valiente y no es cierto en verdad, tu aquí te pones con una persona y allá ya estás llorando’, y es cierto, también mi hermana y entonces esa persona creo que, no se puede decir que curé pero puede adivinar tu pasado o tu futuro saberlo puede, o puede si alguna cosa se pierde te puede ayudar a encontrarlo (Pedro, 2013).”

Hay conocimientos populares sobre las plantas, los cuales por lo general son competencia de las mujeres, se mencionan a las abuelitas, las madres, las tías quienes recomiendan té y hierbas, se mencionó la buganvilia, el estafiate, la ruda, la hoja de guayaba, aunque no se menciona cómo es el uso de estas hierbas.

Uno de los remedios mencionados es el uso de la manteca para sobar a las personas enyerbadas, el cual mediante sobadas y acompañado de *alka-seltzer* y Tehuacán cura a la persona. Entonces su cuerpo y su estómago de estar fríos y duros comienzan a calentarse hasta permitir el movimiento de la persona.

Por último, se menciona a las parteras, como aquella figura que puede ayudar a las mujeres embarazadas, puede predecir por la forma de la “panza” si es niño o niña, acomoda al bebé para su nacimiento y acompaña a la mujer durante el parto, usa hierbas para disminuir el dolor, usan sábila, romero, hueso de aguacate.

P’urépechas o Tarascos

La muestra de los p’urépechas, también llamados tarascos, estuvo conformada por adultos entre 19 y 60 años de edad, todos de primera generación. Entre las ocupaciones referidas se encuentran las ventas por catálogo, el trabajo doméstico, una de ellas es curandera, tres mujeres se dedican al hogar y un hombre a las ventas en mercardos ambulantes. Con relación a los lugares de Nacimiento o comunidades de origen, fueron mencionados los siguientes: San Pedro Zipiajo, municipio de Coeneo, en Michoacán; San Isidro, municipio de Los Reyes, Michoacán; San Andrés Ziondaro, Municipio de Quiroga, en Michoacán; y Cocucho, municipio de Chaparan, Michoacán.

Antes de comenzar con los temas específicos de la entrevista, se describirá uno que surgió de manera espontánea, la lengua. Los sujetos hacen una diferencia entre la lengua que se habla en sus comunidades y el grupo étnico al que pertenecen, afirman que el primero es el tarasco y el segundo es el p’urépecha, aunque en la literatura por lo general se toman como sinónimos. Mencionan que tanto ellos como sus hijos hablan la lengua de

origen, el tarasco, aun cuando los niños hayan nacido y crecido en la ciudad, pues aunque no se les enseña, ellos lo escuchan de los adultos pues es la forma en la que se comunican entre ellos y de ahí lo aprenden, de manera que después entre los propios niños y en ocasiones con los padres hablan en tarasco, aunque la lengua que se les enseña es el español y es la que aprenden en la escuela. Los niños, al igual que los adultos saben hablar tarasco pero no escribirlo, los entrevistados en su totalidad saben escribir solamente el español, no obstante, señalan que en sus comunidades ya se les enseña tanto a hablar como a escribir en tarasco. Aunque parece que el hablar su lengua les representa algo cotidiano, es decir, pareciera no tener una importancia especial, es algo que distingue a esta comunidad y la importancia se encuentra implícita pues para que los niños aprendan y además lo reproduzcan implica un elemento volitivo que se encuentra relacionado con elementos identitarios y de pertenencia a la comunidad.

Las razones que mencionaron haber tenido para tomar la decisión de migrar mencionaron la falta de trabajo o la escasez, mencionan que el trabajo es por temporadas, dependiendo de la producción agrícola. Otra de las razones mencionadas, aunque fue por un solo informante, es la salud de uno de sus hijos que requería de atención especializada.

En cuanto a la experiencia de la migración en sí misma, señalan que ha sido una dificultad el acostumbrarse a vivir en una ciudad viniendo de un pueblo, pues “todo” es diferente, el clima (“allá hace frío, aquí mucho calor”), el trabajo, la cantidad de camiones, la comida, la forma de cocinar, la lengua que se habla y se escucha, todo lo anterior les provoca extrañar Michoacán.

“Bueno los primeros días, este, a mí se me hizo así como difícil acostumbrarme porque, por ejemplo ya que vives por aquí te aguantas y te metes a la cobija, allá pues te haces una lumbre, te calientas, y todo, todo, todo es diferente y hasta el papá del niño decía que hasta los frijoles sabían muy buenos cocidos con la lumbre que con el gas, y este, pues fue así como difícil, difícil no, pero tampoco fácil, fácil, así de acostumbrarse así de un pueblo a la ciudad, porque un pueblo es muy diferente a una ciudad.

Por ejemplo se nos hacía difícil que como estamos acostumbrados hacer lumbre, íbamos a buscar este leña, lo íbamos a buscar por allá por periférico y este a mí se me hacía muy difícil este, pos, pos, porque por aquí es muy difícil conseguir la leña y allá no allá hay bien mucha y este otra cosa (Beatriz, 2016)

Yo dure como dos años sin trabajar porque no podía hablar español ni entendía pues. Pues, no escucho nada porque no sabía que decían y después ya entendí poco a poco y ya, ya trabajé. Sentía pues miedo (Cecilia, 2016).”

Los p'urépechas regresan por lo menos una vez al año a su comunidad, cabe señalar que sus comunidades son más accesibles geográficamente que las del resto de los grupos étnicos entrevistados. Regresan a las fiestas patronales, en diciembre al año nuevo, el día de muertos. Para todas estas celebraciones comunitarias se organizan por medio de las mayordomías. Los mayordomos hacen todo, desde la comida para la comunidad, recaudan fondos y organizan en general las actividades y provisiones necesarias. El resto de la comunidad debe realizar aportaciones económicas, es su forma de participar, aun cuando

asista o no a la fiesta, aunque en la mayoría de los casos asisten, en ocasiones su trabajo, la escuela de los niños o la salud puede impedirles su asistencia.

Una razón para regresar puede ser simplemente en la temporada de elotes, aun cuando no haya fiesta, si tienen los medios, van a su comunidad, donde casi todas las familias tienen una casa o llegan a casa de sus padres.

“Ajá, y ahorita vamos allá en Michoacán de vez en cuando, normalmente ahorita en mayo el 15 de mayo, el día de muertos, en noviembre, y en el año nuevo. El 15 de mayo la fiesta patronal del pueblo (Cristobal, 2013)”.

Otra de las razones por las cuales regresan es cuando van a parir, prefieren ser atendidos por las parteras por razones económicas y de identidad.

“Porque allá era más costoso eda y más porque nacían es hospitales, en vez de que nos cobren pues no y más porque allá había parteras allá en Michoacán allá en el pueblito y había parteras por eso, ya cada vez que íbamos a nacer allá se regresaba y ya nacíamos allá, se quedaba en la en la cuarentena o unos 2, 3 meses y otra vez iba para allá ¿Por qué? Porque mi papá tenía trabajo allá (Ángela, 2013).”

Una práctica social que sobresale de las realizadas en la ciudad es la de realizar una fiesta en el asentamiento donde se realizaron la mayoría de las entrevistas. Entre todos los que habitan la zona y provienen de alguna comunidad p'urépecha de Michoacán pidieron a las personas que les vendieron los terrenos donde construyeron sus casas que donaran un espacio para una capilla católica. Ahí construyeron un pequeño cuarto, de 3 x 3 metros aproximadamente, donde guardan las sillas y todos los elementos necesarios para realizar las misas, incluyendo un cristo y una virgen. Además en el centro del terreno hay un espacio con piso de cemento y techo de lámina sostenido de unos pilares que es donde acomodan el altar y las sillas en los días en que realizan las misas. Se encuentra rodeado de pasto y algunas flores y pequeños árboles. Ahí realizan anualmente una fiesta con elementos similares a los de las fiestas de su pueblo y para su organización cada año son nombrados a los mayordomos.

“Para las cosas de la colonia nos juntamos todos los colonos, para el agua a veces nos juntamos todos, ahorita ya están arreglando. Toda las de las colonias, o los que tienen lotes. Como ellos no tienen lote dicen cómo si nosotros no tenemos lotes aquí, no van y no asisten a la junta, nomás nosotros. Con los jesuitas que se ponen a avisar pues, qué necesitan algo, se juntan y ya piden algo que ocupan, que si ocupan algo por ahí se junta el dinero, ya lo compran.

Ahorita se me hace que no han pedido, antes pedían sillas, la mesas todo, para la capilla, la campana, todas esas cosas, así pues, juntaban dinero y lo compraban. Desde hace como 4 o 5 años (Ángela, 2013)”

“Pues los señores, los mayordomos pues, los que están en mayordomo hacen trabajo que hay o a veces hay así juntas para apoyarse, y ya, pero primero ven los mayordomos pues, por ejemplo qué se ocupa en la capillita, si ocupan sillas, si ocupan manteles para

la mesa, ya ven ellos y ya hablan y ya este, por ejemplo; una cooperación o una quermes o una rifa, y así, pero ya eso hacen los señores, bueno yo también como estamos ahí de metiche de catequistas también nos toca servir hacer kermes ahí en las ventas y pos a contar el dinero (Beatriz, 2016).”

De entre las Enfermedades, otro de los temas de la entrevista, los sujetos identifican algunas que se presentan comúnmente en la ciudad como son la fiebre, la tos, la gripe, las anginas y la hepatitis. También fue mencionada la Diabetes o alta de azúcar atribuido a los cambios en los hábitos alimenticios. Además refieren cansancio, dolor de cabeza y alergias que son atribuidas al ambiente en la ZMG.

Por otro lado se encuentran las enfermedades que aquí interesan, las relacionadas con la Salud Mental. Señalan la depresión debida a diferentes razones, una de ellas es la migración de los esposos y padres de familia a los Estados Unidos, dejando en la ciudad a sus esposas quienes en la mayoría de las ocasiones no reciben dinero y se preocupan.

“(…) están todas deprimidas, solteras, porque ya no hay muchachos, porque se van al otro lado muy joven y ya no regresan, entonces ahí la mayoría son mujeres, todos los muchachos que se quedan allá se casan allá y ya como que la juventud se deprime, están muy deprimidas y así (Ángela, 2013).”

Hay preocupación por la familia, tanto la que se encuentra bajo su resguardo como por las personas que dejan en sus comunidades. Ya sea por su bienestar o por razones económicas.

La adicción a las drogas es otra de las afecciones mencionadas, la cual refieren se presenta en los niños y jóvenes, a partir de los 13 años. Señalan que esto no sucede en sus comunidades, comienza en las ciudades y por lo general se da más en aquellos que se encuentran solos, que por alguna circunstancia fueron abandonados o se vinieron solos de sus comunidades. En otros casos mencionan que se debe a las relaciones que establecen en la ciudad con otros jóvenes, no p'urépechas que tienen esos hábitos.

“No así de que yo veo una enfermedad, si la tenemos aquí, este así como ustedes dice pues se trata de más o menos vi que vemos paisanitos de allá, de que se vinieron chicos, como algunos no tienen papás, mamás y pues los muchachos ya no quieren ir a estudiar se sienten ya bien solos, pues ya no quieren ir la escuela se salen, hacen travesura, ya como se dice, ya cuando le sacan de la escuela, y pues ya este empieza a junta con los muchachitos que nomás andan a la calle, que no le gusta el estudio, que siempre andan en la calle de, juntarse pues como se puede decir como vandalismo, que es gente que nomás no les gusta trabajar, que no más le gusta andar robando, nomás le gusta andar drogando (Cristobal, 2013).”

La adicción al alcohol también fue referida como emborrachamiento. Los informantes señalan que en los pueblos acostumbran tomar únicamente en las fiestas u ocasiones especiales, pero en las ciudades se da más la tendencia de consumir cerveza (caguama) cotidianamente, sobre todo los hombres adultos al llegar de trabajar. Lo que en ocasiones puede combinarse con la adicción a las drogas. Estas adicciones están ocasionando la separación y divorcio de algunas familias.

“Allá toman si, fuman, bueno casi no, pero no como aquí, pero bueno toman no cada 8 días como aquí, no allá nomas cuando hacen fiesta o algo pues y toman ey, pero así nomás no, yo tengo hermano pero no toman así, nomás cuando hacen una fiestecita o algo pero así, pero así nomás no (Yolanda, 2013).”

En algunas ocasiones los celos en los hombres hacia sus esposas es causa de violencia intrafamiliar. Los informantes señalan que esto se da en mayor medida en las ciudades porque los esposos se encuentran sin sus padres o mayores quienes puedan tener autoridad moral para contener o controlar su comportamiento e impulsos.

“Si, una vez, aquí vive una mi vecina, pero ya no vive aquí, luego y le dijo a mi esposo que yo ando con sus esposo, ey y mi esposo se enojó y lo pegaron pues a mi, su esposo de mi vecina vino con sus hermanos, vino y lo pegaron a mi esposo pues. Y de ahora ya no vive aquí, ahora vive aquí abajito pasando arroyo ahí vive su hermana y ahí están viviendo con ellos con su hermana, y pues aquí vino mi esposo borracho y me dijo así pues: ‘tu andas con esto y así, así, acostaste con él ¡hayyy, muchas cosas feas! y mis hijos aquí están viéndome como me pegan, mis hijos pues, están viéndome como me pega, como me gritan, no quieren salir cuando yo les digo ‘ve sálganse, vayan con Brenda’, y no quieren, ‘no porque le pega mi papá’, si pues mis hijos y si lloran, porque ellos lloran ‘¿porque pega mi papá porque?’ (...) (anónimo, 2013)”.

La tristeza es común debido a que extrañan sus lugares de origen, a su familia que se quedó viviendo en esos lugares y a los lugares en sí mismos.

“(…) me sentía muy triste que me sentía cuando yo llegaba de trabajar me sentía muy mal, muy mal, porqué me pasa eso y mira lo que me pienso, un vez me habló mi hermano de allá de Zacatecas y no podía ni hablar pero me sentía muy triste, muy triste y luego otro día le hable allá a mi hermana, allá yo platicaba con mi hermana, como si yo no viviera, me siento triste (...) (María, 2013)”

La atención de un psicólogo o un psiquiatra lo ven como una opción, lo ven como un proceso de diálogo en el que compartiendo la persona puede llevar un proceso en el que puede ver cómo corregir su vida. No obstante no señalaron medicamentos en estos tratamientos, si hubo tres casos en los que durante el trabajo de campo solicitaron atención psicológica y psiquiátrica y se les fue brindada, acompañada de medicamentos. Cabe destacar que esto sucedió después de realizar las entrevistas y de las constantes visitas a campo.

Fueron mencionadas algunas afecciones que son atendidas de manera tradicional, puede ser por curanderos o por medio de la sabiduría popular. Así, mencionaron que el dolor de estómago puede ser curado mediante el té de azares o de hierbabuena. Los conocimientos de herbolaria de las mujeres, madres, abuelas, tías que con los años van adquiriendo. Carmen (Entrevista realizada en 2013) la entrevistada que se autodenominó curandera mencionó algunas curaciones:

[El susto] yo curo con huevo y con chile, limón, es ahogándose, con algodón y ya cuando se pega mucho el algodón aquí [frente] cuando no se pega dicen que no. Limpia con

huevo, enfría a las personas, agarro un huevo me limpio, hace un padre nuestro, lo tira, ya la clara del huevo se va al drenaje, no pasa rápidamente, pasa a la media hora o cuarenta minutos.

[Mollera caído], yo sobo le echo agua y le pucho aquí [señala centro de la cabeza].

[Ojo a los niños], porque empiezan a llorar y luego tienen el ojo chiquito, a veces le da calentura. El ojo, huevo. Ah limpia todo cuerpecito, se quiebra y se tira,

Ira también cuando duele espada, cuando duele estomago también eda, todo. No, no todos son iguales, la panza pues, levantando pues aquí levantar en la espalda también igual luego levanta los pies eda y pega pues dicen también eda que están pegados la comida eda, o a veces digo yo.

Por el rumbo donde exploramos en el trabajo de campo los informantes mencionaron que hay varias personas que curan, no obstante al tratar de entrevistarlas se negaron en su mayoría, solamente una, Carmen, aceptó. Los informantes acuden con mayor frecuencia con personas que curan (curanderos) aunque no sean p'urépechas, mencionaron haber recurrido con otomíes, mestizos y, por supuesto, p'urépechas. A los médicos acuden cuando se trata de fiebres o de infecciones, aunque señalaron que frecuentemente los médicos confunden el empacho con una infección estomacal.

Mixtecos⁵

La entrada a campo fue realizada a partir del acercamiento a un grupo de mujeres artesanas que viven en la colonia Constancio Hernández en el municipio de Tonalá, por lo que la totalidad de entrevistas fue realizada a una muestra conformada exclusivamente por mujeres. Es importante señalar que lo anterior no obedece a criterios de intencionalidad en el muestreo, sino que es consecuencia de la entrada que se tuvo al campo, asimismo hay que destacar que en el proceso de observación participante y de entrevistas informales se ha establecido contacto con hombres en la comunidad y se buscará incrementar el contacto con dicho sector poblacional.

La muestra, finalmente estuvo conformada por ocho mujeres mixtecas de entre 18 y 46 años de edad, migrantes de primera y segunda generación, solteras y casadas. Entre las mixtecas migrantes de primera generación el tiempo de residencia varía entre los 6 y 28 años, Todas provenientes de San Andrés Montaña municipio de Silacayoapam, Oaxaca. No obstante que dos de las entrevistadas son nacidas en la ciudad de Guadalajara, al preguntarles “¿de dónde eres?”, ambas refirieron ser de la comunidad antes mencionada, lugar de procedencia de sus familias: “Bueno yo nací aquí, pero si somos de Oaxaca, por San Andrés Montaña” (Analilia, 2013). Es aquí donde comienza a emerger el tema de la identidad que fue muy referido por las entrevistadas sin que estuviera establecido como un tópico en la entrevista.

5 Los resultados presentados aquí fueron obtenidos de la Tesis de Martha Patricia Aceves Pulido del Doctorado en Salud Pública, de la Universidad de Guadalajara, la cual se encuentra en proceso a la fecha de la elaboración de este libro.

El objetivo de la entrevista fue realizar un primer acercamiento a la población establecida en la colonia Constantino Hernández cuya procedencia se ubica en la comunidad mixteca de San Andrés Montaña para establecer la factibilidad de la investigación sobre depresión y la pertinencia del tema en la comunidad. Se realizó una entrevista para conocer de manera general aspectos relacionados con la experiencia de migración y las necesidades sentidas por la población en torno a temas relativos a la salud mental. A partir del análisis de las entrevistas semiestructuradas surgieron diferentes temas (familias de códigos) en los que se agrupan los códigos emergentes:

- a. Enfermedades de la mente.
- b. Migración.
- c. Discriminación.
- d. Ser mixteco.

Cada uno de los temas fueron identificados a partir de los códigos que les componen y todos se encuentran relacionados entre sí. En lo referido por los sujetos se manifiestan las inquietudes y necesidades en torno a la salud mental, así como las causas y características que les son atribuidas. La migración como experiencia común en los sujetos tiene implicaciones en las concepciones al respecto de la salud mental y se encuentra relacionada con la discriminación. Cabe señalar que la discriminación se considera unidad temática debido a las constantes referencias y a la relación que establece también con el tema de las llamadas enfermedades de la mente. Sobresalen, en los resultados, las constantes referencias a elementos identitarios, que en un principio no se encuentran contemplados en el esquema general de la entrevista, no obstante, los sujetos entrevistados atribuyen un vínculo tanto con la enfermedad mental como con la vivencia de discriminación.

Definición y descripción de los códigos encontrados

Durante el análisis emergieron códigos que representan las concepciones que componen los temas antes señalados y fueron definidos a partir de lo referido por los sujetos. En el cuadro 2 se presentarán los códigos.

Descripción de la información por familias de códigos

- Enfermedades de la mente

El tema de la salud mental constituía el foco de interés de este acercamiento y los informantes permitieron obtener información valiosa y detallada al respecto. Por lo que además de emerger como uno de los códigos, constituyó uno de los ejes temáticos en el análisis.

Los códigos incluidos en esta categoría fueron relativos a la atención tanto del psicólogo como del doctor de la mente y del curandero, a los padecimientos tales como la depresión y el estrés.

De manera general, los informantes refieren que las enfermedades de la mente alteran el comportamiento de las personas que las sufren e identifican entre dicho comportamiento los siguientes: decir cosas raras, salirse de su casa a la hora que sea, correr, gritar, decir incoherencias, alucinar y alborotarse la memoria. Las causas a las que se atribuyen las manifestaciones anteriores son: las drogas, el alcoholismo, la muerte de un ser querido, leer la biblia y no entenderla, una mala vibra y la brujería. Cabe señalar que la mala vibra es de-

finida como una brujería que alguien realiza a otra persona, por lo que tiene un componente intencional.

Cuadro 2. Definición de códigos

CÓDIGO	DEFINICIÓN
Atención psicólogo	Atención a enfermedades de la mente que consiste en platicar para ayudar a que las personas se sientan mejor con lo que son y con lo que les pasa. Identifican al psicólogo más con una persona mestiza por lo que creen que para que funcione sería mejor que fuera un indígena o que hubiera un traductor presente.
Curanderos	Son personas que curan las enfermedades tanto de la mente como los problemas de salud. Sus curaciones las realizan ya sea por medio de rezos o de hacer cosas. Como ejemplo se menciona leer la mano.
Depresión	Es una enfermedad de la mente que hace que la persona se sienta triste, ansiosa y lllore.
Discriminación	Son las burlas que personas de la ciudad, mestizos, realizan a partir de la vestimenta, lengua indígena y forma de hablar español que sufren los mixtecos.
Doctor de la mente	Son los médicos que atienden a las enfermedades de la mente y para que funcione su tratamiento debe respetar la cultura y trabajo del curandero.
Enfermedad de la mente	Son enfermedades que modifican el comportamiento y los sentimientos de las personas que las padecen.
Estrés	Es una enfermedad de la mente que consiste en sentirse mal, ponerse nervioso y ponerse a pensar cosas.
Sentir en la ciudad/migración	Agrupar todos los sentimientos tanto negativos como positivos experimentados por los mixtecos a consecuencia de la migración o que son atribuidos a su residencia en la ciudad.
Ser Mixteco	Es la concepción que una persona tiene de sí mismo con respecto a su pertenencia a la categoría social de mixteco. Agrupa una serie de características culturales tales como: Lengua, tradiciones, fiestas, Baile, compañerismo, vivir en comunidad o como grupo, música y comida. Asimismo, a nivel personal implica el conocimiento sobre los elementos culturales y el experimentarlo con orgullo.

Para ilustrar lo anterior, se presenta lo referido por los informantes:

“[...] de repente empezó a decir incoherencias, a hablar de cosas que no existían, o simplemente pasaba y golpeaba a la gente y se iba corriendo y hasta ahorita ese muchacho sigue igual [...] bueno pensaban que porque tomaba mucho le pasó eso, pero si empezaba a salirse de su casa a la hora que sea, sin ropa, y empezaba a caminar y gritando y diciendo y todo eso (Angélica, 2013)”

“[...] una muchacha, una mixteca también que vive en el cerro que creo que ella si tenía una enfermedad, no sé cómo se llamaba y otro muchacho que estaban diciendo que era porque leyó la biblia, no le entendió, no sé qué y por eso se empezó como a traumar y

que empezaba a decir cosas raras y estaba diciendo que se le metió el diablo no sé qué, y así si sucede mucho (Janet, 2013)”

Además de los casos en los que se altera el comportamiento de manera extrema, refieren algunas otras enfermedades tales como la ansiedad, la depresión, el estrés y estar nervioso. Cabe destacar que la ansiedad y el estar nervioso son mencionados como enfermedades de la mente, no obstante, en el discurso parecen referir síntomas por lo que no fue posible una descripción de los mismos. Como síntoma, la ansiedad fue relacionada con la depresión, como se verá a continuación.

El estrés, como enfermedad de la mente que hace sentir mal a quien la padece y le provoca ponerse a pensar en cosas, se mencionó que en ocasiones les sucede a las personas que sufren discriminación, se ven presionados por el trabajo, por vivir en la ciudad o cuando se ven confrontados en su comunidad por algunos cambios en su comportamiento o costumbres. Una de las informantes refirió experimentarlo debido a los cambios en su comportamiento y apariencia realizados a consecuencia de un proceso de adaptación a la ciudad y la consecuente aculturación, señaló:

“[...] te hacen preguntas en algunas platicas de las que he ido, te hacen preguntas de que, qué me considero, me considero una tapatía de la ciudad o me considero una mixteca de allá y yo siempre digo es que es difícil, porque si salgo a la ciudad, trato de hablar, trato de estudiar, trato de aprender lo que se aprende en la ciudad pero si llego en mi casa, llego en mi comunidad y ahí yo tengo que tratar, tratar de seguir con las costumbres y educación que nos han dado. Por ejemplo si salgo en la ciudad igual me puedo poner tacones, o lo que no haces normalmente ¿no?. Como una indígena, llego en mi casa y no debo de hacer eso, o sea no va, entonces, yo si me siento algo complicada en eso, porque no sé, se puede decir que ni soy de aquí ni soy de allá, o las dos cosas, no sé, soy de aquí y soy de allá, pero si, no te sientes un cien por ciento identificada con las dos cosas, de todos modos ta la presión ahí (Angélica, 2013)”

Por último, dentro de las identificadas como enfermedades de la mente se encuentra la depresión, la cual fue referida de manera constante por las informantes. La depresión se describe como un sentimiento de tristeza que llega a constituir una enfermedad y señalan que les pasa a las personas que llegan a la ciudad y extrañan su pueblo o puede estar relacionado con la discriminación sufrida en la ciudad. Asimismo, fue atribuida al estrés descrito anteriormente, en especial con aquel que se vincula con los cambios en el comportamiento y vida cotidiana de los migrantes resultante del proceso de aculturación. Además de la ansiedad, los sentimientos de tristeza, se mencionan como manifestaciones o síntomas al llanto y sentirse encerrada. Otra de las causas a las que se atribuye es que los mixtecos no tienen con quien hablar de lo que les pasa o de lo que sienten a pesar de vivir en comunidad:

“[...] no tienen con quien hablar no como que la misma familia nos hace muy dependientes, no es como ¡hay! ¿Cómo te ha ido? ¿cómo estás?, no es muy común eso en la comunidad, [...] si hay compañerismo, tu sabes que puedes contar con ellos cuando quieras y así, [...] tal vez si les damos un poco de información, que conozcan más su cultura y se acerquen y así, ya empiezan a ser abiertos y les das información, mira si tienes

esto es por esto o así, si quieres hablar te puedo escuchar, no sé, es que creo que es difícil, pero si se puede pues (Analilia, 2013)”

Como se observa en la cita anterior, también se hace referencia en la entrevista sobre la necesidad de personas externas a la comunidad que puedan escuchar sobre los problemas personales que pueden estar atravesando los mixtecos. Entonces, surgió en las entrevistas las ideas que tienen sobre la atención, cómo debería de ser y que papel podría tener en el restablecimiento de la salud. Las informantes señalaron la necesidad de atención de un psicólogo que pueda ofrecer terapia. La terapia es entendida como un tratamiento en el que la persona puede hablar y ser escuchada. En ese proceso señalan que el proceso podría ser más fácil si el psicólogo fuera indígena o, en su defecto, se contara con la participación de un traductor. Como parte de la atención se mencionó la participación complementaria de un doctor de la mente y un curandero. En este contexto, los doctores de la mente, como médicos no indígenas deben contribuir en la atención a partir de sus conocimientos y respetando la cultura y las creencias que la persona tenga, en particular con respecto a los curanderos:

“[...] ellos deben de saber este, y ponerse en la cabeza por decirlo así, es que ok te respeto a ti tu cultura, lo que tú digas lo que tu hagas y yo hago mi trabajo, voy a hacer lo que sea posible de hacerlo, [...] lo veo difícil para que también ellos, los doctores, entiendan que son diferentes, si lo veo difícil, porque por lo poquito que yo he visto, que yo voy con un doctor, siempre te dice es que tienes esto, esto y esto. Y si tú dices bueno voy a ir con un curandero, te dice ¿cómo es posible? O sea como que ellos son muy negativos de eso, [...] pero yo creo que si tienes algún respeto con la cultura mía y con tu medicina pues igual y si se pueda solucionar. (Angélica, 2013)”

El papel de los curanderos es importante para los mixtecos, pues, aunque se reconoce el beneficio de la atención occidental, es decir de un psicólogo y de un médico, dentro de la cultura y las creencias en cualquier caso de afección a la salud o enfermedad de la mente se debe recurrir a ellos. En las entrevistas realizadas hasta el momento no se profundizó en las prácticas concretas de los curanderos, pero los sujetos mencionaron como parte de esas prácticas los rezos. Entonces, las enfermedades de la mente son afecciones que son tratadas también por ellos:

“Pues es que casi todo lo relacionan con los curanderos, o sea si te, por ejemplo supongo yo que ese muchacho te aseguro, su familia si fueron con los curanderos, ya que estas enferma de algo, ya sea que te asustas o que estas muy nervioso de la cabeza en la noche, eso puede ser porque eh, algún ánima te hizo algo y vas con ellos, ah no sé, a lo mejor porque no te puedes levantar de la cama porque no sé, que estas muy enferma de x cosa, casi todo lo relacionamos con eso, casi todas las enfermedades creemos que, o que los niños lloran mucho (Angélica, 2013)”.

En la cita anterior se manifiesta las razones por las cuales es importante la intervención de un curandero, pues se atribuyen como causa de enfermedades de la mente elementos espirituales o mágicos, como lo es la acción de entidades anímicas.

- Migración

Con respecto al tema de la migración las entrevistadas hablaron en primer término de las razones por las cuales ellas o sus familias tuvieron que cambiar su lugar de residencia. Así, las razones se relacionan con las necesidades no satisfechas en su comunidad, San Andrés Montaña, como ejemplo, mencionan que en su comunidad no hay trabajo, por lo que no ganan el dinero suficiente y deciden migrar para mejorar su situación, según lo señalan ellas mismas.

En segundo lugar, fueron mencionados aspectos relativos al sentir con respecto a su residencia en la ciudad y la migración. Los sentimientos experimentados son vividos tanto de manera positiva como negativa. Entre los positivos señalaron la protección sentida en la ciudad debido a los recursos y posibilidades de obtener atención ante posibles problemas. Con respecto a los sentimientos negativos se mencionaron el miedo, la tristeza y el estrés principalmente experimentados en el momento del arribo a la ciudad y son concebidos como causa de enfermedades de la mente, principalmente con la depresión.

Como consecuencia de la migración y los cambios en la conducta, refrieron diferencias en la alimentación que conducen en muchas de las ocasiones al sobrepeso. Como se verá más adelante, la alimentación es un elemento cultural que es concebido como parte de la identidad del mixteco. Así, de manera inversa, una de las informantes, migrante de segunda generación, señala las dificultades que le representaría adaptarse a la alimentación en su comunidad:

“[...] imagínate, yo irme al pueblo, pues yo si pude sobrevivir porque en mi casa si hay gas, [...] las tortillas, pues si te levantas temprano si alcanzas las tortillas de la máquina, pero si no tienes que hacer tus tortillas, por eso te digo, yo lo sobreviví [...] y ya no sabes ni que hacer porque en el pueblito no llega pues así de que la crema, que la salchicha, que el jamón, ni la carne, llega nada mas una vez a la semana y si tienes suerte alcanzas carne, si no todos los días tienes que ver que comer, con que sobrevivir, además lo bueno es que no te da hambre, no te da hambre en serio (Janet, 2013)”

- Discriminación

A pesar de que la discriminación constituye una consecuencia de la migración o la residencia de un mixteco en la ciudad, se consideró como un tema o categoría de análisis diferente debido la consistencia y saturación de su referencia en las entrevistas. Asimismo, este tema atraviesa cada una de las otras categorías temáticas. Se atribuye a la discriminación una de las posibles causas de las enfermedades de la mente, principalmente de la depresión y el estrés. Por último, la relación con la categoría ser mixteco se establece a partir de que los elementos que le conforman se establecen como el antecedente o excusa para la discriminación.

Como se señala en el Cuadro 3, donde se definen los códigos, discriminación son las burlas que personas de la ciudad, mestizos, realizan a partir de la vestimenta, lengua indígena y forma de hablar español que sufren los mixtecos. En su mayoría refieren las escuelas como el espacio donde lo han vivido con mayor frecuencia.

En ocasiones la discriminación provoca que la persona se sienta incómoda e incluso que se sienta menos o con vergüenza, en el sentido de no querer que la gente sepa que es indígena.

- Ser mixteco

Se puede afirmar que para las entrevistadas es importante el tema del ser mixteco. Pues a pesar de no constituir uno de los tópicos a desarrollar en la entrevista se encontraron constantes referencias en todas las informantes. Sin hacer una argumentación teórica al respecto de la identidad, se hace necesario aludir a algunos aspectos relativos al constructo teórico en función de la realidad social de los migrantes mixtecos.

Desde la teoría de la categorización social de Tajfel, se afirma que las personas conforman categorías por medio de las cuales pueden ordenar, simplificar y comprender la realidad (Pujal, 2004). En dichas categorías es que distribuyen a las personas en grupos en los que se relacionan en función de ciertas características. Así las personas construyen su autoconcepto en función de los grupos con los que conciben que comparten ciertas características y crean un sentido de pertenencia, es decir, la noción del “nosotros” frente a la noción de “ellos”. Lo anterior se ejemplifica en la siguiente cita:

“[...] pues que representas una cultura, tradiciones, bueno que somos una parte diferente de los mestizos.

[...] una de las cosas más importantes que tenemos como grupos indígenas, la lengua es lo que más nos representa y lo que nos identifica de los otros grupos, entonces la vestimenta de por sí ya se perdió, por decirlo así porque nada más nuestros abuelitos como que nos vuelven a recordar cómo era no porque ya no nos lo ponemos tan seguido como ahorita en fiestas o así, pero no, para nosotros ya no es normal andar así, y yo creo que por eso es importante recuperar la lengua porque quiero que por lo menos no se olviden de lo que somos”. (Analia, 2013)

Las características que fueron aludidas como parte del ser mixteco fueron: Lengua, tradiciones, fiestas, baile, compañerismo, vivir en comunidad o como grupo, música y comida. Por otro lado, respecto a cuestiones personales, refieren que implica el conocimiento sobre los elementos culturales y el experimentarlo con orgullo.

En el caso de los mixtecos identifican al vivir en comunidad y formar un grupo como parte de los elementos que caracterizan el ser mixtecos, así las interacciones en su cotidianidad en conjunto con las interacciones que eventualmente establecen con las personas en su lugar de origen van configurando la imagen sobre sí mismos.

“[...] con mis abuelitos que todavía viven en Oaxaca, a ellos si les tengo que hablar todo en mixteco, porque si no no lo van a entender, o me regañan porque dicen, “allá en Guadalajara puedes hacer lo que tú quieres, pero aquí es tu pueblo, que es tu casa, y tienes que hablar así, porque tú eres de aquí”. (Janet)

En el caso de los mixtecos, que cuentan ya con una larga trayectoria de migración como grupo y con una larga estancia en un contexto nuevo y distinto al de su origen, es que puede entenderse que el tema del sí mismo, de la concepción propia, adquiera relevancia en el discurso sobre la experiencia propia y las repercusiones en la salud mental.

Otomíes

La muestra estuvo conformada por sujetos que se autodenominan otomíes, todos de primera generación excepto uno, la ocupación de todos es el comercio informal y ambulante,

aunque de diferentes productos. El tiempo de residencia va desde los 28 años hasta los 38. Todos son originarios de Santiago Mexquititlán, en el estado de Querétaro.

Para los entrevistados ser otomí representa la forma en la que se habla, manifiestan su preocupación debido a que las generaciones más jóvenes van perdiendo la lengua a medida que crecen en la ciudad, no saben si es porque no saben o no quieren hablar, pero afirman que si lo entienden puesto que los adultos, que vienen de los pueblos, siempre lo hablan y les hablan a ellos en otomí en sus casas.

“Pues los tres más grandes son los que entienden bien el otomí, les hablo y me contestan en español, sí entienden lo que le estoy diciendo pero no quieren hablar, no pueden hablar, no entienden, ni hablan ni nada, dicen es que no me sale bien, no puedo. Los otros 6 de plano no entienden, ni hablan ni nada (Juana, 2013)”

Describen su lugar de origen con un clima frío que no permite que crezcan las cosechas, por lo que las personas son pobres y hay poco que comer. Por otro lado, afirman que es en sus pueblos donde pueden acceder a la medicina tradicional y al tratamiento de enfermedades que los doctores no tratan. Además prefieren tratar sus enfermedades en sus pueblos.

“(…) este año más bien, mi mamá en diciembre que fui a visitarlo sembraban habas para comer y cayó el hielo en mayo y cargó todo, y ya estaba grande y ya como de 30 centímetros, estaban empezando a florear. Todas las milpas que habían sembrado y en tiempo de cosecha se ve todo padre. Como seguido le hablo a mi mamá y a mi hermana nos dicen no, cuándo vas a venir para traerme habas porque ya se las llevó todo el hielo (José, 2013)”.

Por lo anterior, la razón principal que tienen los otomíes para migrar es la economía, lo describen como no tener para comer, para vestir, andar descalzo.

“[...]tanto mi papá era pobre, tanto él era pobre, no tenían nada y cuando yo me junté con él , yo desde chiquita me crié aquí, él no sabía nada, pero pobre, no tenía ni para el jabón tenía, si me dio un pedacito de terreno para levantar unos cuartitos, pero le digo vamos a vivir en este cuartito pero qué vamos a comer, aquí nos vamos a morir de hambre , mejor hay que salirnos a buscar, por eso, desde que vinimos y salimos aquí andábamos (Agustina, 2013)”.

La ciudad les proporciona trabajo, mencionan el comercio, que les permite comer “carne por lo menos dos veces por semana (Cayetano, 2013)”. Además le dan importancia al clima que consideran templado en la ciudad. A pesar de lo anterior uno de los informantes menciona que la ciudad “es una friega, tenemos que trabajar todos los días porque hay modo, porque como somos comerciantes ganamos un peso para ir ganando (José, 2013)”.

Así, el objetivo de migrar es dejar de “ser pobre”.

Con respecto a las prácticas que continúan conservando refieren el parto. Las familias regresan al pueblo para tener hijos, allá las mujeres pueden hacerlo solas con ayuda de su esposo (sin necesidad de profesionistas de la salud) quién “agarra” el estómago y va bajando al niño. Dan a luz en sus casas o en casa de su familia en su pueblo de origen. Una de

las razones es que los padres, es decir los abuelos de los bebés, exigen que los niños sean bautizados en su pueblo.

“cada dos años teníamos hijos, íbamos a bautizarlos allá y a todos mis hijos allá los registraron. Pero ya desde que falleció mi finado suegro ahora sí, pues, él era el que nos exigía que fuéramos allá, pero desde que falleció él ya nosotros dejamos de ir, y ya tenemos muchito, los tres últimos, aquí los bautizamos, aquí lo bautizamos, pero antes sí íbamos y ahora tiene mucho (Juana, 2013)”

Los informantes refieren que también regresan a sus pueblos en celebraciones, de manera casi obligada, tales como el día de muertos y los “casamientos”.

Como ya se mencionó, los otomíes prefieren ser tratados en sus pueblos que por los médicos, no obstante refieren que algunas enfermedades si son competencia de los médicos, como lo es “el apéndice” que definen como una enfermedad en la que da mucho dolor de estómago y debe atenderse rápido porque puede reventar y hacer mucho daño a la persona.

Otra enfermedad que corresponde a la medicina occidental es el dengue, la cual es para ellos una enfermedad en la que da mucha “calentura” y dolor de huesos. Por último, mencionaron las anginas, definida como una infección en la garganta que provoca dolor de garganta y la aparición de una bola en las amígdalas. Algunas personas deciden operarlas con los doctores, no obstante señalan que puede ser curada con medicina otomí.

“(…) lo quebramos, lo tronamos y con una pastilla agin lo chupa y se quita toda infección que tiene, porque hay uno por ahí que no sabía y lo llevaba al doctor al niño y tenía las bolas bien grandes, hasta que se lo llevaron para que lo operaran, yo les digo a mis hijos que no se necesita operar, se necesitó lo que sabe de plantas y es lo que me enseñaron mi papá y mi mamá, porque antes cuando estaba, porque antes cuando estaba en el rancho curaba a los niños y más enfermedad, pero así me enseñaron (Agustina, 2013)”.

Con respecto a las enfermedades de la mente, fue mencionado el susto como una enfermedad que se origina al momento de sufrir una fuerte impresión, por ejemplo un asalto o un accidente. El enfermo suda, tiembla, no duerme bien, por las noches escucha o siente como si lo fueran a asustar y si no es tratado con medicina tradicional puede morir. Los informantes refieren que se cura con el vapor de hierbas sobre el cuerpo y “sobadas”.

“le dije a mi esposo ‘yo no sé que voy a hacer pero no me puedo dormir, como que siento algo, quiero dormir pero como que siento feo, me espanto, como que llega alguien y me asusta, yo no sé qué vamos a hacer’... Ya me llevó con mi mamá y mi mamá puso una... me curó como si fuera los niños chiquitos, puso una olla vaporera con hierbas que se hirvió, esas hierbas lo apartó en una jarra para cuando termináramos de bañar; porque no nomás me hizo, hizo él también, nos bañó, nos dijo métanse a bañar y terminándose de bañar se vienen y yo les voy a dar una buena sobada, y nos dio una buena sobada y con eso santo remedio tuvimos, y me dejó dormir. Yo pienso que si uno no se cura con hierbas se muere... (Agustina, 2013)”

El ojo o mal de ojo es para los informantes una enfermedad que afecta a los niños, se manifiesta con diarrea y vómitos abundantes. La pueden adquirir al ser admirados por una persona que es mala, ha sido infiel o sufrió de ojo en su infancia.

“a según... muchas de las colonias también dicen que porque si tú ves a un niño y está dormido, o si no le tocas pues tú dices: ¡ay qué bonito niño!, y está dormido y no lo tocas y si tu eres mala ya se le pega a los ojos, sabes...(Isabel, 2013)”

”yo he escuchado también, que por ejemplo a mi hija que le hicieron ojo cuando estaba chico que también ella puede hacer ojo también, así he escuchado, que de grande también va a hacer ojo; uno no se da cuenta, pero que se da cuenta la gente cuando le chulean los bebés pero que de lejos y que nada más está viendo. Yo cuando criaba se me acercaba gente y me decía: ¡qué bonito tu hijo o hija, déjame tocarlos porque yo tengo mal de ojo! (Juana, 2013)”

Uno de los informantes mencionó unas enfermedades extrañas:

“(...) por ejemplo que sueña mal, que tiene insomnio, que no puede dormir o que vió un cadáver, vió un accidente y quedó medio traumatado, pos hay remedio para eso y pos se tiene que curar, sí le entendemos un poquito (Pascual, 2013)”

Cuando se les preguntó acerca de qué es lo que necesitan en cuanto a la atención a la salud mental solamente mencionaron que sean “tratados bien”, como al mestizo de “bien”, pues hacen distinción y reciben un trato discriminatorio.

Hay un grupo de enfermedades en términos generales que pueden ser curados por medios tradicionales otomíes. Como ejemplo se encuentra “el bronquitis”, infección que provoca mucha tos y malestar general, dicen que los doctores no creen en ella pero los otomíes la curan con hierbas y pomadas que permiten expulsar la infección.

Otra es la caída de la moyera, que mencionan es una enfermedad que afecta a los bebés cuando cae una parte ubicada en el lado superior del cráneo.

En cuanto a las personas otomíes que curan mencionaron tres: La mujer que soba y puede acomodar “el matriz” de las mujeres que no han podido tener hijos. Las parteras que son mujeres que conocen de hierbas que pueden acelerar el trabajo de parto “dando el dolor más fuerte” y tienen la capacidad de acomodar a los bebés. Y las personas que saben de hierbas, quienes han aprendido de sus propiedades por medio de los conocimientos transmitidos por sus padres y abuelos, que saben qué plantas deben tomarse o utilizarse.

Aun cuando reconocen que hay personas que se especializan en el conocimiento de la herbolaria, existe cierto conocimiento compartido en general, principalmente por las mujeres para tratar ciertas enfermedades, como ejemplo se encuentra el sauco con cebolla y alcohol para tratar el bronquitis. El epazote con alcohol para bañar a las personas con susto, que también puede ser tomado en té y en algunos casos es eficaz en el tratamiento de esta enfermedad.

El copal que es utilizado derretido y untado también en algunos casos de susto. El ajenjo, y el hinojo tomado también sirven para casos en que la persona tiene un susto por la pérdida de un ser querido.

El alumbre que es como el copal pero de color blanco, el cual se prende con fuego y sirve para curar el mal de ojo. Usan el nopal untado para quemaduras, de la misma forma utilizan la clara de huevo.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En los resultados se pueden observar elementos distintivos de cada uno de los grupos étnicos que conformaron la muestra, al mismo tiempo que se encuentran elementos comunes. Es necesario recordar que la finalidad de este manual es establecer una propuesta de intervención para la atención a la salud mental de indígenas migrantes a partir de la investigación y experiencia en la Zona Metropolitana de Guadalajara. Para lo cual se partió de un proceso de investigación cuyo objetivo era recabar información sobre el proceso de migración, los padecimientos adyacentes y la caracterización de los elementos culturales que conforman su cosmovisión. Tomando en cuenta lo anterior, en este apartado se dará sentido y se integrarán los resultados antes presentados, de manera que puedan brindar los elementos a partir de los cuales se estableció la intervención y se plantea la propuesta.

Patrones de migración y asentamiento

En todos los grupos se encontraron migrantes tanto de primera como de segunda generación, no obstante, entre el grupo de los mixtecos se encontró una proporción más equilibrada, lo que se relaciona con su trayectoria de migración. Respecto a este grupo que migró a principios de los años 80, De la Peña (2010) señala que la migración de las zonas rurales a las zonas urbanas en México se debió a la falta de desarrollo económico en el lugar de origen entre los años 80 y 90. Por lo referido en las entrevistas se pueden observar distintos momentos y patrones en las trayectorias de migración. Los mixtecos son uno de los grupos étnicos que ha migrado en momentos más tempranos y tendieron a realizarlo de forma grupal, para establecer asentamientos comunitarios de forma posterior, los cuales fueron cada vez más en cantidad y más grandes en tamaño. Hasta la fecha, como resultado de las entrevistas informales realizadas durante la observación participante, sabemos que existen tres asentamientos en la Zona Metropolitana de Guadalajara, uno en el municipio de Guadalajara, otro en el municipio de Tonalá y el tercero, y más reciente, en el municipio de Zapotlanejo. Así, ya se encuentran, entre la población, tres generaciones y algunos pocos bebés de cuarta generación, que se siguen considerando migrantes debido a que en la mayoría de los casos pasan estancias de entre tres y seis meses al año en las comunidades de origen de sus familias, además de que todas las personas entrevistadas ya sea de manera informal o semiestructurada se reconocen originarios de Oaxaca, aun cuando hayan nacido en la ZMG.

Un patrón de migración opuesto en cierto sentido, es el de los wixaritari, quienes migran por lo general en forma de diáspora, es decir asentándose de manera dispersa por la ZMG. Esto provoca que se dificulten las redes entre los migrantes. No obstante, por lo observado por medio del trabajo de campo sabemos que en los últimos meses los wixaritari han establecido relaciones y conexiones, promovidas principalmente por actividades como bailes con la música que escuchan en sus comunidades de grupos provenientes de las mismas, además de torneos de fútbol, actividades promovidas por la comisaría de migrantes wixaritari, representantes de las comunidades en la ciudad y de los migrantes en las comunidades. En las comunidades wixaritari se realizan reuniones de todas las comu-

nidades que forman parte del grupo étnico cada dos o tres meses, en los que pueden encomendar alguna tarea a la comisaría de la ZMG.

Los patrones de migración de los p'urépechas son distintos a los de los grupos anteriores, tienen en común con los mixtecos que han establecido asentamientos comunitarios y, a pesar de que no tienen el mismo tiempo en la ciudad, como grupo, han encontrado más formas de reproducir fiestas y formas de vivir similares a los de sus lugares de origen. En este caso se encuentran dos generaciones la de los migrantes y sus hijos que en su mayoría aún son menores de edad. Los de primera generación son en su mayoría jefes de familia a cargo de sus hijos menores y algunos adultos mayores, padres de los jefes de familia que han decidido acompañar o migrar con sus hijos. Así hablamos de tres generaciones respecto a la estructura familiar pero solamente dos si consideramos la generación de migración. La diferencia es que debido a que su lugar de origen se encuentra más cerca de la ZMG, es más accesible de llegar, por lo que constantemente viajan por alrededor de 4 horas para llegar a sus comunidades de origen y pueden pasar desde un fin de semana hasta una semana. Así se mantienen mayor tiempo en la ciudad pero viajan recurrentemente a sus comunidades de origen, además de que reproducen el paisaje de sus comunidades en los asentamientos en la ciudad, como se muestra en el grupo de imágenes que se muestra un poco más adelante. Se menciona el paisaje en los términos mencionados en el apartado anterior, el propuesto por Augé (2014) en el que el espacio representa simultáneamente los elementos: a) estéticos que implica la modificación del lugar de acuerdo a los parámetros culturales de su comunidad de origen; b) morales, porque los espacios mismos determinan los comportamientos aceptados y se encuentran plagados de una serie de símbolos que establecen valores de las personas y se relacionan con su cultura de origen; c) psíquicos, debido a que el paisaje refleja la organización mental tanto de los individuos como del colectivo, que al mismo tiempo que estructura esa misma organización mental, es decir refleja y reproduce la parte de la cosmovisión que se materializa en el paisaje que conjunta prácticas y objetos.

Otro ejemplo que se mostrará en las imágenes que se presentarán inmediatamente es sobre el paisaje del asentamiento de asentamientos mixtecos.

Los otomíes y los nahuas tienen patrones de migración y asentamiento en la ZMG similares. Por grupos familiares se establecen pequeños espacios comunitarios o asentamientos en varias partes de la ciudad. Además, debido al alejamiento de la ZMG con respecto a sus comunidades de origen de los informantes, regresan solamente una vez al año, generalmente en el día de muertos, alguna fiesta patronal o una boda, deben elegir y pasan poco tiempo en sus comunidades. Cabe señalar la diferencia geográfica de las comunidades de origen de ambos grupos étnicos. Los otomíes se ubican en el centro-sur del país, algunos están en zonas más accesibles y cercanas con respecto a la ZMG, no obstante, los entrevistados provenían de la sierra en los estados de Puebla y Oaxaca, espacios más alejados y poco accesibles para ellos. Por otro lado, las comunidades Nahuas se encuentran más dispersos por el país.

Al considerar lo anterior se puede observar que el tiempo de migración, incluyendo las generaciones, el acceso y la distancia con sus comunidades de origen y la forma en que se establecen en la ciudad, es decir, comunitariamente o disgregados, son elementos que determinan relaciones entre las personas y permiten el establecimiento de redes de apoyo que también provocan algún efecto en la identidad.





Migración

Mejorar los ingresos familiares de manera que esto represente una mejoría en la calidad de vida para la familia, es decir, hablan de una mejor alimentación, vestido y calzado principalmente. Señalan que existen necesidades que no son satisfechas en la comunidad, como “comer carne” si no todos los días por lo menos dos o tres veces por semana, mientras que en sus comunidades lo hacían una o dos veces al mes. Para algunos, como se menciona en las entrevistas de los otomíes, la idea la resumen como “dejar de ser pobre”.

También es importante señalar que fueron mencionadas otras necesidades no satisfechas en su comunidad, como la de protección, pues en la ZMG creen tener mayor accesibilidad a la atención a la salud, servicios públicos, trabajo y educación.

Es importante señalar que cada vez más son los jóvenes que migran a la ciudad para acceder a la educación universitaria, lo cual sucede con mayor frecuencia con los wixaritari. Otro grupo que sobresale, por las razones que dieron para migrar, son los otomíes, para quienes el clima es una de las más importantes, puesto que por las heladas no solamente se ve afectada su calidad de vida, sino también sus medios de subsistencia, pues la agricultura se ve dañada.

La OMS propone una nueva perspectiva para la promoción de una aproximación holística de la salud y su cuidado, debido al impacto que tiene esta esfera de la experiencia humana, tanto en lo individual como en lo social de la cotidianidad. Para una comprensión total de los elementos y las dimensiones implicadas en el diagnóstico del estado de salud de las personas, se ha desarrollado un concepto complementario, la calidad de vida. Definida por la OMS (World Health Organization Quality of Life, WHOQOL group, 1994) de la siguiente manera:

La percepción individual de su posición en la vida, en el contexto cultural y del sistema de valores en el cual ellos viven en relación a sus metas, expectativas, estándares e inquietudes. (s.p)

La calidad de vida es un concepto multidimensional en el que se ven entremezclados los estilos de vida, la vivienda, el empleo, la educación, el acceso a servicios, así como la situación económica. Los avances científicos y tecnológicos han incidido en la mejora del estado de salud de las personas, por tanto, contribuyen en la mejora de la calidad de vida.

Aquí la importancia reside en la percepción de los sujetos sobre su propia calidad de vida, la cual se construye en relación a un sistema de valores, percepciones y estándares, por lo que presenta variaciones con respecto a los sujetos, grupos y espacios. Los elementos subjetivos como las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima, la capacidad de competir con limitaciones y la discapacidad, configuran la percepción del bienestar de una persona. Simultáneamente, todos estos aspectos y dimensiones implicados tienen un impacto económico y social (Velarde-Jurado, 2002).

En los resultados antes mencionados cabe la pregunta sobre cómo es que los sujetos de la muestra construyeron los estándares de salud. Es decir, ¿Por qué es que a partir de los años 80 y 90 es que se van acelerando y acrecentando los flujos de migración interna? Que es la que nos interesa en este caso. Es necesario tomar en cuenta elementos estructurales del Estado Mexicano, como su economía, el impacto de las relaciones comerciales internacionales, así como también la influencia de los medios de comunicación por medio de

la masificación de la televisión y la monopolización del mismo. No toca aquí discutir las razones por las cuales los indígenas voltean a las ciudades como un satisfactor de necesidades o cómo fue que se construyó la idea de dichas necesidades, pero si cabe el planteamiento de estos cuestionamientos. Otro elemento que podríamos llamar no económico o social, son los cambios climáticos los cuales se han convertido en una creencia popular, y que podrían afectar los medios de subsistencia y, por tanto, la calidad de vida.

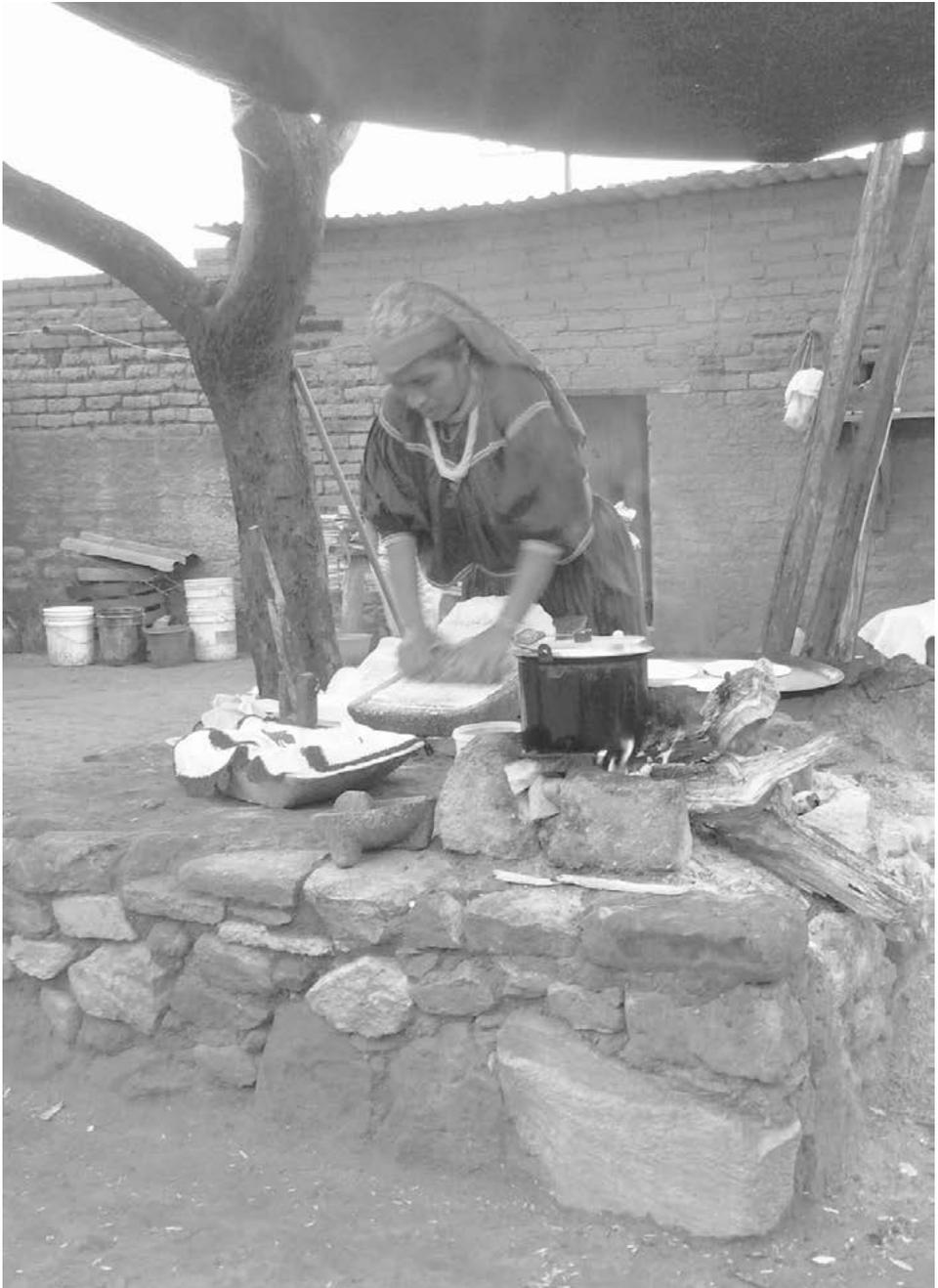
Con este modelo se entiende la salud desde la esfera subjetiva, debido a que se considera al bienestar como parámetro para la valoración del estado óptimo de la salud mental. En ella intervienen las creencias, así como la percepción que el sujeto mismo tiene de su propia experiencia, construcción individual que contiene elementos culturales y sociales. Se deriva tanto de elementos afectivos como relacionales y se encuentra configurada por los parámetros y condiciones contextuales.

Por otro lado, aun cuando el acto de migrar se trata de una decisión, esto implica ciertas dificultades, una de ellas es la adaptación. Aquí de nuevo vemos la importancia del paisaje, los lugares y los no lugares, descritos por Augé (2014). En primer término se puede retomar el término del paisaje, los indígenas de primera generación, o aquellos de segunda que tienen su identidad arraigada a la comunidad de nacimiento de sus padres, llegan a sentir el paisaje ciudadano como artificial, tanto desde el punto de vista de la “naturaleza” como desde el punto de vista de lo “naturalizado”. En varios casos se hace referencia a la falta de árboles, de plantas, a la cantidad de camiones, de automóviles, al ruido, al clima, así como a las prácticas de las personas en la ciudad, muchas veces sin diferenciar que sean o no indígenas, como el consumo de alcohol y de drogas ilegales. De tal forma que contrastan su comunidad con la ciudad. En dichas referencias se ven reflejados los elementos valorados tanto en el sentido moral y estético. De tal forma que lo importante aquí es cómo es que el paisaje y el contexto se ordena a partir de una lógica simbólica. En otros términos, es resultado de elementos culturales.

Así, el habitar en la ZMG, para muchos de los entrevistados, principalmente de primera generación, mas no exclusivamente, representa por sí mismo conflicto, violencia, marginación, artificio (Lévi-Strauss, 1987) lo cual puede devenir en problemas de salud mental, afirmado así por los propios informantes.

Otro de los padecimientos relacionales, no de salud, es la discriminación, la cual es mencionada en todos los grupos muestrales. El hablar de manera distinta o incorrecta el español, así como la vestimenta usada, ha resultado en historias de discriminación. A las cuales también se les atribuyen ciertas enfermedades o padecimientos mentales.

No olvidemos que en estos sujetos se encuentran varios elementos que los colocan en una desafortunada posición de discriminación, por un lado está lo ya mencionado por los entrevistados, el hecho de ser indígenas y todo el estereotipo de miseria; después, se encuentra la condición de ser migrantes, que, de acuerdo con Fernández-Vicente (2016) los coloca en una posición de amenaza para el oriundo de la ciudad. Recordemos la relación antes establecida entre la idea de nomadismo y migración, la cual implica la evocación de los valores contrarios a la apropiación territorial, en la que la movilidad por razones de supervivencia, hace ver al otro, al migrante, como una amenaza axiológica para el oriundo ante el derecho legitimado sobre el territorio. Así la pobreza y la miseria son asociadas a las condiciones del ser indígena y del ser migrante, las cuales pueden representar en el es-



tereotipo del establecido en un espacio, en una ciudad, la amenaza de la repartición de recursos e incluso se puede asociar con la criminalidad.

Desde ésta perspectiva, el bienestar individual, al normalizarse en un grupo social, se convierte en el bienestar de y para el colectivo. Ésta visión colectiva permite una mejor comprensión de los padecimientos, más que de las patologías, ya que son los individuos generalizables los que sufren y experimentan las enfermedades.

Identidad

Uno de los temas que emergió a partir de las entrevistas es el de la identidad. Guyotat (1998) señala que la identidad es una construcción mental que varía de acuerdo a la época y a la cultura. En un individuo, la identidad se encuentra conformada por un elemento psico-socio-cultural y otro elemento subjetivo. La interacción con la cultura y los grupos sociales que constituyen la afiliación, son la base sobre la que se elabora una construcción del mundo, así como a partir de las ideas que erigen la ideología en una sociedad.

Aun cuando no estaba contemplada, se observa una relación entre el tema de las prácticas culturales y su cumplimiento, considerando, como parte de ellas, a las creencias, las costumbres y las tradiciones, y al constructo teórico de la identidad. El hablar una lengua, los lazos con la comunidad, o también llamado pueblo, la posesión de la tierra (casa, terreno) tanto en términos individuales como colectivos, el conocer las costumbres que incluyen de manera sobresaliente fiestas y celebraciones, -no olvidarlas y practicarlas-, el responder a los deberes y responsabilidades que la familia, la comunidad y las deidades requieren de las personas. También mencionan que para que lo anterior tenga lugar existe la necesidad de regresar a la comunidad, al pueblo, mencionan sabores en la comida, olores en el ambiente, y el simple hecho de escuchar constantemente la lengua, la música. Por todo lo anterior es que el regresar a sus comunidades de origen, cobra gran importancia en los entrevistados, en mayor medida en los sujetos de primera generación, no obstante, esto depende más de factores externos y no volitivos, como lo son la distancia y accesibilidad geográficas. Un ejemplo que se da en muchos casos es la necesidad o exigencia, en muchos casos, de regresar a sus pueblos a que nazcan los niños o sean bautizados allá. Sobresale la relación del indígena con el maíz, uno de los entrevistados lo expresa cuando menciona que es algo que “nace del corazón y se encuentra en la sangre”.

En los elementos anteriores es importante tomar en cuenta cómo es que los indígenas entrevistados configuran su identidad, desarrollando una cosmovisión particular. Cuando Raveau (1984) menciona esto, define la identidad como la conciencia vivida de pertenencia colectiva en relación con un pasado histórico o mítico y que puede ser proyectado en un devenir posible o utópico que se expresa en diferentes elementos que dan cuenta de dicha participación (todos mencionados en lo expresado por los informantes): territoriales, biogenéticos, lingüísticos, económicos, religiosos, culturales y políticos. Aunque en algunas entrevistas se hace referencia a las autoridades comunitarias, o del Estado, debe considerarse como político todo aquello que tenga relación con los intereses en común.

Entonces, aquí es donde cobra importancia conocer al paciente desde el punto de vista identitario, principalmente si se trata de alguien cuya identidad se encuentra arraigada a una cultura distinta, a pesar de que en algunos elementos no se encuentra tan alejada de la del profesional de la salud tratante, existen ciertos elementos que la modernidad o sobremodernidad de la que habla Augé (2014) nos aparta de esta cosmovisión parcial o total-

mente naturalizando una distinta que genera premisas universalizantes en el tratamiento del padecimiento mental.

Es importante retomar la importancia de las relaciones sociales, tanto las que refieren con respecto a su comunidad, así como las que establecen en la ciudad. En los resultados se mencionaron distintos patrones de asentamiento y su importancia, no obstante es necesario hacer hincapié en la relevancia que adquiere el hablar de la identidad, es necesario recordar aquí lo que Augé (2014) menciona con respecto a la construcción del sujeto en función de la alteridad, de la convivencia. Así, es importante conocer las relaciones que la persona establece, relaciones que impactan en la conformación de su identidad, pues de ahí pueden desprenderse algunos padecimientos.

Guyotat (1998) afirma, que en ocasiones, los problemas en las interacciones entre el individuo y el grupo desencadenan diagnósticos relacionados con la identidad. Es decir, las características del grupo en su conjunto son asumidas por el individuo y si se trata de un grupo con comportamientos considerados como marginales pueden ser asumidos por el individuo y producir o reproducir comportamientos que salen de la norma los cuales trascienden al ámbito de la conciencia y producen alteraciones mentales. Otros ejemplos se pueden encontrar en los diagnósticos del DSM relativos a la disociación de la identidad los cuales se han observado en casos colectivos, considerados como mini epidemias. Otro de los ejemplos son los problemas psicósomáticos, los cuales pueden relacionar su etiología con razones ambientales.

Siguiendo al mismo autor, cuando se habla de la identidad subjetiva, hay algunos problemas comunes son, para empezar, la melancolía, la cual se encuentra asociada a la relación establecida con el otro, ya sea individual o generalizado, cuya ausencia física o imaginaria puede generar dicho padecimiento. La paranoia también puede ser, en algunos casos, considerada como una respuesta a ciertos problemas de filiación durante el proceso de construcción del self. Como se verá en algunos padecimientos descritos en el siguiente apartado, principalmente en lo que toca a lo relacionado con las enfermedades que son atribuidas a la estancia de los indígenas migrantes en la ZMG.

Salud, enfermedad, cuidados y tratamientos

Como se menciona en el apartado anterior, a la estancia en la ciudad de Guadalajara, le son atribuidas algunas enfermedades, no obstante, existen otras enfermedades que son atribuidas a la espiritualidad y tienen relación con las faltas al cumplimiento de las obligaciones que conlleva su tradición y costumbres relacionadas con su etnia particular. No obstante entre ellas encontramos algunas constantes y algunas variables, en todo caso, las enfermedades más relacionadas con el terreno de lo espiritual tienen todos los elementos en común con su pasado prehispánico, aun cuando se encuentren elementos sincréticos con las creencias católicas.

En primer término se describirán aquellas enfermedades que relacionan con el vivir en la ciudad. En términos generales se mencionarán aquellas que en la cosmovisión occidental relacionamos con la esfera de lo físico en la medicina.

Las caídas, el cáncer de pulmón, la gastritis, la caída del cabello, las piedras en la vesícula, tuberculosis, fiebre, tos, gripe, anginas, hepatitis, cansancio, y dolor de cabeza. Todo lo anterior asociado al estilo de vida establecido en las ciudades, el tipo de trabajo y la contaminación.

Algo que fue mencionado con énfasis, fueron los cambios en la alimentación que provocan problemas como sobrepeso, alta de azúcar y hasta diabetes. Señalan que el vivir en la ciudad y su particular forma de trabajo, por lo general implica trabajar largas jornadas en las calles, les ha llevado a ingerir mayores cantidades de comida chatarra, más procesada, menos “natural” y de manera cotidiana.

Todas las enfermedades atribuidas a la ciudad o a la consecuencia de vivir en la ciudad señalan los informantes que pueden ser curadas por los “doctores”. Al mismo tiempo mencionan que el curandero, mara’akame o médico tradicional en su pueblos que es el que sabe si la enfermedad es consecuencia de algo espiritual y lo pueden curar ellos mismos o es una enfermedad que le toca a los doctores. Así, le es asignada mayor sabiduría al curandero que al doctor, pues él, mencionan, piensa que puede curar todo y no creen en la medicina tradicional o la herbolaria, no reconocen cuándo es necesaria y su posible efectividad. Por otro lado se encuentran los remedios caseros, de hierbas, baños, limpias que en ocasiones las mujeres adultas en el hogar, como madres, abuelas, tías, son las que tienen esos conocimientos. Es aceptado que entre más edad, más conocimiento tendrá la persona.

Por otro lado se encuentran las enfermedades que pueden ubicarse en la esfera de lo mental pero que son causadas por el hecho de vivir en la ciudad. Entre ellas fue mencionada con mayor frecuencia y se dieron más detalles en los casos que denominan depresión, uno de los síntomas más referidos es el llanto, también se mencionaron las ganas de morir, el propio suicidio, no poder levantarse de la cama, dificultades en la concentración, preocupación de que algo pueda pasar a su familia, principalmente cuando se encuentra lejos. La depresión es descrita como un sentimiento de tristeza. Las causas a las que se vincula son: el estrés de vivir en la ciudad, la discriminación, descrita más arriba, los cambios en la forma de vivir que implica la ciudad, sentirse “como encerrada” y el no tener con quién hablar sobre esto. Como ejemplo de esto último, los mixtecos mencionan que aun cuando establecen relaciones con las personas en los asentamientos en la ciudad y también con la propia familia. Con ellos no se habla sobre la tristeza, es por esto que ellos mencionan la necesidad de acudir con un psicólogo. Cabe mencionar en este momento que la mayor cantidad de personas que acudieron a consulta o solicitaron atención fueron los mixtecos y no fue solamente por este padecimiento, aunque fueron atendidos de todos los grupos étnicos incluidos en la muestra.

Otra de las causas que relacionan a la depresión es la migración hacia los Estados Unidos de los esposos y padres de familia, quienes dejan atrás a sus familias, no mandan dinero y no regresan a los hogares.

Por otro lado, es necesario hacer mención de padecimientos que relacionan con la depresión, pero los distinguen como unidad nosológica. Por un lado se encuentra la melancolía, entendida como la tristeza o depresión que la encuentran relacionadas con el hecho de extrañar a su familia o a su pueblo. Por el otro, está el estrés como una enfermedad que provoca pensamientos recurrentes a las personas que viven en la ciudad y no se adaptan o que sufren discriminación o cuando son confrontados en sus comunidades por los cambios en su comportamiento o costumbres debido a la misma adaptación, la siguiente cita ilustra lo anterior: “no sé, soy de aquí y soy de allá, pero si, no te sientes un cien por ciento identificada (Angélica, 2013)”.

También fueron mencionados los nervios y la ansiedad, pero más como síntomas asociados al estrés o a la depresión.

Todas estas afecciones de salud tanto física como mental, se relacionan con el choque cultural vivido por los migrantes indígenas. Retomando a Tseng (2003), señala que la cultura se refiere a los patrones de conducta y a los estilos de vida particulares y compartidos que distinguen a cada uno en lo particular. Si consideramos que la cultura forma parte de la persona, como el llamado exocerebro de Bartra (2014), es decir, los mecanismos culturales que se convierten en prótesis cerebrales. Al entrar en contacto la persona con otra cultura tiene lugar el proceso de aculturación, el cual implica la experiencia subjetiva del choque cultural que, cuando tiene lugar en un contexto dominante como es el urbano, específicamente el de la ZMG, deviene en procesos de violencia e incluso agresión. Así esos discursos de desigualdad son parte de la etiología de estas “enfermedades de la ciudad”.

A partir de lo anteriormente expuesto es que se puede entender por qué pocas personas acuden a los médicos, pues sus parámetros culturales y su cosmovisión, les impide comprender las acciones de los médicos, pues en la mayoría de los casos se centran en la sintomatología y no en la causa, mientras que lo central en el curanderismo es conocer la causa y a partir de ahí se determina el tratamiento. Por ejemplo, uno de los entrevistados menciona que solamente el abuelo fuego puede curar la depresión.

La atención psicológica la ven como un diálogo o posibilidad de compartir con una persona que puede llevarte a corregir o a cambiar tu vida. Por otro lado, al psiquiatra, la mayoría, le llama doctor de la mente y algunos piensan que es para casos mas extremos de comportamiento desviado o extraño.

Otra de las preocupaciones con respecto a la salud mental de las personas en la ciudad es el consumo cotidiano y en grandes cantidades de alcohol, “la borrachera”, que se da entre los adultos, jefes de familia. Mencionan que el hecho de contar con más recursos financieros hace más accesible su consumo, además de que las reglas aquí son distintas pues no están vigilados por los mayores y más sabios en sus comunidades, que pueden ser sus padres y sus abuelos.

Por otro lado, se encuentra el consumo de drogas que se da en la población más joven, a partir de los 13 años por lo general y lo asocian con las relaciones que establecen con personas de la ciudad, además de la accesibilidad.

Aquí se puede aludir nuevamente a la relación entre cerebro y exocerebro Propuesto por Bartra (2014), es decir a la manera en que los comportamientos se encuentran determinados y contruidos por lo que se encuentra fuera del cerebro, el contexto social y relacional.

Ahora se tocará el tema de las enfermedades que son asociadas a causas espirituales, estas si suceden en sus comunidades de origen, más no son exclusivas de ellas. Lo que las diferencia de las antes descritas es que aquellas no se presentan con la misma frecuencia que en sus comunidades o son atribuidas a su estancia en la ciudad.

Una de las más referidas y conocidas es el susto. El cual se encuentra presente en todos los grupos étnicos con los que se trabajó. Se comenzará a describir dicho padecimiento entre los nahuas entrevistados, quienes mencionan que por una experiencia en que la persona se asusta, su espíritu se queda en ese lugar, también se menciona que este padecimiento puede ser provocado por hechicería, por envidia de otra persona o por una caída. Lo mismo sucede con los p'urépechas, los mixtecos y los otomíes. En una asesoría con la señora Paulina, de origen mixteca y con conocimientos sobre la medicina tradicional (entrevista, 2016), menciona que el susto puede ser también debido a que algún “ánima” se

encuentra en algún lugar, donde murió, y al pasar la persona, el ánimo entra en la persona y entonces adquiere el susto.

Cabe mencionar que aunque no fue mencionado en estas entrevistas, entre los wixaritari existe un padecimiento similar por la descripción, pero que no es llamado susto sino *(ta)nawimama*, descrito en Villaseñor Bayardo & Aceves Pulido (2003) el cual hace referencia a la pérdida de uno de los cinco sentidos que la persona tiene en la cabeza o el *k+p+ri*. El *K+p+ri* significa literalmente el agua de la vida, se encuentra en la parte superior de la cabeza, algunos mencionan que es la mollera, estos 5 sentidos o también llamados hijos pueden salir por ahí debido a un golpe que llega a asustarte o por hechicería, otra forma más sencilla es cuando la persona al despertar se levanta rápida e inmediatamente, los sentidos se quedan fuera porque no alcanzan a entrar a su cuerpo debido a que por la noche salen a alimentarse mientras la persona se encuentra dormida. Estos 5 sentidos puede decirse que son partes del espíritu de la persona y se encuentran alojados en diferentes partes del cuerpo (entrevista a Benita, 2016). Al perderlos la persona enferma espiritualmente, se puede poner triste, llegar a deprimirse, desear la muerte, suicidarse o morir, también puede ser que en algunos casos llegue la cultura, pues su comportamiento cambia, se comporta diferente, no entiende ni acata a lo que se le dice. Una de las maneras en las que se pueden recuperar los *(ta)nawimama*, que significa mis hijitos, es tomando los *nawimama* del lugar en el que se cayeron o se cayó alguno de ellos, recogerlos de forma invisible, y colocarlos en el lugar donde se aloja el *K+p+ri*, si no lo logra una persona común es necesario recurrir a un curandero para lograrlo (Villaseñor-Bayardo, Aceves-Pulido, 2003).

Lo que se encuentra en común entre el padecimiento descrito por los informantes como susto y el *(ta)nawimama* es que se trata de elementos o partes del espíritu que por alguna razón pueden perderse y tener consecuencias, una de las principales es sobre el estado de ánimo, aunque se habla de algunas otras físicas y espirituales.

Cuando se habla del susto, existen diferencias en la manera en que lo tratan tradicionalmente en cada grupo étnico. Por ejemplo, en los nahuas refrieron la existencia de dos personas a las que se debe acudir, una es el propio curandero o la “señora que ve el espíritu”, entonces se debe colocar una ofrenda en el lugar donde quedó el espíritu, o una parte de él, y realizar un ayuno. La señora que ve el espíritu tira el maíz para poder discernir lo que le pasa a la persona, leyendo el resultado de la “tirada”.

Entre los p'urépechas mencionaron curarlo con limpias de huevo, chile y limón, además de oraciones. Para los otomíes el susto se trata con medicina tradicional para evitar que la persona pueda morir, la forma de curarlo es por medio de sobadas y vapor de hierbas sobre el cuerpo, también se puede utilizar el copal el ajeno y el hinojo, té de epazote.

Triangulamos la información obtenida con la Sra. Benita de origen wixárika, conocedora de su costumbre (entrevista 2016), y también encuentra estos elementos en común, aunque habla de no olvidar las diferencias, es decir, las particularidades étnicas.

En la investigación realizada por Villaseñor-Bayardo (2016) el susto tiene causas mágicas e implica la salida del *tonalli* por la fontanela. El uso de plantas psicotrópicas es usada en comunidades nahuas como Xalitla, en el estado de Guerrero, para curar el susto. Entre los nahuas se mencionó el uso de una hierba para curar el susto y otras enfermedades de la cabeza, podría tratarse de plantas psicotrópicas, no obstante con la información recabada no se puede afirmar con seguridad.

En López Austin (1993) se mencionan diferentes actores que se encargan de diferentes funciones cuando se trata de asuntos espirituales que tocan a la salud. Al observar lo referido con respecto a la manera en que ahora se curan y tratan las enfermedades y quiénes lo hacen, se encuentran coincidencias con lo encontrado en la época prehispánica. Entre los antiguos nahuas, en la época precolonial, se encuentran las personas que tienen conocimientos y poderes que les permiten comunicarse con las divinidades, en las entrevistas equivaldría a los llamados curanderos, médicos tradicionales y mara'akate. También se describía en la época precolonial a las personas que se dedican a la adivinación, diagnóstico y pronóstico, se menciona que uno de los medios por los que se hacía era con la tirada del maíz, aquí encontramos a la mencionada “señora que ve el espíritu”. La Señora Paulina (Entrevistada mixteca, 2016) señala que entre los mixtecos además de tirar el maíz también se hace lo mismo por medio de la tirada de unos frijoles rojos.

En épocas precoloniales (López-Austin, 2016) existían los hierberos que curaban con conocimientos empíricos transmitidos generacionalmente, a estas hierbas se les atribuían cualidades mágicas y divinas. En las entrevistas los conocimientos sobre las hierbas son atribuidas a los curanderos o médicos tradicionales, aunque también, algunos de esos conocimientos, los comparten las mujeres en las comunidades que curan con hierbas algunos males de su familia. Por último, se encuentran los hombres búho o *tlatlacatecolotl* que se dedicaban a hacer el mal. En las entrevistas fueron mencionados los hechiceros, que tienen los conocimientos de los curanderos pero los usan para hacer el mal a las personas y provocar enfermedades en ellas.

Es necesario retomar estas enfermedades del espíritu, las cuales pueden ser resultado del susto, por una hechicería, e incluso algunos hablan de que se puede tratar de algo que tiene relación con la migración a la ciudad.

Entonces, primero se planteará la concepción de la locura la cual tiene relación con los comportamientos que salen de los parámetros y expectativas para una comunidad. Según Simon (1984) la locura existe en toda cultura, pues siempre existirán ciertos comportamientos que salen de los límites conductuales esperados.

Así, para los entrevistados la locura tiene relación con aspectos espirituales, por ejemplo faltar a las tradiciones, fiestas y costumbres, tener un susto fuerte o sufrir (*ta*)*nawimama* en el caso de los wixaritari, así como también son causas potenciales la envidia y la brujería o hechicería.

Entre otras enfermedades fueron mencionadas el ojo o mal de ojo, la debilidad, algunos casos de depresión y tristeza e incluso enfermedades que en occidente se ubican en la esfera de lo físico. Es necesario recordar que para los indígenas no existe la distinción entre mente, cuerpo y espíritu, se tiene una visión más bien holística del ser humano.

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En los resultados obtenidos se observa la manera en que la cosmovisión se encuentra reflejada en la concepción de salud-enfermedad. Asimismo, se hacen evidentes los elementos precoloniales que subsisten en las prácticas, creencias y costumbres.

Los elementos que coinciden entre los diferentes grupos étnicos dan cuenta de los intercambios precoloniales de conocimientos.

Por otro lado se encuentra el choque cultural que tiene lugar como resultado de la migración. Aun cuando existen ya medios de comunicación como la televisión y el internet

que se encuentran presentes ya en muchas de las comunidades en México. Llegar a un lugar ajeno, sobrecargado y plagado de significados que no conocen y, por lo tanto, no pueden decodificar, resulta en dificultades de adaptación.

Las relaciones y patrones comportamentales de adaptación, causan, principalmente entre los más jóvenes, problemas con su identidad. Recordando que ésta se conforma con relación a la alteridad. Al respecto, se observa una coincidencia con los trastornos relacionados con la identidad por Guyotat (1998), quien menciona algunos padecimientos que coinciden con lo mencionado por los entrevistados. Uno de ellos es la disociación de la identidad, la cual, se encuentra en ciertos casos en los que no existe una plena identificación con un grupo social o un espacio, como fue referido por los informantes en los problemas relativos a las enfermedades de la ciudad y puede afectar incluso físicamente. Por otro lado, el mismo autor menciona que uno de los problemas más comunes es la melancolía, lo cual se ve reflejado en los resultados obtenidos, la ausencia física de los seres queridos y de las propias comunidades o pueblos son las razones más comunes, pues su identidad se encuentra enraizada ahí.

Guyotat (1998) menciona también problemas de paranoia que, aunque no son muy frecuentes, pueden llegar a tener lugar, esto podría estar vinculado con el caso de celotipia descrito en la muestra de los p'urépechas. De aquí la importancia de la adaptación, de la manera en que el contexto de acogida responde ante el migrante.

Las redes sociales con otros que pertenezcan a su comunidad y la ausencia de discriminación podrían ser factores atenuantes de estos problemas, considerando que hay factores físicos y geográficos que no pueden ser pasados por alto cuando se habla de mantenerse en contacto con su lugar de origen.

Por último, una de las conclusiones centrales es con respecto a lo que los entrevistados refieren que necesitan y aun cuando las respuestas fueron muy concretas podemos afirmar que fueron muy claras. En primer lugar podemos mencionar lo relativo al trato de los médicos, el que no discriminen o atribuyan características de pobreza o falta de inteligencia, lo que impide en ocasiones el propio tratamiento o las explicaciones sobre la enfermedad. En este mismo sentido, se puede mencionar la importancia que le dan al hecho de que los médicos no descalifiquen los tratamientos tradicionales o las creencias sobre la enfermedad.

Otro de los elementos solicitados es que el médico o doctor de la mente, el psicólogo y el curandero pudieran en algunos casos trabajar en conjunto. Pues cada uno de ellos atiende elementos diferentes de la persona.

La mayor accesibilidad a los servicios de salud en general y de salud mental en particular. Mencionan que geográficamente hay ocasiones en que se hace difícil llegar a los lugares de atención ya sea pública y privada. También señalaron las dificultades que representa el tratamiento médico con relación a los trámites burocráticos, el tiempo de espera y papeleo, que los hace perder días para acceder a la atención. El problema no es simplemente el hecho del tiempo por sí mismo, sino que, si tomamos en cuenta las ocupaciones y los ingresos de este sector de la población uno, dos o tres días de trabajo perdidos, representa la pérdida de ingresos que son limitados, es decir, casi siempre sus ganancias diarias representan una equivalencia con los gastos diarios.

Otros modelos de atención a la salud mental

No existen muchos modelos de atención a la salud mental que incorporen la cultura como uno de los pilares en la atención. Es decir modelos de atención a la salud mental que se encuentren dirigidos y diseñados para la población no occidental, que por lo general son migrantes de sus pueblos originarios. A manera de ejemplo, se mencionarán sólo algunos que brindan elementos para la formulación de esta propuesta.

Una de las propuestas que se expondrán es la de Menéndez (2003), que realiza una propuesta a partir de reflexiones teóricas en articulación con la práctica. Este autor menciona que a lo largo de América Latina existen diferentes formas de atención a la enfermedad, técnicas diagnósticas y criterios de curación. Dichas diferencias son en función de la manera en que es atendida la biomedicina, de los sistemas de salud y de seguridad social. Además de esto, hay que considerar que existe algo denominado pluralismo médico, término que refiere a las diferentes técnicas utilizadas con base en las representaciones de los “curadores”. Es decir, la población no utiliza de manera generalizada un solo método de atención, sino que combina varias formas de atención para tratar un mismo problema de salud. Una de ellas es la medicina alternativa o la medicina tradicional.

Llama la atención en la reflexión de Menéndez (2003) la caracterización de la medicina tanto occidental, tradicional o alternativa de ser modelos asimétricos, en donde se excluye la palabra del paciente. En todos los casos, es el “curador” o médico al que se le atribuye el conocimiento y el paciente se subordina.

Otro proceso importante a considerar es la presencia en las sociedades denominadas occidentales de formas de atención a la salud que corresponden a saberes académicos de otros sistemas muy distintos del occidental. Si bien una parte de este desarrollo se debe a procesos migratorios de masa, que implican el asentamiento no sólo de trabajadores migrantes, sino también de sus sistemas de atención; en otros casos son debidos a un proceso de apropiación generado por determinados sectores sociales de los propios países “occidentales”. Estos y otros procesos han impulsado una constante diversidad de las formas de atención a la enfermedad, que por supuesto adquiere una dinámica y diferenciación específica en cada contexto (Menéndez, 2003).

Según el autor, la biomedicina si bien busca prevenir, educar para la salud, y otras formas de atención para mejorar la salud, lo cierto que es todas esas actividades actúa básicamente respecto de los padecimientos y enfermedades y no sobre la promoción de salud.

La propuesta de Menéndez (2003) es identificar las formas de atención de los sujetos y grupos sociales que usan para sus padecimientos, cambiar el foco hacia ellos y no hacia los curadores. Si el sector salud quiere conocer y/o implementar el sistema de atención real que utilizan los sujetos y conjuntos sociales, debería identificar, describir y analizar las diferentes formas de atención que los conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padecimientos que reconocen los sujetos como aquellos que afectan su salud.

Esta aproximación implicaría detectar y construir los perfiles epidemiológicos y las estrategias de atención que desarrollan en forma particular el saber biomédico, el saber de los curadores tradicionales, el saber de los curadores alternativos y/o el saber de los grupos sociales, lo cual posibilitaría observar no sólo las convergencias y divergencias en la construcción del perfil epidemiológico dominante, sino el tipo de atención utilizada en situaciones específicas. Si partimos de los comportamientos de los sujetos y grupos respecto de sus padecimientos, y cuando propone esto piensa en conjuntos sociales estratificados, diferenciados a través de condiciones ocupacionales, económicas, étnicas, religiosas, etc., que operan en diferente contextos latinoamericano, nos encontramos con que los mismos utilizarían potencialmente las siguientes formas de atención: Biomédico, popular y tradicional, alternativa, otras tradiciones médicas académicas, y la autoayuda.

En los contextos desarrollados y subdesarrollados denominados occidentales, y pese al incremento de medicinas paralelas y alternativas, la forma de atención que más se expande directa o indirectamente sigue siendo la biomedicina. Lo cual además nos conduce a reconocer, que si bien en algunos países occidentales se están estableciendo y desarrollando actividades correspondientes a otras tradiciones médicas académicas, sin embargo en los países que han originado dichas tradiciones como Japón, India o China está expandiéndose e inclusive pasando a ser hegemónica la biomedicina, siendo ésta la que subalterniza y/o desplaza a las medicinas académicas locales (Menéndez, 2003).

Minoletti & Zaccaria (2005) publicaron en un artículo la manera en que se ha desarrollado y establecido en un proceso de 10 años un modelo de atención psiquiátrica. Gracias a las políticas aprobadas por el Estado para la salud mental, en Chile en los últimos 10 años, se ha venido adoptando paulatinamente el modelo comunitario, considerado por muchos investigadores como el mejor modelo para la atención de trastornos psiquiátricos, tanto desde el punto de vista ético como terapéutico. Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la psiquiatría comunitaria han demostrado que los factores biológicos explican solo parcialmente la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos factores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y sus antecedentes. La red de salud mental y psiquiatría funciona por territorios y tiene bajo su responsabilidad la atención de los usuarios del sistema de seguridad pública de salud, las emergencias y los servicios convenidos para los afiliados de los sistemas privados de seguros de salud, así como las acciones de salud pública dirigidas a toda la población.

Las estrategias descritas por el autor que han sido implementadas en este modelo chileno son las siguientes:

- Intersectorialidad en salud mental: El plan define acciones específicas que el sector salud debe coordinar.
- Programa de Salud Mental: orientar la programación de los recursos y la presentación del sistema.
- Prioridades programáticas: se tomaron en cuenta algunos indicadores epidemiológicos.
- Red de servicio de salud mental y psiquiatría: para facilitar el acceso a los servicios.
- Estructura organizativa.
- Inversiones para la salud mental.

- Regulación.
- Agrupaciones de usuarios y familiares.

Es importante señalar que en México no se cuentan con indicadores epidemiológicos que sistemática y periódicamente den cuenta de la incidencia de las enfermedades mentales. Las autoridades parecen mantener al margen la salud mental, por lo que esto afecta a las partidas presupuestales, resultando en pobres y carentes instalaciones para atender a esta población. Asimismo, afecta en la formación de recursos humanos acordes a las necesidades sociales, culturales y epidemiológicas.

Ahora se presentará un modelo explicativo sobre las repercusiones en la salud mental del migrante, el Síndrome de Ulises, propuesto por Achotegui (2009). Para el autor, la migración, como fenómeno generalizado produce estrés y duelo en el sujeto. Se considera a la migración como un factor de riesgo para el surgimiento de un trastorno mental, es decir, no mantienen una relación necesaria, sino probable. Una de las consecuencias mencionadas es la regresión infantil, la cual se manifiesta en conductas de dependencia y sumisión, similares a las de un niño ante su padre. Otro signo de regresión es llamada por el autor la pataleta, que implica una reacción ante la frustración. Por último, se encuentra la sobrevaloración de los líderes.

Para Achotegui (2009), el hecho de migrar y la manera en que se realiza, determina las consecuencias sobre el sujeto. Es decir, existen condiciones de migración más favorables y en función a esto es que tendrán lugar o no, los estresores aculturativos y su intensidad. Las consecuencias que señala son desde manifestaciones de somatización, depresión y hasta psicosis.

Cabe señalar que se retomaron algunos elementos de la propuesta explicativa de Achotegui, sin embargo, no es el marco del cual se parte pues sería contradictorio con el enfoque fenomenológico y cultural, pues la propuesta del autor es la de un síndrome generalizable.

Otro de los modelos de atención con el que se tiene gran afinidad teórica y axiológica es el de la Asociación de Médicos Descalzos en Guatemala. Chávez (2012) desarrolla la idea de generar un modelo que atendiera a las necesidades de salud mental de la población del municipio de Chinique del Departamento del Quiché. Población que ha vivido brutales prácticas de genocidio, masacres, persecución, desplazamiento forzado, violación sexual, tortura, entre otras formas de violación a su integridad humana. Aunado a lo anterior, las personas viven en condiciones de pobreza y marginación. Esta propuesta consiste en conocer los padecimientos más comunes en los que puede intervenir un médico tradicional en conjunto con un psiquiatra para el tratamiento integral del paciente. La idea es llegar a comprender las enfermedades desde el punto de vista de los que la padecen y de los que la tratan tradicionalmente. Los médicos tradicionales han aceptado trabajar con psiquiatras en una relación de subordinación, es decir, es el médico tradicional el que le indica al psiquiatra en qué momento puede o no intervenir partiendo de cada caso en particular. Una de las cosas que diferencia esta propuesta de otras es que los médicos descalzos trabajan en las comunidades y no con migrantes urbanos.

CONCLUSIONES

Con base en los modelos antes expuestos podemos recoger algunas ideas de utilidad que van de acuerdo con lo encontrado en la investigación.

Centrarse en el sujeto que padece la enfermedad y las formas de atención que busca, las cuales son, por lo general, plurales. Es decir considerar a la persona como un actor que influye y es influido por su entorno y poner el foco en quien padece la enfermedad.

El éxito de atender los problemas psiquiátricos de manera colectiva. En la propuesta chilena se observa que la eficacia del modelo de atención se encuentra en el hecho de involucrar a las personas que se encuentran alrededor de quien padece la enfermedad mental.

La importancia de incorporar elementos psicosociales, de entender su entorno inmediato y los antecedentes del paciente.

Entender las posibles repercusiones en la salud mental del simple hecho de migrar.

Proponer un modelo en el que participen y colaboren las personas de la comunidad, si el contexto lo permite, e involucrar a médicos tradicionales. También es importante recuperar las propias unidades nosológicas que son construidas culturalmente.

La propuesta: Un modelo de atención para la salud mental de Indígenas migrantes

“La noción del pecado para los indios está todavía ligada a la idea de salud y enfermedad, personal, social y cósmica”⁶

El objetivo del presente libro es elaborar una propuesta de intervención para la salud mental de indígenas migrantes. Hemos realizado un recorrido a lo largo del mismo, en primer lugar, lo que buscamos es plantear desde dónde nos paramos en la comprensión del fenómeno de salud mental. Se expuso cómo es que los elementos culturales, tales como el lenguaje, determinan la realidad.

A partir de lo anterior es que se entiende que dichos elementos son asimilados por el cerebro y determina la manera en que éste codifica y decodifica los símbolos. Por tanto las enfermedades mentales se encuentran determinadas o matizadas por la cultura. Así, la experiencia será uno de los elementos clave en esta asimilación cultural.

Otro de los principios paradigmáticos es la eliminación de la dicotomización entre salud y enfermedad, comprender más los estados en función del bienestar del sujeto, lo cual implica una comprensión del padecimiento, como la que propuso Pinel a tempranas épocas de la disciplina psiquiátrica. Además de entender la enfermedad como un estado, determinado por los estándares socio-culturales.

Antes de continuar, es necesario mencionar algo fundamental para la población indígena: la colectividad. La unidad no hace solo referencia a las personas, sino a su unificación con el cosmos. La naturaleza es parte de la persona, las deidades habitan en la naturaleza y el entendimiento sobre la realidad se encuentra en función de todas estas relaciones. Es por esto que el indígena es uno con el cosmos y tiene responsabilidades con él, es decir, con su familia, con su comunidad, con la naturaleza y con las deidades. Al contrario de la comprensión de la realidad sobre el cosmos y la naturaleza en occidente y en el cristianismo, la cual es homocéntrica, por lo que la naturaleza constituye un recurso, una propiedad humana, al contrario del indígena que está a merced de lo que la naturaleza que encarna o materializa a las deidades, requiere. Esto tuvo un cambio con la colonización, donde comenzó un proceso de sincretización de culturas. Algunas creencias pervivieron por la vía de la historia oral, otras tuvieron que matizarse con elementos cristianos o hasta esconderse tras ellos.

Antonio García (entrevista, 2016), informante que ayudó, entre otras cosas, al proyecto en la comprensión de esta cosmovisión, menciona que el indígena, el wixárika, es como una planta en conjunto con sus paisanos en sus comunidades y aquellos en sus

6 Paz, O. (1998). *El Laberinto de la Soledad*. Primera Edición 1950. México: Fondo de Cultura Económica. P.45

comunidades se encargan de regar esa plantita con el cumplimiento de sus costumbres y tradiciones. Señala que todos son parte de lo mismo y su bienestar está en función de lo que las personas en su comunidad procuran con el cumplimiento de sus responsabilidades comunitarias.

Entendiendo así, lo colectivo y lo comunitario, es que se debe entender que la salud se concibe de la misma manera, es decir, hay enfermedades que son consecuencia de las omisiones, en ocasiones no necesariamente del individuo, sino de algún miembro de la comunidad o de la familia. Este fenómeno no es observado únicamente en las comunidades mesoamericanas, también en otras latitudes tiene lugar este fenómeno. En el capítulo anexo de Delanoë, se hace referencia a un término que encaja perfectamente aquí, la transmisión del trauma, de la dolencia como el efecto de un objeto radiactivo, idea propuesta por Gampel, que expresa la manera en que algo invisible, a veces desconocido por la persona tiene efectos en generaciones posteriores.

Así, podemos observar lo que afirma Octavio paz en la cita con la que comenzamos el presente capítulo, en los pecados aun residen las explicaciones sobre la salud y la enfermedad, entendiendo como pecados las faltas a las tradiciones que corresponden a su etnia. Debemos recordar que dichas tradiciones cumplen también una función en la estructura y orden de la realidad y de la sociedad.

Es importante señalar que el ser susceptible de enfermarse por estas faltas se relaciona con la identidad pues tiene que ver con esa concepción de unidad con los otros que le dan sentido al propio ser, este es el elemento denominado filiación que implica el establecimiento de lazos. Por otro lado se encuentra lo que Raveau (1984) define como pertenencia que implica la conciencia de la misma y se apoya en un pasado histórico y mítico compartido.

Aquí hay algo importante a considerar en la intervención en salud mental, por un lado es importante entender la cosmovisión de la persona con la que estamos tratando, si se trata de un indígena debemos considerar que no es su padecimiento, sino que debemos de explorar quienes, en todo su cosmos, se encuentran involucrados en su padecimiento. Por el otro lado se trata de no universalizar, sino de abordar cada caso como único y no dar por sentado explicaciones, sino escuchar al sujeto, centrándonos en su perspectiva y dedicándonos a describir la experiencia del sujeto, entendido como un sujeto colectivo, es decir formado en y como parte de un todo.

Si se parte de la idea de que la salud y la enfermedad tienen que ver con las faltas, entonces la comprensión de las enfermedades para los indígenas encuentra su centro en la etiología. No importa aquí si la enfermedad es física o mental, como suele escindirse al ser humano en la sociedad occidental, las enfermedades todas tienen relación con ambas esferas. Lo que importa al hablar de salud y enfermedad es entender las causas y las consecuencias. ¿Por qué pasó esto?, además de cómo remediar o enmendar la falta cometida.

Así, se entiende de manera holística o unitaria a lo físico y lo espiritual. Es decir los desequilibrios siempre estarán de alguna manera relacionadas con lo espiritual.

Es trascendental señalar que no se trata de comprender o aprender las habilidades para “curar” lo espiritual, o de imponer la visión occidental de la concepción de salud y enfermedad occidental. La propuesta va encaminada a encontrar el lugar que ocupamos los profesionales de la salud en los padecimientos de la población indígena, principalmente de los que se asientan en la ZMG. Llamados por Antonio García (2016) urbindianos,

indígenas que de alguna u otra forma se han adaptado a la ciudad sin dejar de lado su identidad indígena, al tiempo que van creando puentes con otros indígenas de diferentes grupos étnicos o zonas geográficas.

Hasta aquí ya sabemos cuáles son los principios básicos para emprender el camino hacia la intervención. Ahora, como se mencionó, habrá que encontrar nuestro lugar en la búsqueda del bienestar de los indígenas, pero principalmente de los urbindianos.

En las enfermedades, los informantes si encuentran un lugar para cada profesión, el médico de la mente o psiquiatra, el psicólogo y el médico tradicional. Cada uno tiene cierta capacidad de injerencia y de límites, y la propuesta es el trabajo en conjunto, puede o no ser de manera simultánea. Así como en los tiempos precoloniales existían diversas figuras cuyas habilidades eran distintas y se recurría a ellos según la afección o la intención. Ahora nos toca involucrarnos en ese panorama. A continuación se procederá a explicar que toca a cada uno de los actores en este nuevo paisaje urbindiano de la experiencia de la salud y la enfermedad.

Centralmente se tocarán cada una de las figuras que con base en la experiencia y las entrevistas se concluyó que deben intervenir en el cuidado de la salud:

El curandero

Quien desde la época precolonial ha sido la figura con la sabiduría sobre el cosmos y ha ocupado un lugar central no sólo en la salud de las personas, sino también en sus decisiones de vida, de igual forma, ha ocupado un lugar trascendental cuando se trata de tomar



decisiones colectivas, es decir, dentro de una comunidad. En aquella época representaba a la figura del sabio, en la actualidad algunas personas les llaman “los que saben”.

Esa relación que mantiene con el cosmos le permite comprender al indígena desde una perspectiva holística y espiritual. Son ellos los que cuentan con los conocimientos míticos, rituales, tradicionales, que dan sentido a las prácticas y decisiones de una persona, las cuales pueden resultar en castigos o consecuencias, es decir, enfermedades. Cabe señalar que existen otras consecuencias además de las afecciones a la salud, no obstante, no se describirán porque no son el tema que nos ocupa en esta ocasión.

A pesar de que existen enfermedades que curan los médicos, parece existir un consenso en la cosmovisión indígena de que “el que sabe”, el curandero, médico tradicional o ma'arakame, según sea el caso, debe intervenir para curar la parte espiritual, en la cual el médico no tiene injerencia.

Se menciona en primer término debido a que se le atribuye, por enunciarlo de alguna manera, la mayor sabiduría, pues sus conocimientos no se limitan al cuerpo humano, sino al terreno de lo espiritual. Entonces si existe la posibilidad, pues en algunos grupos étnicos no se cuenta con la presencia de un curandero en la ciudad, se considera que se les debe consultar en primer término a ellos para que determinen a quién corresponde atender la enfermedad.

Médico o doctor de la mente

A los médicos se les atribuyen conocimientos sobre el cuerpo y la mente, con más limitaciones sobre la comprensión del indígena. Mencionan que en ocasiones no pueden conocer el diagnóstico del paciente pues no es una enfermedad del cuerpo o de la mente, sino del espíritu, territorio que les es ajeno.

La causa de la enfermedad es uno de los factores que determinan quién debe atender la enfermedad, si se trata de una causa física, como lo podría ser un accidente, la mala alimentación o afecciones en la vesícula. Pero, si se trata de una causa espiritual, como una falta a las tradiciones, a las costumbres, un hechizo o envidia, el terreno es el del curandero.

La biomedicina se encuentra enfocada en las enfermedades y parte de un sistema nosológico que clasifica las enfermedades según sus manifestaciones llamadas síntomas y aunque se encuentre interesada en conocer las causas de la enfermedad, los tratamientos están enfocados en aliviar o eliminar el síntoma o el cuadro sintomático. Por lo general, los conocimientos sobre la etiología de la enfermedad se utilizan más para la prevención, la promoción (aspectos un tanto descuidados) y el tratamiento. Es decir, se consideran las causas como variables que al conjuntarse, posiblemente den como resultado una enfermedad. No obstante, el tratamiento se basa en el estudio de la sintomatología y las causas son aquellos elementos a los cuales se ha expuesto el individuo de manera voluntaria o involuntaria (Menéndez, 2003).

En específico, el doctor de la mente o psiquiatra se encuentra en un territorio más confuso, pues muchas de las afecciones o síntomas que trata, como la tristeza, el estrés, las ganas de morir o los comportamientos que salen de las normas establecidas, pueden pertenecer al terreno de lo espiritual. Pues muchas de las enfermedades tratadas por el curandero presentan esta sintomatología.

Psicólogo

El psicólogo fue también mencionado como un actor que puede intervenir en el caso de las enfermedades de la mente. Su forma de trabajo es la narrativa, el discurso. El ser escuchado por otra persona puede contribuir a que la persona se sienta mejor.

No obstante, para un indígena es complicado el tema del psicólogo, pues por lo general, como ya se mencionó, los problemas no son individuales, son colectivos o familiares, por lo que lo ideal sería que se trataran los problemas de esta manera. No obstante, existen personas que tienen experiencias que desean compartir para liberar la tensión, tener un espacio donde puedan expresar sus sentimientos pero desean hacerlo de manera individual. Esto puede acarrear problemas con la familia o con la comunidad, pues por lo general los problemas se deben tratar de manera colectiva y si alguien tiene algo que decir sobre sí mismo o sobre lo que ha hecho a alguien ajeno, puede ser una muestra de que algo está mal en esa persona y por lo general acuden a atención ocultándolo de los demás. Esto da cuenta de cierta reticencia en algunos casos de parte de la comunidad como colectivo, mientras que en muchos de los individuos si existe el interés y lo realizan.

Cabe mencionar que los doctores de la mente y los psicólogos solamente pueden tratar enfermedades que se vinculan a la ciudad. Aquí surge uno de los temas trascendentales.

ENFERMEDADES DE LA MENTE Y ENFERMEDADES DEL ESPÍRITU

Las enfermedades del espíritu son aquellas en las que es indispensable que intervenga un médico tradicional o curandero y que el psiquiatra o el psicólogo no pueden curar. Sin embargo, reconocen que en algunos casos podrían intervenir para dar un alivio a los síntomas, aunque no tengan la capacidad de curarles.

Las enfermedades de la mente solamente tienen lugar en las ciudades, no son reconocidas en sus lugares de origen y en ellas si pueden intervenir un psiquiatra y un psicólogo, aunque lo más recomendable es no olvidar consultar las causas espirituales de aquello que le pasó.

La propuesta de las propias personas entrevistadas es el trabajo en conjunto y la importancia de no devaluar las creencias de las personas. Pues como indígenas mantienen una raíz en su comunidad la cual no puede ni debe ser olvidada. De tal forma que la enfermedad, en general, pues en su cosmovisión la visión del ser humano es holística, tanto como sujeto, como colectivo y como con la naturaleza, debe ser tratada de esta manera. Al médico tradicional le toca explorar el terreno espiritual, las causas, las faltas ya sean propias, de su comunidad o de otras generaciones, es decir, es el único que puede acceder a conocer esa fuerza invisible, llamada radioactiva por Gampel (2005, ver anexo 1), pues existen traumas, daños que pueden trascender al individuo.

Así la propuesta es la de una psiquiatría que considere el pensamiento como resultado de la cultura. Fernández- Christlieb (2005) señala que el pensamiento, desde el punto de vista de la cultura, constituye el mundo habitado, vivido, creído y sentido.

No es al hombre, efectivamente, a quien sana el médico, a no ser accidentalmente, sino a Calias o a Sócrates, o a otro de los así llamados, que, además, es hombre. Por consiguiente, si alguien tiene, sin la experiencia, el conocimiento teórico, y sabe lo universal pero ignora su contenido singular, errará muchas veces en la curación, pues es lo singular lo que puede ser curado (Aristóteles, 2015, pág 2).

El principio fundamental es entonces considerar la singularidad de cada caso, no se trata de proponer una forma universal de tratamiento, sino mas bien fenomenológica, singular, comprender cada caso desde su cultura, su sintomatología y su experiencia, así como la interacción entre estas tres esferas. El foco debe estar en el sujeto, no en la disciplina. Al respecto el Prof. Garrabé (2009) publicó una propuesta de la psiquiatría de la persona, donde hace un recuento de los autores que han realizado propuestas similares, dicho trabajo abona de manera importante nuestro trabajo.

Menéndez (2003) menciona la tendencia en general de la población a recurrir al pluralismo médico. Aquí se trata de aceptarlo y, si es posible ponerlo en marcha. En la experiencia en campo con los curanderos nos encontramos que ellos no tienen problema con que sus pacientes recurran a la atención médica occidental.

La idea se muestra en el cuadro de la página siguiente:

ALGUNOS CASOS⁷

Se han tratado desde casos de psicosis, depresión, tristeza, control de ira, alopecia, enuresis y encopresis, trastornos sexuales y de la identidad sexual. Todos ellos se presentaron en los diferentes grupos étnicos.

El caso de Caz

Después del trabajo de campo se continuó con el contacto con los asentamientos en los que se trabajó. Algunos de los informantes cumplieron la función de puente de comunicación con el equipo de trabajo de intervención y referían personas que creían podían ser atendidas según el modelo de atención en salud mental que estamos formando. Así, conocimos a una madre de familia de cinco hijos, casada, todos “mixtecos”. Los padres originarios de Oaxaca, los hijos nacidos en la ciudad de Guadalajara.

El motivo de la consulta era la enuresis y encopresis de la hija menor de la familia, única mujer. La niña de 5 años de edad ya había tenido control de esfínteres a los tres años. Sin embargo, comenzó el curso del padecimiento alrededor de 9 meses antes de la solicitud de consulta. La madre ya había acudido con un médico general y fue tratada por infección en el tracto urinario, el médico no encontró causas físicas para la enuresis y encopresis. La infección se debía a que la niña se mantenía toda la tarde sin cambiar su ropa cuando tenía evacuaciones. La niña se encontraba sin sus padres la mayor parte de la tarde, acompañada de sus hermanos y salía a jugar con sus vecinos, pues el asentamiento es pequeño y fuera de su casa no pasan automóviles, además de que las personas del asentamiento comparten su pertenencia étnica y constituyen una comunidad, es decir, todos se conocen, existen decisiones de interés común que se toman entre todos.

Cabe hacer énfasis en que el padecimiento no tenían lugar durante las mañanas, cuando se encontraba en la escuela. En el asentamiento vive su abuela y varios de sus tíos con sus familias, todos le llamaban la atención por no ir al baño y le pedían que se cambiara la ropa, pero todo quedaba en peticiones, no se encargaban de darle seguimiento más allá de lo anterior.

La primera consulta se obtuvo esta información en el hogar de la madre, mientras la niña se encontraba junto a nosotros y confirmaba y completaba la información. Además de

⁷ Se utilizarán seudónimos y se protegerán algunos datos para que los pacientes no puedan ser identificados.

ELEMENTOS BÁSICOS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

1. Una intervención que integre las tres perspectivas, las tres esferas del ser humano señaladas, la espiritual, la fisiológica y la de la experiencia.
 2. Tomar en cuenta la cultura de procedencia.
 3. Respetar las creencias y a la persona.
 4. Eliminar los prejuicios sociales, culturales e incluso teóricos.
 5. Adaptar los conocimientos al caso en particular.
 6. Considerar que la persona es parte de una colectividad y la posibilidad de integrar a otras personas en el proceso de intervención, principalmente a su familia, entendiendo que el padecimiento no es individual, además de centrarse en las necesidades del paciente.
 7. Considerar lo dicho como verdad, resultado de la experiencia que se enclava en una cultura y sociedad determinada.
 8. La intervención debe ser corta en la mayoría de los casos y centrada en el motivo de consulta. En esta población se pierde el interés y apego del paciente si se quiere dar una intervención a mediano y largo plazo que llegue a profundizar en el caso o en otras experiencias relacionadas. Esto se debe a que están acostumbrados a intervenciones cortas y dirigidas, como lo hacen los médicos tradicionales.
 9. Por último, entender el proceso de adaptación y el choque cultural que implica el propio proceso de migración en un contexto de dominación y de sobremodernidad.
-

lo anterior, se completaron datos para la historia clínica, no tenía antecedentes de problemas prenatales, el parto se presentó de forma natural, sin ninguna complicación. La madre refiere que se trata de una niña no planeada pero deseada, principalmente por la madre, pues no había concebido ninguna mujer.

La madre describe el carácter de Caz como “corajuda”, determinante, dominante con otros niños, de su edad y más pequeños. Tiende a jugar más con niños que con niñas. Después de recabar esta información se le preguntó a la madre si era posible que asistieran al consultorio, no obstante ella mencionó que no le era posible pues debía cuidar al resto de sus hijos y esperar a que llegara su marido para atenderle y servirle de comer, por lo que nos pidió que fuera atendida en su hogar de ser posible. Asistimos en esa consulta y en las posteriores, una psicóloga y una médico general. Al acordar cómo se realizarían el resto de las sesiones, le pedimos que la siguiente sesión pudiéramos hablar con la niña. Las sesiones se realizaban dos veces por semana.

El hogar consta de dos cuartos, el baño y otro donde se encuentra la cocina al lado izquierdo de la puerta, un lugar vacío en el centro, donde se colocaban sillas y bancos de plástico para el trabajo y una mesa de aproximadamente metro y medio plegable, para el trabajo y, en la cotidianidad de la vida familiar, para las comidas. Del lado derecho se veía una cortina tras de la cual se encontraba una litera, una cajonera de madera sobre la que se encuentra un televisor y los petates y cobijas sobre los que dormían los 3 niños menores. Las literas eran ocupadas, la parte de arriba por los padres y la parte de abajo por los dos hermanos mayores. El cuarto de baño está en la parte de afuera de la casa, a la derecha y cerrada por una cortina.

En la siguiente sesión se utilizaron técnicas proyectivas, como el dibujo. Ella dibujó a su familia y mientras lo hacía describía, frente a su madre y el constante entrar y salir de los hermanos quienes en ocasiones miraban curiosos y su madre tenía que pedirles que se retiraran de la casa para darle más privacidad a Caz. Cabe mencionar que en ninguna parte del día se cierra la puerta de la casa.

Por medio de la conversación y las técnicas proyectivas, Caz mencionó que tenía una relación más cercana con el tercero de sus hermanos y que el resto la molestaban continuamente. También describió a su madre como cariñosa con todos y a su padre como “enojón”. Ahí terminó la sesión, pues llegó el padre y era la hora de que comiera y descansara, la madre nos indicó sutilmente que podíamos continuar la siguiente sesión, que era en la siguiente semana.

La siguiente semana llegamos y no se encontraba la madre, pero Caz y los niños nos dijeron que su madre había tenido que salir pero podíamos trabajar. En esta ocasión fue más difícil mantener la atención de la niña, pero cuando la obtuvimos, fue que nos mencionó información importante para el caso. El piso de su casa es de cemento y junto a la cocina hay un resumidero y Caz mencionó que cuando tenía tres años dejó los pañales y comenzó a orinar en el resumidero, pues así lo hacían sus hermanos y defecaba en el baño. Cuando se volvieron prácticas cotidianas, sus hermanos comenzaron a burlarse de ella porque tenía que agacharse para hacer “pipi” y que cuando iba al baño a defecar le abrían la cortina para burlarse también. Debido a lo anterior Caz decidió dejar de hacerlo y la única ocasión durante el día que orinaba en el baño era en el momento en que se bañaba, cuando estaba su madre en casa. También refirió que su padre la regañaba y hasta golpeaba por no usar

el baño. En cuanto a su escuela, mencionó que le había cosas que le costaban mucho trabajo y no podía aprender. La sesión finalizó con una actividad de dibujo que ella propuso.

Nos reunimos con el resto del equipo de trabajo y se llegó a la conclusión de que Caz no tenía privacidad para utilizar el baño y que era necesario plantear a su mamá que era necesario bajar el nivel de presión sobre ella por utilizar el baño, además de que le debía ofrecer apoyo por las noches para acompañarla hasta el baño y no pedirle que utilizara aún el resumidero, pues se sentía expuesta, además se estableció un sistema de recompensas para que utilizara el baño, por otro lado había que ofrecerle protección y privacidad de sus hermanos.

Al hablarlo con su madre, ella expuso que no había considerado que Caz, a los cinco años de edad requiriera privacidad para “hacer sus necesidades”, defecar y orinar, pues en su pueblo no hay baños, por lo general existen literas y son utilizadas por los adolescentes y adultos, no por los niños de su edad. Que los niños y niñas de su edad “hacían” en el campo y nadie lo tomaba por extraño, por lo que ella tampoco le parecía. Aceptó el plan y las recomendaciones hechas y acordamos regresar en quince días. Al regresar, observamos que había dado resultado el trabajo y se realizaron Dos llamadas telefónicas de seguimiento corroborando el resultado.

Lo que se observó hasta aquí es que existen diferencias entre dos generaciones que han crecido en contextos distintos. En la ciudad, en el mundo occidental, la privacidad es un valor primordial, mientras que en la comunidad no lo es. Así que el problema se encontraba en la diferencia de la cultura que había formado a las dos. La falta de privacidad hacía que Caz dejara de utilizar el baño, pues le generaba tal estrés psicológico que lo evitaba y comenzaba a afectar otros aspectos de su vida, desde su salud, su rendimiento escolar y sus relaciones familiares.

El caso de Gloria

Una mujer de 40 años acude a la consulta, de manera individual, solicita atención psicoterapéutica. Llegó a la ciudad de Guadalajara a los 5 años de edad, con sus padres, originarios todos de la zona mixteca del estado de Oaxaca. El motivo de consulta es referido como depresión. En la primera sesión se le pide que describa lo que siente y define como depresión. Señala que desde hace 8 años aproximadamente ha pasado por periodos en los que siente tristeza profunda, que se manifiesta en días continuos en que por las noches presenta llanto, lo que le impide conciliar el sueño, despierta más temprano de lo común, durmiendo un promedio de 4 horas por varios días, incluso meses. También presenta hambre intensa lo que la ha hecho subir de peso, refiere que entre más triste, más hambre le da y cuando come se alivia un poco su tristeza. Además de que ha pensado en que “sería mejor estar muerta”, aunque nunca haría nada por quitarse la vida, pues eso no es admitido por su familia y por su comunidad. Durante estos periodos pierde las ganas de trabajar, es vendedora y evita salir a realizar su trabajo cuando le es posible. En esa sesión se acordó un seguimiento semanal, con una hora de sesión.

Durante las sesiones semanales se pedía que relatara por alrededor de media hora un segmento del relato de su vida, por la siguiente media hora se trabajaba con técnicas de psicoterapia adaptadas a las necesidades de lo relatado y siempre que fuera aceptado por la paciente. Se realizaron otras seis sesiones, es decir siete en total.

En síntesis se relatará la vida de la paciente y después algunas de las técnicas utilizadas. El orden en que relató su vida no fue lineal, ella comenzó en el momento en que ella identificó que comenzó a subir de peso y a tener episodios de tristeza, lo cual se remontaba más atrás de los 8 años que refería haber pasado por la depresión o periodos de depresión. No obstante, se relatarán algunos de los hechos más sobresalientes y después algunas de las técnicas utilizadas. Cabe destacar que no aceptó ser medicada.

Cuando era niña arribó a la ciudad de Guadalajara con sus padres y sus hermanos, la finalidad era trabajar, recabar dinero para regresar a su comunidad. Pasaban en un inicio periodos de 4 meses en la ciudad y otros tantos en su comunidad. No tenían un hogar en la ciudad, por lo que tenían que encontrar techos para cubrirse de la intemperie y dormir en las calles. Después de un tiempo lograron encontrar paisanos y se asentaron en un terreno irregular junto con ellos, dicho asentamiento, se volvió regular con los años, como lo es en la actualidad. Durante esos primeros años en el asentamiento, Gloria conoció a un hombre adulto que le pidió entrara a su casa para abusar sexualmente de ella. Ella refirió no recordar cómo se lo dijo, pero recuerda que ella sabía a lo que se refería o sus intenciones a pesar de tener aproximadamente 7 años de edad. Gloria se negó a la petición o insinuación, el hombre, a quien se le atribuyen poderes de hechicería por la comunidad de la ZMG, respondió a eso con una maldición, que ella recuerda así “por haberte negado, tu nunca podrás tener un esposo, nunca te vas a casar”. En ese momento Gloria Comienza a llorar, encogió los hombros, cerró los ojos, tocaba su brazo de arriba hacia abajo, como consolándose a sí misma. La psicóloga le dejó unos minutos llorando, después le pidió que separara sus brazos, pidiendo permiso, le dijo que la tocaría con la finalidad de ayudarla a aliviar su llanto. Le presiona la espalda y la parte superior del esternón con los dedos, al tiempo que la enderezaba. Esto intensificó el llanto por unos pocos segundos y después fue desapareciendo de una forma relativamente rápida. Después de soltarla y de que respira normalmente, se hace una reflexión de lo sucedido. Gloria comenta que nunca había compartido esto con nadie y que en realidad no lo recordaba hasta que comenzó con el relato.

Refirió que en algunas ocasiones cuando ella estaba ya adulta, en el ámbito de su trabajo se acercaban hombres a ella con aparentes intenciones de establecer una relación de pareja, pero ella cree que todos lo hacían para burlarse de ella.

Gloria pensó que entonces lo que le pasa es consecuencia de la “maldición que le echó el hechicero”. En la sesión posterior ella llegó comentando que se quedó pensando en ello y que pensó en que esa maldición la había hecho creer que no podía atraer a nadie y que tal vez no era cierto pero ya era muy tarde para ella para cumplir su expectativa de matrimonio, pues en su comunidad se casan mucho más jóvenes y los hombres de su edad ya están casados, además de que por su peso no puede ser atractiva para nadie. En esa sesión se realizó una técnica de reflexión sobre lo que las personas a su alrededor le dicen, no lo que ella cree que piensan y escribió una lista de características positivas, la psicóloga le pidió que las leyera en voz alta, mientras las leía poco a poco comenzaron a rozarse sus ojos, y negó que fueran ciertas, continuó y al final mencionó que quizá eran ciertas que lo pensaría hasta la siguiente sesión.

Cuando ella regresa refiere sentirse un poco mejor con ella misma y que cada vez que se sintiera mal recordaría sus cualidades positivas. Para finalizar con la intervención breve, en la última sesión Gloria se centró en establecer otras metas distintas al matrimonio, tomando en cuenta los logros que ha tenido a lo largo de su vida. Se trazó un nuevo plan de vida.

En este caso, se utilizó la narrativa como herramienta principal. Se observa el poder de la maldición que tuvo durante su vida y determinó el curso de su vida desde la infancia. Tras un cuadro depresivo, pues cumplía los criterios para el diagnóstico occidental, se encontraban elementos culturales. Además se repite el esquema de la necesidad de intervenciones breves, similares al esquema del médico tradicional, en el mismo sentido es que es posible utilizar técnicas que implican el contacto físico, pues durante el trabajo de campo se realizaron trabajos de observación participante con médicos tradicionales y en sus rituales terapéuticos incluyen la narrativa y el contacto físico, por lo que los pacientes indígenas no les es extraño el uso de estas técnicas.

El caso de Isidro

Isidro, un joven de 19 años de edad asistió con el equipo acompañado de su padre para ser atendido en el Hospital Civil de Guadalajara. Presentaba un cuadro con síntomas psicóticos. Alucinaciones, delirios, discurso desorganizado, todos síntomas positivos. El contenido de las alucinaciones y delirios eran acordes a su grupo étnico de procedencia, veía venados, niños con el traje tradicional que le daban instrucciones, le pedían que los siguiera. Lo llevaron con un mara'akame en su comunidad y lo que él, por medio de sus técnicas rituales y los sueños, llegó a la conclusión de que pudieron ser dos razones por las que estaba pasando, ambas a consecuencia del el *kieri*, una planta psicotrópica, *datura stramonium*, la cual se le considera sagrada y que representa una deidad que podría ser que le había llamado para ser mara'akame o la transmisión de un castigo, debido a que su abuelo había sido llamado por la misma planta en su juventud y se negó a seguirla.

Se entrevistó al abuelo y él refirió no haber querido seguir con todos los pasos que implica la preparación para ser mara'akame que deben seguirse durante un periodo de cinco años⁸.

Isidro fue internado por 4 semanas en el área de hospitalizados y atendido psiquiátricamente. Además se hizo seguimiento psiquiátrico por los siguientes 4 meses. Después de ese tiempo Isidro decidió dejar el medicamento. Después de dos años sin tratamiento, Isidro no volvió a presentar el cuadro psicótico, ninguno de los síntomas prevaleció. El éxito se atribuye al trabajo paralelo entre lo tradicional y lo psiquiátrico.

Isidro, su padre y su abuelo están convencidos de que se trataba del castigo heredado por su abuelo⁹ y debido a que realizaron una manda en honor al *kieri* fue liberado de ella. Por otro lado, también refieren que de no haber sido tratado psiquiátricamente no habría podido salir del padecimiento y cumplir con lo que debía hacer para “pagar” lo que se debía por el castigo heredado.

8 Para conocer más detalle se puede consultar el texto: Villaseñor-Bayardo S. J., Aceves Pulido M. P. (2003). “El concepto de enfermedad mental entre los huicholes de Tuxpan de Bolaños”. Interpsiquis 2003. Obtenido de: www.Psiquiatria.com.

9 Ver capítulo anexo sobre la función de la etiología tradicional en la consulta familiar transcultural

Referencias

- Aceves Pulido M.P. (2008). *La experiencia del proceso de Aculturación en el migrante indígena wixárika de la ZMG*. Tesis de maestría no publicada, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, Pue.
- Achotegui, J. (2009). Migración y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Revista: *Zerbitzuan*. País/Editorial: Gobierno vasco/Eusko Jaurlaritza.
- Ackerknech, EH. (1993) “*Breve Historia de la Psiquiatría*”. España: Autor-Editor.
- Aguirre Beltrán, G. (1993). *Obra antropológica, VIII. Medicina y magia: El proceso de aculturación en la estructura colonial*. México: Fondo De Cultura Económica.
- Area, R., Vila L. (2008). El concepto de enfermedad: primera parte. *Siso/Saúde*. No. 46-47, Otoño 2008. España. Pp. 27-48.
- Aristóteles (2015) *Metafísica*. FV Éditions
- Augé, M. (2014). *El antropólogo y el mundo global*. Argentina: Siglo XXI Editores.
- Bartra, R. (2014). *Antropología del Cerebro. Conciencia, Cultura y libre albedrío*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bastide R. (2005). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Editorial S. XXI.
- Bastide, R. (1965) *Sociología des maladies mentales*. París: Flammarion.
- Belvedere, C. (2006). La fenomenología como estructuralismo genético natural. *Enfoques: revista de la Universidad Adventista del Plata*, (1), 19-26.
- Bennegadi Rachid, Bourdillon François.(1999) La santé des travailleurs migrants en France : aspects médico-sociaux et anthropologiques. In: *Revue européenne de migrations internationales*. Vol. 6 N°3. pp. 129-143.
- Bernard, H. R. (1998). Research methods in cultural anthropology. Newbury Park, Calif., Sage. Chapter 7. Participant observation. Pags. 148-179.
- Bernard, H. R. (1998). *Research methods in cultural anthropology*. Newbury Park, Calif., Sage. Chapter 9. Unstructured and semistructured interviewing. Pags. 203-224.
- Berrios G. (2011). *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Polemos.
- Castro R (2008). *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial/UNAM: 93-108
- CDI (S.F). P'urépechas. Obtenido de <http://www.gob.mx/cdi> el 27 de septiembre de 2016.
- Chávez Calderón P. (2008). *Historia de las doctrinas filosóficas*. Pearson: México, D.F.
- Chen, Ch. *Desarrollo regional-urbano y ordenamiento del territorio: Mito y realidad*. Unidad Católica de los Andes. 319 pags. 1978
- Chinese Medical Association (1995). *Chinesse Classification of Mental Disorders*, 2º Ed., Revised (CCMD-2-R). Nanjín: Nanjin Medical University Press.
- Cita (1998). *Diccionario médico*. 4ª edición. Barcelona, España: Masson.

- Collazos F, Casas M. (2007). "Tratamiento psiquiátrico del paciente magrebí". En: Moussaoui D., Casas M. (2007) *Salud mental en el paciente Magrebí*. Editorial Glosa.
- Collins R (1996) *Cuatro Tradiciones sociológicas*. México UAM, 256-304.
- Coulon A. (1988). *La Etnometodología*. Madrid, España: Ediciones Cátedra.
- De la Cruz, M. (1993). *Libellus De Medicinalibus Indorum Herbis*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Del Popolo F, Oyarce A.M. & Ribotta B. (2009). Indígenas urbanos en América Latina: algunos resultados censales y su relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En: *CEPAL. Notas de población 86*. Santiago: CEPAL.
- Fernández Christlieb, P. (2005). "A priori para una psicología de la cultura". *Athenea Digital*. No.7:1-15 (primavera 2005). Obtenido de: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/viewArticle/178>, el 23 de enero de 2011.
- Fernández-Vicente, A. (2010). *Nomadismos contemporáneos: formas tecnoculturales de la globalización*. España: Universidad de Murcia. 160 pags.
- Garrabé, J. (2009). La psiquiatría de la persona. *Revista Salud Mental*. No. 32. Págs 359-363.
- Gadamer HG (1996). *El estado oculto de la salud*. España: Editorial Gedisa. Pp. 119-131
- García-Canclini N. (1997). *Imaginario Urbano*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Giddens, A. (1991) *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Editorial Península.
- González Rey, F. (2002) *Sujeto y subjetividad. Una aproximación histórico cultura*". México: Ed. Thomson.
- Guarnaccia, P. J. et al. (1993) «The prevalence of Ataque de nervios in the Puerto Rico disaster study», *J. Nerv. Ment. Dis.*, núm. 181, pp. 157-165.
- Guber, R. (2005). *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Argentina, Paidós. Capítulo 5. ¿A dónde y con quiénes? Preliminares y reformulaciones de la delimitación del campo. páginas 58-77.*
- Guyotat, J. (1998) A propos de la clinique des Troubles de L'identité. *Troubles de L'identité. Confrontations Psychiatriques*. No. 39.
- Harris, M. (2011). La antropología y el estudio de la Cultura. *Antropología Cultural*. México: Alianza Editorial.
- Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P. (1998) *Metodología de la investigación*. México: Editorial Mcgraw-Hill.
- Hernández, F., Ochoterena, I. (1943). *Historia de las Plantas de la Nueva España*. México: Imprenta universitaria, UNAM.
- Husserl, E. (1962). *Lógica Formal y lógica trascendental*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Husserl, E. (1982). *La idea de la fenomenología*. Fondo de Cultura Económica.
- INEGI (2010). *XII Censo General de Población y Vivienda 2000, II Conteo de Población y Vivienda 2005*. <http://www.inegi.org.mx/> Obtenido el 23 de Enero de 2011.
- INEGI. (2010) Población de 3 años y más. Habla lengua y español. Datos de Jalisco. 2010. [Cited 2016 april 19] Available from: URL: http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/censos/cpv2010/P3Mas.asp?s=est&c=27781&proy=cpv10_p3mas
- Jaspers, K. (1993). *Psicopatología General*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jenkins JH (2010). Textbook of cultural psychiatry. En Bhugra, D. & Bhui, K. (2010). *Textbook of Cultural Psychiatry*. United Kingdom: Cambridge University Press. pp 3-32.

- Jilek, W. (2008). Introducción. En: Villaseñor, S.J. (2008). *Apuntes para una etnopsiquiatría mexicana*. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara.
- Kleinman, A. (1980) *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University Press.
- León-Portilla, (2013). *Literaturas Indígenas de México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- López Austin, A. (1993). *Textos de Medicina Náhuatl*. México: Universidad Autónoma de México.
- López Austin, A., Millones, L. (2015). *Los Mitos y sus Tiempos. Creencias y Narraciones de Mesoamérica y los Andes*. México D.F.: Ediciones Era.
- Martínez J, Cano V & Soffia M. (2014). *Tendencias y patrones de la migración latinoamericana y caribeña hacia 2010 y desafíos para una agenda regional*. Serie Población y Desarrollo 109. Santiago: Naciones Unidas, CEPAL, IOM.
- Maya J.M. (2005). "Conceptos Básicos". En: Blanco J.H., Maya J.M. *Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Salud Pública*. Fondo Editorial CIB
- Mead, G.H. (1972). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Mella, O. (2003). Metodología Cualitativa en Ciencias Sociales y Educación. Santiago de Chile, Primus. *La observación técnica de investigación cualitativa en ciencias sociales y educación*. Páginas 111-146.
- Mella, O. (2003). Metodología Cualitativa en Ciencias Sociales y Educación. Santiago de Chile, Primus. *La entrevista cualitativa en profundidad*. Páginas 147-173.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencias & Saúde Colectiva*, 8(1), 185-207
- Mu, PF; Tomlinson, P; Huckabay, L & Marsha L. Heims. (1997). Parental experience and meaning construction during a pediatric health crisis. *Western Journal of Nursing Research*, 19(5), 608-636.
- Nezahuacoyotl. (s.f.) *Romances de los señores de la Nueva España*, manuscrito en la Nettie Lee Bedon Collection, de la Universidad de Texas, Austin, Fol. 38. En: León Portilla, M. (2013). *Literaturas Indígenas de México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- OIM. (2006). Glosario sobre Migración. *No. 7 Derecho Internacional sobre Migración*. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones (OIM).
- Pachter, L. M. (1993) "Latino folk illnesses: methodological considerations", *Medical Anthropology*, núm. 15 (2), pp. 103-108.
- Paz, O. (1998) *El Laberinto de la Soledad. Primera Edición 1950*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Peen, J., Dekker, J., Schoevers, R., Have, M., Graaf, R., & Beekman, A. (2007). Is the prevalence of psychiatric disorders associated with urbanization?. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42(12), 984-989.
- Perlstein Pollard, H. (2004) El imperio tarasco en el mundo mesoamericano. *Relaciones* No.99 , verano 2004 , v o l . XXV. EEUU: Michigan State University
- Pike. (1955). *Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior*. Glendale, California, Summer Institute of Linguistics.
- Pujadas Muñoz, J. J. (1992). *El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales*.
- RAE. *Diccionario de la Lengua Española*. 2016. [Cited 2016 april 25] Available from: URL : <http://dle.rae.es/?id=PE38JXc>
- RAVEAU F. Identification culturelle et psychiatrie. *Bull. Acad. Nat. Méd.*, 1984, 168, n° 1-2, 65-70, séance du 17, janvier 1984.

- Rezzoug D., Baubert T., Taieb O., Moro M.R. (2007). "La psicoterapia con el paciente magrebi". En: Moussaoui D., Casas M. (2007) *Salud mental en el paciente Magrebi*. Editorial Glosa.
- Rubel, A. J. (1964) "The study of latino folk illnesses", *Medical Anthropology*, núm. 15, (2), pp. 209-213.
- Ruvalcaba Mercado, J. (2008). Ética, compromiso y metodología: el fundamento de las ciencias sociales. México, Publicaciones de la Casa Chata. Capítulo 5. La recolección de datos y el trabajo de campo. Páginas 115-150.
- Sanz Hernández, A. (2005). *El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales*. Asclepio LVII(1): 99-115.
- Secretaría de Desarrollo Social. (2005) *Encuesta Nacional sobre Discriminación*. Abril, 2005.
- Simon, B. (1984). *Razón y Locura en la Antigua Grecia. Las raíces clásicas de la psiquiatría moderna*. Madrid, España: Akal Editor.
- Taylor, S. J. y Bogdan R. (1987). El trabajo con los datos, En: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. España: Paidós. P. 152- 176.
- Taylor, S. J. y R. Bogdan (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, Paidós.
- Tseng W.S. (2003). *Clinician's Guide to Cultural Psychiatry*. USA: Elsevier Science.
- Universidad de Salamanca (2011). *Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. Consultado el 8 de noviembre de 2013 en : <http://diccionimed.eusal.es/palabra/enfermedad>
- Van-Manen, M. (1997). *Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy*. Ontario: The Althouse Press, 1-39.
- Vázquez E. J., Hernández Casillas H. (2005). *Migración, resistencia y recreación cultural*. México D.F.: Ed. Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH).
- Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. (2002) "Evaluación de la calidad de vida". *Salud Pública de México* julio-agosto de 2002;44:4.
- Villaseñor Bayardo S., Lara Zaragoza A. C., Aceves Pulido M. P. (2004). *La cultura y la psiquiatría. La embriaguez de lo divino. Un síndrome ligado a la cultura: Del trance por posesión o Kierixat+ y del hechizo y las faltas a el costumbre hasta la histeria colectiva*. Guadalajara, Jalisco: Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C.
- Villaseñor Bayardo S.J. (2008) *Apuntes para una etnopsiquiatría Mexicana*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Villaseñor Bayardo S.J., Aceves Pulido M.P., Reyes Rivas J.R., González Rojas I.P. (2003) La Cultura y las Enfermedades Mentales., *Revista Universidad de Guadalajara, Dossier "Mitos y realidades de la psiquiatría"*. No. 30, Invierno 2003/2004
- Villaseñor Bayardo S.J., Baena Zúñiga A., Virgen Montelongo R., Aceves Pulido M.P., Moreno Barajas, González I.P. (2003). La participación de la familia del paciente en la hospitalización psiquiátrica de "puertas abiertas". Un modelo de atención etnopsiquiátrica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, Lima, Perú. Septiembre 2003, Vol. 66, No 3.
- Villaseñor Bayardo, S.J. coord. (2004). *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*. Ed. Inter-sistemas, S.A. de C.V., Asociación Psiquiátrica de América Latina. Sección de Diagnóstico y Clasificación, México.
- Villaseñor-Bayardo S. J., Aceves Pulido M. P. (2003). *El concepto de enfermedad mental entre los huicholes de Tuxpan de Bolaños*. Interpsiquis 2003. Obtenido de: [www. Psiquiatría.com](http://www.Psiquiatría.com).
- Villaseñor Bayardo S.J. (2016). *Vers une Ethnopsychiatrie mexicane: La médecine traditionnelle dans une communauté nabua du Guerrero*. Francia: L'Harmattan ISBN 978-2-343-08828-0

- WHOQOL. (1994) *Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. World Health Organization: Geneva.
- Zolla, C. et al. (1988) *Medicina tradicional y enfermedad*. México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social/Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Zolla, C., & Zolla- Márquez, E. (2004). *Los pueblos indígenas de México: 100 preguntas* (Vol. 1). UNAM.

Anexo

LA FUNCIÓN DE LA ETIOLOGÍA TRADICIONAL EN LA CONSULTA FAMILIAR TRANSCULTURAL

Daniel Delanoë

Psychiatrist, anthropologist. French Institute of Health and Medical Research Center for Research in Epidemiology and Population Health CESP Université Paris V.

Ce sont des codes, aptes à véhiculer des messages transposables dans les termes d'autres codes.

Claude Lévi-Strauss

INTRODUCCIÓN: EL ETNOPSICOANÁLISIS

El etnopsicoanálisis es una psicoterapia psicoanalítica fundada en los años 50 por el antropólogo y psiquiatra Georges Devereux (1908-1985). Devereux realizó en 1951 una psicoterapia intercultural con un indioamericano (Psicoterapia de un indígena de las llanuras, 1998) en la que utilizó herramientas culturales como el significado cultural de los sueños del paciente. Otra fuente de etnopsicoanálisis se halla en la experiencia y los trabajos de Henri Colomb (1973) en el hospital de Fann en Dakar en los años 1960-70, donde reunía alrededor de los pacientes a sus familias, terapeutas tradicionales y etnólogos (Zempleni et Rabain 1965). En los 80's, Tobie Nathan (1986) creó un dispositivo grupal destinado a los pacientes migrantes, remitiéndose también a las terapias familiares psicoanalíticas y sistémicas. Marie Rose Moro retomó en los años 90's el dispositivo de consulta transcultural para los niños y sus padres. Este dispositivo se desarrolla en Francia y en el extranjero (Sturm et al 2016).

El dispositivo grupal asocia un terapeuta principal, varios co-terapeutas de diversos orígenes y un intérprete de ser necesario. El paciente migrante es recibido, si es posible, con su familia. El grupo multicultural y políglota representa la alteridad y el mestizaje. Por solicitud del terapeuta principal, en el curso de la sesión los coterapeutas pueden hacer alusión a la manera como en su cultura se habla de situaciones similares a las que pasa el niño, citando un proverbio, una creencia, un ritual, una historia, legitimando así los diferentes modelos culturales, y por ende el de la familia. Implícitamente el grupo dice: "Somos numerosos para trabajar juntos en torno a esta situación difícil, lo curamos un poco como en el país y acogemos su modelo cultural de comprensión de los padecimiento que sufren, su niño y su familia" (Moro 2011). Los miembros de la familia se sentirán entonces con suficiente confianza para mencionar etiologías tradicionales ligadas al mundo invisible, etiologías que en general evitan mencionar delante de los profesionales, porque saben que no

serán tomados en serio, o incluso serán rechazados y estigmatizados si les hablan de espíritus, genios, almas, demonios, curanderos, adivinos o brujos en quienes creen. Nombraremos aquí esas etiologías por el término aproximativo de etiologías animistas (Le Moal 1991)¹⁰.

El grupo multicultural de los terapeutas juega un papel importante. En numerosas culturas tradicionales en efecto, no hay una relación terapéutica dual por ser considerada muy peligrosa, el poder terapéutico pudiendo ser benéfico pero también maléfico. Trabajamos entonces con el paciente, sobre el discurso del entorno más que sobre el discurso del paciente mismo. El agente del mal, de la enfermedad, de la desgracia, es con frecuencia concebido como un ataque dirigido al grupo pero a través de sus miembros más débiles, los niños. Si un individuo tiene un trastorno, todo el grupo se ve implicado colectivamente en la búsqueda del sentido.

La consulta de etnopsicoanálisis y de psiquiatría transcultural en la que soy el terapeuta principal se sitúa en las afueras de París, en una institución pública que recibe a los niños y a sus padres. Las consultas son gratis para todos los pacientes, el centro es pagado directamente por el seguro de salud. Los co-terapeutas vienen de distintos países de Europa, África y Asia.

UN NIÑO EXTRAÑO

Presento aquí una psicoterapia psicoanalítica con una familia migrante venida de Camerún. El pequeño Michel es enviado con sus padres a la consulta de etnopsicoanálisis por la profesora de la escuela pre escolar. Nacido en Francia, Michel tiene 4 años. No habla, está muy agitado, al punto de que se redujo su horario de escuela, hasta desescolarizarlo por completo porque se volvió imposible dar la clase en su presencia. Michel vive con sus padres y su hermana mayor. Los padres vienen de Camerún, son perfectamente francófonos, están en Francia desde hace varios años y trabajan en el sector público. La hermana mayor se encuentra realizando sus estudios de secundaria. Son católicos.¹¹

1. El niño ancestro

Durante la consulta, Michel no se queda en su lugar, corre en todos los sentidos y balbucea sonidos incomprensibles. La exploración del proceso de nominación, la búsqueda de la elección del nombre, nos lleva al discurso de la historia familiar. El padre nos hace saber que Michel tiene el mismo nombre que él y que el abuelo paterno. Fue el padre quien eligió darle ese nombre a su primer hijo, en homenaje a su propio padre. El abuelo de Michel murió en circunstancias poco claras, cuando su hijo tenía apenas 2 años. El abuelo de Michel había pagado una importante cantidad de dinero para que su primogénito Jacques saliera de la cárcel, pues había sido falsamente acusado de haber provocado el incendio de un pueblo. Sin embargo, en esta sociedad matrilineal, el padre debe hacerse cargo de los hijos de sus hermanas antes de ocuparse de los suyos. Michel, el padre nos lo dice así: “Con nosotros, en África, somos matriarcales, lo que hace mucho daño. Un papa que tuvo sus hijos, es como si no tuviera derecho de hacerse cargo de sus hijos sino que debe hacerse cargo de los de su hermana. Y de ahí, las hermanas, es como si tuvieran un poder de imponer a su hermano.”

10 Philippe Descola (2015) distingue cuatro grandes tipos de ontología: el totemismo, el analogismo, el animismo y el naturalismo, esta última corresponde a las concepciones de la ciencia moderna.

11 Diversos elementos fueron modificados para preservar el anonimato.

El abuelo Michel transgredió entonces la norma al ayudar a su hijo, ya que ese dinero estaba destinado a los hijos de sus hermanas. La madre del abuelo Michel, Kimpa (la bisabuela del pequeño Michel) castigó entonces a su hijo y causó su muerte por un acto de brujería. Kimpa era conocida por ser poderosa y mala. Pero, esta vez, había llegado demasiado lejos y algunos miembros de su familia quisieron poner fin a sus acciones destructivas. Después de una ceremonia organizada contra ella, murió en gran sufrimiento. Michel, el padre se quedó entonces huérfano de padre. De acuerdo con las costumbres, todos los bienes del difunto fueron tomados por sus hermanos y hermanas. Michel el padre, vivió entonces pobremente con su madre y sus hermanas, pero pudo ir a la escuela.

Una primera etiología aparece entonces, una que hace intervenir el mundo invisible: los trastornos de Michel son la consecuencia del ataque de brujería que se transmite del abuelo Michel a su primer nieto. La reconstrucción de este discurso se extendió por tres sesiones de alrededor de una hora y media, separadas por 4 a 6 semanas. Michel comenzó a hablar desde la segunda sesión, y se calmó al punto de que pudo ser nuevamente escolarizado a tiempo completo. Esta mejoría espectacular se produjo sin otra intervención de nuestra parte. Los padres nos dijeron que hicieron un ritual con una prima venida del país, quemando incienso en el departamento.

La madre de Michel se mantuvo atenta pero a distancia del discurso de su marido, y cuando le preguntamos lo que pensaba, y lo que se hacía en su cultura ante tales situaciones nos decía: “lo que importa para mí, es la oración”, negándose rotundamente a abordar el tema de la brujería.

Durante las sesiones siguientes, el padre platicó de las dificultades con sus hermanas que se quedaron en el país, a quienes, siempre bajo la lógica matrilineal, debe enviar dinero, demasiado según su esposa, quien prefiere que lo dedique a su familia nuclear. El padre toma progresivamente distancia de sus hermanas, para gran satisfacción de su esposa. Ambos padres comparten el deseo de emanciparse del sistema matrilineal, a favor de la migración. Sin embargo, la madre guarda distancia con respecto a la violenta historia de la familia del padre y a su postura frente a la brujería: “Yo no nací en esa región, no creo en esas cosas”. Nos preguntamos si no se trata un intento por disimular su miedo. Una alianza inconsciente se estructura entre los padres probablemente entorno a estos elementos compartidos y diferentes. Después de cinco sesiones, la terapia transcultural fue detenida, porque no había nuevos elementos accesibles. Michel fue referido a terapias individuales, psicoterapia, entrevistas madre-hijo y padre-hijo por separado y terapia de lenguaje. El padre me llama “Profesor” o a veces “Maestro”, expresiones en las que se mezclan probablemente, la transferencia afectiva hacia un padre idealizado y la transferencia cultural post colonial (Delanoë 2015, Delanoë et Moro, en prensa).

Michel no se había curado por completo. Ya no perturbaba la clase, hablaba cada vez mejor, incluso muy bien, pero seguía extraño, no se involucraba en los aprendizajes y tenía pocas relaciones con los otros niños. Dos años más tarde, el padre aceptó una orientación en el hospital de día a tiempo parcial y una escolarización en clase adaptada a tres medias jornadas por semana. En casa, habla solo, se cuenta una gran cantidad de historias, juega mucho pero sigue siendo impredecible, difícil y turbulento. Se interesa mucho en las historias de Kirikou. Sus dibujos se precisan y se estructuran y figuran diferentes personajes de los que habla por largo tiempo.

Después de algunos meses de atención médica, el equipo del hospital de día nos dice que es un niño inteligente, que tiene una percepción aguda del funcionamiento de la institución y del funcionamiento psicológico de cada uno de los profesionales. Comienza a invertir en sus aprendizajes, en particular, en el lenguaje escrito.

Tres años después de las primeras sesiones de la consulta transcultural, Michel me pide durante una entrevista madre-hijo, volver a la consulta con sus padres. El carácter incompleto de la curación de Michel nos hacía pensar que no habíamos recorrido aun toda la historia familiar y que había probablemente elementos importantes del lado de la madre.

Propongo entonces una nueva serie de sesiones de terapia transcultural. Los padres nos hacen saber que en el hospital de día en una entrevista con la psiquiatra que tuvieron algunos días antes, dijo: “Me quiero poner un cuchillo en la garganta para reunirme con mi abuelo”. El padre nos dice cómo lo entiende: “Duele mucho- ¿quiere decir que quiere morir? No morir, pero ir allá. Quiere decir que es él el muerto, que regresó, para cumplir con algo, y cuando termine, se irá”. Le pregunto qué es lo que debe cumplir. “Cuando se es atacado en África, como decirlo, no es como aquí en Europa, donde se dice lo que se piensa. Con nosotros, reflexionamos.” Michel es una especie de niño ancestro (Nathan et al. 2000, Moro, 2011). Dedicamos la sesión a retomar la historia de la familia del padre y reconstruimos el genograma. Michel está muy interesado y precisamos algunos de los puntos abordados tres años antes.

2. El niño del río

En la sesión siguiente, dos meses más tarde, el padre tiene un impedimento. La madre viene entonces sola con Michel, y con la hermana mayor que ahora se encuentra en la universidad. Retomamos las circunstancias del embarazo y el nacimiento de Michel. Michel nació por cesárea. La madre había hablado un poco de ello durante las entrevistas madre-hijo pero pensamos que no había podido expresar toda la carga de angustia asociada. De hecho, puede decirnos que tuvo mucho miedo cuando el obstetra le dijo al séptimo mes que Michel se presentaba pélvico. Es entonces, un niño particular, un niño que corre el riesgo de provocar la muerte de su madre durante el nacimiento. En su cultura, nos explica la madre, cuando un feto no se acomoda normalmente, se realizan rituales para acomodarlo. Recuerda haber participado en ellos cuando se encontraba en el país. Titubea un poco sobre las causas de dicha anomalía. ¿Es un ancestro quien decidió re encarnar en este niño, pero a quien algo no le es conveniente y hay que calmar? Es más bien la historia del padre. O quizá es el efecto de un ataque de brujería hecho por alguien de su entorno, pero no ve quien podría querer hacerle daño. Reflexiona en silencio y nos dice: “También se dice que es un niño del río”. Es un niño duro, malo o deforme.

No explica con detalle, pero sentimos que se trata verdaderamente de su creencia. El ritual se dirige al espíritu del río, pero está en Francia y no puede realizarlo. No habla de esto con su marido, quien no comprendería, ni con su madre que se quedó en el país, para no preocuparla. La madre vive sola sus preocupaciones. Además el obstetra no logra realizar la versión y girar al niño para ponerlo con la cabeza hacia abajo. Aun cuando hay espacio porque no es un bebe grande, no es normal, precisa la madre. Tenía cada vez más miedo, miedo de morir al momento del parto. Se prepara entonces una cesárea, que ella rechaza, porque en su casa, se piensa que es muy peligroso para la madre. Al momento del

parto sobrevivieron complicaciones y finalmente aceptó la cesárea. “Después me dieron a Michel, estaba bien, pero la angustia se quedó conmigo”. Al día siguiente, las enfermeras le dicen que tuvieron mucho miedo por ella. La madre percibe a su bebe como un agente del mundo invisible que quiso hacerla morir. Es únicamente bajo este dispositivo que la señora pudo por primera vez enunciar y por este medio objetivar sus fuertes creencias animistas, abandonando el discurso católico que descalifica violentamente el mundo animista. Los diferentes modelos explicativos invocados por el padre y la madre no son exclusivos unos a los otros, y pueden, al contrario, sucederse sin contradicción (Levi Strauss 1990) en esta ronda de etiologías bien nombrada por Nathan. (1993)

LOS PROCESOS PSÍQUICOS EN JUEGO

Los elementos culturales aportados por los pacientes no tienen vocación para ser interpretados, contrariamente al discurso del paciente en cura psicoanalítica (Kouakopu Kouassi, Comunicación personal¹²). El grupo asegura las funciones de contenedor y de envoltura psíquica (Anzieu 1995) y entorno cultural (Nathan 1993) y establece un espacio de transición. En un inicio el proceso terapéutico va más dirigido al contenedor que a los contenidos (Moro 2011) y busca producir un proceso “de simbolización y de construcción narrativa” (Rouchon 2007, p179, Sturm 2005) del discurso de los traumas y las etiologías ligadas al mundo invisible.

Proponemos dar cuenta, en parte por lo menos, de los procesos psíquicos en juego en la consulta familiar etnopsiquiátrica a partir de la hipótesis de que la evocación y el discurso de las etiologías animistas en el grupo terapéutico multicultural figuran, vuelven accesibles y elaborables sobre procesos de transmisión psíquica consciente e inconsciente entre generaciones, procesos que movilizan notablemente mecanismos de identificación proyectiva.

El termino de identificación proyectiva fue introducido por Melanie Klein (1946) para describir algunos intercambios psíquicos del bebe hacia la madre. El concepto evolucionó desde entonces y es también utilizado actualmente para describir interacciones y movimientos de transmisión de elementos psíquicos del padre o de la línea parental hacia el niño. Albert Ciccone (2012) hace recientemente una síntesis crítica. “La identificación proyectiva designa tres tipos de procesos inconscientes: comunicar estados emocionales, deshacerse de un contenido mental perturbador al proyectarlo en un objeto y controlarlo a través del control de este objeto, penetrar al interior de un objeto para poseerlo o para degradarlo.” (Ciccone 2012, p42). Se trata, en la identificación proyectiva patológica, de procesos no neuróticos funcionando sobre todo en el registro de la escisión: “las partes proyectadas se desintegran y desintegran los objetos que enquistan formando lo que Bion llamo objetos bizarros” (1957). Estos objetos bizarros están cargados de una hostilidad persecutoria y tienen por objetivo liberar el yo de toda percepción de la realidad, externa e interna, sentida por la parte psicótica como una violenta persecución, en razón notablemente de la angustia depresiva que la percepción de la realidad supone” (Ciccone 2012, p45). Se trata de una transmisión traumática, brutal. El yo se pierde y se aliena tomando prestada la identidad del objeto transmitido, protegido, incorporado (y no introyectado

12 Kouakou Kouassi, Profesor de psicología, psicoanalista, originario de Baoulé en Costa de Marfil es, con Tobie Nathan y Marie Rose Moro, uno de los pioneros de la escuela de etnopsicoanálisis de Bobjigny.

como en el proceso normal). El objeto transmitido no puede ser apropiado por el yo, limitando el yo a transformarse, a alienarse.

Un caso particular es el de “la Cripta” descrita por Nicolas Abraham y María Rorok (1978): una transgresión de un ancestro fuente de culpa es transmitida a un miembro de una de las generaciones siguientes, sobre un mundo inconsciente. También podemos hacer referencia a los trabajos de Yolanda Gampel (2005) sobre la transmisión de traumas de víctimas de la shoah, a sus descendientes que se manifiestan una o dos generaciones más tarde por comportamientos incomprensibles, en ruptura con la personalidad del sujeto. Gampel compara la transmisión del trauma a la de un objeto radioactivo, invisible, a los efectos aleatorios, imprevisibles y lejanos.

LA TRANSMISIÓN TRAUMÁTICA EN LA LÍNEA PARENTAL

Para Michel, el discurso del padre revela traumas generacionales acumulativos:

- Jacques, el tío de Michel, es encarcelado por error. La muerte del abuelo quien pagó para sacarlo de la cárcel es representada como una sanción por brujería llevada a cabo por la bisabuela.
- La viuda del abuelo Michel y sus hijos, se encuentran sin protección frente a la familia paterna quien acapara los bienes del difunto. Podemos suponer que hay en Michel padre, una pérdida de objeto, y un duelo de su padre no elaborado. Objeto transmitido mas tarde a Michel “se transmite un objeto para guardarlo”, para guardar un lazo simbólico con él. (Ciccone 2012, p 52).
- Kimpa la bisabuela infanticida muere de un acto de brujería en un horrible sufrimiento.

Estos sucesos y su sentido son traumáticos: querer salvar contra la tradición a su hijo inocente lleva a la muerte y a la ruina, una madre puede hacer que su hijo muera, un grupo de hermanos puede hacer que la madre muera. Los lazos familiares no protegen de la violencia más grave. Desear la muerte puede matar. Pérdida, desposeimiento, terror, quizá también culpa frente a la satisfacción vivida con la muerte de Kimpa. ¿Y que misión para el padre Michel? ¿Cómo convertirse en padre de un hijo? Con la misión de ser leal a su propio padre, incluso de revivirlo a través de su hijo Michel al darle su nombre, con el miedo de que Michel se vea también amenazado, que el padre Michel sea también amenazado por sus propias hermanas si privilegia a su hijo con respecto a los niños de sus hermanas que se quedaron en el Congo.

La identidad del pequeño Michel se construye mientras le es asignado el papel de encarnar a su abuelo, ajustar sus cuentas, y exponerse a su turno a la muerte por brujería. La defensa contra la angustia masiva y compleja que es proyectada en él por identificación proyectiva requiere toda su energía psíquica, que no puede invertir en las interacciones y en el acceso al simbolismo del lenguaje y se traduce por una agitación psicomotriz intensa y casi ininterrumpida.

LA CONSTRUCCIÓN DE UN FANTASMA DE TRANSMISIÓN

Cuando, tres años más tarde, Michel dice, mientras hace seña de cortarse la garganta: “tomo un cuchillo y voy a regresar a ver al abuelo”, logra poner en palabras, es decir

simbolizar, elaborar la identificación con el abuelo asesinado por la bisabuela. Pasa de la incorporación traumática a la apropiación simbolizada.

Se trata de un fantasma de transmisión, un escenario construido o reconstruido, consciente o inconsciente, en el cual el sujeto es designado heredero de un contenido psíquico transmitido por otro, contemporáneo o ancestro (Ciccone 2012, p78). En los contextos de traumas el fantasma de transmisión tiene tres funciones: 1) una función de volver inocente en cuanto al trauma 2) una función de reinscripción en la filiación desorganizada por el trauma 3) una función de apropiación o subjetivación de la experiencia traumática. (Ibid. p81)

La transmisión de elementos traumáticos parentales produce en el niño “un síntoma que puede con frecuencia considerarse como testigo de una transmisión, pero también como el testigo de la manera en la que el niño lucha contra la herencia transmitida, combate contra la herencia y el fantasma transmitido” (Ciccone 2012, p 205). A través del fantasma de transmisión el sujeto representa el carácter extraño del contenido que hereda, mostrándose como depósito de una historia venida de afuera que no le concierne, y en el mismo movimiento, intenta la apropiación de este objeto extraño desde que este es designado o reconocido como fruto de una transmisión¹³. (Ibid, p80).

LA PROYECCIÓN DE LA ANGUSTIA MATERNA

Fue necesario esperar tres años para abordar las angustias y las proyecciones maternas. Las representaciones culturales de la madre le anuncian que Michel es un niño del río, y le causará la muerte, ya sea por distocia o por la cesárea. Sus creencias se refuerzan por el fracaso de la tentativa de versión interna del feto, aun cuando tiene espacio para girarse. Encontrándose en situación de exilio, siendo la única de su familia de origen aquí, no puede apoyarse en un entorno familiar femenino cercano- su madre, sus hermanas y las otras mujeres- ni recurrir a los rituales terapéuticos y protectores que podría darle su grupo. Su angustia perturba su función alfa, la organización de interacciones precoces, y el desarrollo mental del niño (Bion 1974)¹⁴. La madre proyecta su angustia y sus representaciones sobre Michel quien puede sentirse extremadamente peligroso para su madre. Este contexto puede dar una fuerza traumática a los movimientos de odio del bebé hacia la madre. Los efectos de esta asignación se suman a los efectos de las identificaciones de la línea paterna y contribuyen a la desorganización y angustia de Michel. La evolución que sigue esta sesión muestra una mejora importante de Michel. En familia se encuentra casi tranquilo, ya no atraviesa las calles corriendo y va a la panadería a comprar pan bajo la supervisión de su hermana. En la escuela ha tomado la actitud de estudiante y comienza a aprender el lenguaje escrito. En el hospital de día muestra con orgullo sus cuadernos y busca leer.

13 Podría también hablarse de un efecto de significantes. El concepto de identificación proyectiva tiene interés en la transmisión de afectos y experiencias.

14 La función alfa permite a la madre desintoxicar las proyecciones del bebé, en su ensoñación interpretativa y emparejar los contenidos proyectados (elementos beta) con un contenedor y construir así el aparato de pensamiento del niño (..) El desarrollo mental recae sobre la interiorización de los “contenedor-contenido” formados en el proceso de identificación proyectiva. (Ciccone 2012, p44. Bion 1974)

EL EFECTO TERAPÉUTICO DEL DISPOSITIVO MULTICULTURAL

El uso de las representaciones culturales no es una reproducción de los esquemas existentes, sino una creación que inscribe un sufrimiento personal en una simbología compartida (Sturm, 2005). Toda narración presenta afectos y representaciones llegados a la conciencia, y contiene un intento de abordaje objetivo de la subjetividad (Stern 2003), una primera etapa en el proceso de desintoxicación y apropiación de los elementos traumáticos. El discurso recibido por el grupo transcultural ha permitido nombrar, observar y objetivar la transmisión de traumas familiares, neutralizar las identificaciones proyectivas. Estos procesos dan a Michel una cierta libertad de funcionamiento psíquico. Siendo liberado de estas identidades mortíferas, su angustia ha disminuido considerablemente, y, habiendo conservado sus capacidades cognitivas, pudo comenzar a hablar.

Trabajamos con la etiología animista como herramienta terapéutica, como soporte de elaboración psíquica, como potenciador del discurso de transferencia y de afecto. (Devereux 1998, Moro 2011). Retomando los conceptos de Bion (1979) se puede decir que el grupo, a través de los procesos de transferencia ejerce una función alfa frente a los elementos beta, objetos brutos del inconsciente familiar, función por la cual "el sujeto se apropia lo que hereda, que subjetiva los objetos de transmisión, que retoma por su cuenta los enunciados, los datos inconscientes de una historia que le precede y que le es extraña" (Ciccone 2012 p43).

La evocación de la etiología animista permite acceder y movilizar los funcionamientos familiares conscientes e inconscientes del niño, y de enganchar una forma de terapia familiar que hubiera sido más difícilmente aceptada por la familia en otro contexto, mientras las etiologías animistas que persiguen a los padres no hubieran sido abordadas y enunciadas. Los pacientes saben bien que las etiologías animistas son ignoradas o suscitan rechazo de la mayoría de los terapeutas. El grupo transcultural permite la creación de un vínculo terapéutico, una inversión del marco terapéutico y los procesos transferenciales. (Etchegoyen 2005).

La contratransferencia de los terapeutas pasó de un sentimiento intenso de gratificación durante las primeras sesiones, a un esfuerzo de paciencia durante la larga espera hasta el momento en el que sería posible el abordaje de la historia materna. También fue necesario elaborar la contra-transferencia cultural, basada en la aceptación de la alteridad y del sentimiento de reconocimiento mutuo a través de la alteridad, también teñida de fascinación por la alteridad del mundo animista y de solidaridad frente al deseo de individualización de la familia a pesar de las limitaciones familiares y culturales.

CONCLUSIÓN

La acogida de etiologías tradicionales, notablemente de tipo animista, puede ser útil en las consultas con familias migrantes provenientes de regiones en donde dichas etiologías tienen un lugar importante en la cultura. Un dispositivo terapéutico multicultural compuesto por terapeutas provenientes de diferentes culturas permite legitimar las interpretaciones de los padecimientos formulados por el paciente o su familia haciendo intervenir entidades y fuerzas de un mundo invisible. Sobre esta base, se puede establecer una alianza terapéutica, y una alianza de trabajo que permita un trabajo sobre la transmisión de elementos psíquicos, en particular de elementos traumáticos trans-generacionales que tienen un rol patógeno. Los efectos cualitativos resultan clínicamente positivos y pueden con-

ducir evoluciones favorables que serían más difícilmente alcanzadas con los dispositivos terapéuticos que no integran lo cultural.

Agregaría, en la perspectiva de un etnopsicoanálisis universalista (Devereux 1967) y crítica (Mestre et Moro 2011) que la etiología animista es ciertamente portadora de sentido: “El pensamiento mítico no es solamente prisionero de los acontecimientos y experiencias que dispone y re-dispone incansablemente para darles un sentido; es también liberador por la protesta que eleva contra el sinsentido” (Lévi-Strauss, 1990, p 36). Pero este sentido que ignora toda contingencia puede ser totalitario (Héritier 2007), y constituir por sí mismo un elemento traumático suplementario: la intención mortífera de la brujería que agrega a posteriori la dimensión de venganza a la muerte del abuelo, y a veces a veces constituye el trauma principal, cuando para la madre, la posición del feto refleja una intención mortífera del genio del río a través del niño. Es un trauma cultural que amplifica la angustia materna, la transforma en terror y constituye un traumatismo psíquico grave, mucho mayor que la anomalía obstétrica completamente benigna en los centros sanitarios. El significado del pensamiento animista puede imponerse de manera persecutoria, sin dejar alternativa y constituir una violencia. “En África, se está obsesionado con la brujería” me decía una paciente de África Central. El trabajo de la consulta transcultural es también el objetivar dicho trauma y el restituir al sujeto y al mundo donde vive una parte de contingencia liberadora de asignación a identidades de lugares y destinos mortíferos.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco Kouakou Kouassi por los intercambios que tuve con él sobre el tema de esta terapia; Dominique Terres; Hélène Hamlat, los aprendices y los coterapeutas de la consulta transcultural, en particular Parfait Akana cuyas aportaciones me han resultado valiosas y Didier Pilorge que releyó una primera versión de este texto y cuyos señalamientos me han sido muy útiles.

REFERENCIAS

- Anzieu D. 1995 (1985). *Le Moi-peau*, Paris, Dunod.
- Bion WR. 1957. Différentiation de la part psychotique et la part non psychotique de la personnalité, trad fr, *Nouvelle Revue de psychanalyse*, 10, 1974, p 61-78. (Cité par Ciccone 2012). (1957, Differentiation of psychotic from the non psychotic part of personalities. *International Journal of the Psycho-Analysis*, 38 : 266-277).
- Bion WR. 1979. *Aux sources de l'expérience*. Paris, PUF. (1962, *Learnig from Experience*. New York, Basic Books).
- Ciccone A. 2012. *La transmission psychique inconsciente*. Paris, Dunod.
- Delanoë D. 2015. Pourquoi il ne faut pas avoir peur du transfert et du contretransfert culturels. *Carnet Psy*, avril 2015, p 22-26.
- Delanoë D, Moro MR. Les rapports sociaux dans le transfert culturel. Essai de problématisation. A paraître dans la revue *L'autre, cliniques, cultures, sociétés*.
- Descola Ph. 2015 (2005). *Par delà nature et culture*. Paris, Gallimard. (2006, *Beyond Nature and Culture*, *Proceedings of the British Academy*, 139, pp.137-155).
- Devereux G. 2013 (1951). *Psychothérapie d'un Indien des Plaines*. Paris ; Fayard. (1951, *Reality and dream; psychotherapy of a Plains Indian*. Oxford, International Universities Press *Reality and dream; psychotherapy of a Plains Indian*).

- Devereux. G. 2012 (1967). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris ; Flammarion. (1967, *From Anxiety to Method in the Behavioral Sciences*, The Hague, Paris, Mouton and Co.)
- Etchegoyen RH. 2005. *Fondements de la technique psychanalytique*. Paris : Hermann. (1991, *The Fundamentals of Psychoanalytic Technique*. London, Karnac Books.)
- Gampel Y. 2005. *Ces parents qui vivent à travers moi : Les enfants des guerres*. Paris, Fayard.
- Héritier F. 2007. *Masculin-Féminin*, Paris, Odile Jacob.
- Klein M. 1946. Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In Klein et al. *Développements de la psychanalyse*, Paris, PUF, p 274-300. (1975 Notes on some schizoid mechanism, in *Envy and Gratitude*, London: The Hogarth Press, p 1-24).
- Le Moal G. 1991. Animisme, in Pierre Bonté & Michel Izard, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, Paris, PUF.
- Levi-Strauss C. 1990 (1962). *La pensée sauvage*. Paris Plon. (1966. *The Savage Mind*. Chicago, The University of Chicago Press.)
- Mestre C, Moro MR. 2011. L'intime et le politique. Projet pour une ethnopsychanalyse critique. *L'autre, Clinique, cultures et sociétés*. Vol 12, N°3, pp 263-272
- Moro M.R. 2011 (2004). *Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, Dunod.
- Nathan T. 1986. *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris, Dunod.
- Nathan T. et al. 2000. *L'enfant ancêtre*. Grenoble, La pensée sauvage.
- Nathan T. 1993 (1988). *Le sperme du diable*. Paris : PUF.
- Rouchon JF. 2007. *La notion de contre-transfert culturel. Enjeux théoriques, cliniques et thérapeutiques*. Thèse de médecine. Université de Nantes.
- Sern D.N. 2003. *Le moment présent en psychothérapie : Un monde dans un grain de sable*, Paris, Odile Jacob, 2003. 2004. *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. New York, London, Norton & Company, 2004
- Sturm G. 2005. *Les thérapies transculturelles en groupes «multiculturel» : Une ethnographie de l'espace thérapeutique*. Thèse de doctorat en psychologie. Paris 13.
- Sturm G, Guerraoui Z, Raynaud JP. 2016. Approches transculturelles et interculturelles dans la psychiatrie française. *EMC - Psychiatrie* ; 0(0) : 1-7.
- Zempleni A. Rabain J. 1965. *L'enfant nit ku bon, un tableau psychopathologique traditionnel chez les Wolof et les lebou du Senegal*, *Psychopathologie Africaine*. 1 (3):329-441.

Manual para la atención a la salud mental de indígenas migrantes

se terminó de imprimir en noviembre de 2016

en Editorial Página Seis, S.A. de C.V.

Teotihuacan 345, Ciudad del Sol, CP 45050

Zapopan, Jalisco, México

Tels. (33) 3657-3786 y 3657-5045

www.pagina6.com.mx • p6@pagina6.com.mx

Se imprimieron 450 ejemplares

Coordinación editorial: Felipe Ponce

Diagramación y diseño: Cecilia Lomas

En este libro, el lector encontrará los elementos básicos de una propuesta de intervención en salud mental, con fina sensibilidad cultural, para los migrantes indígenas de la zona metropolitana de Guadalajara.

Los fundamentos de esta propuesta innovadora pueden sintetizarse así:

Una intervención que integra tres esferas del ser humano : la fisiológica, la espiritual y la experiencial; que toma en cuenta la cultura de procedencia; que respeta a la persona y a sus creencias; que elimina los prejuicios sociales, culturales e incluso teóricos; que adapta los conocimientos al caso en particular; que considera que la persona es parte de una colectividad y que integra a la familia en el proceso de intervención, entendiendo que el padecimiento no sólo es individual.

Este tipo de intervención con sensibilidad cultural se centra en las necesidades del paciente y considera lo dicho como una verdad, como el resultado de la experiencia que se enclava en una cultura y una sociedad determinada.

La intervención es ser corta en la mayoría de los casos y se centra en el motivo de la consulta.

Una intervención a mediano y largo plazo en esta población, arriesga a que se pierda el interés y el apego del paciente. Los médicos tradicionales realizan intervenciones cortas y dirigidas.

Es importante entender el proceso de adaptación y el choque cultural que implica la experiencia migratoria en un contexto de dominación y de sobremodernidad.

¡Hay que luchar contra la indefensión antropológica de la psiquiatría!

9 786077 426554

