



**Casa abierta al tiempo**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD IZTAPALAPA**

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
POSGRADO EN CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS**

**DE CÓMO HABITANTES DEL MEZQUITAL, HIDALGO VIVEN,  
RESISTEN Y NEGOCIAN EL MUNDO A TRAVÉS DE SUS PROCESOS DE  
ENFERMEDAD**

**NATALIA BAUTISTA AGUILAR**

**TESIS DE DOCTORADO EN CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS**

**DIRECTORA: DRA. ZENIA YÉBENES ESCARDÓ**

**ASESORES: DRA. MARÍA FÉLIX QUEZADA RAMÍREZ**

**DR. JESÚS RAMÍREZ BERMÚDEZ**

**MÉXICO**

**FEBRERO, 2023**

## Contenido

Introducción .....	2
Capítulo 1. Una aproximación a El Valle del Mezquital .....	22
1.1 Rompiendo el silencio: los hñähñu del Valle del Mezquital .....	30
1.2 El Valle del Mezquital en la actualidad.....	41
Capítulo 2. La vida en el Mezquital .....	80
2.1 Un recorrido por la nube estéril.....	82
2.2 La comunidad.....	103
2.3 La intimidad del hogar hñähñu.....	113
Capítulo 3. La enfermedad mental en la práctica clínica. Reflexiones y desafíos de la atención médica.....	139
3.1 El dominio de lo anormal.....	141
3.2 Profilaxis social y locura en México. De la Operación Castañeda a Villa Ocaranza.....	164
3.3 Modelo de Atención a la Salud Mental Miguel Hidalgo.....	184
Capítulo 4. Experiencia de enfermedad y subjetividad en habitantes del Mezquital, Hidalgo diagnosticados con depresión y esquizofrenia. ....	202
4.1 Experiencia, sujeto y padecer mental .....	210
4.2 Subjetividades en contexto. Narrativas del padecer.....	222
4.2.1 De cómo empezó todo.....	225
4.2.2 Entre la culpa y la vergüenza, del castigo divino al amor de Dios.....	232
4.2.3 La migración como parte del modelo explicativo del padecer mental .....	240
<i>La gente que está perdida, dormida</i> .....	248
<i>La espera desesperante</i> .....	255
<i>Como todo mundo, me fui a Estados Unidos para buscar una vida mejor</i> .....	260
Capítulo 5. Cuerpo y afectividad en los modelos explicativos del padecer mental.....	263
5.1 El sistema sexo/género en el padecer mental. La complejidad de los afectos.....	268
<i>La confusión de existir</i> .....	272
<i>Pensé que era un super hombre que lo podía todo</i> .....	284
5.2. Trayectorias y práctica de atención.....	297
5.3 Según el mal es la cura.....	300
5.4 Impacto y significado de la experiencia de enfermedad. Reconfiguración subjetiva .....	317
Consideraciones Finales .....	327
Referencias bibliográficas .....	340

## Introducción

La aparición de la enfermedad expresa un momento de crisis en la vida de la persona que, como tal, representa la ruptura del flujo cotidiano de la vida, una perturbación del trabajo, de las actividades, de las relaciones, así como de los significados del mundo que la rodea. Su emergencia, más los cambios o repercusiones en el rol social de la persona se traducen en cuestionamientos sobre la persona, el sentido de su vida, sus decisiones, circunstancias y demás, en un esfuerzo por situar a la enfermedad, su origen, significado y propósito. ¿Por qué yo, por qué a mí? se convierten en expresiones comunes que acompañan el proceso de reflexión y resignificación de la vivencia de enfermedad a la luz de la experiencia de vida en su totalidad, detonando un proceso de reestructuración en el que pasado y presente son reevaluados y se articulan para insertar la enfermedad en la cotidianeidad con la intención de comprender y restablecer el sentido perdido.

*Todo se debe yo digo que al tipo de vida que llevamos, en el ambiente en que nos desarrollamos porque carecemos de muchas cosas y lo principal que es el amor, porque al menos yo no recibí cariño, amor, caricias de mis papás, nunca me dijeron te quiero, te amo, nunca, y pues digo, si yo no lo recibí de mis papás ¿cómo mis papás lo iban a recibir? O sea, nada más nos tenían por tener, pero no sabía uno la gran responsabilidad de tener un hijo, que un hijo necesita cariño, amor, comprensión.*

*Mi mamá habla otomí, que es el dialecto que se habla aquí, mi papá igual lo habló, igual hablaba español, pero nunca hubo esas atenciones, yo no los recibí debido a la cultura en la que nacimos. No había manera de cómo educar a los hijos, mi mamá fue huérfana a los 6, 7 años, se juntó a los 13, 14 años, enviudó, tuvo 4, 5 hijos de un hombre que la golpeaba, la maltrataba mucho.*

*Mi papá también estaba casado, pero enviudó y en donde estuvo viviendo, igual lo trataban mal. Vivía en casa de la suegra. Dicen que esa señora fue la más rica de la comunidad porque era la que más terrenos tenía, tenía maíz, frijol. Entonces a los yernos los explotaba, los mandaba a raspar a las 3, 4 de la mañana para vender el pulque. Los trataba como esclavos y uno de ellos era mi papá. Esa señora era la que incluso, quien no tenía para comer, maíz, frijol, incluso pulque; les fiaba y nada más les*

*hacía su cuenta y les decía –no pues tanto me debes, y ese terreno viene para acá-. Por eso era la señora más rica (Julieta, 54 años, depresión).*

El relato de Julieta es ilustrativo del de muchas otras mujeres y hombres habitantes de El Valle del Mezquital que hacen frente a una experiencia de enfermedad mental, así como de una parte del proceso de reflexión que subyace a la construcción de su modelo explicativo de enfermedad, en este caso depresión y su posicionamiento frente a esta y los múltiples procesos sociales, políticos, económicos, simbólico-culturales y afectivos que, desde su perspectiva, interactúan en la conformación de su historia personal y social.

No obstante, pese a que la serie de cambios, sensaciones, malestares, afectos, comportamientos y expresiones que conforman la experiencia del padecer mental se arraiga en la dimensión más subjetiva y sociocultural. Su estudio y representación se encuentran sujetos en el ámbito clínico a un proceso de traducción a signos y síntomas que legitiman la autoridad y hegemonía del modelo biomédico de la enfermedad como entidad nosológica objetiva cimentada en lo orgánico, en la individualidad e independencia de la experiencia subjetiva y de las condiciones socioculturales que marcan las posibilidades de emergencia y configuración de la enfermedad y su vivencia.

Resultado de tal interpretación, la experiencia de la persona se ve reducida a signos de una anomalía fisiológica a la cual se asigna un tratamiento particular dominado por un enfoque farmacológico. En el caso de Julieta, ella ha sido diagnosticada, según se registra en su expediente médico con “depresión”, cuya categoría médica más específica se identifica por el diagnóstico “F32 (32,33,34) Episodio depresivo”, que forma parte de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima versión (CIE-10). Episodio

depresivo, que es importante mencionar, ha mantenido a Julieta en tratamiento farmacológico, basado en sertralina y clonazepam, a lo largo de más de 10 años.

La pérdida de la riqueza sociocultural y subjetiva de la experiencia de enfermedad de Julieta hace referencia a la priorización que se le da a los hechos calificados de objetivos detrás de su experiencia. Parte de lo que Leader ([2008] 2011) expone como la verdad subjetiva en su texto *La moda negra. Duelo, melancolía, depresión* para referirse a la importancia otorgada a la expresión conductual, correspondiente a la sintomatología, hacia la que se dirige el esfuerzo de corrección y control desde la práctica biomédica y el tratamiento farmacológico, ahogando por completo la crisis de significado personal que conforma el núcleo de la experiencia de la depresión, en este caso.

### **El padecer mental como problema de investigación en el Mezquital**

En la década de los años sesenta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) impulsó la realización de una serie de estudios enfocados a identificar la presencia de ciertos trastornos a lo largo del mundo demostrando con ello su carácter de universales e independientes de los procesos socioculturales y del sujeto mismo que particularizaba su experiencia. Entre estos trastornos aparecerían la esquizofrenia, la psicosis maniaco-depresiva, ciertos trastornos de ansiedad, trastornos orgánicos del cerebro y la depresión mayor.

La definición y caracterización de la clasificación presentaba entonces diversos dilemas como el de la nula consideración del papel de los factores socioculturales en la ontología de la enfermedad. Una perspectiva desde la cual, el esfuerzo se concentra en la abstracción de la entidad enfermedad mental de su dimensión contextual dando lugar a un proceso discursivo, que pareciera por momentos incansable, de sustitución de conceptos y

categorías diagnósticas en el que la experiencia de pérdida, aflicción, sufrimiento, dolor, deconstrucción que se colocan en la raíz de esta, pareciera ser lo menos importante.

De demencia precoz a esquizofrenia, de melancolía a depresión, de psicosis maníaco- depresiva a trastorno afectivo bipolar, no es la experiencia la que representa el reto de comprensión sino la consecución de una clasificación absoluta, transcultural, eficaz en términos operativos que permita el diálogo y trabajo clínico como parte del progreso o avance científico en la materia. A lo anterior, igualmente subyace el problema del peso de la experiencia en la forma en que una particular condición de salud se configura como problema prioritario o no, desde la política pública, la investigación y la práctica profesional biomédica.

Hace tiempo como identificara Leader (2011), la depresión no se asociaba a cifras alarmantes y su categoría no gozaba siquiera de dignidad, las personas eran descritas como ansiosas o neuróticas, pero no deprimidas. No obstante, las estadísticas actuales estiman que millones de personas en todo el mundo, una de cada ocho, presentan algún trastorno mental y/o afectivo, o bien, algún problema psicológico o de conducta asociado al consumo de drogas y alcohol, quienes en su mayoría permanecen sin recibir atención especializada o tratamiento adecuado, prolongando con ello, el impacto a la salud y sufrimiento de la persona (OMS, 2022).

De entre estos, los principales padecimientos son la depresión, que se sitúa como la primera causa de mala salud y discapacidad que para 2019, aquejaba a alrededor de 280 millones de personas, de los cuales, 23 millones corresponden a niños y adolescentes. Para ese mismo año se menciona de igual manera que la ansiedad afecta la vida de 301 millones

de personas, mientras que el trastorno bipolar y la esquizofrenia afectan a 40 millones y 24 millones respectivamente, teniendo que esta última, la esquizofrenia, presente en una de cada 300 personas, favorece la reducción de la esperanza de vida hasta en 20 años (OMS, 2022). Es así como, cada día figuran más y más personas de todas las edades, géneros, profesiones, estatus socioeconómico, que nutren la clasificación y las estimaciones estadísticas que no profundizan en lo concerniente a la caracterización, expresión y vivencia diferenciada del padecer mental desde su dimensión más sociocultural y simbólica.

En el caso de México, desde hace más de dos décadas el panorama se describiría igualmente desesperanzador, donde trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, la depresión y la obsesión compulsiva figuraban entre las diez enfermedades más incapacitantes con una prevalencia que se vería incrementada por factores de desigualdad social y económica (Medina-Mora *et al.*, 2003).

Según la primera y única Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) realizada en 2003, alrededor de 15 millones de mexicanos y mexicanas padecían una enfermedad mental. De acuerdo con lo reportado, 6 de cada 20 mexicanos, esto es, alrededor del 28.6% de la población había presentado alguna vez en su vida, uno de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades siendo los más frecuentes la ansiedad con el 14.3%, seguido del abuso de sustancias con el 9.2% y los trastornos afectivos con el 9.1%. Los trastornos afectivos y de ansiedad habrían sido reportados como más frecuentes en mujeres, mientras que el abuso de sustancias mostraba una frecuencia mayor en hombres (Medina-Mora *et al.*, 2003; 2005).

En esta misma línea, en años más recientes se reportaría un incremento en la prevalencia de tales trastornos, estimado en un porcentaje de 6.5% en mujeres con depresión como el trastorno que más demanda de consulta genera en la atención primaria; mientras que, en el caso de los hombres, el incremento se estima en 4.8% con relación al consumo de alcohol, el cual, junto con los trastornos de ansiedad se mantiene como uno de los más prevalentes. Asimismo, los estudios enfatizan la interrelación (comorbilidad) entre este tipo de padecimientos y enfermedades como la diabetes, trastornos cardiovasculares, el cáncer, el VIH-SIDA, entre otros, que cada día se postulan igualmente en aumento entre la población mexicana. En este sentido, la prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados por algún problema de salud se calcula oscila entre el 10% y el 14% mientras que, en pacientes ambulatorios, va del 9% al 16% (Vargas y Villamil, 2016).

Del mismo modo, en amplios porcentajes de quienes ya presentan algún padecimiento mental, se identifica la presencia combinada de otros trastornos del mismo tipo, por ejemplo, en quienes presentan abuso o dependencia de drogas alguna vez en la vida, se calcula que el 85.4% también habría presentado un trastorno a causa del consumo; mientras que el 37% habría presentado por su parte también un trastorno afectivo, el 30.9%, un trastorno de ansiedad y el 29.1%, alguno de déficit de atención, de conducta y desafiante oposicionista. Una comorbilidad que incrementa la probabilidad de cometer suicidio (Medina-Mora *et al.*, 2009).

Si bien la estimación cuantitativa del fenómeno nos permite comprender su magnitud es importante considerar el sesgo derivado de las diferentes formas de registrar y reportar la información, encuestas, cuestionarios, escalas de medición y test que son rebasados por la experiencia o dejan fuera referencias a factores y causas económicas,

políticas, históricas, sociales y culturales que operan en la emergencia del padecimiento mental, su representación y forma de tratarlo (Correa *et al.*, 2006; Vilar y Eibenschutz, 2007; Martínez-Hernández, 2008; Natera *et al.* 2012a; 2012b).

Asimismo, la estimación estadística ha dejado de lado la indagación y profundización de la presencia de enfermedad en diversos grupos de población para quienes, aún décadas después del reconocimiento de los problemas, la firma de acuerdos, la implementación de programas, creación y desaparición de dependencias de todo tipo; las políticas y los recursos no han sido los adecuados y suficientes para mejorar su realidad social. Ejemplo de esto es el balance actual de la situación que muestra como las condiciones de vida en el medio indígena y rural siguen estando caracterizadas por la vulnerabilidad, la exclusión social y política, la desigualdad social y económica, la pobreza, violencia, estrés y escasas oportunidades de trabajo y educación que fortalecen la estrategia migratoria como recurso de subsistencia, así como por la carencia de garantías en cuanto al acceso y cumplimiento de sus derechos constitucionales, entre los que se encuentra la protección a la salud.

Así encontramos que estudios al margen de las grandes encuestas y diagnósticos generales de salud han postulado prevalencias de depresión mayores entre hombres de entornos rurales en comparación con zonas urbanas, los cuales se caracterizan por no recibir atención médica (Belló *et al.*, 2005). Mientras que algunos otros trabajos, principalmente desde la migración, han buscado analizar el impacto de los estresores sociales y culturales que conlleva el desplazamiento geográfico en la salud mental no sólo entre migrantes sino entre los familiares que se quedan y las comunidades de origen (Aguilera *et al.*, 2004; Salgado de Snyder, 1991a; 1991b; 1994; 2000)

Del mismo modo, la investigación en torno del padecer mental entre diversos grupos indígenas en México (Elferink *et al.*, 1997; Villaseñor, 2008a, 2008b; Eroza, 2006; Eroza y Álvarez, 2008; González, 2012; Martínez y Fujigaki, 2012; Jacorzynski, 2008) ha buscado rescatar su rol moral-social, así como su articulación a una dimensión mágico-religiosa como castigo a un mal comportamiento, resultado de la transgresión de una norma, la violación del “costumbre” o del pecado. Como un destino merecido u obtenido a causa del comportamiento incorrecto de los padres al presentar alcoholismo o consumo de sustancias o bien, a causa de envidia, brujería y agresiones directas como golpes, accidentes y otros padecimientos como el susto o los nervios.

Específicamente, para el caso de Hidalgo, con relación a las estimaciones que se han hecho acerca de los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, para el 2002 éstas ya eran situadas como tercera causa de muerte en niños y adolescentes en edad escolar, seguidos por las muertes a causa de enfermedades infecciosas o parasitarias y como cuarta causa de muerte entre jóvenes de entre 15 y 24 años. Asimismo, se colocaba al Estado entre aquellos con mayores tasas de mortalidad por causas no transmisibles y que afectan mayormente a los adultos, entre las que se mencionan las enfermedades digestivas, génico-urinarias, así como los trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso, estableciendo a su vez, un aumento en la tasa de mortalidad a causa de los trastornos mentales durante el periodo que iba del 2000 al 2002, entre la población femenina frente a la masculina (García y Gloria, 2005).

Estas cifras resultan interesantes porque nos dejan ver la importancia y magnitud de los padecimientos mentales en la zona, sin embargo, como lo he mencionado todos los registros estadísticos mantienen sesgos importantes respecto del registro de información,

por ejemplo, los autores de dicho trabajo no profundizan en el sistema de registro empleado ni en los factores que llevan a los incrementos de las tasas que se menciona haber identificado. Tampoco explican cómo se midió la asociación con la mortalidad tomando en cuenta que las enfermedades mentales no se consideran causa de muerte directa, sino que su relación o asociación con la muerte está marcada por la ocurrencia de suicidio, en cuyo caso, la mortalidad sería reportada como tal u ocultado a causa del tabú.

En suma, tanto si lo pensamos a la luz de un proceso de diferenciación en el marco de una experiencia mágica, moral u orgánica alrededor de la experiencia de enfermedad mental o locura vemos persistir un proceso de construcción de una otredad anómala en el que la diferencia en sí misma no tiene una carga negativa sino a partir de su integración a un sistema de ideas encargado de clasificarla y atribuirle o no dicho valor, en correspondencia con modelos de normalidad/anormalidad convenidos socialmente.

Igualmente, establecer una relación entre condiciones sociales de vida nos llevan a considerar el aislamiento, la pobreza, el analfabetismo, la desnutrición y las deficiencias en cuanto al acceso a la atención y servicios de salud que desde la década de los años treinta del siglo XX se presentaban ya como los principales problemas que aquejaban a la población indígena y rural del país, a los que se buscó responder a través de un proyecto de estado, de nación mexicana, como unidad sociocultural que implicó procesos de mexicanización que al día de hoy continúan cobrando factura en la dinámica sociocultural y política al interior del país.

Si regresamos al caso de Julieta, uno de los aspectos que marcaban su experiencia recaía justamente en el mayor conocimiento y uso de la lengua materna, el *hñähñu*, por

parte de sus padres, mientras que Julieta habla más español y sólo entiende muy poco de *hñähñu*, de aquello que pudo aprender por la convivencia familiar. De este modo encontramos que la comunicación con su madre, que incluye parte de las expresiones de cariño que asume como carencias en su vida, estaba obstaculizada o limitada por este uso y conocimiento diferenciado de la lengua (*hñähñu*/español). Situación provocada, entre otras cosas por el proceso histórico de desplazamiento lingüístico al que fueron sometidas estas comunidades (Fournier, 2007; Hamel, 1967) en el marco de la política integracionista nacional a la que hemos aludido y de la que hablaremos más adelante.

Es así como depresión, esquizofrenia o trastorno de ansiedad constituyen categorías que intentar aprehender y representar la experiencia de enfermedad, sufrimiento y desestructuración del mundo que está teniendo lugar en la persona y, si bien, aportan elementos de gran valor a la comprensión del proceso de salud-enfermedad-atención desde la dimensión particular que enfatizan. Narrativas como la de Julieta nos obligan a profundizar en un análisis y comprensión de la experiencia del padecer, no desde la etiqueta diagnóstica, sino atendiendo a la forma de vivenciarla.

De acuerdo con Turner la “experiencia” remite a todo acto humano impregnado de significado que surge cuando tejemos un puente entre el pasado y lo que sentimos queremos y pensamos en el presente como parte de la necesidad de hallar un significado a esa serie de eventos externos que nos han acontecido (Turner, 1986). La experiencia de enfermedad mental, en este sentido, irrumpe en la vida de la persona como un elemento desestructurador de la serie de significados, creencias, valores y sentidos sostenidos hasta entonces.

Un proceso de resignificación y reconfiguración que busca explicar su origen y sentido a través de relacionarla con otras experiencias personales en un proceso de negociación de su significado a la luz de la totalidad de la experiencia de vida y expectativas personales, así como del contexto social y cultural (Iacob, 2011). Lo que en muchos casos representa la antesala a una reconfiguración del sentido de existencia en dirección al futuro que permite a la persona ubicarse en un nuevo rol a nivel social y familiar, ya sea, con relación o con independencia a la enfermedad y al lugar que se le otorga a ésta como parte de su vida.

En este sentido, a través del presente trabajo busco retratar la experiencia de hombres y mujeres que han sido diagnosticados con un trastorno mental, particularmente depresión, ansiedad y esquizofrenia, que habitan en distintas comunidades de la región denominada Valle del Mezquital, localizada en el estado de Hidalgo. Lo anterior, partiendo de que, ya sea que se definan como trastornos mentales desde el modelo biomédico hegemónico o como expresiones de locura, desde la perspectiva sociocultural; ambas, constituyen configuraciones socioculturales e históricas que aluden a modos de significación subjetiva e intersubjetiva que operan en la persona y los distintos grupos sociales.

Parto de la idea que cada grupo posee nociones que le permiten identificar, clasificar y explicar la enfermedad configurando modelos explicativos locales que, en el caso de los habitantes del Mezquital, como se muestra en el relato de Julieta, en algunos casos se configuran asociados a experiencias de pérdida o carencia, de un “algo” o alguien significativo para la persona, o como veremos más adelante, se definen en torno a la

relación de la persona con la divinidad y el juicio sobre sí mismo, que los lleva a inundarse de vacío, dolor, desesperación y sufrimiento.

A partir de lo anterior muestro la manera en que el padecimiento irrumpe en la cotidianeidad conduciendo a la desestructuración de la comprensión del mundo, así como de la personalidad social de quien enferma, volcando sobre sí mismo diversos cuestionamientos sobre su vida, el sentido de ésta, su lugar en el mundo y su posibilidad de muerte que lo conducen a construir una narrativa en la que la experiencia de enfermedad poco a poco se va constituyendo como el punto de inicio de un proceso de reconfiguración y resignificación de su subjetividad que abre paso a nuevas formas de realidad y modos de experimentar el mundo, las relaciones, los objetos y sujetos que lo conforman.

Asimismo, a partir de situar a la experiencia de enfermedad como crisis de significado que tiene lugar en un particular momento de la vida de la persona en estrecha relación con factores y estructuras de orden social, cultural, histórico y político-económico. Donde los objetos, sujetos y relaciones que previamente se presentaban y eran aprehendidos por la persona como claramente determinados, diferenciados y significados, entran a un proceso de pérdida de toda determinación, generando las condiciones de posibilidad para la reconfiguración de un nuevo orden de sentido y subjetividad desde el padecimiento mental. Sostengo que, a partir de dicha experiencia de depresión, ansiedad y esquizofrenia, la persona reconstruye su biografía y subjetividad derivado de un proceso de reflexión, resignificación y reconfiguración subjetiva detonado por el padecimiento.

Un proceso de deconstrucción que inicia en el momento de crisis que representa la propia emergencia del padecimiento y que se ve reforzado con el pronunciamiento del

diagnóstico médico que otorga legitimidad al rol de enfermo, así como al esfuerzo de la persona por restablecer el orden que se considera alterado como una acción inscrita en su proceso de atención y tratamiento que deriva en algunos casos, en el cuestionamiento de normas sociales hasta entonces aceptadas.

De igual manera, en los relatos de vida aquí presentados los procesos de salud-enfermedad-atención y los modelos explicativos son abordados como fenómenos dinámicos que se nutren del proceso de desplazamiento y combinación de denominaciones locales y categorías psiquiátricas que continuarán teniendo lugar en el tiempo en la medida en que esquizofrenia, depresión, trastornos del comportamiento por consumo de alcohol o trastornos de ansiedad, ideas delirantes, no son simples expresiones del lenguaje, sino que implican toda una serie de experiencias y significados vinculadas a la vida social de los sujetos.

Lograr lo anterior hace necesario prestar atención a las representaciones socioculturales de tales padecimientos, así como a los factores de orden social, cultural, político, económico y personal que conforman las condiciones de producción de la enfermedad y su proceso de atención. Dicho esfuerzo implica de manera más específica alcanzar los siguientes objetivos:

- Conocer la representación sociocultural del padecimiento mental que elaboran quienes atraviesan por una experiencia de este tipo, accediendo a los significados socioculturales que dan cuenta del proceso de desplazamiento o persistencia de elementos del sistema de pensamiento *hñähñu* en la concepción actual e híbrida del padecimiento.

- Describir los distintos aspectos, procesos y relaciones sociales que operan en la experiencia enfermedad y la configuración de la dimensión moral-sociocultural que subyace a la misma.
- Identificar el papel que juega la enfermedad en la vida de los hombres y mujeres, así como en la configuración de su subjetividad individual y social, que contempla la relación que el sujeto establece consigo mismo, los demás y su entorno.
- Dar cuenta del proceso de negociación que tiene lugar a nivel simbólico-cultural entre el modelo explicativo biomédico psiquiátrico y el local, así como entre la figura de un sujeto cerebral-neuronal subyacente al primero y el sujeto cosmológico correspondiente al modelo local *hñähñu*.

Para ello, se retoman los datos generados durante distintas etapas de trabajo de campo que tuvieron lugar entre los años 2013 hasta parte del 2018. El principal material del que se nutre este análisis consiste en las narrativas de hombres y mujeres que en algún momento de su vida refieren haberse visto afectados por una experiencia de crisis en su historia personal, la cual, a partir de haberse acercado al servicio de salud mental ubicado en su centro de salud más cercano aprendieron a identificar y tratar de la mano de su médico tratante como depresión, ansiedad o esquizofrenia.

En este punto, me gustaría detenerme y señalar algunas precisiones en torno a este tema y la premisa que guía este trabajo. De acuerdo con Iacob (2011) una de las principales funciones que cumplen las narrativas consiste en brindar la posibilidad de reestructurar la identidad personal que se encuentra amenazada por la presencia de la enfermedad, así como reafirmar en un sentido positivo al sujeto. Lo cual se vuelve fundamental si consideramos

que los padecimientos mentales una vez que aparecen en la vida de la persona permanecen por un tiempo prolongado incidiendo en la estructura, conocimiento, valores, significados, actividades y relaciones sociales, es decir, en la forma de ser, ver y estar en el mundo por parte de la persona.

Menciono lo anterior, debido a que mi elección de darle voz a quienes atraviesan en primera persona por un padecimiento de este tipo, en ciertos contextos me enfrentó al cuestionamiento acerca del grado de certidumbre y veracidad de los relatos expresados por quienes en ocasiones se mencionó, reconstruían sus relatos de maneras distorsionadas y en desapego de la realidad. De ahí que considero fundamental enfatizar que mi elección de priorizar las narrativas de quienes presentan un trastorno mental como elemento de análisis, parte del reconocimiento de su riqueza simbólica y valor discursivo.

La voz de quienes viven y enfrentan estos padecimientos en su cotidianeidad representa, desde mi perspectiva, el relato de mayor valor para la comprensión del fenómeno de la enfermedad mental y su experiencia. Más allá de la dificultad que para muchos de ellos represente el recordar ciertos eventos o situarlos en una temporalidad y espacialidad que respondan a un orden lógico fijado.

Además, respecto a esta situación, es importante recordar que la yuxtaposición de elementos a lo largo de la reconstrucción de la trayectoria de vida no es una característica exclusiva de quien presenta un trastorno mental, sino de todo sujeto que busca referir un suceso en retrospectiva. En la medida en que como señalara Bourdieu (1997), dicha acción parte de la base de una conceptualización particular de la que se caracteriza por no

presentarse ni tan ordenada ni tan exhaustivamente desarrollada, sino conformada por elementos adyacentes.

En este sentido, los relatos de las personas compartidos en este trabajo brindan elementos valiosos acerca de la forma en que perciben su padecimiento, el lugar en que lo colocan dentro de su historia personal y social. Al tiempo que el acto mismo de narrar su experiencia permitió a cada uno de ellos y ellas reflexionar acerca de su propia vida, de sus creencias y prácticas, sobre su lugar en el mundo, sus relaciones con éste, consigo mismos(as), con los demás seres que lo habitan y los términos y posibilidades de su existencia.

La narrativa resultante se constituyó de este modo, como un espacio de expresión de miedos, incertidumbres, preocupaciones, sensaciones que se colocan en la base de la experiencia del padecimiento mental, así como también se conforma de argumentos e ideas que como nos señalara Ríos (2011: 365), *no pueden desdeñarse a priori al ser consideradas como expresiones “irracionales”, resultado de alguna disfuncionalidad orgánica*. Por el contrario, representan descripciones, ideas y símbolos que la persona toma de su entorno cultural y, en ese sentido, aun cuando se tratara de expresiones delirantes, las narraciones de quienes atraviesan por un padecimiento mental constituyen un vehículo de expresión de

las experiencias individuales [que] nos hablan de realidades colectivas; [... y] dan cuenta de los recursos simbólicos usados por sujetos cuyas crisis emocionales llegaron a estados psicóticos (Ríos, 2011, p. 365).

Los relatos de vida que podrá conocer el lector fueron logradas a través de entrevistas en profundidad y semiestructuradas organizadas en tres áreas temáticas que van desde las primeras señales de que algo no anda bien (inicio del padecimiento), así como las atribuciones de causalidad, la representación y significados atribuidos por la persona a lo que estaba viviendo. La trayectoria y prácticas de atención puestas en marcha por la persona en un intento por dar respuesta a su experiencia de enfermedad, hasta llegar al impacto y significado que esta ha tenido en su vida, así como los aprendizajes y cambios derivados de la misma.

Adicionalmente, los relatos se nutren de distintos encuentros y charlas, tanto formales como informales, principalmente con un grupo más pequeño de la población, quienes formaban parte de la Clínica de Contención de la Depresión, programa integrado al tratamiento médico dentro de uno de los Centros de Salud. Dichas entrevistas, charlas y convivencias se enfocaron en profundizar en eventos, interpretaciones y proceso de reflexión derivado de la experiencia de enfermedad en un contexto más amplio de la vida de la persona, el antes y después del diagnóstico en su vida.

Finalmente, cabe mencionar que, si bien la población de estudio está conformada por personas que cuentan con un diagnóstico psiquiátrico, éste no representó por sí mismo un criterio de selección, a partir de considerar dos aspectos fundamentales. Por un lado, el hecho de que la categoría diagnóstica como concepto, desde mi perspectiva, no da cuenta de los procesos socioculturales que dieron lugar y permiten la comprensión de la crisis y experiencia con el padecimiento mental en términos de la persona.

Por otro lado, a partir de lo observado en estancias previas de trabajo de campo, no sólo las referidas en este trabajo, sino aquellas que pude realizar desde 2008 como el primer año que llegué a trabajar en la región como parte de la elaboración de mi tesis de licenciatura. Desde entonces y a lo largo de distintas visitas por trabajo de campo, por simple conocimiento y disfrute de la región, así como por relación de fraternidad con sus habitantes he podido constatar el predominio de una conceptualización del padecer mental unificada; es decir, que no distingue en principio entre categorías diagnósticas, llámese depresión, ansiedad o esquizofrenia. La experiencia de enfermedad es una misma, de ahí la denominación de unificada a partir del estado de sufrimiento, desesperación, culpa, cuestionamiento y tristeza profunda presente en todos los casos, de tal manera que cuando se distingue o separa la experiencia se hace en función del grado de deterioro sentido o la intensificación de la sintomatología.

De esta manera la diferenciación toma lugar en un cierto momento como algo ligado a su avance o intensificación de la gravedad; es decir, las alucinaciones, la pérdida de sentido, desinterés, cansancio, miedo, se reconocen como características que pueden estar presentes con distintas intensidades en diferentes etapas de una misma condición de enfermedad, cuyo horizonte compartido apunta al total abandono de la persona respecto de sí misma y la desconexión con el entorno, en caso de no atenderse.

A partir de lo anterior, para la región de estudio la diversificación de la experiencia del padecer mental en una gama de trastornos o categorías diagnósticas (depresión, ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia), es algo externo al grupo local. Un proceso en el que ha jugado un papel fundamental el contacto con el médico del centro de salud en que

son atendidos, así como el psiquiatra y psicólogo en el caso de aquellas personas que han podido recibir este tipo de tratamientos o atravesado por un internamiento.

Los pobladores entrevistados fueron adultos de ambos sexos que atravesaban por un proceso de enfermedad que los había llevado a consultar al médico asignado al área de salud mental en el centro de salud cercano a su lugar de residencia, quien, en este caso, habría sido el encargado de atribuir el diagnóstico psiquiátrico. Al considerar la particularidad del padecimiento que se trata, cuyo grado de afectación puede representar dificultades en el nivel de comunicación, opté por consultar en cada caso, al médico tratante acerca de la estabilidad de los participantes, además de contar con el consentimiento de participación de la persona y sus familiares. Toda vez que les explicaba el objetivo de mi trabajo.

El contacto en este caso con la población se dio principalmente a través de los servicios de salud, por referencia de los médicos encargados de brindar la atención, sin dejar de lado otras técnicas como la de “bola de nieve”, principalmente para acercarme a familiares, gente de la comunidad que pasaba por algo similar o a aquellas personas que eran consideradas por el participante principal como importantes o significativos a lo largo de su proceso de salud-enfermedad-atención.

Si bien, el interés en esta población deriva en gran medida del hecho de poder explorar desde su experiencia el interjuego entre los dos distintos sistemas de pensamiento y atención coexistentes en la región, el biomédico psiquiátrico y el local. Una vez establecido el contacto con la persona todo mi esfuerzo se orientó hacia lograr entablar una relación no mediada por el médico o ningún personal de salud, con la intención de atenuar

la carga que tanto el especialista como la institución tienen en el imaginario de la persona. Asimismo, este trabajo considera la perspectiva del personal de salud, tanto del área de salud mental como de áreas administrativas de la Jurisdicción Sanitaria y los centros de salud de estudio, quienes igualmente, representan actores clave en la reconstrucción de los procesos de salud-enfermedad-atención que son objeto de interés del presente trabajo.

Sin más preámbulo, demos paso a la historia de vida de estos hombres y mujeres, orgullosos habitantes de El Valle del Mezquital, Hidalgo, a quienes nunca me cansaré de agradecer el haber conocido y compartirme un poco de ellos y de sus familias.

## Capítulo 1. Una aproximación a El Valle del Mezquital

La región sociocultural, que nace de un pasado vivido en común por una colectividad asentada en una porción de territorio, es al mismo tiempo la expresión espacial de un proceso histórico (Giménez, 1999 en Oliver *et al.*, 2003, p. 105)

A lo largo de los siglos, habitantes de comunidades indígenas, pueblos originarios y demás grupos vulnerables de México se han visto enfrentados a condiciones de pobreza, abandono y marginación; así como a entornos de desigualdad y opresión que, en muchos casos, han ido de la mano de la implementación de programas y políticas públicas integracionistas y homogeneizantes carentes de un reconocimiento y respeto hacia las identidades, los modos de vida, las particularidades y la riqueza de dichos grupos.

La configuración social, política y económica del país y la denominada sociedad nacional conllevaron importantes procesos de transformación social que derivarían en cambios en las concepciones, saberes, tradiciones culturales, formas de organización social, política y económica locales y comunitarias, así como reestructuraciones y resignificaciones que permitieran a sus integrantes reposicionarse como parte del entramado social más amplio. De tal modo, que la historia de la población otomí uno de los principales grupos que habitan la parte centro del país<sup>1</sup> (Soustelle, 1993; Wright, 2005b; Lastra, 2006, Báez *et al.*, 2012), no difiere del destino marcado por tales procesos de cambio y una política de Estado desarrollista e integracionista.

---

<sup>1</sup> El grupo otomí actualmente reside en comunidades de los estados de Tlaxcala, Puebla, Veracruz, Estado de México, Michoacán e Hidalgo lo que aporta heterogeneidad social, cultural y territorial al grupo étnico en su conjunto.

El Mezquital, región en la que se desarrolla la presente investigación, constituye un claro ejemplo del estrecho vínculo entre configuración sociodemográfica, económica, político-administrativa y de servicios, con el diseño e implementación de diversas acciones y políticas públicas que repercuten en la calidad y modo de vida actual de su población. A este respecto, la interesante revisión de Fabre (2004) señala el proceso de configuración de la región como un escenario de análisis referencial y comparativo de la situación social, política y económica que vivía el país durante las décadas de los años cincuenta y sesenta, definiendo al Valle como un constructo social en constante cambio y reconfiguración colectiva.

De manera que, para entender la experiencia de vida de quienes actualmente la habitan, resulta fundamental conocer la historia de la región y con ello, los aspectos históricos, sociales, políticos y culturales que condujeron a su poblamiento, su configuración como región, así como los procesos de lucha y negociaciones, recursos y carencias que llevaron a sus habitantes a forjar un carácter, fuerza y habilidad para establecer su hogar en un Valle que por largo tiempo sería un referente de carencia y muerte<sup>2</sup>, además de una de las zonas del país con más alto índice de migración.

Si bien, la lengua materna aparece como uno de los principales criterios que han sido empleados para definir y aprehender la identidad de un grupo étnico es necesario tener presente la heterogeneidad que persiste al interior de todo grupo social, así como el rol

---

<sup>2</sup> En 1952 la región sería conocida a través de la novela del periodista Antonio Rodríguez, *La Nube Estéril. Drama del Mezquital*, en la que se describen las condiciones de extrema pobreza, explotación económica y marginación en las que vivía la población *hñähñu* en la época posrevolucionaria cuando carecían de los servicios de agua potable, luz, centros de salud y escuelas. Mientras que en otros textos la región es nombrada el Valle de la Muerte a causa de la pobreza de sus suelos, la aridez y clima extremoso (Claro y Botho, 1982; Fabre, 2004).

social, político, económico y cultural que cada una de las poblaciones otorga a la propia categoría étnica según la región y el papel que juega en la intensificación de la brecha social entre grupos por razones de pertenencia étnica *en el ejercicio de derechos, goce de ciudadanía y acceso a bienes y servicios públicos* [como] *una de las más profundas, más rígidas y más invisibles, que cristaliza relaciones estructurales de discriminación* (Yanes, 2009 en Rubio, 2014, p. 11).

En su aspecto lingüístico, el otomí se define como perteneciente al tronco lingüístico otomangue que se distribuiría desde el Valle de Tehuacán hacia el noroeste hasta conformar la base demográfica plurilingüe de los valles de México, Toluca, el Mezquital y algunas partes de Morelos, Puebla y Tlaxcala (Wright, 2005; Lastra, 2006). Sin embargo y pese a que dicho elemento ha sido empleado para la conceptualización del grupo como unidad, en el caso del pueblo del Mezquital nos enfrenta a dos aspectos. Por un lado, el rechazo de la expresión otomí por parte de sus habitantes llevándolos a adoptar el término *hñähñu* para autodenominarse y afirmar su diferencia como grupo sociocultural.

Aquí es importante mencionar que hay una discusión en torno al uso del término otomí frente a las variantes locales que cada grupo ha adoptado para referirse a sí mismo, como en este caso el término *hñähñu* para el Valle del Mezquital. Donde el rechazo al término otomí deriva principalmente del sentido despectivo que se le ha dado en distintas fuentes (Martín y Gómez, 1991). No obstante, si bien resulta fundamental respetar el término adoptado por el propio grupo, como señala Wright (2005a), es necesario también rescatar el uso de la palabra otomí en todo trabajo que intenta retratar parte de la historia de este importante grupo en un esfuerzo por reivindicar su uso y su valor.

Es así como, atendiendo a esta autodenominación y reivindicación del propio grupo, en el presente trabajo se empleará el término otomí para aludir a las referencias al grupo étnico en su sentido más amplio, que persisten en la literatura y que corresponden a la perspectiva *etic*. Mientras que el uso de la expresión *hñähñu* se reserva para referirse a los habitantes de la región del Mezquital en concordancia con su propia autoadscripción, la perspectiva *emic*. Si bien no hay un acuerdo respecto al significado del vocablo, en el caso específico de los habitantes del Mezquital, el término *hñähñu* se reconoce proveniente de *hñä* hablar y *hñu* nariz, es decir, “los que hablan con la nariz” (Tranfo, 1974; Moreno *et al.*, 2006).

El segundo aspecto sobre el que nos invita a reflexionar la anterior discusión está relacionado con la importancia del lenguaje como medio de expresión de sentimientos, emociones y pensamientos que favorecen la formación de vínculos entre los sujetos, así como entre sujeto y mundo (Cruz, 2010). La lengua como un elemento fundamental en la configuración de la persona, así como su sentido de pertenencia, para la socialización y reproducción de la memoria histórica a la luz de una política de erradicación. La lengua *hñähñu* en el Valle del Mezquital ha sido objeto de un proceso histórico de conflicto y desplazamiento por el español que derivó en la pérdida de extensión geográfica y reconocimiento del valor funcional de esta última (Ambrosio, 1982; Hamel, 1987; Cruz, 2010).

el español se posiciona como la lengua de prestigio, una especie de lengua franca en la que se comunica la mayoría de los pobladores del país; mientras que las lenguas indígenas se ven como una variedad baja, que estereotípicamente se relaciona con la pobreza y la marginalidad (Guerrero, 2012, p. 36)

Homogeneización y monolingüismo constituirían los dos principales ejes en torno a los que giraría el proyecto de nación que buscaba asimilar al sector indígena a la naciente identidad de lo mexicano. La Secretaría de Educación Pública (SEP) jugaría un papel fundamental en tal unificación del país mediante la creación de distintos programas que, al igual que ocurriera durante la evangelización religiosa en el periodo de conquista, ésta se daría a la tarea de enseñar el español a través de la instalación de centros educativos en diversas regiones del país en los que se reprodujeron todo tipo de prácticas de maltrato y violencias contra los estudiantes como una forma de lograr romper con el modo de vida y cultura local, nativa, a la que se atribuía el retraso de dichos sectores (Claro y Botho, 1982; Cruz, 2010).

Dentro de las comunidades es común escuchar relatar a los pobladores, experiencias referentes a una época pasada en la que se tenía prohibido hablar *hñähñu*, donde además de correr el riesgo de sufrir regaños podían llegar a recibir golpes y expresiones de violencia por parte de profesores. Lo cual, se iría haciendo extensivo al entorno familiar entre los padres de familia que no deseaban exponer a sus hijos a la marginación, pobreza y atraso que se asociaba el uso de la lengua. Parte de estas acciones de represión y castigo que se llevaron a cabo para frenar el uso y aprendizaje de la lengua llegaron a incluir el encarcelamiento de alguno o ambos padres.

*Sí entiendo, pero no lo hablo, así que digamos que yo puedo contestar rápido. Yo las entendía, pero mi mamá no nos dejaba hablar otomí, no sé, nos decía: 'si los escucho que están hablando en otomí les voy a dar en la boca'. Por eso no aprendí y como íbamos a la escuela que nos hablaban español, teníamos que aprender español. Ellos sí hablaban [papá/mamá], pero a nosotros no nos hablaban en otomí, bueno mi mamá, porque mi papá, casi con él no hablábamos. Salía de su trabajo a las cinco, a las seis que llegaba a la casa pues ya estaba oscuro, qué iba a hablar, na' más llegaba medio que comía, se dormía y al otro día, ya cuando nosotros nos*

*levantábamos, ya no está porque venía al trabajo temprano (Malena, 48 años, depresión)*

Al igual que con Malena, tal situación generó que, en la actualidad, gran parte de la población joven ya sea, adultos jóvenes, adolescentes y niños, no manejen la lengua como sus padres o abuelos lo hacían, limitando su interacción y en algunos casos con fuertes repercusiones en lo afectivo, como ya ha podido conocerse a través del relato de Julieta. Por el momento, es importante destacar que el uso actual de la lengua materna se da principalmente, por parte de la población adulta, en las charlas informales, al saludar por la calle, en la casa, la Iglesia, en el campo, en las asambleas, en el tianguis, en la plaza, en las interacciones cotidianas con personas de confianza.

Por el contrario, en una parte del sector más joven de la población podemos observar que persiste la sombra de la vergüenza de su uso frente al español o el cada vez mayor interés por el aprendizaje del inglés. El aprendizaje y reproducción de la lengua *hñähñu* observado actualmente en este sector se relaciona con los esfuerzos de su revitalización que tuvieron lugar en la región. Según nos relata Cruz (2010), no fue sino hasta el periodo cardenista que se da la creación del Departamento de Asuntos Indígenas, con lo cual, la educación bilingüe recuperaría su relevancia y valor cultural como parte de la educación de las poblaciones.

Igualmente, el riesgo de desaparición de la lengua llevó a que una parte de sus habitantes se comprometiera con la tarea de impulsar un proyecto para su rescate que situaba a la escuela como el espacio central para el desarrollo, promoción y revitalización de su lengua materna en las nuevas generaciones, pero esta vez, apostando por la

generación de renovadas estrategias que dejaran atrás ese pasado oscuro de maltrato al interior de las aulas (Cruz, 2010).

A la creación del Instituto Nacional Indigenista en 1948, le siguió en el año 1952, la instauración del Servicio Nacional de Promotores y Maestros Bilingües como parte de la SEP, con el cual se oficializaría la formación y contratación de profesionistas en la materia. Tal acción posicionaría a la docencia como una importante fuente de trabajo que aprovecharían algunos de sus habitantes, a la par que se consolidaba la incorporación de la enseñanza de la lengua materna al programa escolar a nivel de educación primaria décadas más tarde (1963).

Las políticas públicas, por su parte, continuarían derivando en la creación de más dependencias como la Dirección de General de Educación Indígena (1979) que traería consigo la reformulación de programas, así como la reasignación de recursos humanos y materiales que más allá de toda buena intención o propósito, continuaban impactando de manera negativa la consolidación de la educación bilingüe indígena *hñähñu*.

En estos momentos las lenguas mexicanas se les ubica en primer plano; pero lo único seguro es que son las últimas en uso y derecho, en el caso de la lengua *hñähñu* algunas personas le dan una importancia solo como discurso político, en ocasiones solo se emplea como mero folklor, para los habitantes es una realidad vivida nada es nueva, tal idea es como una alberca en donde el agua es clara, pero en el fondo contiene una suciedad en la que es necesario sumergirse para conocer y encontrar lo oculto o lo sucio y por qué no, limpiarla (Cruz, 2010, p. 14)

Si bien, la adopción del término educación bilingüe bicultural como política educativa en toda la región tendría lugar en 1971, la enseñanza formal continúa representando un reto en el presente. Principalmente a causa del trabajo de revisión y consenso a nivel interestatal entre especialistas, maestros bilingües indígenas y pobladores,

orientado a lograr un sistema adecuado de normas de escritura y un alfabeto único válido para las diversas regiones de habla *hñähñu* que, a su vez, respete las variantes regionales y permita la producción de diversos textos, libros escolares y materiales didácticos comprensibles para todos (Ambrosio, 1982; Claro y Botho, 1982; Cruz, 2010).

Asimismo, tales esfuerzos se verían reforzados por la misma política pública que comenzaría a establecer el conocimiento y uso de la lengua como un criterio de acceso a financiamiento a proyectos culturales o de desarrollo. Más allá de esto, sin duda, el rescate de la lengua *hñähñu* ha tenido importantes efectos en la configuración y posicionamiento de sus propios pobladores.

Profesores de Educación Indígena han conformado diversos grupos musicales, coros y bandas, así como grupos de danza que interpretan canciones y bailes representativos de la región, logrando que quienes luego de ser descartados como cronistas de su propia historia, hoy día se describan con *la cara levantada, tenemos voz y voto...ya no hay la timidez que existía. Ahorita ya podemos tomar un micrófono y podemos expresar de lo que sentimos...ya la voz de los indígenas se escucha...seguro que sí se puede expresar*<sup>3</sup>.

Finalmente, con relación a la lengua, cabe destacar la mención que hacen Cortés *et al.*, (2020) respecto de que la adscripción étnica no debe limitarse al sólo hecho de practicar la lengua, sino que debe integrar la pertenencia al grupo mediante la reproducción de las distintas formas de participación comunitaria como son las faenas y los cargos civiles y religiosos. Sin dejar de lado, el papel que juega la discriminación estructural y social en el

---

<sup>3</sup> Leonardo, profesor de educación indígena bilingüe, habitante de una comunidad de Cardonal, Hidalgo. Comunicación personal.

reconocimiento o negación de su pertenencia y participación en prácticas socioculturales por parte de la población.

A partir de lo anterior y en línea con la propuesta de Barth (1976) quien enfatiza el rol social y político de la propia categoría de grupo étnico resulta importante precisar que en este trabajo se entiende a este último y a los *hñähñu*, como una comunidad que se reproduce biológica y socialmente a partir de compartir un sistema de valores y rasgos culturales que integran un campo de comunicación e interacción entre sus integrantes, quienes se identifican a sí mismos como miembros de dicho grupo, es decir, persiste una autoadscripción, así como un reconocimiento por parte de los otros como parte de dicho conjunto.

### **1.1 Rompiendo el silencio: los *hñähñu* del Valle del Mezquital**

En principio, resulta fundamental señalar que los otomíes conforman un pueblo cuya historia se describe como imprecisa derivado de la escasa evidencia arqueológica de su presencia en la zona y al hecho de que su historia y distribución geográfica se han reconstruido a partir de los textos de cronistas y frailes durante el periodo de conquista, así como gracias a escritos, códices, relatos míticos y materiales, pertenecientes a otros grupos étnicos en los que han podido encontrarse algunas referencias a ellos. Las cuales, no sobra decir, consistían mayoritariamente en caracterizaciones, por un lado, como seres torpes, inhábiles, codiciosos y lujuriosos, mientras, por el otro, resaltaban su habilidad para el combate aprovechada en gran medida por los grupos dominantes (Tranfo, 1974; Soustelle, 1993; Fabre, 2004; Lastra, 2006, Báez *et al.*, 2012).

Es así como el mutismo en torno a logros, hazañas y modo de vida del otomí llevaría a la descripción del grupo como “dueños del silencio”, un silencio que en años recientes se busca romper gracias a la prevalencia de análisis simbólicos y la aplicación de técnicas de biología molecular que favorezcan la relectura de la evidencia arqueológica y de la caracterización de los habitantes del Mezquital y de Tula, como un grupo fundamental en cuanto a su aporte al desarrollo cultural y político de la historia de la región y del grupo otomí en su sentido más amplio (Fournier, 2012).

Considerados descendientes de Otómitl, hijo de Iztacmixcóhuatl, serpiente blanca que representaba a la Vía Láctea e Ilancuey, Rana Vieja, personificación de la Tierra, de cuyo linaje se desprendería su característica de cazadores; o bien, provenientes de la alianza matrimonial entre Chinconquauh, caudillo otomí y una de las hijas de Xólotl, punto de partida de la configuración del señorío otomí de Xaltocan (Guerrero, 1983; Fournier, 2012). Los otomíes habrían sido testigos del florecimiento y la consecuente caída de diversos centros políticos que los orillarían a diversos desplazamientos que poco a poco los llevaron de territorios de abundancia de tierras y agua, a regiones más áridas, de difícil geografía y escasos de recursos para su explotación (Tranfo, 1974; Arroyo, 2001; Fabre, 2004; Lastra, 2006; Báez *et al.*, 2012; Garret, 2012).



Asimismo, los otomíes, hoy día son reconocidos como habitantes clave del centro del país, primeros cultivadores del maíz y primeros alfareros, cuya llegada a la zona se estima tendría lugar poco tiempo después del arribo de pobladores nahuas (Hernández, 1964; Soustelle, 1993; Wright, 2005; Lastra, 2006, Báez *et al.*, 2012) con lo que El Valle del Mezquital se ubicaría como primer lugar de asentamiento y, por ende, poseedor de los rasgos más antiguos de la cultura otomana (Tranfo, 1974), seguido del Valle de Tulancingo y la Sierra de las Navajas (Garret, 2012).

A partir de las distintas revisiones en años más recientes (Tranfo, 1974; Fabre, 2004; Lastra, 2006; Quezada, 2008; Báez *et al.*, 2012; Garret, 2012), la historia del pueblo otomí remite a un aspecto común, la migración. Si bien, previo al surgimiento y dominio de la Triple Alianza (Tenochtitlán, Texcoco y Tacuba), los otomíes habrían logrado establecer dos señoríos, Xilotepec-Chiapa, “riñón” de los otomíes y Xaltocan, además de que la ciudad de Tula se había posicionado como centro hegemónico de la región; ante la emergencia del poderío mexica y la caída de Tula, tendría lugar una de las primeras dispersiones de los otomíes que lo llevarían a posicionarse como el grupo más extendido dentro del Estado.

Esta migración generó el reacomodo del pueblo *hñähñu* y con ello, la fundación de los primeros poblados que hoy mantienen fuerte presencia indígena en Hidalgo. Un primer grupo de otomíes conformarían los poblados de Mahmení (Tula)-Tollán, Mañutzi (Actopac), Andaxitzo (Alfajayucan), Zutcani (Ixmiquilpan), Bojay (Cardonal) y Bamú

(Arenal); mientras un segundo grupo continuaría su desplazamiento hacia el oriente hasta fundar Metztitlán, que abarcaría, posteriormente, parte de la Sierra y la Huasteca. Finalmente, un tercer grupo conformaría los poblados de Tenango, Tutotepec y Huejutla (Hernández, 1964; Arroyo, 2001; Fabre, 2004; Báez *et al.*, 2012).

Para Arroyo (2001) esta serie de desplazamientos derivados de las circunstancias podrían entenderse como un aspecto que determinaría la fragmentación y diferenciación entre los distintos poblados que irían habitando secciones territoriales que, en algún momento, han sido descritas como contrapuestas, por ejemplo, el Valle del Mezquital y la Sierra de Tenango. Asimismo, la migración e integración de diversos señoríos en la región permiten dar cuenta del nivel de contacto interétnico que caracterizó el proceso de poblamiento de los territorios otomíes y demás habitantes.

Esto cobra relevancia al reflexionar sobre su antigüedad como grupo en la región y el contacto y redes de relaciones con otros grupos de la zona, además de con el propio entorno, que condujeron al desarrollo de estrategias de sobrevivencia y una organización socioeconómica particulares, según la cual, las zonas ubicadas en las serranías encontrarían en las minas, la explotación de maderas y producción del carbón su principal ingreso. Mientras que aquellas poblaciones asentadas en tierras poco profundas, llanos y lomeríos, encontrarían en el cultivo, pastoreo y la explotación del maguey, su posibilidad de adaptación biocultural a su medio ambiente (Peña, 2005).

Por otro lado, la situación de sometimiento y explotación a manos de la Triple Alianza ha sido considerada por algunos autores (Tranfo, 1974; Fabre, 2004) como un factor que favoreció la colaboración de los otomíes en el proceso de conquista de los

españoles, principalmente actuando como negociantes para con grupos chichimecas y frailes promotores de la conversión religiosa; mientras que otro sector decidiría continuar su desplazamiento hacia las montañas:

Las humillaciones, los tributos, las rebeliones sofocadas junto con el deseo de libertad, constituyeron el impulso que llevó a la rebeldía a los pueblos del imperio [...] Quienes no quisieron ayudar a los nuevos conquistadores no fueron tampoco partidarios de los viejos dueños y prefirieron huir o retirarse hacia las montañas, principalmente cuando brotó la epidemia de la viruela, enfermedad desconocida en el Anáhuac antes de la llegada de los europeos, y que en 1650 llenó de muertos las calles de la capital azteca (Vázquez, 1997 en Fabre, 2004, p. 19)

En respuesta a la colaboración para lograr la conquista, los españoles retribuyeron a los otomíes su apoyo a través de la asignación de tierras, lo cual, no obstante, traería importantes problemas que continúan marcando la historia de la región, debido a la desigualdad en la repartición y calidad de estas, en tanto que las mejores tierras y red de caminos quedaron en posesión de los conquistadores, a fin de garantizar su prosperidad económica (Wright, 2009; Garret, 2012; Tranfo, 1974).

Es así como con los españoles en el poder, el régimen de explotación, endeudamiento, despojo y subordinación de la población indígena continuó, aún para los otomíes, quienes bajo la figura de la encomienda quedaron de nueva cuenta sometidos al tributo en especie o trabajo. En el caso específico de las tierras ocupadas por los *hñähñu* en la región del Mezquital, Vázquez (1997 en Fabre, 2004) explica que:

la poca riqueza de la zona no despertó demasiado el apetito de los encomenderos y por consiguiente no hubo una migración importante de blancos, la peligrosidad de los confines confirmó tratarse de un territorio específico y marginal, la escasa densidad de población en relación a otras zonas permitió la posesión de terrenos por parte de los indios más amplios que en otras regiones, [mientras que] la capacidad para negociar con los chichimecas hizo a los otomíes casi indispensables (especialmente durante los siglos XVI y XVII) y, además el naciente desarrollo de la actividad minera permitió la creación de cierta economía de mercado (Vázquez, 1997 en Fabre, 2004, p. 23-24).

No obstante, la encomienda presentó dificultades para su consolidación en la región (López, 1997), aunque sí favoreció la consolidación de la propiedad en manos de unos cuantos particulares, entre estos, los misioneros encargados de la evangelización<sup>4</sup>. La venta de estas posesiones a cargo de los frailes consolidó un nuevo sistema de propiedad que extendió, intensificó y diversificó la explotación de la población indígena.

De acuerdo con López (1997), las encomiendas se repartieron en función de diversos criterios entre los que se incluyen: el papel desempeñado durante la Conquista, la jerarquía del asentamiento, el estatus del pueblo como aliado o no ante la guerra con los aztecas, la existencia de más de una cabecera previo a la asignación de la encomienda, la capacidad productiva de la tierra y en términos de tributos provistos, entre otros. De manera que no todos los poblados del Mezquital tuvieron encomenderos; mientras que en el caso de aquellos que sí, algunas encomiendas logran sobrevivir y mantener cierto poder económico-político sumando en muchos casos dos siglos de explotación.

Más allá de esto, la Colonia representó la adopción de un nuevo régimen de gobierno y economía basada en un sistema de hacienda y peonaje que colocó a la población indígena en el nivel más bajo de la jerarquía y trajo consigo una crisis social que perduró

---

<sup>4</sup> Entre las principales órdenes religiosas a cargo de la evangelización en Hidalgo se mencionan los franciscanos cuya ruta abarcaría Tepeapulco, Zempoala, Apan, Pachuca, Tulancingo; Tula, Tepejí del Río, Alfajayucan, Atotonilco de Tula, Tlahuelilpan y Tecozautla. Asimismo, los agustinos quienes se asentaría en Atotonilco el Grande, avanzando hacia la Sierra Madre Oriental, hacia Metztitlán y de ahí hacia la Sierra de Tutotepec-Tenango, construyendo los conventos de Singuilucan, Tepatetipa, Mixquiahuala, Huejutla, Chapulhuacán, Chichicaxtla, Tlanchinol, Ajacuba, Zacualtipán, Lolotla, Actopan e Ixmiquilpan (Guerrero, 2012; Arq. Felipe Zenil) y la Parroquia de la Purísima Concepción en Cardonal. Finalmente, se reconoce una importante presencia de misioneros jesuitas, cuyas propiedades luego de ser expulsados, marcaron el inicio de un nuevo régimen de propiedad, las Haciendas.

por muchos años (López, 1997; Lastra, 2006). Durante este periodo los municipios de Ixmiquilpan y Cardonal, mayoritariamente habitados por españoles, lograron establecer actividades económicas y redes comerciales que los llevarían a convertirse en importantes centros políticos, económicos y religiosos hasta la actualidad.

Al mismo tiempo que la carencia de tierras, los abusos y la explotación sentaron las bases para el deterioro de las condiciones de vida y subsistencia en la región, así como para la emergencia de una atmósfera de inconformidad e inestabilidad que para algunos autores (Lastra, 2006; Garret, 2012) habría impulsado la participación de la población otomí en conspiraciones y movimientos de insurrección.

De acuerdo con Lastra (2006) una parte de los otomíes se integraría al llamado a luchar por la independencia, mientras que otro sector, derivado del despojo de sus propiedades durante esta época, optarían por recurrir, de nueva cuenta, a la mimetización o desplazamiento a lugares cada vez más remotos y áridos. De manera que el Mezquital poco a poco se iría convirtiendo en escenario de continuas luchas, aunque con nuevos actores sociales, los realistas y los insurgentes. (Hernández, 1964; Ramírez, 1991).

Al término de la lucha de independencia, si bien, de nueva cuenta tendría lugar el reparto de algunas tierras, éste favorecería a criollos y mestizos, manteniendo a los pobladores indígenas como peones. Adicionalmente, la producción minera entró en crisis, por lo que muchos trabajadores emigraron, en el caso de Hidalgo, a la Huasteca y Mineral del Monte (Moreno *et al.*, 2006). Asimismo, años posteriores al movimiento independentista, la zona continuaría muy activa en cuestión de rebeliones indígenas a causa

del incremento en el pago de impuestos y contribuciones exigidos por el gobierno de Ixmiquilpan (Ramírez, 1991).

Para este momento, la política de progreso predominante en la época se encaminaba a un proyecto de nación homogénea que buscaba suprimir la diferencia cultural que los grupos indígenas representaban. En el caso de los *hñähñu* esto derivó en la puesta en marcha de procesos de aculturación y campañas educativas que tuvieron gran impacto, las cuales, buscaron suprimir desde la propiedad comunal, las estructuras y formas de organización indígenas, hasta el uso y reproducción de diversas prácticas culturales, incluidas la lengua materna. Como fue previamente señalado, la población adulta de la región recuerda haber vivido tiempos difíciles de represión y violencia.

El idioma que los maestros utilizaron en nuestra educación fue la lengua castellana y fueron autoritarios esos maestros; si hablábamos la lengua otomí nos castigaban y nos decían que ese dialecto no nos servía para nada. Los castigos eran duros, si íbamos a la escuela era porque nuestros padres les tenían miedo a los maestros, pues ellos eran los primeros en ir a la cárcel si nos hablaban en otomí o si no asistíamos a clases, aunque fuera por el miedo a ser golpeados (Claro y Botho, 1982, p. 107)

Aunado a la represión sufrida en la escuela y la necesidad de aprender, el desplazamiento lingüístico en la zona se veía, igualmente, reforzado por la necesidad de salir a comercializar sus productos y emplearse en otras localidades. Hablar español, les permitía interactuar y evitar lo más posible, sufrir de humillaciones y explotación por su condición, orillando finalmente a que gran parte de los adultos tomara la decisión de no continuar con la enseñanza de la lengua a sus hijos, o bien, que sólo les enseñaran a entenderla, sin hablarla y limitando su uso a ciertas, expresiones, espacios (casa, asambleas) e interacciones con familiares (abuelos).

Décadas después de la agitación social independentista, de acuerdo con Garret (2012), la propia constitución de Hidalgo como Estado independiente en 1869, en lugar de representar un cambio en la política de explotación y un respiro a la estabilidad social para la región, significó la intensificación de la inestabilidad social en la medida en que el Estado naciente no emergía mostrando una política comprensiva ni abierta a las necesidades o a la diversidad cultural de sus habitantes, sino avivando los movimientos de lucha y defensa de las comunidades. Ejemplo de esto se observa en la declaratoria de estado de sitio ocurrida en 1872, la cual determinó el ingreso y permanencia de fuerzas tanto estatales como federales, así como la creación de milicias cívicas en la zona, dedicados a aplacar revueltas, perseguir, aprender y fusilar líderes sociales (Garret, 2012).

No es sino hasta el siglo XX que el discurso oficial considera la inclusión de la herencia cultural del indígena, aunque manteniendo una ideología asimilacionista y proteccionista que continuaba pugnando por la imposición y hegemonía de un modelo cultural nacional. Si bien, previo al régimen cardenista, en la región del Mezquital se habían realizado distintas asignaciones de tierras como la que tendría lugar en 1918 que derivaría en la creación del primer ejido en el pueblo de Tezontepec de Aldama (Hernández, 1964), es hasta el periodo que va de 1937 a 1945 que en la región se reconoce la distribución de tierras susceptibles de cultivo y con facilidades de riego en un sector más amplio de la población, aunque de manera diferenciada, un mayor reparto en Huichapan, Alfajayucan y Zimapán y uno menos en Mixquihuala, Francisco I. Madero, Actopan e Ixmiquilpan (Fabre, 2004; Bartra, 1984).

Por otro lado, parte de las acciones implementadas en la región, durante este periodo, incluyeron también proyectos orientados a la industrialización (hidroeléctricos e

hidráulicos), la introducción de nuevos cultivos, el desarrollo de comunicaciones, programas de castellanización, de migración rural-urbana y el reparto agrario. Este último estaría vinculado a la implementación de un sistema de riego que sentaría las bases de la configuración actual de la zona, en la que se priorizó la propiedad privada frente a la comunal. No obstante, como describen Fabre (2004) y Oliver *et al.* (2003), aun cuando la redistribución de tierras se veía como un proceso que podría traer justicia y paz a la región, así como un freno a la migración rural y al clientelismo político, esto no se habría cumplido, consolidando la obscura herencia de despojo constante de tierras a los pobladores, que continúa muy viva en la región.

La introducción del sistema de riego terminaría por acentuar la diferencia al interior de la región, entre quienes continuaron produciendo de forma tradicional y quienes lograron beneficiarse de esta nueva tecnología, que también trajo en consecuencia la modificación del propio patrón de asentamiento. Como señala Bartra (1984) el desarrollo de la agricultura en México, posterior al cardenismo, si bien favoreció la emergencia de un fuerte sector de agricultores capitalistas, esto se desarrollarían en una amplia masa de campesinos que no cubrían las necesidades familiares más básicas a través de sólo el cultivo de sus tierras.

Dicho escenario en que ninguna industria o empresa sería capaz de absorberlos como fuerza trabajadora, poco a poco en la región, las tierras irían perdiendo capacidad de producción y con ello, los flujos migratorios cobrarían mayor fuerza derivado de la falta de opciones de empleo; en principio hacia las zonas irrigadas, seguido de las ciudades y finalmente a otros estados del país y el extranjero, principalmente, Estados Unidos (Bartra, 1984).

Todos y cada uno de estos procesos continúan siendo elementos clave desde los cuales leer la configuración y cotidianeidad en la región, convirtiéndola en una breve reconstrucción de los inicios de una historia que continúa, pero que en principio nos permite distinguir la fuerte interacción social y apertura al intercambio que los otomíes mostraron frente a diversos grupos con quienes compartieron residencia o vecindad. Asimismo, nos acerca a la gran capacidad de defensa y negociación que de siempre ha caracterizado al *hñähñu*, ya sea para mantener señoríos sólidos o para saber entablar alianzas favorables en momentos delicados, priorizando siempre sus necesidades de subsistencia y desarrollo.

Al mismo tiempo, nos permite situar a los *hñähñu* como un grupo con gran movilidad y capacidad de adaptación dentro de diversos escenarios de dominación, luchas de poder y acelerados cambios políticos, sociales y territoriales que les exigieron definir estrategias de supervivencia y defensa de su identidad, derechos, patrimonio material y cultural, configurando un carácter fuerte y combativo, al interior de un contexto marcado por importantes problemas internos relacionados con cuestiones agrarias (límites y tenencia de la tierra), con la gestión interna, la administración de justicia, así como con la implementación de políticas públicas desfavorables. Sirva así, como introducción a la caracterización de una zona y de un pueblo al que es necesario dejar de encerrar entre silencios para dar paso a su voz, una voz fuerte que de siempre ha sabido abrirse camino.

## 1.2 El Valle del Mezquital en la actualidad



Valle del Mezquital, Hidalgo. Archivo personal

El Valle del Mezquital corresponde a una de las regiones que conforman el Estado de Hidalgo, el cual abarca una superficie de alrededor de 20,664 km<sup>2</sup> que originalmente correspondía al Segundo Distrito Militar del Estado de México (López, 1997; Garret, 2012 en Báez *et al.*, 2012; Serrano, 1999), como una entidad federativa que hasta fechas actuales se caracteriza por una gran riqueza geográfica y cultural.

De acuerdo con el criterio geográfico, investigadores especializados en la zona reconocen nueve distintas regiones: la Huasteca, La Sierra, la Cuenca de México, la Altiplanicie Pulquera (o Llanos de Apan), el Valle de Tula, la Sierra de Tenango (u Oriental), la Sierra Gorda, la Comarca Minera y el Valle del Mezquital (Báez *et al.*, 2012). Mientras que desde la perspectiva cultural se reconoce la presencia de al menos cuatro grupos étnicos: nahuas, *hñähñu*, tepehuas y en menor número, mixtecos, además de los

denominados mestizos distribuidos a lo largo de los veintisiete municipios que integran la región<sup>5</sup> (Tranfo, 1974; Moreno *et al.*, 2006; Fournier, 2007).

Con una población total estimada en 3, 082,841 habitantes para Hidalgo en 2020, de los cuales 1,481,379 (48%) corresponden a hombres y 1,601,462 (52%) a mujeres (INEGI, 2020). El grupo con mayor densidad de hablantes en la región son los nahuas con dos variantes dialectales, la del noreste central y la de la huasteca hidalguense denominada como mexicano (Atlapexco, Calnali, Chapulhuacán, Huautla, Huazalingo, Huejutla de Reyes, Jaltocan, Lolotla, San Felipe Orizatlán, Tepehuacán de Guerrero, Tianguistengo, Tlanchinol y Xochiatipan) (Guerrero, 2012 en Báez *et al.*, 2012).

Los *hñähñu* corresponderían al segundo grupo con mayor cantidad de hablantes distribuidos en tres subregiones: 1) la zona oriental correspondiente al otomí de la Sierra (*hñähñu*, *ñuju*, *ñoju*, *yüju*), hablado en Acaxochitlán, Huehuetla, San Bartolo Tutotepec, Tenango de Doria y Tulancingo de Bravo; 2) el otomí del oeste del Valle con las variantes del *ñöhñö* o *ñähñá*, hablado en Huichapan y Tecozautla y, 3) el otomí del Valle del Mezquital (*hñähñu*, *ñanhú*, *ñandú*, *ñóhnño* o *ñanhmu*) presente en Actopan, Ajacuba, Alfajayucan, Almoloya, Atotonilco el Grande, Calnali, Chapulhuacán, Chilcuautla, Eloxochitlán, Francisco I. Madero, Huasca de Ocampo, Ixmiquilpan, Jacala de Ledezma,

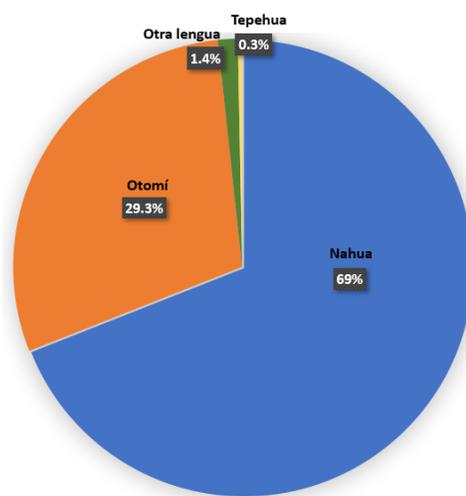
---

<sup>5</sup> A partir de identificar una continuidad en la estructura económica particular, así como en las condiciones físicas, biológicas, sociales y de relaciones internas y con el exterior se identifican a los siguientes municipios como integrantes del Valle del Mezquital: Zimapán, Nicolás Flores, Tecozautla, Tasquillo, Ixmiquilpan, Cardonal, Huichapan, Alfajayucan, Santiago de Anaya, Nopala, Chapantongo, Chilcuautla, Mixquiahuala, Francisco I. Madero, San Salvador, Actopan, Tepetitlán, Tezontepec, Tetepanco, Ajacuba, El Arenal, Tula de Allende, Tlaxcoapan, Atitalaquia, San Agustín Tlaxiaca, Tepeji del Río y Atotonilco de Tula (ver López, 1997)

Metepec, Mixquiahuala de Juárez, Pacula, San Agustín Tlaxiaca, Tasquillo, Tepeapulco, Tepehuacán de Guerrero, Tepeji del Río de Ocampo, Tepetitlán, Tezontepec de Aldama, Tlahuiltepa, Tula de Allende y Zempoala (Guerrero, 2012 en Báez *et al.*, 2012). Al respecto es importante señalar que alrededor del 74.3% de quienes hablan otomí habitan en el Valle del Mezquital (Quezada, 2022).

Por su parte, el tercer grupo con presencia de hablantes son los tepehuas quienes se autodenominan *Ihiima'alh'ama'*, cuya lengua se habla principalmente en la región de la Sierra de Tenango, municipio de Huehuetla (Guerrero, 2012 en Báez *et al.*, 2012). Si bien, debido a la extensa geografía del territorio que habitan, su influencia se ha considerado limitada, conforman un grupo que mantiene estrechos vínculos con pobladores y regiones a su alrededor.

**Gráfico 1. Lenguas indígenas en Hidalgo (2022)**



Fuente: Quezada Ramírez, María Félix (2022) ¿Hangu yä jäi gá mudi mehai 'bui rä hyodi Hñunthe? Instituto, Hogä 'müi A.C.

Específicamente, la referencia a la región como Valle del Mezquital es usada por vez primera en 1746, alcanzando su generalización décadas más tarde (1791) (López, 1997). Desde ese momento hasta la fecha, la extensión o delimitación del territorio que actualmente ocupa el Valle, continúa siendo un tema abierto a discusión; siendo Fournier (2007), quien basada en aspectos culturales, históricos y ecológicos, atribuye una delimitación de su superficie total estimada en 7206 km<sup>2</sup> y localizada entre los 98° 50' y 100° 2' de longitud y los 19° 40' y 20° 50' de latitud, aproximadamente; que corresponde con la parte occidente de Hidalgo, la parte norte del Estado de México y una limitada zona del sureste de Querétaro.

Adentrarse al Mezquital es, pues, sumergirse en un paisaje marcado por un conjunto de valles y serranías que dan forma a la región centro-oeste del Estado, considerada parte del altiplano central en la denominada meseta Neovolcánica, zona adyacente a la vertiente occidental de la sierra madre (Fabre, 2004). De este modo y como parte de dichas formaciones rocosas, encontramos, al norte, el Valle de Ixmiquilpan, situado entre los 1700/1800 metros de altitud, mientras al sur, se eleva el Valle de Actopan, a una altitud ligeramente más baja que la anterior, el cual, comprende los municipios de San Salvador, Chilcuautla y una parte de Actopan. Mientras, en lo que respecta al noroeste nos encontramos con la llanura que comprende la parte septentrional del municipio de Ixmiquilpan y Cardonal a una altura de 1900 metros (Guerrero, 1983; Fabre, 2004; Moreno *et al.*, 2006).

Adicionalmente, es importante mencionar el cerro de Cuxmaye y las elevaciones de la serranía de Pachuca, entre las que destacan el cerro de “Los Órganos” o cerro de “Los Frailes”, los cuales pueden observarse desde la carretera a la altura de San José Tepenené.

Hacia el norte, el cerro de Juárez y al noreste el cerro San Clemente, del Mineral y la Muñeca, seguidos por los de Santuario y Picacho. Hacia el sur, los cerros cercanos a Tlapacoya y Tlazintla, el cerro de la Santa Cruz, también llamado del Dexitzo, la Serranía del Mexé y para el sureste, los cerros la Joya-Tula-Copal que se separan por cañadas. Hacia Tula, los cerros de la Malinche y el Tesoro, mientras hacia Tasquillo, la elevación conocida como Cuesta de la Oreja, por la cual sube la carretera México-Laredo y al Oeste se halla la sierra del Xinthé (Sierra, 1992; Guerrero, 1983). Gran parte de ellos, considerados por propios y extraños como atractivos turísticos de la región.

Respecto a la hidrografía, el Estado de Hidalgo en su conjunto, se sitúa dentro de la región hidrológica de una de las vertientes del Golfo de México que es el río Panuco, la cual a su vez se divide en Alto y Bajo, siendo en la primera de éstas, el Alto Panuco, donde se localizan las cuencas de los ríos Tula, Moctezuma, Meztlán y Amajac (Peña, 2005). De este modo encontramos que la principal corriente que alimenta las tierras del Valle es el río Tula que corre en dirección sur-noroeste que, a su vez, se nutre de afluentes del río San Juan y Alfajayucan, que nace de la presa Javier Rojo Gómez localizada en el municipio del mismo nombre. Asimismo, otra de las corrientes de importancia en la zona es la que corre hacia el norte del Estado formada por el río Itatlaxco y el Xilitla, que en conjunto conforman el río Quetzalapa o Amajac; adicional a la serie de presas, bordos y fuentes termales que pueden observarse en la región (Fabre, 2004).

Esta particular morfología se complementa con un clima de tipo estepario cuya temperatura promedio anual se estima en 18° C, encontrándose el clima más seco en los municipios de Ixmiquilpan, alrededores de Cardonal y zona centro-norte de Zimapán (Fabre, 2004). Lo extremo del clima en la región, permite experimentar temporadas de

muy bajas temperaturas con intensas neblinas principalmente en el mes de febrero como el más frío del invierno, así como temperaturas muy superiores a los 30°C, sobre todo en los meses que van de junio a agosto que corresponderían al periodo más caluroso.

Si bien, mi estancia durante los años de trabajo de campo tuvo lugar en Cardonal e Ixmiquilpan el presente trabajo aborda la experiencia de habitantes de cuatro distintos municipios (Alfajayucan, Cardonal, Chilcuautla e Ixmiquilpan), de manera que el desplazamiento entre comunidades permitió distinguir un aspecto más del impacto del clima en la vida cotidiana como es la variación en la sensación térmica, no sólo a lo largo de un mismo día, que se caracteriza por una intensa sensación de calor seco desde tempranas horas de la mañana con corrientes de aire frío por la noche, sino la variación del clima en función de la mayor o menor altura del poblado.

De modo que mientras en Ixmiquilpan o Cardonal puede experimentarse un sol ardiente que quema la piel, en el Municipio de Nicolás Flores o Chilcuautla su mayor altura favorece la disminución de la temperatura y con ello un aumento en la humedad, la cual, de acuerdo con la literatura (Fabre, 2004) se explica por una disminución de la temperatura estimada en 0.64° cada 100 metros. Lo que, a su vez, como veremos más adelante influye en la diversidad de la vegetación y productos disponibles que determinan la actividad económica en las distintas zonas.

En cuanto a la precipitación pluvial, el mismo periodo de meses considerado como el más caluroso (junio-septiembre) se reconoce como el más extremo en cuanto a ocurrencia de fenómenos ciclónicos, teniendo una estimación anual promedio que varía de 409 milímetros (Moreno *et al.*, 2006), a 250-350 milímetros (Sierra, 1992), lo cual, la

reafirma como una zona de baja precipitación pluvial, aridez extrema y clima semidesértico que se conjuga con suelos de escasa humedad.

La calidad de los suelos constituye el siguiente tema a describir, en tanto que, sumado a la caracterización orográfica e hidrológica previa, mantienen al Mezquital como una de las regiones más pobres del país, a pesar del esfuerzo de su población por desarrollar diversas estrategias para la explotación y uso de recursos naturales (Tranfo, 1974; Guerrero, 1983; Moreno *et al.*, 2006; Fournier, 2007). De acuerdo con Claro y Botho (1982), las condiciones climáticas han provocado que los suelos en su gran mayoría estén erosionados, aunque en ciertas zonas persisten algunos que son descritos como “de primera clase”, por ser suelos arcillosos y fértiles con un espesor de 3 metros o más, que alcanzan un rendimiento agrícola alto.

Entre los municipios a los que se atribuye este tipo de suelos se encuentran, Progreso y Francisco I. Madero, los cuales, a su vez, gozan de un sistema de riego que favorece la capacidad de producción agrícola, principalmente de maíz, seguida de frijol, avena, cebada y chile verde, por mencionar algunos.

Durante mi estancia en la región pude visitar alguna localidad perteneciente al municipio de Progreso con motivo de una reunión organizada por la familia que me hospedaba. A diferencia de lo observado en comunidades de Cardonal, la familia anfitriona desde hace bastante tiempo combinaba el trabajo agrícola con la producción lechera, al igual que otros miembros de la comunidad, razón que los llevó a organizarse para establecer lo que se me describió como una enfriadora comunal donde poder almacenar la leche producida, logrando con ello dividir el costo de la producción y almacenamiento entre

todos. El potencial de producción de los suelos, la introducción del sistema de riego y el desarrollo de la ganadería son de este modo, elementos que marcan un perfil comercial distinto en esta zona frente a otras localidades dentro del Mezquital.

Por otro lado, un segundo tipo de suelos que se identifican en la región, corresponden a los de “segunda clase” cuya composición les permitiría un nivel de rendimiento agrícola medio, mientras que los de “tercera clase” corresponderían a suelos empobrecidos y tepetatosos, favorables solamente al cultivo de vegetación resistente a la aridez del terreno como el maguey, la lechuguilla, el nopal y demás cactáceas (Claro y Botho, 1982). No obstante, este último tipo de suelos, de tercera clase, sería el dominante en la región colocándola como una zona de bajo potencial agrícola, con vegetación de tipo desértico y escasez de recursos acuíferos.

Es así como, más allá de los aspectos geográficos que definen la zona, como postula Fabre (2004), la configuración socioeconómica actual del Mezquital se bifurca en dos grandes subregiones, la primera, la zona favorecida con sistema de riego que en su mayoría se correspondía con aquella que contaba con suelos de primera clase y, la segunda, correspondiente a la parte norte del Valle, una región semiárida con mayor presencia de suelos de tercera clase, que sólo contaría con sistema de riego en cuatro de sus municipios. Situación que al mismo tiempo que marcaba en mucho el grado de marginación de la población, también representó la búsqueda de nuevas opciones y estrategias de desarrollo.

### 1.2.1 Entre mezquites, barbacoa y pulque...



*“Aquí no se mueren de hambre”... La mesa está puesta. Cardonal, Hidalgo. Archivo personal.*

Para llegar al corazón del Valle del Mezquital desde la Ciudad de México, es necesario tomar la autopista México-Pachuca que se ubica al norte de la ciudad en la zona de Indios Verdes, reconocida así a partir de la presencia de la estatua de dos importantes gobernantes mexicas en las primeras décadas del siglo XX.

En esa misma época la carretera que hoy conecta la ciudad con el Estado de México e Hidalgo recibía el nombre de México-Nuevo Laredo constituyéndose como una de las principales entradas y salidas a la capital y el país en general, con relación al sur de Estados Unidos, específicamente Laredo, Texas. Su importancia para el intercambio comercial y de pasajeros llevaría a la apertura de diversas terminales y rutas de transportes público.

Visitar el Mezquital desde la Ciudad de México representa recorrer alrededor de 158 kilómetros de un escenario que encierra mucho de la historia otomí, a cuyo paso se observa la región del Valle de Teotihuacán, así como diversos caminos de terracería y/o pavimentados que conectan la carretera a comunidades de los alrededores. Algunos de los cuales, una vez conocida la zona pueden fungir como atajos a nuestro destino con la

intención de reducir en algo el tiempo de recorrido, que bien puede llevar entre dos y media a tres horas según el tráfico.

Luego de alrededor de una hora de camino, amplias planicies comienzan a dominar el paisaje a ambos lados de la carretera y a cada cierto tramo, se observa algún camino que permite el ingreso a diversos poblados hidalguenses que quedan al paso; Tizayuca, Tolcayuca, Villa de Tezontepec, entre otros, hasta llegar al Arenal, Tierra del Señor de la Maravillas. El Arenal constituye el territorio que marca no sólo el inicio a nivel geográfico del Mezquital, sino también de la riqueza cultural de la región al contar con uno de los cultos al santo patrono más difundido en el país. Un cristo al que se le reconoce un gran poder de sanación que recibe visitas de todas partes de México, principalmente, en el día de su festividad (quinto viernes de cuaresma) (Galicía, 2012).

Al avanzar en el camino debe seguirse con dirección a Actopan/Boulevard Nuevo Hidalgo, segundo municipio que forma parte de la región del Valle. Actopan, denominada Tierra del Ximbó, platillo local de barbacoa de pollo y cerdo guisada con nopales, chile guajillo y demás especias; nos presenta otro elemento de gran riqueza cultural como es el relativo a la gastronomía regional cuya comercialización en la actualidad, igualmente, se posiciona como una estrategia de subsistencia adoptada por parte de la población.

Conforme seguimos en la ruta, el paisaje se va tornando más árido, sólo es cuestión de mantenerse avanzando en línea recta por la Carretera Federal México-Laredo 85 hasta llegar al cruce con la avenida conocida como La Huasteca, principal vía de ingreso al centro de Ixmiquilpan, pocos metros antes de la Terminal Camionera ubicada a pie de carretera.

Para este momento, ante el ojo indiferente, el trayecto estaría invadido, en exceso, por diversos anuncios y señalizaciones centradas en comunicar la gran presencia de balnearios que conforman el denominado Corredor de Balnearios-Región Ixmiquilpan, no obstante, esa característica tan superficial para algunos constituye el resultado de una estrategia de desarrollo muy particular de la región que sería impulsada en el siglo XX ante la desigual implementación de un sistema de riego.

### **1.3 De cómo la nube estéril encontró agua y sobrevivió al entorno...**

Pese a la aridez de la región y la variable calidad de los suelos, la principal actividad económica de muchos continúa siendo la agricultura que en ciertas zonas<sup>6</sup>, como he señalado, sería potenciada por la introducción de un sistema de riego mediante aguas residuales provenientes de la Ciudad de México en la década de los años treinta (Fabre, 2004).

En su libro, *Una mirada al Valle del Mezquital desde los textos*, Fabre (2004) reconstruye el proceso de diseño e implementación del sistema de riego como un proyecto federal que enlazaría la Ciudad de México con el Mezquital a partir de la construcción del primer distrito de riego en Tula en 1904, que tendría lugar, décadas después de la construcción del Gran Canal de Desagüe en 1856 cuyo objetivo era brindar una vía de

---

<sup>6</sup> De acuerdo con la revisión realizada por Fabre (2004) los cuatro municipios en los que se desarrolló el presente trabajo quedaron integrando la subregión árida que no se beneficiaría del sistema de riego: Alfajayucan, Cardonal, Chilcuautila e Ixmiquilpan, junto con Actopan, El Arenal, Chapantongo, Huichapan, Nicolás Flores, Nopala, Santiago de Anaya, Tasquillo, Tecozautla y Zimapán. Mientras que la zona irrigada quedaría integrada por los municipios de Ajacuba, Atitalaquia, Atotonilco de Tula, Francisco I. Madero, Mixquiahuala, San Agustín Tlaxiaca, San Salvador, Tepej del Río, Tepetitlán, Tlaxcoapan y Tula.

salida a las aguas negras y precipitaciones pluviales del Valle de México. Durante el mandato de Lázaro Cárdenas se reforzaría la construcción y ampliación de las principales presas asociadas al proyecto de riego en la región, la Presa del Tecolote, la de Capula, la del Maye y la de Felipe Ángeles, así como los canales de riego “El Morelos”, “El Moro” que se sumaban a la infraestructura ya existente (Ramírez, 1991).

En una región con condiciones de extrema aridez y escasa riqueza de suelos descritos en el apartado anterior, el contar con un sistema que favoreciera el cambio de una agricultura de temporal a una de riego, se anunciaba como un beneficio que favorecería la constitución del Mezquital como una de las principales fuentes de abastecimiento de productos agrícolas. El entonces “Granero de Hidalgo” parecía encontrar en el sistema de riego, la oportunidad de verse, a su vez, favorecido con otros proyectos de desarrollo como el ferrocarril que correría de Mixquiahuala a Ciudad de México; la introducción de semillas mejoradas, fertilizantes, maquinaria, disponibilidad de créditos, pavimentación de caminos y carreteras, entre otros (Fabre, 2004).

Sin embargo, aunque lo anterior representó grandes beneficios en términos de desarrollo, capacidad productiva, mejora al sistema de comunicación y transporte que irían dando forma a la relevancia económica de la zona, igualmente trajo implicaciones que resultaron no del todo positivas. En México, para la década de los años noventa, no existía una reglamentación que regulara el uso de aguas residuales para el cultivo de hortalizas, lo que, sumado a la aparición de brotes de cólera, de acuerdo con lo relatado por Fabre (2004), derivó en el decomiso y prohibición de ciertos cultivos que terminaron por frenar de nueva cuenta la capacidad productiva de aquellas comunidades originalmente favorecidas por el sistema de riego.

Aquí vale la pena detenerse y situar parte del origen del ya mencionado corredor de balnearios, como resultado del esfuerzo de las comunidades por encontrar otras opciones de desarrollo, principalmente, aquellas con suelos de bajo potencial productivo que, además, no se beneficiaron del sistema de riego. Así, el aprovechamiento de los mantos acuíferos subterráneos y las fuentes termales halladas en la región dieron lugar al desarrollo de balnearios y parques acuáticos que serían administrados por los ejidos o comunidades locales.

Más allá de ser comunidad, las poblaciones se unen en cooperativas o sociedades en torno al balneario o parque acuático en cuestión, donde la pertenencia y participación o implicación activa en los trabajos y gestión del proyecto hasta su consolidación, les otorga el rol de socios permitiéndoles obtener parte de las ganancias económicas que ingresan al balneario. Si bien hay variaciones respecto a la transferencia de los derechos de la sociedad, podemos identificar que en gran parte de los casos se habla del acceso a este derecho por herencia derivado del fallecimiento del titular. Junto con los derechos para el reparto de ganancias y la colocación de algún puesto de comida o bebidas para obtener ganancias adicionales, también se transfieren las obligaciones de participar en las cooperaciones, faenas y cargos.

Aunque la relevancia de los balnearios y parques ha sido fundamentalmente económica es innegable su aporte en cuanto a los alcances de la organización interna, así como del parentesco. Conforme la población ha aumentado su movilidad espacial, la endogamia de comunidad que implicaba que los jóvenes eligieran sus parejas al interior de sus mismas comunidades (Báez y Moreno, 2012) como norma para la alianza conyugal, en algunos casos, se ha visto atenuada por la presencia de uniones con habitantes de otras

localidades cercanas, así como de otras ciudades de Hidalgo o incluso de diferentes estados del país (Puebla, Guerrero, Michoacán, Ciudad de México).

De modo que en aquellos poblados que persiste, de acuerdo con comentarios de algunos pobladores, se mantiene como una estrategia preferida, no obligada, para la conservación de beneficios, principalmente económicos, al priorizar el criterio de propiedad y administración colectiva de terrenos y organizaciones, por ejemplo, de algún balneario o parque acuático. Ya que en la medida que las alianzas se abrieran a miembros de otras comunidades, el reparto de la utilidad económica exigiría ser flexibilizado, o bien, endurecidos los criterios internos para determinar quién sí y quién no, puede ser acreedor del rol de socio, de la legítima ciudadanía como parte de la comunidad y con ello, gozar de las ganancias.

Por otro lado, la explotación de las aguas termales y mantos acuíferos como elemento fundamental en la economía y caracterización de lo que hoy es el Mezquital como región<sup>7</sup>, cobró relevancia en lo relativo a la generación de nuevos empleos en espacios donde había quedado desplazada la agricultura, así como en la articulación con otro aspecto, igualmente, característico del Valle como es la migración.

Desde los primeros desplazamientos que dieron origen al poblamiento de la zona, pasando por su posterior consolidación como opción de trabajo bien remunerada, durante la implementación del Programa Bracero en la década de los años cuarenta del siglo XX, la

---

<sup>7</sup> Algunos de los balnearios y parques acuáticos más importantes en la región son: Parque Acuático El Tephé, Parque Acuático Te-Pathé, Balneario Grutas de Tolantongo, Balneario Tlacotlapilco, Balneario Pueblo Nuevo, Parque Acuático Dios Padre, Parque Acuático Maguey Blanco, Balneario Humedades, Parque Ecoalberto, Parque Acuático Ecológico Tlaco, Balneario Valle Paraíso, Balneario Tzindejeh, Parque Acuático Tollán, Balneario El Bidho, Balneario Doxey, Parque Ecológico El Renacimiento, La Gloria, entre muchos otros.

migración ha representado una de las principales estrategias adoptadas por las familias para la satisfacción de sus necesidades más básicas, alimentación, vivienda, vestido, salud y educación (Báez *et al.* 2005; 2012; Quezada, 2008; Rivera y Quezada, 2011; Cortés, 2012; Cortés *et al.*, 2020; Gómez, 2020).

A lo largo de los años, dichos desplazamientos se irían incrementando hasta alcanzar una intensidad migratoria superior al promedio nacional, entendida esta como la proporción de población que migra con relación a la población total. Para 2008, Quezada identifica que cerca del 25% de los hogares *hñähñu* tenían miembros migrantes, mientras que para 2015 (Quezada, 2018) se estima que alrededor del 76% de los emigrantes, hablantes de lengua indígena del Estado, fueron otomíes; concluyendo que dicha migración es eminentemente rural, es decir, derivada de las condiciones de vida desfavorables. Al tiempo que se reconoce la tradición migratoria como un elemento que posibilitó el fortalecimiento y expansión de redes sociales más allá del contexto nacional, principalmente, hacia Estados Unidos (La Florida, Atlanta, Carolina, Texas, Las Vegas y Oregón) (Báez y Moreno, 2012; Quezada, 2018).

**Tabla 1. Intensidad Migratoria México-Estados Unidos 2020 de los municipios de estudio**

Municipio	Viviendas Totales	Viviendas que reciben remesas (%)	Viviendas con emigrantes (EUA) (%)	Viviendas con migrantes circulares (EUA) (%)	Viviendas con migrantes de retorno (EUA) (%)	Índice de Intensidad Migratoria 2020	Grado de Intensidad migratoria 2020	Lugar a nivel nacional*
Hidalgo	852,532	6.06	1.74	0.55	1.03	18.89	Alto	10
Alfajayucan	5,501	15.41	5.89	0.92	2.67	60.64	Alto	322
Cardonal	5,152	16.90	4.52	0.27	3.40	61.35	Alto	453
Chilcuautla	5,197	12.93	4	0.81	3.27	61.22	Alto	436
Ixmiquilpan	27,233	12.06	3.22	1.05	2.95	61.24	Alto	439

\*Lugar ocupado con relación al total de 2471 municipios que conforman el país.

Fuente: CONAPO con base en el Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI

Actualmente, la mayor parte de la migración se da mediante el pago de un pollero, a quien se entrega el 50% antes de cruzar y el restante 50% una vez ya ubicado en Estados Unidos. Es importante mencionar que si bien en la literatura (Moreno *et al.*, 2006) se reconoce una fuerte presencia y organización de redes familiares y vecinales no es algo que exista en todos los casos, lo cual, agudiza el estrés y riesgo del tránsito migratorio<sup>8</sup>.

De acuerdo con lo relatado por diversos participantes con experiencia migratoria, tanto en primera persona como a través de familiares, para quienes han migrado entre las opciones de empleo “en el otro lado” están, para mujeres, el trabajo como empleada doméstica, personal de limpieza o niñera y para los hombres, la construcción, el área de cocina de algún restaurante, la jardinería y como personal de limpieza. Es importante considerar que, en ambos casos, se mencionó llegaban a tener más de un empleo o turno, alcanzando jornadas de trabajo extenuantes, muchas veces bajo condiciones extremas y desfavorables, a las que se suman el hacinamiento. En algunos otros casos, con la intención de resistir el trabajo se mencionó el consumo de bebidas energéticas desplazando u omitiendo alimentos, lo que tiene grandes repercusiones en la salud en general (mental y física) de los habitantes.

---

<sup>8</sup> Para revisar lo relativo a las organizaciones o redes más amplias como es el Consejo de la Bahía de Tampa Bay, en Estado Unidos, el cual se menciona mantiene importantes actividades de apoyo, asesoría y gestoría para migrantes a ambos lados de la frontera se pueden checar la monografía de los *Otomíes del Valle del Mezquital* (2006), de Moreno Alcántara, B.; Garret Ríos, M. G. y Fierro, U., publicada por CDI. Así como los textos publicados por el grupo de trabajo sobre El Valle del Mezquital como parte del proyecto *Etnografía de los Pueblos Indígenas de México*, del Instituto Nacional de Antropología e Historia, que entre otros materiales dio lugar al libro, *Los pueblos indígenas de Hidalgo. Atlas etnográfico* (2012), coordinado por miembros de dicho equipo de investigadores Lourdes Báez Cubero, Gabriela Garret Ríos, David Pérez González, Beatriz Moreno Alcántara, Ulises Julio Fierro Alonso y Milton Gabriel Hernández García.

Si bien, el bienestar de las familias se encuentra al centro del interés de los migrantes, este no es ajeno o no se encuentra desarticulado del bienestar de la comunidad. Ejemplo de ello, se observa en la construcción y mejoramiento de algunos espacios y de las comunidades en general mediante la inversión de las remesas enviadas por quienes “están fuera”; como puede observarse en uno de los parques acuáticos más importantes de la región “El Ecoalberto”

La comunidad El Alberto cuenta con una amplia tradición migratoria, sin embargo, fue hasta finales del siglo XX que, en conjunto, tanto hombres como mujeres de la comunidad, tomaron la decisión de invertir parte de las remesas de su población migrante en la construcción de este complejo ecoturístico. Luego de evaluar el alto riesgo que representaba el cruce fronterizo y priorizando el arraigo a su comunidad, para así establecer un freno a la migración de los jóvenes y permitir el regreso de población migrante al contar con una oferta de empleo segura.

En este sentido, uno de los principales atractivos en el Parque, consiste en la reconstrucción de la experiencia migratoria, del cruce fronterizo, denominado; “Caminata Nocturna” que busca además de entretener y divertir, generar consciencia de lo que ha representado para muchos de ellos dejar su comunidad. En 2008 como parte de mi estancia en la región tuve oportunidad de realizar la caminata nocturna cuyo recorrido inició en la explanada de la Iglesia del pueblo donde el encargado del grupo nos puso en contexto la actividad relatando las difíciles condiciones de vida que los llevaron a migrar afectando con ello la densidad demográfica de su población.

Posteriormente nos dio las indicaciones básicas y dividieron en grupos, cada uno con su guía, quien adoptaría el papel del “pollero” a lo largo de la recreación. El recorrido termina con la captura por parte de la policía fronteriza y el traslado con los ojos vendados a una sección del parque donde, luego de declarar el cierre de la actividad, se puede disfrutar del espectáculo de encendido de antorchas.

Es así como la compleja geografía de la región que abarca desde áreas montañosas, planicies y valles de extrema aridez, aunado a la desigual distribución de tierras que ha derivado en enfrentamientos entre sus pobladores; ha favorecido una configuración igualmente diversa de pobreza y el desarrollo de actividades económicas distintas a la agricultura.

Para 2011, Hidalgo ocupaba el cuarto lugar en cuanto a situación de rezago, marginación y pobreza, a nivel nacional. Particularmente, Castro y Torres (2011) identificaban en la región del Alto Mezquital una exacerbación de desigualdades, conflictos y exclusión, donde la interrelación de diversos aspectos dio a lugar a lo que los autores denominaron “cinturón de causalidad”, para hacer alusión a la causalidad articulada observada en la zona. Esta consistía en reconocer que cada uno de los factores o escenarios de desventaja social, política, económica, cultural, derivan en demás inequidades que terminan por configurar complejos contextos de desigualdad. Coincidentemente, precisa Fabre (2004), las comunidades mayoritariamente pobladas por indígenas son aquellas que presentan los índices de pobreza más altos.

Según estimaciones del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)<sup>9</sup> para 2020 el porcentaje de población en situación de pobreza dentro del Estado representaba el 50.8%, mientras el porcentaje de población en situación de pobreza extrema correspondía al 8.1%, equivalente a 252,000 personas. Lo que se traduce en una serie de carencias sociales, entre las que se considera el rezago educativo (18.9%), la carencia de una vivienda de calidad (7.9%), de servicios básicos en la vivienda (20.5%), de acceso a una alimentación nutritiva y de calidad (28.5%) y de los servicios de salud (26.9%) y seguridad social (66.6%). Así como un ingreso inferior a la línea de pobreza en el 57.2% de la población (1,679,200 personas) e inferior a la línea de pobreza extrema por ingresos en el 16.9% (442, 000 personas).

En este contexto de pobreza, rezago y carencia, la agricultura de temporal y en algunos casos de riego, persiste dedicada al cultivo de hortalizas, maíz, frijol, avena, alfalfa, cebada y chile verde, entre otros. No obstante, el esfuerzo por sobrevivir mediante el aprovechamiento de la particular geografía de la región abrió la puerta como hemos visto a la explotación de otros recursos naturales.

A lo largo de la historia (Tranfo, 1974; Guerrero, 1983; Moreno *et al.*, 2006; Fournier, 2007; Báez *et al.*, 2012), la región brindaría a sus habitantes una riqueza de recursos que favorecerían en distintos momentos el desarrollo económico de sus municipios. Municipios como Real del Monte, Mineral El Chico, Cardonal, Zimapán,

---

<sup>9</sup> Datos extraídos del Cuadro 1. Hidalgo. Medición multidimensional de la pobreza, Hidalgo. Porcentaje, número de personas y carencias promedio por indicador de pobreza, 2018-2020. Estimaciones del CONEVAL con base en la ENIGH 2018 y 2020. Disponible en [https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Hidalgo/Paginas/Pobreza\\_2020.aspx](https://www.coneval.org.mx/coordinacion/entidades/Hidalgo/Paginas/Pobreza_2020.aspx)

Pachuca encontraron en la producción minera y textil un auge que sólo se vio frenado por la inestabilidad social prevalente a largo de las diversas luchas armadas que contaron con amplia participación de la población (Sierra, 1992; López, 1997; Peña, 2005). Sin embargo, aun cuando la minería impulsó el desarrollo de varios poblados, después de la agricultura, el principal recurso de subsistencia y modo de vida que por muchos años sostendría al Valle, corresponde a la explotación del maguey a través de la producción, comercialización y consumo del pulque, así como su aprovechamiento para la alimentación, vivienda y producción artesanal de productos como la miel.

Actualmente, las pencas del maguey continúan siendo utilizadas como combustible en la preparación de alimentos, en los techos o paredes de algunas casas, pero su forma de aprovechamiento más relevante es la elaboración de pulque. El pulque representa una bebida muy apreciada en la zona, no sólo por haber calmado la sed de sus pobladores cuando en la región escaseaba el agua, sino por su valor simbólico como una bebida asociada al orden divino, cuyos efectos, relativos a un estado de inicial embriaguez, se llegaron a relacionar con la posibilidad de comunicación entre el mundo terrenal y lo sagrado (Rodríguez, 1952; Galinier, 1990; Rivas, 2012).

No existe habitante del Valle que no reconozca su valor nutricional, aun cuando no acostumbre a beberlo. Sin embargo, con el tiempo y con la llegada de otro tipo de bebidas alcohólicas a la región (cerveza y destilados), el pulque dejó de ser una bebida sagrada y complemento alimenticio de los habitantes para ser percibido por algunos, como una bebida puramente alcohólica asociada a sectores de escasos recursos (Rivas, 2012), al alcoholismo y la violencia.

En la época colonial, por medio de las bebidas embriagantes, los otomíes intentan probablemente evadirse de sus pésimas condiciones de vida, mostrando una especie de reacción afectiva ante la agresión cultural, la dominación política, económica y religiosa de que son objeto (Galinier, 1990, p.58)

Si bien en la actualidad, es necesario reconocer que en la región existe un importante problema de consumo excesivo de alcohol con efectos negativos en la dinámica comunitaria, familiar y de pareja, así como en la salud de la población (García-Andrade *et al.*, 2006; Natera *et al.*, 2007; 2011; 2012a; 2012b). La producción de pulque ha perdido difusión y peso dentro de la economía, subsistiendo cada vez menos familias que lo comercializan a baja escala en los días de plaza, sin dejar de persistir como un símbolo de la tradición *hñähñu* y un recurso para la sobrevivencia. Asimismo, como veremos más adelante dicho fenómeno en torno al consumo de bebidas embriagantes constituye uno de los principales elementos relacionados con la experiencia de depresión en algunas mujeres

Al respecto, es necesario considerar que, tras declararse la libertad de culto en 1857, las iglesias protestantes comenzaron a extenderse por el país y en el caso de Hidalgo su ingreso, posibilitado por los mineros estadounidenses y canadienses ya establecidos en el estado, favoreció la diversidad religiosa que hoy integra iglesias pentecostales, adventistas del séptimo día, metodistas, evangélicas y cristianas, además de una célula de la Luz del Mundo. Las cuales han logrado consolidarse debido al impacto que han mostrado en la reducción del consumo de alcohol entre la población que se integra a ellas (Guerrero, 2012). Aunque el catolicismo continúa manteniéndose con fuerza, como el principal sistema de creencias y práctica religiosa.

Aquí es importante mencionar que el proceso de conversión religiosa y la coexistencia de diversos cultos no siempre se dio de manera armónica, por el contrario, en

algunas comunidades implicó varias décadas de confrontación, enfrentamientos, agresiones y expulsión de los conversos. El principal caso que permanece en la memoria de los habitantes de la región es el de la colonia evangélica El Calvario conformada por integrantes expulsados y autoexiliados de sus comunidades de origen (Garret, 2004). De modo que el nivel de cooperación y participación que en algunas de ellas persiste en la actualidad fue resultado de intensos procesos de negociación y acuerdos alcanzados con el objetivo de terminar con la violencia y derramamiento de sangre derivados del proceso (Bautista-Aguilar, 2009).

**Tabla 2. Diversidad religiosa en Hidalgo (2020)**

Grupos Religiosos (2020)	Población	%
Católico	2,475,984	80.3
Protestante/ Cristiano Evangélico	301, 786	9.8
Judaico	981	0.03
Islámico	182	0.006
Raíces étnicas	479	0.015
Raíces Afro	1,091	0.035
Espiritualista	2,647	0.085
Otras religiones	1,405	0.45
Sin adscripción religiosa (Creyentes)	150,061	4.9
Sin religión	141,682	4.6

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

De regreso a las estrategias y explotación de recursos para la subsistencia del grupo, otro agave muy presente en la zona es la lechuguilla, de apariencia similar al maguey, pero con pencas delgadas y alargadas de las que se obtiene el ixtle y el xité. El proceso de explotación comienza con la selección de la planta y las pencas para su “raspado”, el cual, tradicionalmente se llevaba a cabo con un trozo de madera al que se le colocaban algunos dientes que permitieran el rasgado de la penca. A lo largo del trabajo de campo pude conocer el funcionamiento actual de máquinas de gasolina o aceite, e incluso eléctricas, en las que la penca se introduce hasta la mitad, a fin de rasgar esa primera parte para,

posteriormente, jalar la penca y voltearla para rasgar la otra parte, facilitando el trabajo y abreviando el tiempo de raspado.

Las fibras obtenidas mediante el raspado reciben el nombre de ixtle, que después de ser secadas al sol son empleadas en la elaboración de lazos, ayates, costales y distintos tejidos o elaboraciones que son comercializados el día de plaza. Lo mismo ocurre con el xité, que es el desecho que queda de la penca, el cual es empleado para lavar los trastes, la ropa, tallarse durante el baño o hacer champú para su venta. Hay que señalar que la introducción de otros materiales como el plástico para la elaboración de algunos productos o tejidos han afectado fuertemente la comercialización de estos productos.



Mujer raspando lechuguilla en el cerro.  
Valle del Mezquital, Hidalgo. Archivo personal.

Aquí vale la pena precisar que tanto el raspado de la penca de lechuguilla como ir a leñar, es decir, recolectar al cerro, machete en mano, ramas de mezquite, árbol predominante en la región, corresponden a actividades desempeñadas por mujeres, en muchos casos acompañadas de los hijos (as). Mientras que la producción de pulque y trabajo de la milpa recaen en el hombre.

En la región, adicionalmente, la crianza de ciertos animales aparece como un recurso complementario a la agricultura de subsistencia, siendo principalmente la mujer y en segundo término los hijos, los encargados del cuidado de estos, así como del pastoreo, la cual, no obstante, es una actividad en la que se va encontrando más participación de hombres. Asimismo, las diversas especies (aves, guajolotes, chivos, borregos, cerdos y vacas) que se poseen, representan un recurso económico, que puede ser vendido o sacrificado para cocinar en festejos o ante momentos difíciles como cuando no hay dinero para comer o para cumplir con algún compromiso como una mayordomía.



Crianza de animales como opción productiva de las unidades domésticas, Mezquital, Hidalgo

A este aprovechamiento de lo recolectado en el espacio doméstico, mediante el pulque, el aguamiel o la fibra de ixtle, los productos derivados y demás recursos naturales recolectados son comercializados en las plazas o tianguis que tiene lugar a lo largo de la semana, en cada uno de los municipios.

Una de las plazas más grandes e importantes es la de Ixmiquilpan, realizada los lunes. Según lo narrado por Juan González<sup>10</sup> y José Antonio Ramírez (1991), profesores de educación indígena, autores de algunos libros sobre la historia de los *hñähñu*, el mercado municipal y el tianguis, se ubicaban originalmente en el centro de Ixmiquilpan, en el Jardín, frente a Presidencia Municipal. Sin embargo, decisiones políticas y el rediseño de la plaza principal buscando la urbanización del municipio, se orientaron a convertir esta zona en centro de reunión y descanso de la población que, a su vez, derivó en la reubicación Mercado Morelos en 1969 y del tianguis en sus alrededores.



Día de venta. Ixmiquilpan, Hidalgo. Archivo personal

Caminar por las calles de Ixmiquilpan implica sumergirse en una constante actividad comercial, que va desde casas de empeño, pastes, restaurantes de comida mexicana, pizza, ensaladas, comida china, dos sucursales de Bodega Aurrera, otra más de Comercial Mexicana. Hoteles, paletterías, zapaterías, tiendas de ropa, nacional y americana como se le denominada a la ropa traída de Estados Unidos. Papelerías, tiendas de abarrotes, farmacias, tiendas naturistas y boticas, estudios de fotografía, distribuidores de celulares,

---

<sup>10</sup> Comunicación personal. Ixmiquilpan. 2017

boutiques, joyería y relojería, bares, tiendas OXXO, diversos talleres de reparación y pequeños negocios.

Sucursales bancarias de cuatro distintas instituciones (Banorte, Bancomer, Banamex, Santander) que sumadas a las múltiples casas de cambio con servicio de envío/recepción de divisas, cabinas telefónicas enfocadas a la comunicación internacional y cafés internet, más los locales que ofertan servicios de gestión de visas, dejan en claro la importancia de la actividad migratoria en la región.

Pero el comercio no sólo se da en su aspecto más formal, ya que las calles igualmente sirven de espacio para la vendimia por parte de los productores locales, quienes se pueden ubicar a pie de calle, sentados en la banqueta o recorriendo sus calles llevando sus productos carretillas, carros arreglados para ello, o simplemente



en

cargándolos en canastas o charolas. Si bien, la actividad comercial de la zona es muy ardua, el día de plaza (lunes), lo es aún más.

El día de tianguis representa no sólo el mayor día de intercambios económicos, sino de encuentro de pobladores que bajan de sus comunidades para abastecerse, comerciar, intercambiar o reconectar con su pueblo, como explican algunos de los migrantes que dicen estar de visita en la región y se acercaban al puesto del profesor Juan buscando la música y textos de poesía y aprendizaje de la lengua para llevarlos con ellos de regreso a Estados Unidos para sentirse cerca de su pueblo y su cultura.

Contrario a la atmósfera de tranquilidad y descanso que caracteriza al Jardín, cada lunes, las calles alrededor del Mercado se llenan de una intensa actividad comercial y social, donde las ofertas lanzadas al aire conforman un murmullo constante, tanto en español como en *hñähñu*, que se nutre de los saludos que se escuchan sutilmente entre quienes se encuentran en la plaza junto con la negociación y el regateo, inseparable compañero en la búsqueda de un mejor precio que permita hacer rendir el dinero.

El propio espacio que habitualmente sirve de estacionamiento en el Mercado Morelos, el día de plaza es ocupado por vendedores de verduras, hierbas, plantas medicinales, utensilios de cocina, comida, pulque y música en vivo, convirtiéndose en un espacio de convivencia, baile y bebida. Aquí también se puede disfrutar de parte de la gastronomía de la región (barbacoa, carnitas, ximbó) que complementan otras preparaciones comunes en la zona a base de insectos, flores, plantas y hierbas locales (chicharras, *xä'ues*, palma, gualumbos, quelites, alverjones, xoconostle, garambullos, cabuches).



Quienes venden pulque en la plaza son mujeres en su mayoría, sin embargo, en su elaboración participa igualmente el hombre, el tlachiquero, quien es el encargado de raspar las plantas de maguey para extraer el aguamiel, que antes de fermentar es mezclado con un poco de pulque de la anterior producción. Las vendedoras llevan igualmente, algo de aguamiel para mezclarlo en ese momento con el pulque y así aligerarlo un poco, aportándole dulzura. Aunque el raspado del maguey es un trabajo arduo y extenuante, el costo del litro de pulque es bastante menor que el de otras bebidas, incluida el agua lo que aunado a la tradición de su consumo favorece la posibilidad de su adquisición.



La oferta de productos el día de plaza es tan diversa como la región en su conjunto, desde granos por medida, maíz, principalmente, hasta calabazas, cebollas, chiles, ajos, rábanos, lechugas, acelgas, espinacas, alfalfa, col, jitomate, nopales tiernos, frijoles y diversas frutas puestas a la venta directamente por sus cultivadores. Hasta una amplia oferta de abarrotos, lácteos y otros productos como ropa de niño, niña, hombre, dama, ropa interior, zapatos, botas, huaraches de aspecto más urbano, junto a ceñidores, blusas bordadas tradicionalmente, servilletas, manteles, tortilleros. Además de diversos utensilios

de cocina, para la casa, zacates, fibras de plástico e ixtle, aparatos electrónicos y de fierro, machetes, cuchillos, recipientes de plástico, así como flores, plantas y algunas aves. Así como, productos presentados como medicina naturista que abarcan desde bebidas, hierbas y pomadas ofertados por merolicos.

El transporte público que de siempre tiene horarios regulares, según la comunidad a la que se dirija, considerando que el tiempo de recorrido en algunos casos es mayor a dos horas. Durante el día de plaza, se ve ajustado en alguna medida por los choferes o conductores de las diferentes rutas de combis y camiones, quienes suelen ser pobladores de esas mismas comunidades creando una mayor confianza y conocimiento entre quienes hacen uso de la ruta. Por tanto, al conocer la necesidad de la gente en este día de comercio, los choferes llegan a extender unos minutos más su horario para dar oportunidad a las personas de realizar sus compras y regresar a casa. El lunes, alrededor de las nueve y media o diez de la noche aún se puede observar gran movimiento en los puestos del tianguis que continúan vendiendo sus productos, incluso a mejores precios.

Recientemente, el municipio de Ixmiquilpan atravesaría una ola de violencia atribuida al enfrentamiento entre grupos delincuenciales, lo cual, a decir de sus habitantes implicó que durante un tiempo se tuvieran mayores precauciones y la gente evitaba salir más allá de las nueve de la noche. Adicional a que las corridas de autobús desde Ciudad de México se vieron recortadas en sus horarios. Para inicios del 2020, la gente reportaba una disminución o tentativa calma en cuanto a los brotes de violencia y enfrentamiento; que, si bien hay que celebrar, igualmente es importante no olvidar y mantenerse al tanto de su impacto y desarrollo.

## **1.5 Del Patrimonio Indígena del Valle del Mezquital a la organización comunitaria**

La organización social en las comunidades *hñähñu* puede describirse como un ejercicio horizontal de poder que privilegia el beneficio colectivo, aunque esto no anula la posibilidad de que algunas individualidades se destaquen, de acuerdo con el perfil profesional, la posesión de algún cargo, la edad avanzada asociada a mayor experiencia, entre otras. De modo que, profesores, médicos, licenciados en derecho o personas cuya conducta es altamente valorada en función de la exigencia comunitaria, gozan de un fuerte carisma, prestigio y estatus que puede tener peso al momento de la asignación de alguna tarea, una discusión o votación en asamblea.

A lo largo de su historia, las comunidades del Mezquital se han caracterizado por mostrar una fuerte capacidad organizativa y participación social que posibilitaron la gestión e implementación de diversos proyectos al interior de las comunidades. Particular importancia, tiene aquí el Patrimonio Indígena del Valle del Mezquital (PIVM), organismo creado por mandato presidencial, en 1951, con el objetivo de integrar a la población indígena de la zona al proyecto nacional, mediante la implementación de proyectos productivos que impulsaran el desarrollo económico, la educación, la salud y demás apoyos que darían origen a la creación de cooperativas e impulso de productos artesanales (Ramírez, 1991; Oliver *et al.*, 2003).



Pintura Mural en Antiguo Recinto destinado al Patrimonio Indígena del Mezquital. Ixmiquilpan, Hidalgo. A

El PIVM permanece en la memoria de la gente gracias al apoyo que su vocal, el profesor y antropólogo Maurilio Muñoz brindaría para dotar de servicios de agua, luz, drenaje, casas de salud, pavimentación, teléfono, entre otros servicios, a las comunidades. No obstante, al mismo tiempo que apoyó el mejoramiento de las condiciones de vida en muchas comunidades, el PIVM, al igual que ocurrió con el sistema de riego, terminó por intensificar la diferenciación social interna, a partir de generar una brecha socioeconómica entre los favorecidos por dichas acciones y los que no (Fabre, 2004; Moreno *et al.*, 2006; Báez y Moreno, 2012).

No hay que olvidar, según nos relata Fabre (2004), que la autoridad máxima del Consejo Administrativo que regía al Patrimonio era designada por el presidente de la República como responsable de ejecutar la política integracionista y desindianizante vigente a nivel nacional. Sin embargo, el vocal Maurilio Muñoz quien ocuparía dicho puesto, era un indígena *hñähñu* de Tasquillo el cual, es recordado en el presente por los pobladores como un hombre cercano, consciente de las necesidades de la población, comprometido y generoso. Alguien que siempre se mostró dispuesto a escuchar y trabajar hombro a hombro con la gente.



Fragmento Mural Patrimonio Indígena del Mezquital. Ixmiquilpan, Hidalgo. Archivo personal

Al término del sexenio de Luis Echeverría, Maurilio Muñoz dejaría de figurar como vocal del PIVM y con ello, finalizaría la etapa conciliadora que hasta entonces había caracterizado al Patrimonio, favoreciendo la generación o consolidación de nuevas organizaciones para gestionar los diversos intereses que habían emergido (Oliver *et al.*, 2003; Fabre, 2004). A partir de entonces, el Consejo Supremo Hñähñu quedaría ocupando el lugar de la única organización con representación legítima del pueblo, ya que, habría sido igualmente creada durante el gobierno de Echeverría con financiamiento del Partido Revolucionario Institucional (PRI) (Moreno *et al.*, 2006; Báez y Moreno, 2012).

Actualmente, en las charlas con algunos de sus miembros, no reconocen una relación abierta y directa con el PRI, sino que, por el contrario, se asumen como una organización apartidista en su función. No obstante, no puede ignorarse el origen político de la institución y la manera en que eso, hoy en día influye en la relación con las comunidades. Todos los pobladores con los que tuve oportunidad de conocer y platicar mencionaron preferir no solicitar apoyo al Consejo para no adquirir el compromiso de tener que participar en las actividades políticas y mítines a los que se les convocan por parte del

PRI. Aunque reconocen que persiste como el único interlocutor reconocido por las autoridades con gran peso en cuestiones de asesoría legal, resolución de conflictos y apoyo a población migrante en Estados Unidos, así como para el fortalecimiento y difusión de la cultura y gestión de proyectos comunitarios. De esta forma, algunos proyectos interesados en cuestiones de salud, educación y obras públicas son negociados directamente por miembros de las comunidades en Palacio Municipal.

De acuerdo con la revisión de Oliver *et al.* (2003) las mujeres serían la principal población hacia quien se dirigieron los esfuerzos por impulsar la organización de cooperativas en la región, en la década de los setenta, ochenta a partir de la impartición de diversos cursos. *La Flor del Valle (Rä Doni rä Batha)* constituye tal vez, la principal cooperativa dedicada a la elaboración de productos artesanales a base de ixtle, algodón, lana, bordados de hilo, palma, entre otros, surgida de este movimiento, la cual, ha cobrado una fuerte presencia en la zona.

Igualmente, *Milpa Maguey Tierno de la Mujer* es otra cooperativa de más reciente creación, que agrupa mujeres de San Andrés Daboxtha dedicadas a la producción de miel de maguey, así como, *Mujeres de Cerro Blanco*, dedicadas a la elaboración de jabones y medicina natural (jarabes). Por su parte, *Semilla de Maguey* y *Envase Rural Regional*<sup>11</sup> constituyen otras dos organizaciones que también se han abocado al trabajo con mujeres mediante capacitación en actividades productivas y comercialización de sus productos congregando representantes de distintos grupos como: *Mujeres de San Andrés Daboxtha* enfocadas a la fabricación de shampoo con plantas de la región (sangre de grado, órgano,

---

<sup>11</sup> Naranjo, L. "Productoras hidalguenses", Independiente de Hidalgo, 6 octubre de 2014. Disponible en <https://www.elindependientedehidalgo.com.mx/archivo/2014/10/243687>

nogal, romero, lechuguilla, jitomate, entre otras) y *Grupo Doni (Flor)* del Dexthi, quienes fabrican shampoo y crema de sábila que han llegado a exportar a Francia, entre muchos otros ejemplos de mujeres como las del Alberto, quienes desde 1998 participan de la sociedad cooperativa Ya Muntsi Behña<sup>12</sup> impulsando distintos proyectos productivos y actividades para el desarrollo de sus comunidades (Cárdenas-Camargo *et al.*, 2020)

Para la década de los noventa sería implementado el Programa Indígena de Cadenas Alimenticias de la Mujer (PICAM) que abarcaba la creación de establos colectivos mediante la entrega de animales, semillas para hortalizas y frutales, misma que ha ido creciendo en el número de cooperativas que la conforman subsistiendo de la producción y comercialización de alfalfa, queso y carne. Lo anterior de la mano de la implementación de tiendas comunitarias y cooperativas de consumo, así como cocinas populares (Oliver *et al.*, 2003).

Otras organizaciones no gubernamentales que desarrollan trabajo en la zona son *Apoyo Infantil Hñähñu, A.C., Hábitat para la Humanidad, Hñähñu Batsi Ri Xudi, A.C., Ya Mfashi Ya Batsi*, principalmente, orientadas a la mejora de las condiciones de vida de las comunidades, mediante programas de alimentación, construcción de viviendas, otorgamiento de créditos, etc. (Moreno *et al.*, 2006) o bien, como en el caso de *Comunidades del Valle A. C. (Covac)* y *Servicio para el Desarrollo A.C. del Valle del Mezquital (Sedac)* que son organizaciones que apoyan el desarrollo de cooperativas

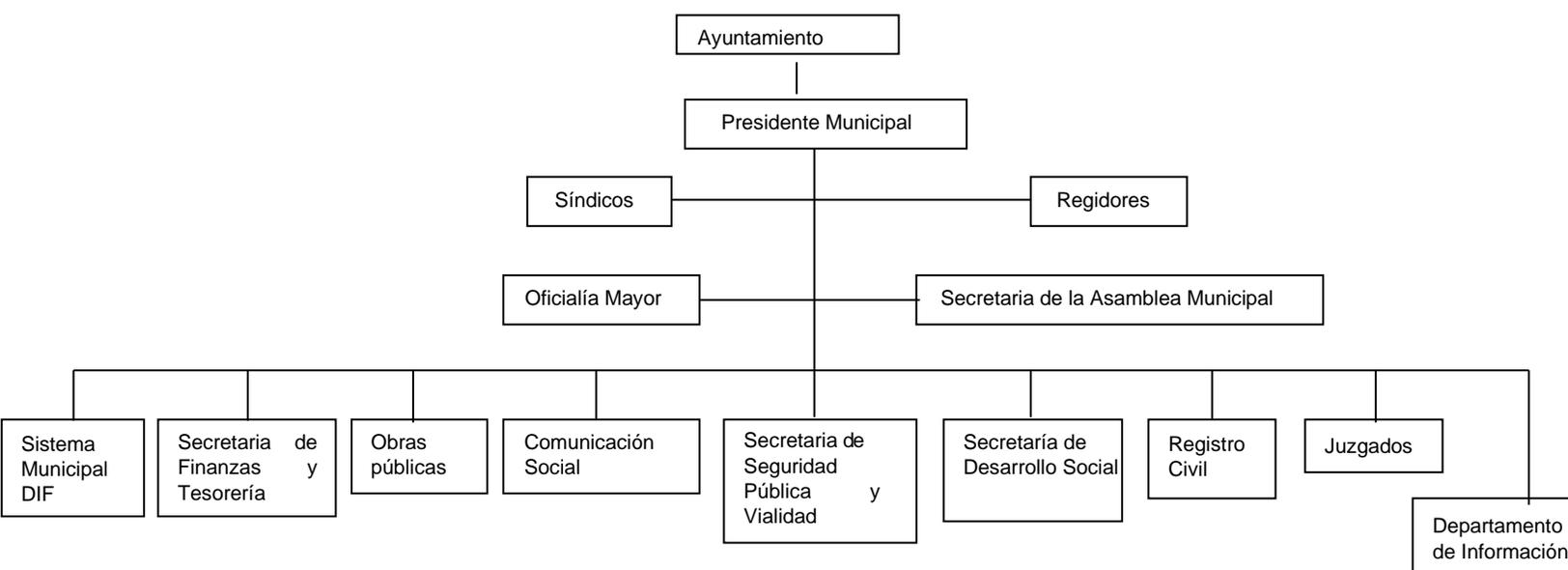
---

<sup>12</sup> Instituto Nacional de Desarrollo Social (13 mayo 2015) *Promueven la labor digna de mujeres indígenas en Hidalgo*. Gobierno de México. Disponible en <https://www.gob.mx/indesol/prensa/promueven-la-labor-digna-de-mujeres-indigenas-en-hidalgo>

enfocadas a proyectos productivas (lecheras, molinos, talleres artesanales, cría de borregos, hortalizas, etc.) (Báez y Moreno, 2012).

Por otro lado, en cuanto a la estructura de organización y gobierno local-interno, encontramos que la estructura general a nivel municipal guarda correspondencia con la estructura de gobierno al interior de las comunidades. A nivel municipal, la máxima autoridad es el Presidente Municipal, quien es acompañado por la figura del Síndico y diversos Regidores e instancias que a continuación se presentan:

**Diagrama 1. Estructura general de los Ayuntamientos Municipales en Hidalgo.**



La comunicación entre ambos niveles (municipal y comunitario) es bastante fluida, sin que esto signifique que la relación esté exenta de tensión y conflicto. A nivel comunitario, la autoridad principal en las comunidades es el Delegado, cargo que se renueva año con año y que se encarga de resolver problemas al interior de las comunidades, gestionar proyectos y fungir como representación de su pueblo de cara al exterior. Acompañando su gestión, se cuenta con el Representante del Pueblo como máxima

autoridad moral, usualmente, varón que ha desempeñado diversos cargos y comisiones dentro de la comunidad, por lo que goza de experiencia en la resolución de conflictos y desarrollo de proyectos.

A estas dos figuras le acompaña el Subdelegado y el Secretario, así como los Representantes o Presidentes, Tesorero, Vocal e integrantes de los diversos Comités (de agua potable, de salud, de obras o construcción, de deportes y cultura, del preescolar, primaria, telesecundaria, de seguridad y vigilancia, bando de policía y buen gobierno, etc.).

Dichos comités se organizan en función de los servicios, niveles escolares con que cuenta cada comunidad o la propia distancia a la que se encuentren del municipio, en este caso, Ixmiquilpan. Su organización es lo suficientemente flexible para permitir su adaptación en función de las necesidades de sus habitantes. Asimismo, es necesario precisar que al interior de las comunidades es común encontrar dos brazos de esta misma estructura, la correspondiente a los varones y la de mujeres, variando esta última en cuanto a los comités que se conforman (del molino, de la tortillería, del mercado, del DIF, etc.) respondiendo a un criterio de división sexual del trabajo.

Lo cual, no significa que no participe ninguna mujer en la estructura de varones, como se revisará en el siguiente capítulo, por el momento, basta señalar que quienes lo hacen se debe a su estado civil o estatus dentro de la comunidad (madres solteras o mujeres separadas) (ver capítulo II). En todos los casos, tanto hombres como mujeres constituyen ciudadanos con voz y voto en las asambleas que son los principales espacios de resolución de conflictos y toma de decisiones, así como se espera que participen de igual manera en las actividades y trabajos o faenas correspondientes a su organización.

A diferencia de la ayuda mutua entendida como cooperación basada en la reciprocidad mediante la prestación voluntaria de trabajo entre dos distintas unidades familiares; la faena tiene un carácter obligatorio a nivel social, en beneficio del grupo, por lo que su rechazo o incumplimiento hace a la persona acreedora de una sanción. En estos casos se puede fijar una multa como castigo; lo cual, por otro lado, ha favorecido la adopción de una estrategia que agudiza las diferencias sociales y económicas entre los miembros de la misma comunidad. Aquellos con ingresos más elevados garantizan su participación mediante la contratación de otro habitante o familiar a quien se le paga por cubrir la faena (Gómez, 2020).

Si bien, desde la perspectiva de la cohesión social esto ha llegado a ser considerado un elemento que puede jugar en contra, en la medida en que conduce al reforzamiento de las diferencias sociales entre quienes tienen un mayor poder adquisitivo (Galinier, 2012), es importante entender que el grado de participación en la vida social y el cumplimiento de las obligaciones es fundamental para el goce de derechos entre los que se incluye la pertenencia al grupo. Faltar a esto representa dejar de ser considerado parte de la comunidad y gozar de ciertos derechos.

Al respecto, entre la población existen relatos de casos de migrantes que dejaron de enviar sus cooperaciones y rechazaron participar de algún cargo o faena, quienes al fallecer y ser trasladado su cuerpo, por decisión de la asamblea general, no pudieron ser enterrados en el panteón de su lugar de origen. Es importante considerar que a la par de estos relatos, hubo otros testimonios que hablaban de negociaciones y pago de adeudos para restablecer ese derecho. Si bien, en este trabajo no se profundizó en el tema, sin duda, son relatos que en conjunto reflejan la necesidad de indagar más e identificar algunos de estos casos, para

conocer lo ocurrido y comprender de mejor manera la dinámica social alrededor de esta situación.

Dada la fuerte valoración que tiene la organización político-religiosa persistente en la región, que abarca la asignación de cargos y tareas tanto del ámbito administrativo como ritual, varios migrantes, tras años fuera de la comunidad, han regresado únicamente para desempeñar el cargo asignado. En el caso de quienes no pueden regresar para ejercer el cargo se espera asignen a un sustituto quien regularmente es un miembro de la familia que recibe un pago por realizar la tarea en cuestión.

Los cargos civiles, aunque son voluntarios, como señalara Galinier (2012) constituyen el principal medio de socialización, prestigio y acceso al poder al interior de la propia comunidad y en relación con instancias mayores, en la medida en que algunos cargos implican la mediación entre instancias municipales y/o estatales y la comunidad. De tal modo, que ante la migración que ha modificado en gran medida las condiciones de vida de la población, además de la dinámica social y política de la región, el recurso del pago a un sustituto aparece más como una estrategia para la consolidación del vínculo comunitario.

A lo largo de este apartado he revisado algunos elementos comunes que permiten dar cuenta del proceso de configuración del Valle del Mezquital como una zona sostenida por una economía basada en la actividad rural y las remesas resultado de su intensa actividad migratoria (Báez y Moreno, 2012). La cual, ha modificado, entre otros aspectos, la capacidad adquisitiva de la población, en combinación con el despunte del comercio a pequeña escala y el trabajo asalariado como opciones de desarrollo, buscando en ello

favorecer la transición de la unidad doméstica, de unidad productiva a unidad de consumo (Bartra, 1984).

Sin embargo, el Mezquital no debe ser explicado o comprendido simplemente a la luz de su geografía, sino de las historias y dinámicas comunitarias, así como de la injerencia de políticas y programas públicos y del propio trabajo de investigadores en la zona que abonaron a su configuración como el “Granero de Hidalgo”. En la actualidad, la política regional oficial recae en un proyecto político-económico y social que postula la transformación y modernización como las principales estrategias para mejorar las condiciones de vida de la población, a través de intensificar su capacidad productiva y generar opciones de empleo que permitan frenar la migración (PMD, 2016-2020). No obstante, la situación general del Estado en cuanto a empleo y opciones de desarrollo se mantiene desfavorable para gran parte de la población.

## Capítulo 2. La vida en el Mezquital

La historia en torno a la conformación del Mezquital como región, así como la cohesión social y cultural de los *hñähñu* como grupo, en ningún caso debe conducirnos a la falsa percepción de un destino inevitable, o en dejar de lado las particularidades y los matices que adoptarían los distintos procesos al interior de cada una de las localidades que la integran, al tiempo que aportan riqueza y continuidad al conjunto. Es así como la revisión realizada hasta ahora no busca reafirmar la tríada otomí, pobreza y aridez como única perspectiva para abordar la caracterización de la zona. Por lo contrario, se inscribe como parte de los esfuerzos por comprender la actualidad del Mezquital como resultado de la imbricación de su historia social y natural (López, 1997).

Lo anterior implica situar la estructura y las características del entorno como condicionantes de la configuración de una particular perspectiva del mundo que dotaría a los *hñähñu* de un carácter y una actitud particular ante la vida. De acuerdo con diversos autores (López, 1997; Oliver *et al.*, 2003) el carácter desértico de la región tan reconocido en la actualidad se vio intensificado por el proceso de desertificación que vivió la zona, derivado de la introducción de la ganadería, sistemas de cultivos ajenos a la zona, así como de la explotación intensiva de recursos minerales, bosques, entre otras actividades. De tal modo que la organización económica, la del espacio y la movilidad demográfica resultan inseparables de la historia social en la región desde tiempos muy remotos.

Como señalan Oliver *et al.* (2003) la articulación regional no es ajena a contrastes y contradicciones entre sectores sociales que, no obstante, permiten la participación de todos en un mismo patrón cultural, de tal modo que retratar la diferencia cultural exige adentrarse

a esos particulares entornos, a las municipalidades de que se nutre la dinámica regional y que dan forma al Mezquital como un territorio, histórico, cultural e identitario cuyos habitantes reconocen como propio, en el que han encontrado habitación, sustento y la oportunidad de reproducir su cultura y prácticas sociales (Barabas, 2004).

Es importante recordar que esta investigación se nutre de la experiencia e historias de habitantes de distintas comunidades pertenecientes a cuatro de los veintisiete municipios que integran la región: Alfajayucan, Cardonal, Chilcuautla e Ixmiquilpan. Mismos que en el transcurso del periodo de trabajo de campo llegaron a formar parte de la Jurisdicción Sanitaria VI de Ixmiquilpan con sede en el municipio del mismo nombre.

En el presente capítulo buscaré describir dichos entornos, su historia, persistencia y transformaciones en el tiempo como parte de una misma región, así como escenarios vividos y apropiados por sus habitantes, de cuyo proceso de adaptación y vivencia del territorio derivarían las actuales condiciones de vida, sociales y culturales particulares.

**Tabla 3. Población por Municipios de estudio**

Municipio	Población				Mujeres				Hombres			
	2015	%	2020	%	2015	%	2020	%	2015	%	2020	%
<b>Alfajayucan</b>	20,332	0.71	19,162	0.62	10, 517	51.72	9,964	52	9, 815	48.27	9,198	48
<b>Cardonal</b>	18,347	0.64	19,431	0.63	9, 653	52.61	10,123	52.1	8, 694	47.38	9,308	47.9
<b>Chilcuautla</b>	18,169	0.63	18,909	0.61	9, 234	50.82	9,719	51.4	8, 935	49.17	9,190	48.6
<b>Ixmiquilpan</b>	93,502	3.27	98,654	3.20	49, 670	53.12	52,214	53	43, 832	46.87	46,440	47

Fuente: Encuesta Intercensal 2015 INEGI y Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

## 2.1 Un recorrido por la nube estéril<sup>13</sup>

Fundado en 1558, Alfajayucan, “lugar excepcional” o bien, apelando a su término otomí Andaxitzo que significa “árboles grandes en el agua” (Guerrero, 1977). Constituye un municipio cuya particularidad dentro de la historia *hñähñu* comienza a gestarse en la época prehispánica en que tomaría lugar de territorio frontera entre los grupos sedentarios y nómadas, particularmente, los chichimecas. Esto, durante y posterior al periodo de conquista, le llevaría a ser considerado terreno difícil y, por ende, poco atractivo para los encomenderos y demás regímenes de control administrativo.

Con una superficie total calculada en 433.44 km<sup>2</sup> que se estiman equivalentes al 2.23% de la superficie total del Estado, Alfajayucan continuó fungiendo como uno de los más importantes municipios al convertirse en campo de batalla durante el movimiento independentista, además de ser el primero en estar dirigido por una mujer en la década de los años cincuenta, la primera presidenta municipal dentro de todo Hidalgo.

Chilcuautila, por su parte, proviene de una raíz náhuatl que significa “bosque o plantío de chiles”, cuyo territorio estaría de siempre sujeto al dominio, en principio, de la Triple Alianza; para luego de la conquista, ya sea, como encomienda o República de Indios, estar a cargo de la Alcaldía Mayor de Ixmiquilpan. Con una extensión de 231.30 km<sup>2</sup>, este municipio quedó erigido como tal, el 2 de junio de 1850 manteniendo su adscripción a Ixmiquilpan e integrado por 22 comunidades que necesitaron de la implementación de un

---

<sup>13</sup> *La Nube Estéril. Drama del Mezquital* es el título que el periodista Antonio Rodríguez diera a su novela publicada por vez primera en 1952, a través de la cual retrata las condiciones de extrema pobreza, explotación económica y marginación en las que viviera la población *hñähñu* en la época posrevolucionaria, en que aún se carecía de los servicios de agua potable, luz, centros de salud y escuelas.

Plan Hidráulico, a fin de volver rentables las tierras productivas que hay en el municipio, teniendo como principales productos: maíz, frijol, trigo, cebada, alfalfa, avena, jitomate, chile, calabazas, cilantro (PMD, 2016-2020; Serrano, 1999).

En ambos municipios, su ubicación y altura, 1860 metros sobre el nivel del mar para Chilcuautila y 1880 para Alfajayucan, favorecen la prevalencia de un clima más templado en comparación con otros municipios, así como la presencia de diversos árboles frutales, entre estos, chabacano, durazno, higo, granada, ciruelo, aguacate y nuez, por mencionar algunos (Serrano, 1999; PMD, 2016-2020). Estas mismas condiciones se repiten en algunas comunidades que quedan a mayor altura en el caso de Cardonal y algunos poblados de Ixmiquilpan que suelen estar a mayor distancia del centro del municipio.

Este clima más templado, en los meses de invierno da lugar a amaneceres caracterizados por una densa neblina que impide ver más allá del camino y espacio más inmediato al propio cuerpo, así como experimentar muy bajas temperaturas que alcanzan heladas que afectan los cultivos (PMD, 2016-2020; Serrano, 1999).

A diferencia de otros municipios, Chilcuautila alberga en su interior además de cañadas, barrancas y cerros, volcanes cuya actividad en diversas ocasiones ha alertado a la población sobre la necesidad de desplazarse. En el año 2017 cuando me encontraba realizando trabajo de campo tuvo lugar un sismo que de acuerdo con los habitantes respondía al incremento de actividad que desde hace varios años estaba presentando dicha zona a causa de la presencia de un volcán.

El estudio de tal actividad y posible nacimiento del volcán habría llamado la atención de investigadores de la Universidad Autónoma de Hidalgo (UAH), así como de la

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) quienes en diversas ocasiones recomendaron reubicar a la población que habita dentro de la superficie de impacto. Sin embargo, para un sector de habitantes, los movimientos telúricos constituyen algo natural y la idea del nacimiento de un volcán resulta un tanto incierta o difícil de creer, además de que no concebían dejar sus viviendas.

Por su parte Cardonal, “lugar de tierra negra”, que luego de la llegada de los españoles cambió a “abundancia de cardones”, se ubica en el centro del estado de Hidalgo, con una superficie de 462.60 km<sup>2</sup> que representa el 2.20% del territorio total del Estado, integrado por 87 localidades. Con una altitud de 2,048 metros sobre el nivel del mar, su clima se describe como templado subhúmedo que alcanza una temperatura media anual que oscila entre los 12° a 14°C en las partes más altas, localizadas en la parte central y cuya vegetación característica corresponde a bosque de pino-encino (Peña, 2005).

Por su parte, las franjas localizadas en los límites norte y sur de la parte este, se describen con un clima semiseco templado con una temperatura promedio de 14.8°C y una precipitación anual que llega a los 543.4 mm. La localización de El Cardonal favorece la convergencia de distintas fuentes hidrológicas, el río Pánuco, el Beca, afluentes del río Chicavasco, Quetzalapa y Carrizal que, no obstante, se señalan insuficientes para su población y el tipo de suelo que lo caracteriza, rico en materia orgánica y nutrientes de uso agrícola de temporal (maíz y frijol), bajo una tenencia de tierra de tipo ejidal (Peña, 2005).

Conocido inicialmente como Mineral de Plomo Pobre, El Cardonal, sería renombrado como Mineral de El Cardonal luego del descubrimiento de yacimientos de plata y plomo, dentro del que quedarían integradas ocho haciendas de minas. Dicha

actividad marcaría el apogeo del municipio hasta finales del siglo XVIII que dio inicio la decadencia de su explotación (Peña, 2005). La minería no sólo representó una fuente de empleo como mano de obra, sino la posibilidad de establecer redes de comercio e intercambio de productos, no obstante, desde siempre se vio complementada tanto por la agricultura, aunque centrada en el autoconsumo y para el trueque, así como por la explotación de diversos recursos disponibles en el medio, desde el ocote, encino, roble, mezquite y huizache, el maguey, la lechuguilla; así como frutos y hierbas silvestres, además de algunos animales como la libre, las ardillas, serpientes, tlacuaches, entre otros y por supuesto, la ganadería.

Finalmente, Ixmiquilpan, “lugar de verdolagas” (Zutkani en lengua *hñähñu*) o “lugar de quelites como navajas de pedernal” (Itzmiquilpan en lengua nahua), considerado el municipio corazón del Valle del Mezquital, cuenta con una superficie de 565.3 km<sup>2</sup> localizado en la parte central poniente del Estado, en su mayoría (70%), en el eje Neovolcánico, así como en una parte de la Sierra Madre Oriental (30% de su territorio), lo que permite que en su superficie coincidan diversas elevaciones como son los cerros la Palma, Thito, la Muñeca, Guadril, Xintza, Temboo, la Cruz y Daxhie. Al norte limita con los municipios de Zimapán y de Nicolás Flores, al sur con Chilcuautla y San Salvador, mientras al este limita con Cardonal y Santiago de Anaya y al oeste con Alfajayucan y Tasquillo.

Situada en el kilómetro 159 de la Carretera Federal México- Nuevo Laredo, que atraviesa el municipio de este a noreste; antiguamente la división del municipio respondía a un criterio religioso que establecía para la década de los años sesenta, un total de 26 localidades, representadas por un juez auxiliar, sus ayudantes y una policía de barrio

(Ramírez, 1991). Actualmente, la división territorial responde a un criterio político-administrativo que reconoce un total de 115 localidades rurales y solo tres urbanas, que representan el 0.027% del territorio total del Estado, las cuales se nutren de tres subcuencas del Río Moctezuma (Río Tula, Río Actopan y Río Amajac). Su altitud a diferencia de los otros municipios provoca una mayor variación del clima, temperatura y precipitación pluvial a lo largo de toda su superficie, que va desde un clima semi seco en la mayor parte de su territorio (51.22%) a uno semicálido (23.67%) y uno templado subhúmedo con lluvias (21.58%).

El municipio, presenta dos ambientes geográficos diferentes: por la parte sur, oriente poniente es seco estéril con algunos manchones verdes de sembradíos irrigados por aguas de canal; hacia el norte prosiguen los sembradíos irrigados por aguas de canal; hacia el norte prosiguen los sembradíos, pero por lo general hay aridez; pero más allá del pueblo de Orizabita, cuando el camino empieza a reptar por las crestas de una loma, cruzando una sucesión de once curvas paralelas y cerradas conocidas como las EMES, cuando se divisa la silueta altiva y gallarda del Cerro de la Muñeca, el paisaje va cambiando, engalanado por bosquecillo, sigue ascendiendo hacia la falda del cerro y de pronto se separa el Mezquital del Valle con el Mezquital de la Sierra. Un mundo separa a otro mundo y esto es parte del municipio Ixmiquilpanse (Ramírez, 1991, p. 4)

Constituido como una Alcaldía Mayor cuyos distritos más importantes fueron Chilcuautila y Cardonal, desde su conformación hasta el presente Ixmiquilpan surgiría como una cabecera municipal o centro de importancia, que se impuso al propio municipio de Cardonal, a pesar de que este último fungía como territorio minero (Peña, 2005). De acuerdo con Arroyo (2001), una particularidad de Ixmiquilpan, a diferencia de otros municipios radica, por un lado, en ser un centro que presentó, en un punto de su historia, una mayor presencia de población nahua que *hñähñu*, aunque esto cambiaría con el tiempo. Mientras que, por el otro, su conquista se dio de manera pacífica a través de la asignación

de encomenderos respetando la estructura de gobierno que cada poblado tenía a nivel administrativo, en la medida en que era considerado un territorio poco atractivo por su aridez y bajo rendimiento agrícola.

Alfajayucan por su parte, estaba integrada a la Jurisdicción de Xilotepec que llegó a abarcar toda la región oeste del Mezquital con un predominio de población otomí y presencia de algunos grupos mazahuas y nahuas. Para 2015, se estima que alrededor del 20.9% de la población en Alfajayucan es hablante de lengua indígena, esto es, uno de cada cinco, encontrando la particularidad de que es un municipio cuya población joven (0 – 25 años) abarca poco más de la mitad (53.9%) de la población, además de presentar cada vez más hogares donde la mujer funge como principal proveedora y jefa de familia (PDM, 2016-2020). Actualmente, la mezcla de poblaciones da por resultado un predominio de población considerada mestiza en la mayor parte de municipios, aun cuando hablen alguna lengua indígena.

Ambos aspectos hay que pensarlos a la luz de los índices de migración que se presentan en el Estado en general y cuyo impacto económico y social se refleja de manera diferenciada por municipio e incluso, comunidad, exigiendo por parte de las autoridades y encargados de la política pública atender el diseño e implementación de programas y acciones enfocadas a atender el impacto socioeconómico de la migración, así como impulsar la participación e inclusión política y social de las mujeres.

**Tabla 4. Población en situación de pobreza por municipios de estudio (2020)**

	Alfajayucan		Cardonal		Chilcuautla		Ixmiquilpan	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
<b>Población en situación de pobreza</b>	49.6 %	47.4 %	57.6 %	55.2 %	50 %	47.6 %	51.1 %	49.3 %
<b>Población con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos</b>	50.5 %	48.1 %	59.1 %	56.4 %	51.5 %	48.8 %	53.7 %	51.6 %
<b>Carencia por rezago educativo</b>	15.7 %	17.2 %	17.3 %	13.1 %	15.1 %	14.4 %	15.5 %	15 %
<b>Carencia por acceso a servicios de salud</b>	28 %	36.7 %	27.9 %	33.3 %	28.8 %	33 %	33.9 %	38.3 %
<b>Carencia por acceso a seguridad social</b>	83.1 %	85 %	79.7 %	83.6 %	81.7 %	84.1 %	77.7 %	80.2 %
<b>Carencia por calidad y espacios de vivienda</b>	5.8 %	5.5 %	5.4 %	6.3 %	5.5 %	5.2 %	5.7 %	5.6 %
<b>Carencia por acceso a servicios básicos de vivienda</b>	33.2 %	34.1 %	33.6 %	32.5 %	23.2 %	24.5 %	19.9 %	19.8 %
<b>Carencia por acceso a alimentación</b>	43.7 %	46.5 %	28.9 %	30.1 %	37.7 %	36.7 %	32.4 %	31.1 %

Fuente: Medición de la Pobreza. Pobreza por grupos poblacionales a escala municipal 2010, 2015 y 2020. CONEVAL. Disponible en [https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza\\_grupos\\_poblacionales\\_municipal\\_2010\\_2020.aspx](https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza_grupos_poblacionales_municipal_2010_2020.aspx)

Como puede observarse una importante proporción de la población habitante de los distintos municipios se encuentra en situación de pobreza, lo cual, cobra relevancia si consideramos que gran parte de ellos se adscriben a un grupo étnico. Para el caso de Alfajayucan se estima que alrededor del 21.18% de la población mayor de 3 años habla alguna lengua indígena (98% otomí y 1.2% náhuatl). A diferencia de Cardonal donde se estima un 56.71% de hablantes en este mismo rango de edad (99.4% otomí y 0.3% náhuatl) (INEGI, 2021).

En Chilcuautla las cifras establecen que el 39.69% de la población de 3 años y más habla una lengua indígena (99.1% otomí y 0.5% náhuatl), mientras en Ixmiquilpan corresponde al 36.77% de la población (98.4% otomí y 1% náhuatl) (INEGI, 2021). De tal

manera que, a pesar del trabajo y gestiones realizadas por los propios habitantes, un importante sector de la población todavía carece de servicios básicos como el agua, la luz eléctrica y el drenaje, así como de pavimentación, por lo que en el periodo que se presentan más fuertes vientos, estos pueden levantar grandes cantidades de tierra y polvo (polvaredas).

En cuanto a servicios, al considerar la importancia que ha ido tomando la comunicación digital es importante mencionar que estas comunidades aún padecen el rezago en cuanto al acceso a tecnología y conectividad. En cuanto a la disponibilidad de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICs) tenemos que sólo el 11.7% de la población de Alfajayucan, el 22% de la de Cardonal, el 16.1% de la de Chilcuautla y el 31.9% de la de Ixmiquilpan tienen acceso a internet y aunque en todo los municipios el porcentaje de población con teléfono celular supera el 80%, sólo el 12.7% de los habitantes de Alfajayucan, el 17.8% de la de Cardonal, 16.1% de la de Chilcuautla y el 25.9% de la de Ixmiquilpan tienen computadora (INEGI, 2021).

Por su parte en Cardonal, los servicios de drenaje, alcantarillado y pavimentación están disponibles en la cabecera municipal, dejando fuera a una parte de las comunidades que la integran, aunque en su mayoría cuentan con agua potable y electricidad, por lo que todavía resta mucho por hacer en este sentido. Aún en Ixmiquilpan, cuyos servicios de agua se encuentran al alcance de una mayor proporción de población, falta mucho por mejorar y garantizar el acceso al total de la población. Para 2015, se estimaba que el 96.99% de hogares gozaba de agua potable entubada, aunque no siempre se encuentra dentro de la vivienda, pero sí dentro del mismo terreno. Mientras que un 2.93% se estimaba dispone de agua por acarreo, es decir, para acceder a ella se desplazan a una vivienda aledaña, algún

río o lago, a una llave comunitaria, a un pozo, o bien, mediante una pipa (PMD, 2016-2020).

En lo relativo a los asentamientos, estos clásicamente se han caracterizado por una importante dispersión que se mantiene en términos generales creando amplias comunidades. Sin embargo, el propio proceso de desarrollo de cada una de las localidades implicó la transformación de su traza como parte de la instalación de los servicios básicos, agua, energía eléctrica y drenaje. El cableado o tubería requerían de una específica distribución de las casas con distancias menos amplias entre ellas, lo cual, acercó a sus pobladores favoreciendo los lazos de vecindad.

En la actualidad, la delimitación del terreno ocupado por cada hogar *hñähñu* está dada en mayor medida por elementos naturales (órganos, magueyes, arbustos), sin que falten las mallas metálicas o cercas de madera. Las casas y la distribución espacial de las viviendas son aspectos que igualmente han sufrido transformaciones. Como se mencionó en el capítulo anterior, uno de los usos tradicionales del maguey se encuentra en la construcción de la vivienda, de modo que pencas de maguey, quíotes, además de algunos órganos y madera de mezquite constituyen algunos de los materiales y recursos que de manera natural se obtienen y emplean todavía en la construcción.



Tipos de vivienda en distintas comunidades del Valle del Mezquital, Hidalgo.  
Archivo personal

En las últimas décadas la migración ha traído cambios tanto en los materiales como en el diseño, debido al incremento en las remesas y por la experiencia adquirida en la construcción, de manera que las viviendas hoy en día incorporan cada vez más ladrillo, block, sumados a la piedra, cemento, cantera o adobe, con techos de lámina de asbesto, metálica, así como azulejo en interiores, loseta, cocinas integrales y todo tipo de electrodomésticos, sin por ello, dejar de conservar el fogón en una sección del patio o exterior de la casa empleando tabique o piedra.

Las casas, habitualmente, constaban de dos o tres cuartos en los que se ubicaba la cocina, área para comer y camas, en un mismo nivel y sin separación entre espacios; sin embargo, actualmente, se asemejan más a las casas estadounidenses de dos pisos, con techos a dos aguas y en algunos casos chimenea, con espacios bien demarcados. En estos casos, la planta baja incluye el espacio de la sala separada del comedor, la cocina con desayunador más algún baño, en las más amplias; mientras en el primer piso, se ubican las recámaras.

Aunque continúan existiendo las viviendas de una sola planta y distribución más tradicional, en general se percibe una mayor urbanización que impacta principalmente en la división de cada uno de los espacios (cocina, recámara, sala, comedor) que antes no se tenía (Ambrosio, 1982). No obstante, no hay que perder de vista que la dispersión de los hogares y ubicación de cada comunidad respecto del centro o cabecera municipal continúa impactando en gran medida y de manera negativa, en el nivel de rezago, pobreza y marginación hoy en día.

La introducción y mejoramiento de los caminos para facilitar la comunicación interna y el establecimiento de medios de transportes entre estos cuatro municipios se vería impulsada alrededor de la década de los años sesenta del siglo XX, que en conjunto con el desarrollo de programas educativos particulares, estimularían el bilingüismo y desarrollo en las distintas colonias, barrios y manzanas que conforman cada uno de dichos municipios, algunos de los cuales pasado un tiempo, serían elevados a la categoría de pueblos (Oliver *et al.*, 2003).



Fogón al exterior de la casa, Cardonal, Hidalgo. Archivo Personal.

En cuanto a la oferta educativa los cuatro municipios cuentan con instituciones a nivel preescolar, primaria (general e indígena), albergues o internados indígenas (para nivel preescolar y primaria), secundaria (técnica, general o telesecundaria) y al menos una opción de bachillerato, variando la cantidad de cada una de ellas por municipio. Cabe mencionar que aun cuando se cuenta con oferta de instituciones orientadas a la educación especial, adscritas a la Secretaría de Educación Pública para atender a niños con problemas de aprendizaje, audición, lenguaje, neuromotores y de visión, principalmente de nivel primaria, alrededor de un 10% de la población en cada municipio se mantiene analfabeta.

Específicamente en Cardonal la cifra de la población analfabeta para 2015 era del 13.2%, mientras en Alfajayucan para 2010 se contaba con estimaciones del rezago educativo que establecían en 6.8 años el grado promedio de escolaridad entre la población de 15 años o más, frente a la de todo el Estado que se calculaba en 8.3 años (PMD, 2016-2020).

De los municipios de estudio, Ixmiquilpan es el que cuenta con mayor oferta educativa con alrededor de 211 planteles, además de bibliotecas, laboratorios y talleres. No obstante, se observa un importante decremento en la eficiencia terminal entre la población, según se avanza de nivel de escolaridad: preescolar (69.2%), primaria (98%), secundaria (95.7%) y bachillerato/profesional (50.6%). Estimaciones que, en conjunto, hablan del reto que continúa siendo reducir la brecha en el acceso efectivo a la educación por parte de la población en toda la región (INEGI, 2021).

Si bien hay una oferta educativa relativamente amplia, la asistencia a la escuela como vemos está relacionado con creencias que limitan el acceso a uno u otro género, así como por las condiciones de vida, ya que como hemos señalado, los hijos representan una importante fuerza de trabajo para el grupo doméstico desde sus primeros años de vida, derivando en inasistencias y diversas dificultades para alcanzar un buen avance en su formación y desempeño escolar.

En cuanto a las características socioeconómicas de los municipios, Alfajayucan cuenta con una población económicamente activa (PEA) de 12 años a más estimada en 64.6%, de los cuales el 98.7% se encuentra ocupada, 98.3% son hombres y 99.1% mujeres. En el caso de Chilcuautla, el 65.7% de la población cae en esta misma categoría de PEA, de

los cuales el 99.3% está ocupada, manteniendo una ligera mayor proporción de mujeres trabajadoras (99.6%) en comparación con los hombres (99%) (INEGI, 2021).

Vale la pena mencionar que en cuanto a la población considerada como económicamente no activa (34.1%), al menos en lo que respecta a Chilcuautla encontramos que el 45.5% está conformado por personas dedicadas a actividades del hogar. Si bien, más adelante ampliaremos lo relativo a la percepción y expresión de esta situación en la vida cotidiana, en este momento, quisiera señalar la forma en que las estadísticas reflejan la secundarización o subvaloración del aporte económico del trabajo, principalmente de las mujeres, pero también de los hijos y demás personas dedicadas a actividades que se circunscriben al espacio doméstico, en tanto se argumentan que este tiene un impacto indirecto o en muchos casos nulo.

Como un hecho folklórico actual, procedente de la prehispanidad, vemos que la mujer otomí toma parte en los trabajos masculinos, teniendo además bajo su cuidado, el hogar y la prole, pero también participa en labores agrícolas, ayudando a preparar la tierra, sembrar, escardar y efectuar otros cultivos, cosechar, inclusive manejando la yunta de bueyes que tiran del arado. [...] además de que la mujer también colabora económicamente como comerciante, llevando al tianguis semanal para su venta, los productos de la tierra o las artesanías” (Guerrero, 1977, p. 41-42)

Alfajayucan, por su parte, corresponde a uno de los beneficiados por la implementación del sistema de riego descrito en el capítulo anterior, en alrededor de 12,000 de sus hectáreas, lo que potenció la producción agrícola de dichos suelos que de por sí, resultaban ricos en nutrientes, mientras en lo restante de sus tierras (4,000 ha) de menor potencial persistiría la agricultura de temporal (Pérez *et al.*, 1994). En conjunto, este municipio cuenta con un total de 15, 378 hectáreas aptas para el cultivo, esto es, el 32.8% de la superficie total que, aunque es un porcentaje menor en comparación de Chilcuautla,

presenta mejores condiciones para la producción, principalmente de maíz, frijol, alfalfa, así como también se observan árboles frutales. Guerrero (1977) nos recuerda la gran importancia y época de gloria del municipio en la producción de tuna blanca, que poco a poco iría disminuyendo.

Para 2018,<sup>14</sup> de acuerdo con las estadísticas de producción agrícola, el 95.93% del total del valor de producción agrícola del municipio se distribuyó entre la alfalfa verde (\$140,591,032.54), seguido del maíz (\$80,000,000), el chile seco (\$61,382,400) y el maguey pulquero (\$60,174,990). El restante porcentaje se integró de los cultivos de avena forrajera, calabacita, trigo, frijol, jitomate y tuna; así como invernaderos (PMD, 2016-2020; SIAP, 2018).

En el caso de Chilcuautila, al igual que ocurre en otras zonas de la región, el desarrollo industrial es casi nulo manteniéndose como principal actividad económica la agricultura, aunque con niveles bajos de productividad. No obstante, hemos señalado se considera uno de los municipios con mayor proporción de terreno cultivable en todo Hidalgo, bajo un sistema de riego o de temporal que, en conjunto, suma un total de superficie destinada a la agricultura que alcanza el 53.94%. Por su parte, en Alfajayucan la fábrica de Chicotes Automotrices que data de 1982 en la comunidad de Zozea es la empresa con más solidez en este municipio, de ahí que en genera una política prevalente en la zona apunte al desarrollo industrial dentro de la región (PMD, 2016-2020).

---

<sup>14</sup> Servicio de Información Agroalimentaria y Pesquera. Datos abiertos. Estadística de Producción Agrícola. <http://infosiap.siap.gob.mx/gobmx/datosAbiertos.php>

Chilcuautla y Cardonal no cuentan con un mercado establecido, por lo que la población se ve en la necesidad de desplazarse hacia municipios vecinos para la venta y compra de sus productos. Dada esta situación, el día de entrega del apoyo económico por parte del Programa Progresá, diversos comerciantes instalan puestos ambulantes en la plaza central con venta de calzado, ropa, verduras y comida. Por lo demás, la actividad comercial al interior de los distintos municipios se caracteriza por pequeños negocios, tiendas de abarrotes, tiendas Diconsa, puestos de comida callejeros, venta de ropa, roscerías, cabinas telefónicas, papelerías farmacias y algunas gasolineras, por mencionar algunos.

En Cardonal sólo el 35.7% de la población mayor de 12 años se considera población económicamente activa, de los cuales, alrededor del 92.1% (4,645 habitantes) se encuentra ocupada (72.4% hombres y 27.6% mujeres) participando en alguno de los tres sectores que dan sostén a la economía del municipio: primario, agricultura y ganadería (25.23%); secundario, fábricas, talleres, industria (27.81%) y terciario, comercio, servicios y transportes (44.59%). Cabe mencionar respecto a este último, que en la región se ubica una de las principales atracciones conocidas en la región como son las Grutas de Tolantongo, así como otros balnearios de aguas termales y parques ecoturísticos.

En algunos municipios como Cardonal tiene lugar un tianguis semanal, pero como se describió en el capítulo previo, Ixmiquilpan constituye el principal centro de actividad comercial y día de plaza (lunes) al que se desplazan los pobladores de toda la región. Asimismo, Ixmiquilpan no sólo concentra el mayor tianguis sino, el mayor mercado público, además de un rastro, central de abastos y diversas tiendas Diconsa.

Como segunda actividad económica favorable al desarrollo de los municipios en el caso de Alfajayucan, corresponde a la producción pecuaria cuyas principales especies y productos son abejas (cera/miel), aves (carne, huevo, venta de especie), vacas, toros, bueyes, cabras, ovejas, cerdos que se comercializan por cabeza de ganado o a través de productos como su carne y productos derivados como leche y lana, respectivamente. A diferencia de lo que ocurre en Cardonal y Chilcuautla, en este municipio la industria, el comercio y los servicios son las demás ramas que aportan más a la economía de este municipio. En diversos barrios se cuenta con una tradición de producción y venta de diversas artesanías y productos elaborados de ixtle, de palma, jarilla y vara silvestre que perdura hasta nuestros días llenando los días de plaza.

En el caso de Chilcuautla, si bien, la ganadería ha permitido al municipio desarrollarse en la producción de leche, contando igualmente, con cabezas de ganado ovino, porcino, caprino y aves de corral. Adicionalmente, en concordancia con lo mencionado en el capítulo anterior, Chilcuautla es un municipio que cuenta con yacimientos naturales que han favorecido el desarrollo, por un lado, de alguno que otro balneario y centro turístico de aguas termales, así como de granjas acuícolas que sitúan al municipio como uno de los principales productores de peces en el estado (PMD, 2016-2020).

Si bien, en todos los municipios se encuentran estos proyectos de explotación turística de la zona y los yacimientos naturales, son las comunidades de Ixmiquilpan las que han logrado alcanzar el mayor desarrollo en este campo de cooperativismo comunitario, así como en el sector de servicios que deriva de estos: restaurantes, bares, centros nocturnos, cafeterías, entre otros.

Aun cuando en Ixmiquilpan la mayor proporción de la superficie (40%) está destinada a la cría de animales con fines comerciales (uso pecuario), la agricultura, en su mayoría de riego, representa una de las actividades con mayor beneficio económico, además de que en gran medida se mantiene orientada al autoconsumo (maíz, frijol, alfalfa, tomate, jitomate y diversas hortalizas) (PMD, 2016-2020). El producto con mayor cantidad de hectáreas cosechadas es el pulque, pero en términos de ganancia económica el frijol es considerado más redituable, por encima del maíz (PMD, 2016-2020).

Tal falta de desarrollo económico y oportunidades de trabajo derivan en importantes niveles de desigualdad social, condiciones desfavorables, así como de vulnerabilidad que afectan a todos los municipios, encontrando, por ejemplo, que Chilcuautla presenta, en general, un nivel de marginación alta que deriva en un grado, igualmente, elevado de migración, principalmente, hacia Estados Unidos. Aunque es importante mencionar que Ixmiquilpan ha llegado a ser considerado el municipio con el más alto índice de intensidad migratoria de la región, estimando en 10% la proporción de hogares que reciben remesas (PMD, 2016-2020).

De este modo vemos como al interior de cada comunidad hay una fuerte estratificación social, cuyo peldaño más alto, anteriormente era ocupado por los comerciantes, quienes hoy en día, se han visto desplazados por los profesionistas, principalmente, profesores de educación indígena. Comerciantes, pequeños propietarios y algunos migrantes ocupan los siguientes peldaños dentro de la jerarquía, desplazando al nivel más bajo, a quienes no poseen tierra alguna y trabajan por un jornal, en la construcción o en el rubro de servicios.

Entre las comunidades *hñähñu* del Mezquital, como señala Franco Pelotier (1992), el grupo doméstico se desarrolla en un contexto caracterizado por una contradicción económica e ideológica a partir de continuar representando espacios agrícolas que no logran sostenerse como unidades productivas de subsistencia, generando la coexistencia de tres variantes, unidades de tradición agrícola, unidades de residentes conformadas por profesionistas cuyo ingreso proviene de actividades distintas a la agrícola y, finalmente, los migrantes.

Dicha estratificación y su transformación a lo largo del tiempo, no sólo impacta a nivel económico, sino político-social generando entornos de conflicto; las riñas e incluso, rumores de deudas de sangre entre familias se mantienen como fenómenos vigentes en algunas comunidades, así como intensas luchas por el poder o control del grupo mismo al interior de algunas otras. De tal manera que el sentido de comunidad y el grado de cohesión que los estructura como conjunto social se desarrolla en un constante

clima de inestabilidad que se extiende a todo el municipio. Así pues, incluso dentro de un marco jurídico que los favorece, (municipio dirigido por los indígenas y tenencia comunitaria de la tierra,) los otomíes tienen que hacer frente a conflictos sociales que no pueden dissociarse de los que afectan al conjunto de la sociedad mexicana (Galinier, 2012, p. 99).

Como parte de los eventos que tengo más presentes en la memoria relacionado con la atmósfera de violencia, protestas y aplicación de justicia que han tenido lugar en algunas comunidades de la región se encuentra un intento de linchamiento que tuvo lugar en 2014 en la comunidad Cerritos Remedios. Dos presuntos delincuentes asaltaron una tienda de Diconsa alertando tanto al comité de seguridad y vigilancia de la comunidad como a una parte de los vecinos, quienes, irritados por el suceso estaban decididos a exhibir y castigar a

los culpables. Alrededor de 200 vecinos golpearon, desvistieron, colocaron cartulinas y exhibieron a los delincuentes mientras los conducían al centro de Ixmiquilpan.

Si bien, la intención era ponerlos a disposición del Ministerio Público, uno de los asaltantes perdió la vida, mientras el segundo, presentó diversas contusiones y fracturas. A consecuencia de esto, dos años más tarde fue emitida una recomendación de Derechos Humanos hacia la Coordinación de Seguridad Estatal con relación a los protocolos a seguir para el resguardo de la seguridad de todo detenido.

El mismo año de la emisión de la recomendación de derechos humanos, en noviembre de 2016, habitantes de la comunidad de Dios Padre y distintas manzanas de Ixmiquilpan, El Barrido, El Valente, Cantinela, Fithzi y Humedades, se enfrentarían con otros pobladores a causa de conflictos agrarios. Algunas notas periodísticas<sup>15,16,17</sup> sitúan entre 800 y 2000 pequeños propietarios manifestándose contra la invasión de comuneros. A su paso hacia Presidencia Municipal para exigir la regularización de los predios y delimitación de las comunidades, otros pobladores se les enfrentaron derivando de nueva cuenta en un intento de linchamiento de dos personas y la muerte de una más.

A la inestabilidad social resultado de estos conflictos internos, se suma el posicionamiento de los pobladores ante conflictos de orden más amplio, como lo fue en

---

<sup>15</sup> “Enfrentamiento entre comuneros y pequeños propietarios en Ixmiquilpan deja un muerto”, *News Hidalgo*, 13 nov. 2016: <http://www.newshidalgo.mx/enfrentamiento-entre-comuneros-y-pequenos-propietarios-en-ixmiquilpan-dejan-unmuerto/>

<sup>16</sup> “Enfrentamiento entre campesinos deja un muerto en Ixmiquilpan”, *El Universal*, 13 nov. 2016, Sección Estados: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/estados/2016/11/13/enfrentamiento-entre-campesinos-deja-un-muerto-enixmiquilpan>

<sup>17</sup> “En protesta violenta, muere una persona y queman vehículos en Hidalgo”, *Excelsior*, 13 nov. 2016, Sección Estados: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/11/13/1127999>

2017 el incremento del costo de la gasolina (“gasolinazo”), que derivó en el cierre, por varios días, de la circulación de la principal vía de comunicación e ingreso a la zona y varias comunidades, en ambos sentidos<sup>18</sup>. Este periodo se caracterizaría por distintos enfrentamientos con autoridades y quema de vehículos oficiales, oficinas de seguridad pública junto con la detención de miembros de la policía federal como estrategia de negociación de la liberación de los habitantes detenidos a consecuencia de las protestas.

Por otro lado, en años recientes (2018-2019), la población relata como Ixmiquilpan ha sido escenario de disputas entre grupos armados que han derivado en balaceras, ejecutados, aparición de mantas con mensajes señalando a pobladores, que llevaron a los habitantes a tomar la decisión de evitar salir de casa más allá de cierta hora, en una especie de toque de queda autoimpuesto; así como a mostrarse más cuidadosos en su actividad cotidiana e incluso, algunos habitantes abandonaron sus hogares a causa de amenazas.

En la actualidad, estos enfrentamientos y sucesos parecerían haberse acabado, sin embargo, persiste la preocupación y temor entre algunos de los habitantes de que puedan volver a presentarse y ver quebrantada nuevamente su tranquilidad. No obstante, podemos ver que la lucha diaria de la población del Mezquital a lo largo de la historia ha estado guiada por situaciones de defensa y conflicto muy concretas, relacionadas con su condición de vida y posición desfavorable en relación con el grupo social más amplio, indígena o no, con mayor acceso a posiciones de poder y una importante diferencia socioeconómica.

---

<sup>18</sup> “Se registra enfrentamiento entre policías federales y pobladores en Ixmiquilpan”, News Hidalgo, 5 enero 2017: <http://www.newshidalgo.mx/se-registra-enfrentamiento-entre-policias-federales-y-pobladores-en-ixmiquilpan/>

Un carácter combativo forjado a lo largo de su historia que por momentos ha cruzado con un clima de inestabilidad derivado de frecuentes enfrentamientos por problemas internos relacionados con cuestiones agrarias (límites y tenencia de la tierra), gestión interna, luchas de poder, administración de justicia, así como en respuesta a la implementación de políticas públicas desfavorables de carácter más nacional y más recientemente un clima de inseguridad, que coexiste con un sentido de lo comunitario como ese primer nivel de identificación y articulación que determinan el modo de vida *hñähñu* (Galinier, 2012).

Hasta aquí hemos revisado lo relativo a los aspectos asociados a la territorialidad, geografía y recursos, así como algunos componentes socioculturales que conforman lo que Oliver *et al.* (2003) denominan el *ropaje simbólico* creado a lo largo de la historia de una región cultural, en este caso, El Valle del Mezquital. En el siguiente apartado, desarrollaré lo relativo al proceso identificación y sentido de pertenencia que establecen los pobladores con su entorno y la región que se corresponden con lo que Oliver *et al.* (2003, p.107), definen como *la dimensión simbólico-cultural de las relaciones e interacciones sociales*.

A partir de los trabajos de De la Peña (1991), Oliver *et al.* (2003) identifican dos aspectos que permiten la caracterización de esta dimensión simbólico-cultural en el Mezquital. El primero de estos, relativo a los procesos acumulativos que dieron origen a la estructura social actual, que ya han sido tratados en el capítulo 1, sin dejar de lado su integración a un sistema de poder, dominación y estructura más amplio, a nivel nación. Por lo que a continuación, me concentraré en abordar lo concerniente al segundo componente, el sentido comunitario y funcionamiento a nivel del grupo doméstico, en sus dos niveles, horizontal (familia, parentesco) y vertical (comunidad, estructura política y religiosa).

## 2.2 La comunidad

La pertenencia social implica la inclusión del individuo mediante la asunción de un rol o cierto tipo de compromiso en una colectividad con respecto a la cual experimenta sentimientos de solidaridad y lealtad (Oliver *et al.*, 2003).

El sentido de comunidad entre los *hñähñu* del Mezquital se construye a partir del trabajo conjunto de quienes la habitan; la referencia al tiempo pasado, los orígenes del pueblo, que remiten en el común de la población a la presencia de grandes hombres que lucharon por el desarrollo del pueblo y la región en general. Al tiempo que tejen lazos de solidaridad y colaboración en el momento presente, a través del sistema de cargos civiles y religiosos, en los cuales, a su vez, se reflejan en gran medida la lucha en torno al poder al interior del grupo, reafirmando que la cohesión social no excluye el conflicto.

La diferenciación o delimitación física de las comunidades, en muchos casos, no es tan clara a simple vista, aunque es verdad que continúan existiendo fronteras demarcadas por caminos y en muchos casos letreros que anuncian la llegada a tal o cual comunidad. Asimismo, en algunos momentos es posible observar estrategias como las brigadas de seguridad que durante una de mis temporadas de trabajo de campo fueron implementadas a la entrada de diversas localidades para controlar el acceso de locales y visitantes, básicamente en momentos que se estaban reportando robos o actos calificados de vandalismo. Si bien, estos percances disminuyeron sin que se dieran detenciones o acusaciones directas hacia alguien en particular, la explicación más aceptada fue que se trataba de gente ajena a la comunidad, tal vez, algún grupo de jóvenes rebeldes que “*andaban por ahí haciendo travesuras*”. Argumento que resulta relevante en esta configuración del sentido de comunidad donde quien es ajeno al grupo es representado como fuente de peligro, maldad, desorden.

Hacia la zona occidental de la región este antagonismo entre el nosotros y los otros, se expresa a la entrada de algunas comunidades a través de grandes láminas en las que se indica que la estancia de visitantes debe ser del conocimiento del Delegado y contar con la autorización de la comunidad, toda vez que se expresen con claridad los motivos de la visita, además de tener que respetar horarios específicos de estancia, no excediendo las nueve de la noche, por ejemplo. En caso de permanecer más allá de dicho horario, la comunidad señala de manera muy específica no hacerse responsable de cualquier cosa que pueda pasar al visitante.

Es así como la delimitación de las fronteras comunitarias entre los otomíes, parte de creencias que

tienden a representar al pueblo y su territorio como el “centro del mundo” (mate ra šimhoi). Más allá de ese espacio familiar y tranquilizador, penetrar en los territorios limítrofes significa exponerse a múltiples peligros, en particular a la “mala gente [...] Esta inquietud latente, mediante la cual el mundo indígena expresa su desconfianza respecto al más allá, a lo desconocido -llamado tákwati, “del otro lado”- se descarga en los extranjeros, la gente de la ciudad y los “gringos” (Galinier, 2012, p. 95 y 193)

De este modo, la comunidad ofrece un modelo de organización, percepción y vivencia del territorio desde su aspecto tanto físico como social. Cada comunidad cuenta con una plaza principal donde se ubica el edificio delegacional en el que se llevan a cabo las asambleas y la resolución de todo tipo de conflictos, el espacio desde el cual se ejerce el poder, pero también donde tienen lugar las celebraciones sociales, culturales, deportivas y religiosas que en algunas comunidades congregan a la totalidad de sus habitantes, pertenezcan o no, a la misma religión.

En la historia de la región, la primera experiencia católica llegaría de la mano de la orden franciscana quienes seguirían un patrón de influencia de sur-norte-oeste, mientras que si bien, los agustinos se instalarían formalmente décadas más tarde, se convertirían como la orden más predominante, a nivel doctrinal, en el Mezquital, siendo ejemplo de ello, los conventos de Actopan, Ixmiquilpan y Metztitlán. Desde alrededor de 1546 hasta 1751, Ixmiquilpan, Cardonal y Chilcuautla permanecieron bajo dominio de los frailes agustinos (Peña, 2005), en donde más allá de la acción jurídico-militar, la acción evangelizadora de las distintas órdenes religiosas impuso un sello en la vida del Valle que perdura hasta nuestros días:

La infraestructura religiosa conventual dispuesta en el Mezquital por la Iglesia católica no sería en sí, todo el recurso empleado en la conversión de indígenas, se diseñaron aún otros mecanismos con los cuales se pensó reunificar culturalmente a los naturales. La estrategia de la cofradía permitía a los frailes, congregarse a los indígenas en acciones comunes, dotarlos de un esquema de organización en donde se involucraba a todo el vecindario, fomentando entonces, una idea de unidad social distintiva, todo ello a través de elementos religiosos compartidos: el santo patrón, sus fiestas, las reuniones periódicas de los cofrades, los servicios religiosos entre sus miembros y el desarrollo de un culto común a varios santos (Arroyo, 2001, s/n).

Las fiestas en el Valle constituyen elementos fundamentales en el fortalecimiento de los vínculos comunitarios y la cohesión social del grupo, actuando como un espacio para la liberación de tensiones a la vez que se reafirma la cosmovisión (Cuevas *et al.*, 1992). Las festividades de mayor relevancia son aquellas realizadas en honor a cada Santo Patrono, en el caso de Alfajayucan, San Martín Obispo; en Cardonal, la Purísima Concepción; en Chilcuautla, Nuestra Señora de la Asunción y El Señor de Jalpan en Ixmiquilpan.

Los mayordomos son los encargados de organizar los festejos, peregrinaciones, misas y demás eventos deportivos, sociales, artísticos y culturales que acompañan la

celebración. Sin embargo, aun cuando la organización y los principales gastos son cubiertos por quienes conforman la mayordomía, todos los integrantes de la localidad participan y cooperan económicamente, pudiendo proponer, asistir y gozar de los eventos culturales, musicales y deportivos que se organizan en torno a la celebración con independencia del credo que prediquen.

Lograr que todos los miembros del grupo continúen participando de las cooperaciones y organización de la fiesta patronal, aunque no asistan a disfrutar de ella, como en el caso de los miembros de otras congregaciones religiosas, es una forma de cooperación que en algunas comunidades responde a un acuerdo alcanzado hace tiempo para frenar los enfrentamientos derivados de la conversión religiosa al protestantismo de un sector de habitantes, al colocar como prioridad la convivencia cordial entre ambos grupos, es decir, como una misma unidad sociocultural.

Asimismo, la participación de todo el colectivo se vuelve algo necesario para garantizar la continuidad de la festividad en entornos cada vez más desgastados a nivel económico ante un evento cuya carga financiera llega a ser muy elevada. En otras comunidades el recurso económico para financiar parte de las festividades, en gran medida, proviene de los migrantes que se encuentran en Estados Unidos, con cuyas remesas también han logrado construirse diversas obras, como en el caso de San Andrés Daboxtha, comunidad que hace algunos años eligió construir un rodeo con las remesas recibidas.



Ceremonia de cambio de mayordomía, Ixmiquilpan. Archivo Personal

Las festividades, en este sentido, como señalara García Canclini (1989, cit. en Cuevas *et al.*, 1992) operan al interior del grupo consolidando las relaciones afectivas y la pertenencia entre sus miembros, tanto de quienes permanecen, de aquellos que se fueron y los que regresan. Así es como cada uno de los distintos barrios o secciones en que se hallan organizadas las comunidades participan en la celebración organizándose para adornar el camino, casas y fachadas con diversas creaciones de palma, carrizo, flores de cera y/o de papel de varios colores, así como tapetes de aserrín.



Tapetes. Fiesta Patronal. Ixmiquilpan. Archivo Personal.

Mientras que los hombres son los principales encargados de los trabajos que implican mayor aplicación de fuerza como el cargar al Santo Patrono durante la procesión, así como organizar lo relativo a la misa, estandartes, música, fuegos artificiales, cohetes, toritos y demás. En general, las imágenes veneradas durante el periodo de resguardo y festividad se mantienen bajo el cuidado de las mujeres, quienes igualmente están a cargo de portar el sahumerio y preparar la comida en la fiesta mayor.

Definido como una organización estructurada a partir de redes de relaciones sociales entre sujetos que pueden o no estar unidos por lazos de parentesco, pero que, no obstante, comparten residencia y organizan en común la reproducción (Oliveira, 1988 en Oliver *et al.*, 2003, p. 109). El grupo doméstico aparece como la unidad básica en torno a la que se define la estructura social y organización comunitaria en el Mezquital, ya sea que se fortalezca y nutra del parentesco por afinidad (cuñados, suegros, concuños) o ritual (compadrazgo), así como de las relaciones de vecindad, este permite a la persona consolidar una vasta red de apoyo favorable a la resolución de sus necesidades, principalmente, económicas que han acompañado la transición de unidad productiva a unidad de consumo (Bautista-Aguilar, 2009).

De manera que la celebración del santo patrono continúa representando un símbolo espiritual de la coalición de las pequeñas unidades familiares, vinculadas entre sí por relaciones de parentesco, vecindad y compadrazgo (Moreno *et al.*, 2006). No está por demás precisar que en la región ambos sistemas, contrario a la articulación que tradicionalmente se reconocen entre la organización civil y religiosa, en este caso, subsisten como sistemas separados (Oliver *et al.*, 2003). Sin embargo, el carácter colectivo de la organización de la fiesta representa el esfuerzo por mantener el sistema ritual y de cargos

religiosos tradicional cuya principal función social y política es la configuración de la comunidad como una misma unidad, la cual, no obstante, desde hace varias décadas está sujeta a un proceso de transformación por la llegada y crecimiento de la presencia de grupos protestantes.

Al igual que el uso y reproducción de la lengua *hñähñu*, las fiestas patronales forman parte de las manifestaciones culturales que se han visto desplazadas y en otros casos transformadas a partir de la incorporación y resignificación de algunos de sus elementos, a fin de asegurar su permanencia. En este sentido, el caso de Alfajayucan adquiere una relevancia particular, en la medida que alberga una de las más importantes festividades de la región, el Carnaval de los Xhitas (“viejos”) que tiene lugar los primeros días de la Cuaresma. Esta festividad ejemplifica parte de la transformación que sufrieron las creencias y el vínculo entre sociedad y naturaleza que formaba parte de las prácticas y el sistema cultural previo a la conquista. En un municipio que sería uno de los principales centros evangelizadores, de cuyo tiempo se conserva el convento construido y ocupado por los franciscanos.

Luego de la destrucción tanto de elementos como espacios de culto prehispánicos, los pobladores se vieron obligados a modificar y fusionar parte de sus rituales con aquellos permitidos en el marco de la nueva religión, un sincretismo religioso en el que el calendario agrícola y sus ciclos se convertirían en un importante recurso para la conservación de antiguas creencias e integración y resignificación de los nuevos rituales y cultos (Rivera, 2002). En la actualidad, el tema central continúa siendo la tierra, agradecer y pedir por la buena cosecha, la prosperidad que viene de la bendición del santo patrono.

En el caso del carnaval, la población de todas las edades está representada a través de distintos personajes, ya sea, xhitas ancianos portadores de bastón, xhitas más jóvenes que van haciendo sonar su trompeta de ocote buscando emular el mugir del ganado, así como el sonido de los truenos que auguran la lluvia. Asimismo, el carnaval constituye un espacio de intercambio de productos o bienes, tanto la madama como los toreadores, charros y músicos acompañan, igualmente a la caravana que danza y juega mientras recolecta las donaciones de alimento y/o dinero que va haciendo la población durante su recorrido de comunidad en comunidad. El clímax del carnaval es la pelea a naranjazos entre hombres de la comunidad anfitriona y la invitada (Brambila, 2000).

Otras festividades de gran relevancia es la que congrega a la población en honor al Señor de la Salud en Metzquititlán, el segundo viernes de Cuaresma, el Señor de Mapethé celebrada en la comunidad de El Santuario en Cardonal, el quinto viernes de Cuaresma, así como la del Señor del Buen Viaje, que tiene lugar en Orizabita, población situada a pocos minutos de Ixmiquilpan, celebrada el sexto viernes de Cuaresma.

De acuerdo con uno de los relatos de mayor difusión en la región, con los españoles llegaron siete Cristos destinados a la evangelización de la población; los cuales fueron eligiendo cada uno, su comunidad. Es común escuchar que los Cristos o Vírgenes llegaron de forma casual a sus comunidades de las que ya no pudieron ser trasladados al volverse muy pesados, lo que sería interpretado por sus habitantes como un “no quería irse”, que traía en consecuencia la construcción de un templo para su veneración y resguardo (Cuevas *et al.*, 1992).

Las festividades de la zona congregan tanto a pobladores como foráneos, extranjeros de todo el país e incluso de otras naciones. Así tenemos también la fiesta en honor al Santo Niño de Atocha celebrada en el mes de enero, en el Barrio de la Otra Banda que se ubica en Ixmiquilpan, o la del Barrio de Jesús igualmente relativa al carnaval, la del Barrio del Maye el día de la Santa Cruz o la del Barrio de San Antonio en honor a San Antonio de Padua y así sucesivamente.

Si bien, parecieran ser eventos independientes, cada una de ellas guarda estrecha relación con todo el grupo de habitantes de la región en su sentido más amplio, por ejemplo, los mayordomos encargados de la fiesta de la Santa Cruz del Maye son quienes fungirán como principales mayordomos en la festividad de mayor relevancia en la región como es la del Señor de Jalpan de Ixmiquilpan, de tal modo que las mayordomías van creciendo en representación, responsabilidad y prestigio dentro del colectivo.

En todas las celebraciones, cada uno de los Cristos e imágenes que representan a los distintos Santos Patronos y Vírgenes, en su día de fiesta, son trasladados cubiertos con una túnica, de poblado en poblado en una procesión que se anuncia mediante cohetones. De todas ellas la llevada a cabo el 7 de septiembre es en honor al señor de Jalpan, la cual, inicia por la tarde noche (7pm-8pm) llegando a terminar a altas horas de la madrugada. La ocasión que tuve oportunidad de acompañar la procesión, luego del recorrido, habiendo regresado al templo de san Miguel Arcángel salimos de misa alrededor de las 5:30 am; siendo de todas las misas celebradas en este periodo de festejo, la única que escuché darse en *hñähñu*.

Misas, quemadas de castillos, toritos, música viva, concurso de reinas, baile, instalación de juegos mecánicos y puestos de comida, se van sucediendo hacia el cierre de la celebración que puede llegar a durar más de un mes como en el caso del Señor de Jalpan en Ixmiquilpan, ocurrida en torno al 15 de agosto. Más que la fundación político-administrativa del municipio, fue la llegada de la Orden de los Agustinos y la edificación del convento e Iglesia parroquial dedicada a San Miguel Arcángel, quienes marcaron la construcción y organización de las viviendas en torno a este centro y las orillas del Río Tula.

Ya sea que tenga lugar en la comunidad o en el municipio más amplio, usualmente, los festejos terminan con un baile nocturno celebrado en la plaza principal o rodeo, donde grupos y bandas de moda deleitan a los asistentes con música en vivo, prolongándose hasta la madrugada. Todos ellos eventos para los que se despliegan diversas brigadas o comités encargados de mantener el orden y la seguridad tanto de los locales como de los visitantes. El cobro del evento y la revisión de seguridad para evitar el ingreso de armas o elementos que pudieran usarse ante una riña, quedan a cargo de estos comités, aunque se cuenta con apoyo por parte de integrantes de la policía municipal y estatal.

Pero no sólo estas festividades a las que subyace la lógica petición-gradecimiento mantienen un carácter colectivo, celebraciones como bautizos, comuniones y graduaciones escolares se organizan y expresan en este mismo sentido. Si bien cada comunidad cuenta con su iglesia, los sacerdotes encargados de officiar misa acuden una vez al mes, de modo que las celebraciones religiosas tienen un carácter comunitario y pueden celebrarse, incluso, el mismo día de la festividad patronal. Grandes mesas y lonas se observan en cada

casa que está de fiesta, prestas a ofrecer barbacoa, mole, carnitas y demás platillos que acompañan la convivencia, donde no puede faltar la cerveza.

Este día mantiene una atmósfera festiva, en general, cargada de una mayor actividad donde las familias que no están festejando se encuentran invitadas a compartir, no importa la brevedad de la estancia en cada hogar que se visita, principalmente para disfrutar de los alimentos y por qué no, proveerse de un buen itacate. Las bodas igualmente se celebran a lo grande, no sólo porque en su gran mayoría los miembros de una misma comunidad pueden encontrarse emparentados, sino en la posibilidad que brinda de crear nuevos lazos, mientras se fortalecen los ya existentes favoreciendo con ello la preservación de la armonía del grupo.

### **2.3 La intimidad del hogar *hñähñu***

El desarrollo y configuración de la persona inicia con los cuidados, recursos y referentes socioculturales que la madre provee al recién nacido desde los primeros meses de vida, a fin de guiar su proceso de experimentación, interacción y dotación de sentido al mundo, así como su relación con los otros, con los objetos que lo habitan y el entorno (sujeto-mundo). De tal manera que, la definición de sí mismo, la realidad interna, se encuentra estrechamente vinculada con la relación que establezca con los otros y como parte del proceso de integración de ese mundo exterior e interior resulta fundamental la relación que el sujeto establece con su propio cuerpo, la identificación y diferenciación tanto a nivel biológico-sexual, como sociocultural que abarca las cuestiones de género y roles sociales. El ser y el cuerpo dado frente a la experiencia, al cuerpo vivido.

En la región del Mezquital, estas primeras acciones de cuidado materno hace varias décadas se definían a la luz de los conocimientos y saberes transmitidos de generación en generación por otras mujeres (abuelas, madres, hermanas). Mientras que, en la actualidad, a la par que persisten dichos conocimientos y prácticas, las pláticas y acciones por parte del personal de los servicios de salud han avanzado en su influencia en el campo de las prácticas de cuidado, de alimentación y de crianza de los infantes, reforzando así, el carácter híbrido del sistema de creencias y prácticas en torno a la salud prevalente entre los *hñähñu* (Tranfo, 1974).

Durante los primeros años de este periodo caracterizado por una fuerte dependencia de la madre, el aprendizaje por imitación, la obediencia y el juego aparecen como los tres principales elementos que marcan el desarrollo del niño. Como señala Castillo (2000, p. 175), “el niño se configura a partir de la observación e imitación del otro, podemos decir que aprendemos a «leer» en el rostro del otro y a «escribir» en el nuestro”. No obstante, la imitación y la obediencia se antepone al juego, principalmente, para marcar la pauta de lo que será su participación en actividades laborales y del hogar desde edades muy tempranas, ante la necesidad de beneficiarse de su aporte como fuerza de trabajo.

Lo anterior, acelera en cierto sentido la independencia del cuidado mediante la apropiación y ejercicio de su rol como parte del grupo doméstico de acuerdo con su género y edad. Es así como estructura y funcionamiento familiar encuentran eco en la dinámica social de las relaciones entre géneros. El hogar representa, igualmente, el espacio en el que tiene lugar el proceso de interiorización y reproducción de las formas establecidas tanto de hacer como de no hacer, es decir, el “deber ser” al que se otorga un carácter de realidad, normalizando y naturalizando conductas y pensamientos que dan forma a dichos roles.

El niño aprende en qué consisten los roles de género en términos de constitución física, comportamientos, actividades, pensamientos y sensaciones que socialmente se atribuyen a cada uno de ellos, así como de su rol social en tanto hijo (a), hermano(a), padre/madre. Aquí, las distintas funciones domésticas de cada uno de los miembros de un mismo grupo se articulan a las reglas de reconocimiento parental (Franco Pellotier, 1992) y se dan en función de la relación semejante-opuesto (madre-hija, padre-hijo, madre-hijo, padre-hija).

En el Mezquital, la transmisión de valores, responsabilidades y labores propias de cada género se da en la vida cotidiana mediante el acompañamiento del padre o la madre, sin dejar de lado la transmisión oral del conocimiento y tradición del grupo, por lo que son niños y niñas a quienes desde muy pequeños sus padres les han enseñado, con el ejemplo, a responsabilizarse, mediante la permisón y prohibición de ciertas conductas.

Los niños y niñas, nos dice Galinier (2012), están sujetos a una rigurosa separación y educación que corre en paralelo, la cual, en ningún momento permite la confusión entre hermanos y hermanas de una misma clase de edad. Tal distinción abarca el proceso mismo de la gestación del recién nacido, en el que, desde el núcleo más tradicional y dualista se establece que el dominio de una herencia paterna asegura el vigor y fortaleza del hijo varón, mientras que la prevalencia de la herencia materna favorece la debilidad.

En este sentido, ser mujer es percibido como una desventaja, debilidad, fragilidad, nulidad que se traduce en un trato diferenciado que alcanza expresiones de violencia verbal, psicológica, económica y física, por mencionar algunas. Respetar al esposo, ayudarlo, pedirle permiso, atender a la familia, cuidar a los hijos, lavar la ropa, hacer la comida, echar

tortillas, ser amable, limpia, servicial y trabajadora, entre otras, son cualidades que, de acuerdo con los propios testimonios de las mujeres entrevistadas, definen su “ser mujer” al interior de sus comunidades.

Lo cual, deriva en una percepción compartida por varias de ellas de que no pueden valerse por sí mismas, en tanto, su valor y posibilidad de ser tiene lugar en el ámbito doméstico como espacio vital y en función de su relación con el hombre, hacia quien deben mostrar obediencia y ausencia de cuestionamiento de su autoridad masculina, así como la aceptación de otorgarle el control de su libertad mediante la vigilancia de sus actividades. Con lo que se favorece la generación de relaciones de dependencia a distintos niveles (económica, social, psicológica, emocional-afectiva), así como importantes ciclos de violencia que impactan la salud física y mental tanto de las mujeres como de los hijos.

El hombre, por su parte, representa ese ser fuerte, responsable, proveedor económico, que goza de toda autoridad, libertad de acción y decisión, trabajador, dominante que representa el vínculo entre el ámbito privado (el hogar) y el público (la comunidad), ocupando una posición de mayor poder en la jerarquía social y familiar. De este modo y aun cuando las actividades desempeñadas por las mujeres o los propios hijos representen un aporte a la economía del grupo doméstico, sobre todo, en familias de migrantes, continúa careciéndose de reconocimiento a su trabajo y aporte a la economía familiar. Como señala Oliver *et al.* (2003), pese a la feminización del trabajo agrícola, las mujeres no son siquiera reconocidas como sujetos de derecho agrario por parte de instancias gubernamentales, ocupando el lugar de madres o esposas de algún ejidatario.

Asimismo, aunque cada vez se da mayor importancia a la asistencia de los hijos(as) a la escuela por el beneficio que puede representar en cuanto a mayores y mejores oportunidades de trabajo e ingreso económico derivadas de la adquisición de habilidades sociales y para el ejercicio del comercio (aprender a hacer cuentas y dominio del español). Entre algunos pobladores de edad adulta persiste la idea de que sólo los varones deben tener acceso a la educación, mientras que la mujer debe dedicarse a las labores del hogar en tanto logra casarse, o bien, a trabajar para aportar a los gastos del hogar y de la educación del hermano o de los hombres de la casa.

Sin embargo, esta situación de exclusión y subvaloración de la mujer y su participación en diversos ámbitos que la relega a los niveles más bajos de la jerarquía social y limita su desarrollo y autonomía (Vázquez-García *et al.*, 2014), poco a poco está siendo trastocada por procesos internos de resignificación como el investigado por Huerta (2019) en jóvenes universitarias, quienes pese a la carga de violencia que reciben a causa de su decisión de estudiar, aunado a la carencia de recursos y dificultades a lo largo del proceso, han logrado desarrollar un concepto de autonomía.

Adicionalmente, como hemos revisado, desde hace varias décadas, la región ha estado sujeta a una gran transformación sociodemográfica derivada de la migración, principalmente, del varón en solitario, quien deja a su mujer e hijos en su comunidad de origen a cargo de su familia (la del esposo, la familia política de la mujer). La cual, en la mayoría de los casos, se convierte más en un guardián de la conducta social y moral de ella, que un grupo de apoyo.

En otros casos es frecuente escuchar relatos de mujeres que fueron abandonadas por sus parejas tras haber migrado, dejando un día de recibir remesas, algunas veces sin explicación, otras tantas con la noticia de que sus parejas habían formado una nueva familia en Estados Unidos, orillándolas a ellas y sus hijos, a reformular sus roles para hacerse cargo de su propia subsistencia.

En otros casos no es la pareja quien migra sino el o los hijos en busca de un mejor futuro, así como también, las propias mujeres a quienes se reconoce como actores clave en la consolidación de las redes migratorias tanto al interior del país como a nivel internacional (Paz, 2021). En los municipios de estudio es común escuchar experiencias donde la mujer migra en compañía de la pareja, dejando a los hijos al cuidado de otros familiares, principalmente, los abuelos o los tíos. De modo que, aunque la ausencia física por migración internacional es vivida cada vez más como algo cotidiano, no deja de generar transformaciones al interior del grupo doméstico, tanto en estructura como en el ejercicio de los roles sociales.

Como se mencionó, cuando la mujer permanece en la comunidad de origen, se ve forzada a asumir tareas y responsabilidades que antes recaían en el hombre, siendo ella quien de ahora en adelante deberá solucionar todo conflicto o dificultad económica y familiar que se vaya presentando (Cortés, 2012). Por otro lado, la mayor prevalencia de mujeres en ciertas comunidades generada por la migración, en algunos casos, impulsó la implementación de proyectos productivos y la conformación de diversas organizaciones y cooperativas enfocadas a favorecer su desarrollo y empoderamiento de este sector. Así también, los hijos que se quedan cuando quien migra es el padre, han visto más acelerada

su participación en el circuito de trabajo formal buscando apoyar el ingreso económico de la casa, adicional a los estudios que pudieran estar cursando.

Pese a la mayor participación en la dinámica social y en la organización política y económica que han ido teniendo estos dos sectores de la población (mujeres e hijos) se identifica una falta de reconocimiento formal y rechazo a dicha participación (Cortés, 2012). Lo que se refleja en el reconocimiento de la figura del padre, el varón adulto, como principal proveedor económico, cabeza de familia, encargado de salir a trabajar en el campo, ya sea en sus propias tierras o como jornalero, como empleado (asalariado); en muchos casos aun cuando ha migrado. Mientras en la mujer recae el rol de madre de familia y cuidadora principal, encargada de la casa, de la educación de los hijos, de leñar y pastorear, en tanto los hijos persisten como fuerza de trabajo.

A este respecto, si bien, vemos que el grupo doméstico se refuerza como la unidad más importante a nivel social y económico. Anteriormente, el número de miembros que lo conformaban podía alcanzar hasta los doce o más integrantes, a diferencia de que en años recientes es posible observar cambios en cuanto a la extensión de las familias que optan por limitar el número de sus integrantes a cuatro o cinco miembros. Sin que ello signifique que el grupo familiar haya dejado de actuar como unidad productiva y de reproducción sociocultural.

Por el contrario, vemos como el matrimonio y la maternidad se mantienen como los dos pilares en torno a los que se erige la vida de toda “buena mujer” *hñähñu*, quien según dicta la tradición *debe respetar y obedecer a su marido y que, si Dios les manda hijos, debe cuidarlos* (Guerrero, 1983, p. 253). De tal manera que, para la mujer *hñähñu* el rol

reproductivo es fundamental para definirse y ubicarse como parte del grupo, en su posición de esposa dentro de la jerarquía social.

Como señala Galinier (2012), los hombres buscan a la mujer *hñähñu* para asumir las tareas domésticas, pero sobre todo para asegurar la descendencia, por lo que se repudia pronto a una mujer estéril, así el valor o virtud de una mujer aparece en diversos casos asociado a la cantidad de hijos que puede parir y a la resistencia o actitud adoptada ante los hábitos de consumo de alcohol del marido.

*Las mujeres que no tienen hijos es por castigo, por la infidelidad de su esposo y porque no han querido humillarse ante Dios y pedirle perdón por los pecados del esposo y los de ella, yo lo hice y al poco tiempo me embaracé (Rutilia, 47 años).*

Este énfasis en la capacidad reproductiva, a su vez, guarda estrecha relación con otro aspecto central del desarrollo biológico-sexual y de la construcción cultural del ser mujer para los *hñähñu* como es la menarquia. La llegada de la “primera regla” es descrita por las mujeres, principalmente adultas, como un suceso sorpresivo del que poco o nada sabían, llevándolas a vivirlo con temor e incertidumbre. Un desconocimiento que, en algunos casos, es resuelto por una mujer cercana a ellas, de una mayor jerarquía y experiencia (madrina, tía, cuñada): *A todas las mujeres les pasa y pues ahorita tú ya puedes tener hijos, pero ¡no debes!* (Sonia, 47 años).

La primera menstruación podía tener lugar en la escuela, leñando, pastoreando o de camino a casa, en cualquier lugar, haciéndolas sentir vergüenza y exponiéndolas en ocasiones a burlas de terceros. La primera reacción comúnmente implicaba intentar contener el sangrado con alguna prenda, hasta que alguien les obsequiaba la primera toalla

femenina o por imitación de sus pares, en cuanto a formas de dar respuesta y controlar la situación.

*Yo no sabía qué era eso cuando me sucedió me espanté, y ahora ¿qué?, ¿por qué?, me caí o ¿por qué?, y cuando vi empecé a sangrar, fue poquito, pero, dije ¿qué hice o por qué?, no, pero tampoco fui a preguntar. Yo me quedé ahí y como yo no tenía ni ropa interior, dije ¿qué hago? Me acuerdo de que había muerto un señor y dicen que no es bueno que cuando una mujer esté reglando vaya a un entierro. Fíjate que ni siquiera he preguntado ¿por qué?, no sé qué pasa. Pero pues yo fui a ese entierro, tenía yo una falda azul rey y dije ‘no, pues esta falda no se ve’, pero me senté y cuando llegamos estaba yo manchadísima y mi cuñada fue la que me vio. Me dice, es que estás reglando; ¿y qué es eso? le dije. A todas las mujeres les pasa y pues ahorita tú ya puedes tener hijos, pero ¡no debes! Pero ¿qué traes?, me dijo. Y le digo, ‘pues que voy a traer, si no tengo ni calzones’. Yo no conocía lo que era una toalla, me tapaba con calcetas, pero se pasaba y a cada rato era una calceta y pues ya hasta después mi cuñada me explicó mejor. En la escuela nunca nos decían (Sonia, 47 años).*

Al igual que con la menstruación, los encuentros sexuales se viven desde el desconocimiento y el miedo por la enorme carga simbólica de carácter negativo que recae sobre ambos. Una situación comúnmente referida por las mujeres tiene que ver con el silencio que existe alrededor de la sexualidad y los cambios asociados con el desarrollo sexual. Hablar de sexualidad, de acuerdo con varias de ellas, durante su época de juventud, era percibido como algo inadecuado por lo que no sabían nada acerca de qué podían esperar en sus primeras experiencias en la medida en que fueron educadas, criadas percibiendo a la sexualidad como un pecado que reforzaba la sensación de vergüenza y peligro.

Es necesario recordar que todas las entrevistas son mujeres adultas, varias de ellas madres de mujeres jóvenes e incluso abuelas de nietas pequeñas hacia quienes expresan su deseo de no vivir lo mismo que ellas pasaron, lo que se traduce en muchos casos en un mayor apoyo para asistir a la escuela, así como en un esfuerzo por hablar con ellas de estos temas que ellas desconocían, si bien no cuentan con información se muestran abiertas a

preguntar o sugerir acercase con quienes puedan orientarlas a ellas y a las mujeres más jóvenes. Lo que nos lleva a no olvidar que los sistemas culturales no son absolutos, inmutables ni libres de contradicciones, sino dinámicos y abiertos, por lo que sería importante profundizar específicamente en la configuración de la dimensión sexual y afectiva entre la población más joven para poder tener un mejor retrato y comprensión de cómo se presenta en la actualidad y la manera en que se articula al pasado que recuerdan y experimentaron las mujeres adultas y adultas mayores que nutren este trabajo.

Es entonces que, a partir de esta combinación entre vergüenza y peligro fuertemente desarrollada y atribuida a la mujer, se hace acreedora de una hipervigilancia por parte de los varones, inicialmente el padre, posteriormente, el marido, reforzando diversos actos de violencia, rechazo y discriminación hacia ella. Entre mujeres adultas es común escuchar historias como la de Benita, quien recuerda a su padre como alguien muy celoso, controlador, que no le permitía salir a ningún lado; de acuerdo con él, debía asegurarse de conseguirle un “buen casamiento” que le garantizara una “buena vida”. Fue entonces que Benita, nunca tuvo un novio o pretendiente, sus padres eligieron y arreglaron su matrimonio: *nos casamos sin conocernos casi, sin vernos solos.*

La célula familiar prefigura la imagen de la comunidad al separar, en todos los actos de la vida, a los hijos de las hijas.... Una vez adolescentes, los muchachos deben guardar la misma reserva con las muchachas del pueblo. A mi juicio, es en este sistema rígido de control de la personalidad donde nace el formalismo de las relaciones sociales en la edad adulta entre hombres y mujeres, tanto entre personas del mismo sexo. Una cortesía extrema, una reserva en las conversaciones y una gran economía en los gestos son los rasgos de comportamiento que los niños adquieren entre ocho y diez años (Galinier, 2012, p. 195)

En algunos casos el varón da un tiempo a la mujer para acoplarse a su nueva vida, de manera que, aunque comparten habitación y cama, el contacto físico-sexual se ve

limitado, así como las sensaciones y experiencia de placer en tanto que se asume como una obligación vinculada a la reproducción. No obstante, regresando a la historia de Benita, podemos igualmente observar, que la idea de “buen matrimonio” y “buena vida”, no remite siempre a un estado de bienestar de la mujer. Benita recuerda a su padre explicándole que ella debía hacer siempre lo que su marido le dijera y donde él se acostara, sin importar que estuviera borracho, ahí debía acostarse ella hasta que él se levantara, a fin de procurarle lo que este necesitara.

*Me acuerdo que mi papá era el que me decía ahí donde se acueste él de borracho, ahí te vas a costar tú, hasta que él se levante y vas a hacer lo que él te diga; a mí se me figuraba todo fácil, pero ya después cuando viví con el me arrepentí, pero pues ya (Benita, 63 años).*

Es así como podemos registrar que el matrimonio en el Mezquital, por largos años respondió a un sistema prescriptivo bajo el que los padres concertaban las uniones o alianzas de sus hijas (os), sin tomar en cuenta opiniones o afectos. Estos últimos, de acuerdo con las mujeres, se espera vayan desarrollándose o experimentándose con el paso del tiempo y la convivencia con la pareja. Así, una vez que los padres del varón elegían a la muchacha para su hijo, se dirigían a pedir su mano ofreciendo a la familia de ella diversos obsequios entre los que se mencionan: pan de yema, queso, animales, flores naturales, galletas de animalitos, pulque o algún licor, fruta y demás productos, orientados a reflejar el estatus y capacidad económica del novio (Oliver *et al.*, 2003; Bautista-Aguilar, 2009)

Sentadas en el parque, bajo el sol de la tarde, Malena recuerda cuando ella era joven, *los papás del chavo tenían que venir a pedir a la novia llevando su canasta de fruta o de galleta con rompopo*. Así le pasó una vez y aunque no se casó con él, con simpatía recuerda cómo lo vivió. No conocía al muchacho de trato, sólo de vista, su familia vendía

en el mercado y el muchacho trabajaba ahí. Nunca habían cruzado palabra y no le gustaba, sin embargo, sus papás de él dijeron que les gustaba para nuera, *para que yo fuera la novia de su hijo*.

Al igual que ha pasado a otras mujeres de la región, con tan solo 14 años, un día al regresar a casa se encontró con la noticia de que unas personas habían ido a pedir su mano. Tres visitas llevando presentes, en este caso, los que más recuerda, galletas y rompopo. *¿Que, si siempre te vas a casar con él o no, que, porque ya tienen la casa?* Era la pregunta de su mamá. A diferencia de otros casos, Malena sí fue consultada y pudo negarse al matrimonio, de cualquier manera, se fue a trabajar como empleada doméstica lejos de su casa y nunca volvió a saber de esa propuesta. Hasta el día que regresó con su primera niña en brazos y encontró en el centro a la mamá de aquel muchacho, quien todavía le preguntó en otomí si esa niña que traía era su nieta. Se limitó a responder que no y para ese fin de año, el muchacho por fin se casó.

La petición de mano tradicionalmente implicaba realizar alrededor de tres visitas a la familia ofreciendo en cada una de ellas diversos obsequios como los antes mencionados. Aun cuando existiera acuerdo o disposición al matrimonio, esto no era comunicado sino hasta después de haber tenido lugar más de dos visitas. Finalmente, luego de aceptar la petición viene la ceremonia y el festejo, mediante una comida a la que asiste no sólo la familia, sino gente de la comunidad y a partir de ese momento, la mujer cambia su lugar de residencia de casa de sus padres a casa de los suegros.

Por otro lado, en otras historias, el rapto de la mujer aparece como un recurso que en el mejor de los casos responde a un acuerdo conjunto de la pareja de jóvenes, como una

forma de asegurar su unión escapando a todo arreglo o alianza establecida con otra familia para dar en matrimonio a la mujer, así como ante la oposición de algún familiar o en aquellos casos que el novio no cuenta con la solvencia para cumplir con el ritual de petición de mano en el sentido esperado. No obstante, la norma social vulnerada mediante el rapto se vería restablecida con el regreso de la pareja a la comunidad, quienes al ofrecer disculpas legitiman su unión.

Al respecto, una situación ampliamente observada en la región (Oliver *et al.*, 2003) es la relativa a la cada vez más frecuente preferencia por la unión libre, principalmente debido a la difícil situación económica de la población y lo costoso del ritual de cortejo, petición y matrimonio. De tal modo que aun cuando las uniones gocen de legitimidad ante el grupo, en su sentido más comunitario, a nivel legal, varias de estas parejas no cuentan con un registro por la vía de lo civil.

En otros casos, la experiencia de rapto no respondió a un acuerdo entre la pareja, sino a una expresión más de violencia contra la mujer y de su subordinación ante el varón y la autoridad de uno de los progenitores. Doña Aurora, aún recuerda esa tarde en que aquel hombre la secuestró mientras iba camino a casa de regreso de la escuela. Según relata, luego de ser liberada y regresar a casa, supo que su propia madre había acordado el rapto por parte de aquel hombre de quien habría recibido una ayuda económica como parte del acuerdo. Aurora nunca supo en qué comunidad se encontraba la casa donde permaneció encerrada sin poder salir durante semanas hasta que pudo volver a casa.

El contexto de violencia en que se dio la unión, su primera experiencia sexual y la dinámica familiar posterior son dimensiones que no pueden ser pasadas por alto cuando

intentamos reconstruir y profundizar en las historias de vida de una parte de la población y, aún más importante, como elementos fundamentales en la comprensión de la configuración de las experiencias de depresión de algunas de ellas, como veremos más adelante.

Aunque el acuerdo entre familias y el rapto se inscriben dentro de un sistema prescriptivo que aún se conserva en algunas zonas, es importante señalar que se asume como algo cada vez menos frecuente. Desde hace varias décadas se observa la transición a un sistema preferente en el que la decisión o elección personal de la pareja y el afecto cobran mayor importancia, es decir, recaen en la persona reconociendo con ella su poder de elección y participación en la conformación de la nueva unión diversificando las formas de relacionarse, hacia fuera y dentro de las comunidades. En este sentido, los bailes se mantienen como esos espacios de encuentro y socialización donde poder elegir a la pareja, al igual que los centros de trabajo y escuelas, así como el propio proceso de desplazamiento migratorio y los lugares de destino que se convierten en espacios abiertos al cortejo (Bautista-Aguilar, 2009).

Al respecto es importante tener presente que las personas con quienes se tuvo interacción a lo largo de este trabajo eran población adulta, con un promedio de edad de alrededor de 44 años, por lo que las narrativas que comparten no permiten identificar parte de los preceptos dominantes en una época pasada en la que cómo parte de ese sector joven estaban iniciando en el ejercicio de su ciudadanía, en su participación dentro de la organización social de su comunidad, en el circuito de trabajo y en la conformación de sus familias. Sin que, por ello, dejen de mostrarnos parte de la transformación al interior de sus propias comunidades siendo ellos mismos agentes de estos mismos cambios al mencionar su deseo porque sus hijos (as) no pasen por lo mismo que ellos.

Lo anterior, en el caso de las uniones matrimoniales, como he señalado se ha traducido en el predominio actual de un sistema preferente que involucra o reconoce la posibilidad de participación de los jóvenes involucrados, no obstante, respecto a este tema resulta relevante la reflexión realizada por autoras como Cortés (2012), quien a través de su trabajo con mujeres jóvenes de la región señala como, aunque la familia ya no elija a la pareja, persiste una fuerte presión para que las mujeres se casen o establezcan alianzas matrimoniales con jóvenes de su misma comunidad o comunidades aledañas en tanto que se busca la reproducción de la comunidad, además de que la concertación de la alianza matrimonial constituye un hecho articulado a “la autoridad de la familia, específicamente, a la autoridad, estatus y honor del padre [...] la autoridad simbólica masculina” que sostiene el orden comunitario (Cortés, 2012, p. 88-89).



A la espera de los novios. Comunidad de Cardonal, Hidalgo. Archivo personal.

Sea civil, religiosa o unión libre, la alianza matrimonial puede llegarse a disolver mediante la figura del divorcio o la separación ante la infidelidad o violencia de la pareja, fundamentalmente el varón (Oliver *et al.*, 2003) Aunque en el presente, se dan con mayor frecuencia, las separaciones continúan siendo algo poco común, sometiendo a una historia de desgaste e intenso sufrimiento emocional a la pareja, que deriva en malestares y

padecimientos colocando a la muerte o el abandono como los principales y más frecuentes motivos de disolución del vínculo. Esta decisión se ve obstaculizada por temor al qué dirán, al estigma principalmente en la mujer, por lo que se asume como un fracaso; por la penalización simbólica como lo describe Cortés (2012) con relación a la situación que llegan a vivir las mujeres jóvenes que buscan romper con el rol tradicional a través del estudio, el trabajo, el retraso de la maternidad o incluso la decisión de migrar.

Por otro lado, la alianza matrimonial nos acerca a otro tema como es el relativo a la definición de la residencia y el estatus de la persona, ambos, aspectos cruzados por la categoría de género. Respecto al primer punto, en la región ha persistido por largo tiempo una residencia patrilocal o virilocal (Oliver *et al.*, 2003; Báez y Moreno, 2012), que conlleva el traslado de la mujer de casa de sus padres al lugar de residencia del esposo, el cual, suele ser la casa de sus padres (los suegros de la mujer). Una vez aquí, durante un tiempo la nueva pareja puede compartir la misma casa-habitación de los padres, hasta que pueda edificar su propia casa, la mayoría de las veces en un terreno cedido o heredado por el padre del varón. Mientras que, en otros casos, si bien, desde el principio se comparte el terreno, no así la vivienda.

Al igual que con otras tradiciones, la residencia se ha ido transformando en función de las necesidades y exigencias de la vida de pareja favoreciendo la preferencia por la neolocalidad como sistema de residencia, sobre todo por parte de la mujer, quien como ya señalé, en su gran mayoría se vuelve sujeto de escrutinio por parte de la familia del esposo, principalmente de la madre, con quien frecuentemente se establece una relación áspera, de conflicto y/o competencia. Aquellos casos donde el varón migra, es quizá donde se observa

de manera más marcada esta situación en la que la mujer queda bajo la tutela de los suegros (Oliver *et al.*, 2003).

En ambos casos, he mencionado que la relación de cuidado por parte de la familia del esposo se torna en una hipervigilancia del comportamiento y actitud de la nuera, por parte de los suegros, quienes se han convertido en sus segundos padres. Por lo que la neolocalidad se convierte en un recurso que en determinado momento permite relajar la intensa vigilancia por parte de la familia política sin romper o dañar el vínculo entre ambos grupos.

En cuanto a la relación nuera/suegra es importante precisar que no en todos los casos se desarrolla una relación áspera. En ocasiones, la llegada de la mujer suele percibirse por la madre del varón como un apoyo en la realización de las actividades domésticas, así como en el cuidado de los hermanos del esposo, o para el pastoreo, ir a leñar, cocinar, entre otras actividades, como le ocurrió a Malena. Su llegada a la familia de su esposo, según me relata, no sólo representó un apoyo a su suegra, sino una compañía en el día a día que les permitió crear lazos afectivos lo suficientemente sólidos y fuertes entre ellas, que favorecieron la construcción de una estrecha solidaridad, empatía y apoyo entre ambas mujeres. De tal manera que su suegra se convertiría en su principal apoyo ante la ruptura de la relación y separación física a causa de la infidelidad de su esposo, defendiendo la permanencia de Malena y sus hijos, en la casa, como su hogar, siendo su marido quien se marcharía.

Otro aspecto en el que tiene impacto la valencia diferencial de los sexos es el relativo a la herencia, ya que, tradicionalmente tanto las tierras como la casa de los padres,

se heredan al hijo menor, varón (Báez y Moreno, 2012). Sin embargo, en la actualidad, aunque esta costumbre persiste, se ha visto modificada por una herencia bilateral, es decir, en la que ambos progenitores, padre y madre, deciden de manera conjunta el reparto, a partes iguales, entre todos los hijos, o bien, respondiendo a criterios muy subjetivos que atribuyen una mayor o menor necesidad de apoyo en alguno de ellos. Por ejemplo, una hija madre soltera, el primer hijo que se ha casado, el que vive aún con ellos, mientras los demás hijos han migrado, aportando diversidad y dinamismo al patrón de herencia.

Al igual que el sexo, la transición y clasificación etaria del sujeto al interior de una sociedad rural o grupo indígena como los *hñähñu* hemos visto responde a un criterio que trasciende lo biológico en términos de desarrollo o ciclo de vida como el que tiene lugar en una sociedad occidental. De manera que, para el varón la transición a un periodo de mayor responsabilidad (adulthood) está determinado por la adquisición de un compromiso social, es decir, para con el grupo, el colectivo comenzando a participar en las cooperaciones, faenas, reuniones y asambleas reafirmando y consolidando su lugar como ciudadano; mientras para la mujer este compromiso alude al matrimonio y primer embarazo.

En este sentido, una experiencia que se repite en diversas historias de vida asocia el intenso control al que suele someterse a la mujer, al deseo y búsqueda del matrimonio y/o embarazos, en tanto que los perciben como opciones para escapar de su hogar y de la situación de violencia y control que experimentan. Regresando a la historia de Benita, fastidiada del control y los celos de su padre, creyó que al casarse podría al fin, salir a fiestas y divertirse, pero el problema de consumo excesivo de alcohol de su esposo la llevó a enfrentar una larga e intensa historia de violencia desde el inicio de su matrimonio.

Asimismo, los varones se ven sujetos a una presión para consolidar su estatus de adulto mediante el matrimonio, que como tal le ayuda a reafirmar su posibilidad de acceder a cargos políticos, de lo contrario, poco a poco podría ir quedando excluido de estas actividades e incluso estar sujeto a atribuciones de homosexualidad. Antonio y yo nos conocimos durante mi primer periodo de trabajo de campo en el año 2008, como muchos otros jóvenes de su comunidad, ocho años atrás había decidido emigrar en busca del sueño americano donde, si bien, encontró trabajo y la posibilidad de ganar el dinero suficiente para construirse una casa en su pueblo, junto con ello, llegaron humillaciones, burlas, desgaste y enfermedad.

Aunque en Florida había logrado establecerse, el interés por hacerse de mejores oportunidades de trabajo lo llevó a migrar a Atlanta, donde ya radicaba uno de sus hermanos. Un tránsito que, de acuerdo con Antonio, marcaría un antes y un después en su vida. El desgaste físico, que en sí mismo ya tenía a causa de las extenuantes y largas jornadas de trabajo combinadas con una mala alimentación, caracterizada sólo por bebidas energéticas *para tener fuerza y seguir trabajando, tomaba dos o tres al día, así sin comer*, más un escaso descanso, generaron las condiciones de emergencia de lo que inicialmente le sería explicado como ataque de pánico, posteriormente, mal de los nervios, epilepsia y homosexualidad. Este último derivado de que está cercano a los 30 años y de acuerdo con registrado en su expediente médico: *No ha podido mantener relación con alguna mujer porque le tiene miedo, las ocasiones que ha tenido relaciones sexuales han sido con prostitutas* (Bautista-Aguilar, 2009)

Finalmente, y luego de una larga travesía por diversos servicios de atención y especialistas, el diagnóstico que hoy Antonio lucha por comprender y vivir es el de

esquizofrenia; el cual, más allá de los elementos que nos aporta a la comprensión de la configuración de la experiencia de enfermedad y trayectoria de atención, que será analizada en el capítulo V. En este momento, nos coloca frente a la forma en que la expectativa social, la norma, cruza el propio ojo clínico de uno de los especialistas consultados que lo llevan a registrar su soltería como parte del problema descrito bajo la categoría de homosexualidad. Lo cual, trascendería las puertas del consultorio, para difundirse entre el colectivo a través del rumor, del chisme.

Resignificar el matrimonio como única opción para salir de su casa en el caso de las mujeres, así como para contrarrestar el rechazo social al varón soltero en cierta etapa de su vida, implica no sólo un trabajo en lo relativo a prácticas de crianza al interior de la familia *hñähñu* y reformulación de paradigmas culturales, sino en la generación, fortalecimiento y diversificación de oportunidades de estudio, de un acceso efectivo a niveles superiores, a opciones de trabajo y desarrollo al interior de sus propias comunidades; así como a un necesario trabajo para visibilizar y erradicar la violencia de género en la región.

Género, edad y estatus civil operan de manera conjunta en la dinámica social *hñähñu*. De acuerdo con lo relatado por diversos habitantes durante mi estancia en campo, lo esperado es que el varón adquiera la ciudadanía a la edad de dieciocho años, como el momento en que comienza a participar de las asambleas con voz y voto, así como en las faenas y cooperaciones, siempre y cuando no se encuentra estudiando. En caso de estar en la escuela, el varón regularmente es tomado en cuenta como ciudadano para la toma de decisiones y puede ocupar cargos, aunque no es convocado a faenas y cooperaciones. Hay una cierta flexibilidad en cuestión de sus horarios y posibilidades de participación sin que esto pueda ser tomado a mal o juzgado de manera negativa.

Por lo contrario, para la mujer, como hemos visto, la participación en la organización social está dada por la adquisición de un “compromiso” (casarse o nacimiento del primer hijo). A partir de ahí su participación en los comités y faenas es igualmente exigida, pero los matices son variados, ya que en algunas comunidades hay una marcada diferencia entre ser esposa y madre soltera que va más allá de un simple estado civil. Mientras que la esposa participa de la organización y tareas asociadas al ser mujer, por ejemplo, ser presidencia del DIF, participar en el comité del mercado, de la tortillería, de la escuela, según cada comunidad. A una madre soltera se le integra y exige participar en las actividades y comités a la par que cualquier otro varón, a partir de ser asumida como el principal proveedor económico de su unidad doméstica.

Si bien la mujer participa cada vez en la estructura social formal, esto no es del todo reconocido, como describe Cortés (2012, p.78), “en las comunidades hñähñu la ciudadanía es masculina” y está relacionado con ser padre/madre o cabeza de familia “sujeto de derechos y obligaciones comunitarias”. De manera que, aunque como señala la autora, el estatus de ciudadanas en la mujer no es formal, en la práctica podemos ver que hay una cada vez más importante participación de las mujeres que impulsa cambios en la dinámica social comunitaria, la cual, en sí misma no debe considerarse homogénea ni cerrada al cambio en toda la región.

en el espacio comunitario, los sujetos que cumplen con la norma y reúnen la mayor cantidad de recursos capitales, materiales, sociales y simbólicos, como el prestigio familiar, las aportaciones monetarias y la influencia política extracomunitaria, tienen mayor incidencia en la toma de decisiones, en tanto que acceden a posiciones de mayor jerarquía. [...] la participación no es un derecho *a priori* sino que se gana. Para ser sujeto de derecho, las personas tienen que trabajar en pro del beneficio comunitario a través de los cargos comunitarios y las faenas (Cortés, 2012, p. 81)

De acuerdo con testimonios recabados, la razón es que deben ganarse el derecho de gozar de los servicios disponibles (residencia, luz, agua, panteón, escuela para sus hijos, etc.). Dicho derecho, en el caso de la mujer casada, se obtiene por transferencia del marido y se reafirma por la propia participación en comités, cooperaciones y faenas atribuidas en función del género. Pero esto, no queda aquí, como lo demuestra la historia de Sonia.

Si bien, las comunidades poseen fronteras lo suficientemente porosas para garantizar la reproducción del grupo, ello no significa que el ingreso de nuevos ciudadanos esté exento de regulación. Como describí líneas arriba en lo relativo a la residencia virilocal, la estructura y organización de los *hñähñu* constituye un sistema jerarquizado que sitúa al varón a la cabeza o cima de dicho orden, como el elemento estático en torno al cual la mujer gira y se mantienen en constante movimiento, inserta en circuitos de intercambio entre familias, grupos domésticos y comunidades.

A partir de lo anterior podríamos sostener que el ingreso de la mujer o llegada a la comunidad de pertenencia del marido no es percibido como algo que modifique a profundidad la estructura y organización social y comunitaria de la misma. Su desplazamiento se considera parte de su rol social, a diferencia de lo que ocurre con el desplazamiento del varón, quien veremos, puede llegar a ser percibido como un elemento que trastoca la organización y estructura interna.

Durante los primeros años de trabajo de campo en la región, en una comunidad del Cardonal, conocí a Sonia, una mujer que en aquella época rondaba en la primera mitad de sus años cuarenta. Madre soltera de un hijo adolescente, Sonia, se describiría desde nuestro primer encuentro como una mujer fuerte, que había sabido salir adelante aprendiendo a no

someterse ante nadie. Consciente e incluso esperanzada en ver un cambio en su pueblo, relativo a la forma de tratar y valorar a la mujer, desde que adquirió su compromiso (nacimiento de su hijo), describe haber pasado varios años inventando a un marido para evitar el juicio de la comunidad, hasta que, ante la ausencia inevitable de dicha figura, se le exigió participar en la organización masculina en tanto cabeza de familia. Como tal, su participación le garantizaría a Sonia y sus hijos conservar todos los derechos derivados de su pertenencia al grupo.

Pasado el tiempo, Sonia conoció una nueva pareja con quien los años, le llevaron a tomar la decisión de vivir juntos, *en su pueblo*. Tal situación supuso para la comunidad en cuestión, la discusión respecto al derecho de ciudadanía por parte de un externo. Recordemos que en las comunidades *hñähñu*, la ciudadanía, en el caso de los varones abarca un ciclo de trabajo y obligación para con la comunidad que finaliza al sumar 35 años de trabajo; mientras que para la mujer dicho periodo finaliza alrededor de los 50 años de edad.

Sonia se encontraba a pocos años de culminar el ejercicio de su ciudadanía activa como parte del grupo. No obstante, la solicitud de ingreso de su pareja se convertiría en un tema que enfrentaba al grupo a la definición de una tarifa y requisitos a cubrir por parte del interesado para formar parte de la comunidad y con ello, gozar del estatus de ciudadano. Las cantidades propuestas oscilaban entre los veinticinco y treinta y cinco mil pesos a cubrir en un determinado periodo de tiempo, tentativamente un año; además de presentar un certificado médico y una carta de su comunidad de origen avalando ser buen ciudadano.

Si bien esta situación puede tener diversas lecturas lo que aquí nos interesa resaltar es que sin importar los años que llevara Sonia participando como cabeza de familia, esto no es suficiente para eximir a su pareja de cubrir un pago por su ingreso a la comunidad, como ocurre cuando una mujer se casa con un varón y se desplaza a la comunidad. ¿El argumento? Que los años de trabajo comunitario y el acceso a los servicios de que dispone la comunidad tienen un valor en términos del esfuerzo y lo trabajado en su consecución.

El trabajo es el elemento quizá, más fuertemente valorado como base de todo sujeto y su sentido de bienestar, tanto en su dimensión familiar y reproducción como grupo doméstico; como parte de la vida comunitaria y de su carácter social. Tal valor requería ser traducido en términos monetarios. Tanto en las asambleas como en charlas informales fue común escuchar como la pareja de Sonia era percibido negativamente al considerar que buscaba apropiarse o beneficiarse de algo por lo que no trabajó.

Los años de trabajo de Sonia le permitían conservar sus derechos, o al menos, parcialmente, en tanto que no incluyen la residencia de su pareja en su mismo hogar. Las amplias discusiones en las asambleas ratifican que el trabajo de una mujer, aun cuando sea desarrollado en la misma magnitud que el del varón, dentro del sistema *hñähñu*, no alcanza jamás el mismo valor, siendo el hombre, el único vehículo que goza de legitimidad para garantizar el derecho de ella a todo momento. Las mujeres, como sostiene Rivera (2006, p. 256), sin importar cuánto peleen o trabajen como en este caso por los espacios, salvo excepciones que pudieran presentarse, de “siempre [han] sido vistas como ciudadanas de segunda clase, como reemplazos.

A su vez la experiencia de Sonia ratifica la premisa básica del sistema de organización dualista entre los *hñähñu*, que pone en tensión dos distintos ámbitos de la vida, el espacio público (social-trabajo colectivo) y el espacio doméstico (íntimo-familia), teniendo que, en ambos, la mujer es vista, más allá de la actividad desempeñada y grado de aporte, en una posición secundaria-subordinada-desventajosa e incluso en una posición de peligro.

Una “buena mujer” se configura desde el espacio doméstico donde aprende todo lo que necesita saber: *hacer de comer, moler, echar tortilla, leñar, pastorear, cuidar de los niños* [a través de responsabilizarse de la crianza de los hermanos], *de la casa, lavar, planchar, barrer, atender al esposo y obedecer*<sup>19</sup>, en su carrera contra el tiempo para conseguir un buen marido, una buena alianza matrimonial. Por su parte, un “buen hombre” se configura a la luz del ejercicio de su ciudadanía, siempre alineado con el cumplimiento de sus obligaciones para con el colectivo, en su carácter social.

Es así que entre los otomíes y, en este caso, los *hñähñu* del Mezquital, encontramos la persistencia de un sistema ideológico tradicional que postula una superioridad masculina que se refleja en la cotidianeidad a través de la residencia patrilocal y el carácter patrilineal del sistema de parentesco, la circulación de las mujeres, el control, autoridad y acceso al poder por parte de los varones, por encima de las mujeres; las expresiones lingüísticas asociadas al ser mujer, la distribución de las tareas y diversas desigualdades sociales y expresiones de violencia que van dando forma al contexto de desarrollo y vida de los

---

<sup>19</sup> Señora Fina. Comunicación personal. 2017

hombre y mujeres *hñähñu*. Las cuales, como veremos más adelante se entrelazan y dotan de sentido a la experiencia y proceso de salud-enfermedad-atención.

### Capítulo 3. La enfermedad mental en la práctica clínica. Reflexiones y desafíos de la atención médica

La alteración mental existe —no podemos negarlo— y la psiquiatría es una de las respuestas articuladas para hacer frente a la misma, pero sus criterios — diagnósticos o terapéuticos— cambian según la cultura, la sociedad o el momento histórico que consideremos. Es más, dentro de un mismo contexto sociocultural, dichos criterios dependen también, en gran medida, de variables —como la clase social o el género—, o de la «cultura profesional» del psiquiatra (Huertas, 2001, p. 27).

La base teórica de la psiquiatría se ha ido configurando a la luz de diversas condiciones, lugares y momentos de enunciación (Huertas, 2001; 2012) que dan cuenta del sistema de conocimiento médico-científico como un fenómeno sujeto al acontecer histórico-político y sociocultural, cuyo análisis requiere de la contextualización de los hechos y procesos que determinaron su emergencia, como parte del desplazamiento de todo elemento mágico-religioso o sobrenatural por una teoría circunscrita a la esfera del hombre y la naturaleza (Chuaqui, 2001).

De este modo, la estructuración del sistema de conocimiento científico no sólo representa un proceso de sustitución de explicaciones sobrenaturales por otras que apelan a la razón, observación y comprobación (Read *et al.*, 2006), sino el desarrollo de un distinto método terapéutico que en conjunto marcan una revolución en la visión del mundo, del sujeto y de la forma de concebir la locura y los recursos de atención para dar respuesta a la adversidad mental, que incluyen a la psiquiatría. Los sacerdotes y sujetos encargados de llevar a cabo los rituales mágicos para la contención o reequilibrio de las fuerzas naturales o superiores poco a poco fueron desplazados por otro tipo de especialistas, médicos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas (De Certeau, 1993; Read *et al.* 2006).

Asimismo, la aplicación de los principios que conforman el pensamiento científico habría implicado la conceptualización de los seres humanos como objetos, conmensurables y cuantificables, así como la generación de métodos, técnicas y procedimientos muy específicos, acordes a intereses y objetivos que terminarían por no tomar mucho en cuenta la dimensión más cualitativa, relativa a aspectos emocionales, espirituales, morales, sociales y culturales, o bien, se los representaría de una forma particularmente acorde a los intereses en juego (Solís, 2002).

Es así que vemos configurarse no solo teorías, prácticas, instituciones y subjetividades, sino agendas de investigación y ejercicio político en materia de salud, que hacen cada vez más necesario poner en relación la experiencia de enfermedad, en este caso mental, con lo que ocurre en el contexto del individuo, desde el nivel más íntimo hasta el más amplio o general, abarcando familia, trabajo, relaciones personales y sociales, comunidad y demás factores que rodean y conforman el ser social e individual del sujeto.

Los procesos de salud-enfermedad no son absolutos ni aislados, si bien, desde el núcleo biomédico más cerrado, la presencia de la persona en el mundo se va configurando como una existencia exclusivamente biológica que no estaría influida y determinada por la participación del sujeto en la dinámica social e histórica. La salud y la enfermedad, tanto de manera general (Solís, 2002) como en el campo particular de lo mental (Huertas, 2012), constituyen realidades en transformación constante que rebasan todo intento de generalización y formalización matemática.

Explicar y aprehender ambos fenómenos debiera estar mayormente guiado por la creatividad en la observación de las particularidades de los casos y la reconstrucción de la

serie de condiciones que posibilitan tales procesos (Solís, 2002). Como señala Huertas (2001; 2012), en la medida que los saberes y las prácticas remiten a contextos, cabe atender y reflexionar sobre el rol que juegan los factores sociales, políticos, culturales, económicos y profesionales que han marcado el proceso de producción y consolidación de su base teórica y práctica. De tal modo que la historia de la práctica psiquiátrica no puede ser entendida únicamente en términos orgánicos ni exclusivamente intelectuales. En esta encrucijada entre locura y razón, el factor del poder, la institucionalización, la terapéutica y la curación cobran relevancia.

### **3.1 El dominio de lo anormal**

A lo largo del tiempo, un elemento constante en la representación de la locura ha sido su caracterización como una experiencia negativa del sujeto que pasó de ser concebida como posesión por parte de alguna entidad sobrenatural maligna, hasta aludir a la carencia o pérdida de facultades como la razón. Al igual que en el caso de muchos otros eventos o destinos adversos del sujeto, la concepción mágica-religiosa-demoníaca de la enfermedad pasó de ser considerada consecuencia de la acción directa de fuerzas sobrenaturales que someten la voluntad del individuo en respuesta al pecado y la lucha entre el bien y el mal, Dios y Satán (Bastide, 2005; Read *et al.*, 2006; Echeverría, 2012). Hasta llegar a las primeras manifestaciones de poder explicativo de la medicina como ciencia, mediante la separación entre lo divino y lo científico alrededor de la causa de enfermedad que mostraría más fuerza en lo somático, a través del establecimiento de leyes causales respecto al origen natural de la enfermedad.

Lo que hay de común entre las diversas significaciones dadas actualmente o antaño al concepto de enfermedad, es el hecho de que se trata de un juicio de valor virtual. "'Enfermo' es un concepto general de no valor que comprende a todos los valores negativos posibles" [...]. Estar enfermo significa ser perjudicial o indeseable o socialmente desvalorizado, etc. (Canguilhem, 1971, p.88)

Tanto si lo pensamos a la luz de un proceso de diferenciación en el marco de una experiencia de conjuro, como si lo hacemos en función de un proceso de enfermedad mental, detrás de la locura se puede observar un proceso de construcción de una otredad anómala y una elaboración sociocultural del sí mismo, atribuidas e interiorizadas socialmente. De acuerdo con Boivin (2004) el salvaje y el loco compartirían el mismo destino como otredades infantilizadas en tanto expresiones de una misma oposición ciencia-creencia, de cuya atribución negativa se deriva como estrategia, su aniquilamiento o reclusión, respectivamente.

En este proceso, la carga negativa del atributo diferenciador se da desde un sistema clasificatorio que atribuye o no dicho valor, en correspondencia con modelos de normalidad/anormalidad convenidos socialmente. Como lo podemos encontrar referido en Douglas (1974), el temor experimentado hacia el ser anormal o anómalo responde a una particular concepción de normalidad y a ciertas categorías en las que dicho ser no encaja.

A lo largo de dos de sus diferentes trabajos, Douglas (1973; 1974; 1978) nos brinda elementos que nos permiten pensar el principio clasificatorio que tiene lugar en toda sociedad o cultura, de forma que seres y objetos sean clasificados bajo un orden simbólico. Al interior de tal sistema clasificatorio el desorden quedaría referido a los elementos que están fuera del sitio que les corresponde. De modo que la clasificación funciona bajo un principio que alberga la discriminación de elementos, el reconocimiento de relaciones entre ellos y atributos que permiten, a su vez, su jerarquización. Esto conduciría a la afirmación

de un orden que ubica lo anómalo como aquello trasgresor a los parámetros bajo los cuales éste se ha fundado.

Douglas (1973, 1974) sostiene que el establecimiento de una serie de relaciones ordenadas llevaría a identificar a la sociedad como la materia colocada fuera de sitio, como una especie de concepto resumen en el que “encajan todos los hechos o acontecimientos que empañan, manchan, contradicen o alteran en otro sentido las clasificaciones admitidas” (Douglas, 1974, p. 128). La sociedad no es por tanto una materia aislada, sino relacional.

A partir de lo anterior, propongo sustituir la idea de sociedad en la definición de Douglas, por la de “locura”, en la medida que ambos conceptos presentan el mismo sentido relacional; quedando así que la locura correspondería “al producto secundario de una sistemática ordenación y clasificación de la materia, [conformada en este caso por comportamientos, pensamientos, personas, experiencias], en la medida en que el orden implica el rechazo de elementos inapropiados” (Douglas, 1974, p. 54-55). Con lo cual, la locura y el comportamiento del “loco”, se situarían en el mismo compendio universal de elementos que abarcan los sistemas ordenados y los elementos rechazados por éstos. El eje cordura-locura.

El análisis cultural implicaría, entonces, atender las relaciones de correspondencia establecida, por parte de los diferentes grupos sociales, entre ciertos comportamientos, pensamientos, formas de ser, estar y relacionarse y categorías de normalidad y anormalidad.

Lo que para una cultura puede ser desviado con respecto a unos lineamientos, para otra puede ser algo ajustado, lícito y tolerado; lo que en un tiempo es rechazado y señalado incluso en una misma sociedad, puede con el tiempo ser permitido e incluso valorado para nuevas generaciones; el crecimiento y desarrollo de una

sociedad al igual que el de un individuo, estarán en la base de lo que se considera adecuado o no en un espacio de tiempo dado (Foucault, 2000, p. 4 y 5).

Es así como uno de los principales argumentos con que inicia la reflexión en *Los Anormales* (Foucault, 2000) consiste, justamente, en el reconocimiento de algunas propiedades del discurso médico en el ámbito penal como son el poder de vida (creación) y muerte (anulación) que posee y su rol como discurso de verdad sustentado en su estatus científico que integra el lugar desde el que se enuncia (institución/sistema de saber) y a quienes lo hacen (especialista/psiquiatras).

De este modo, si nos concentramos en el campo de la salud, lograr una población sana ha requerido el constante sometimiento de esta a un minucioso y constante examen e intervención, por un lado, mediante la clasificación diferencial de la individualidad a partir de un criterio de pureza, peligrosidad o salud, según el caso y, por el otro, a través de la creación de dispositivos de poder, intervención y corrección.

En línea con Foucault (2000) y su articulación entre saber y dispositivo terapéutico, Canguilhem (1971) coloca a la terapéutica como condición ontológica de la enfermedad, esto es, el interés por la enfermedad emanado de la necesidad de restaurar lo perdido o de expulsar aquello que se considera ha invadido al sujeto provocando determinado deterioro. La diferencia entre normalidad y patología, en este caso, no surgiría de la oposición de conceptos sino del continuum de la experiencia humana. La enfermedad convertida en objeto de estudio interesa al saber que se ocupa de su materialización al mismo tiempo que queda anulada por la restauración científica de lo normal.

En pleno rigor, una norma no existe, desempeña su papel que consiste en desvalorizar la existencia para permitir su corrección. Decir que la salud perfecta no existe, significa sólo decir que el concepto de salud no es el de una existencia, sino el de una norma cuya función y valor consisten en ser puesta en relación con la existencia para suscitar su modificación (Canguilhem, 1971, p. 51).

La noción de normalidad aparece así aprehendida como un estado ideal de comportamientos, pensamientos, relaciones y condiciones de los sujetos/objetos que conforman el mundo social, es decir, la no desviación de los lineamientos impuestos. La normalidad va más allá de la valoración médica en relación con un estado o funcionamiento orgánico regular, recurrente, en la medida en que incluye el juicio o valoración social.

La vida y su polaridad, de acuerdo con Canguilhem (1971) es la que convierte al concepto “normal” dentro del campo de la biología, en un concepto no estadístico, sino de valor, donde la persona enferma se convierte en tal, en función de la atribución social e individual de dicha condición. Como un término que al mismo tiempo designa un “hecho y un valor que el que habla atribuye a ese hecho, en virtud de un juicio de apreciación que asume” (Canguilhem, 1971, p. 91)

Al igual que con Douglas (1973) cuando integra la idea de suciedad al mismo compendio universal de orden, en Canguilhem (1971) encontramos que la anormalidad se configura igualmente como un concepto definido en relación con, el medio ambiente físico, social y/o cultural, de modo que la enfermedad no es ausencia de norma, sino una especie contenida en lo normal. Es el estado de decepción o insatisfacción, de orden inverso enfrentado a la expresión de una preferencia de orden establecida. “El ser vivo enfermo está normalizado en condiciones de existencia definidas, [pero] ha perdido la capacidad normativa, la capacidad de instituir diferentes normas en condiciones diferentes” (Canguilhem, 1971, p. 139). Es decir, queda expuesto a una reducción de su posibilidad para establecer nuevas normas desde las cuales relacionarse y organizar las nuevas condiciones de vida.

Comprender esto abre la puerta a reconocer la referencia al valor que encierra lo anormal, la apreciación por parte del sujeto y con ello la relación que establece con su medio ambiente y experiencia, así como el nuevo orden o dimensión de vida que la enfermedad representa. De tal modo que el principal elemento en torno al que gira todo intento de aprehensión del concepto de anormal y de enfermedad regresa una y otra vez a la experiencia y al carácter o capacidad normativa, de crear orden y estructura bajo una situación determinada.

Como parte de esta experiencia se encuentra, igualmente, la necesidad de fijar los criterios respecto de los cuales se establece la relación que definirá lo anormal en términos de estructura, función, condiciones internas, externas, situación física o social. Lo cual derivó en que la noción de enfermedad o anormalidad en un determinado momento de la discusión se vinculara a la idea de adaptación, por un lado y desviación, por el otro, a un ambiente o contexto particular que en conjunto sustentaron un determinismo biológico o social sobre el que se sostendría una definición instrumental y coaccionada de la salud y la normalidad.

La referencia a conductas o comportamientos desviados constituyen un tema recurrente en estudios etnográficos en torno a las prácticas y representaciones del proceso salud-enfermedad-atención. Si bien, como he comentado en un trabajo anterior (Bautista-Aguilar, 2014) el análisis de estos procesos, inicialmente, tendría lugar dentro del campo de la magia y la religión que oponían la noción de racionalidad a la de ciencia, sin que esto representara gozar de centralidad. La enfermedad y prácticas asociadas a la recuperación de la salud irían cobrando relevancia hasta aparecer asociadas a otros procesos sociales y económico-políticos, como los de dominación-colonización. A partir del rastreo de rutas de

contacto, intercambios y difusión de elementos culturales se alcanzaron clasificaciones de enfermedades y prácticas terapéuticas, al mismo tiempo que se favorecieron comparaciones transculturales y se sentaron las bases del reconocimiento de la perspectiva emic.

En este correr del tiempo, el estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención se fue diversificando y consolidando como un campo específico de la antropología, la antropología médica o de la salud, así como de la etnopsiquiatría y la psiquiatra transcultural, en el caso particular de las enfermedades mentales. Como parte de ello, encontramos diversas perspectivas teóricas y representantes que participarían de la discusión de conceptos como el de anormalidad.

La escuela de cultura y personalidad sería una de las principales representantes de este esfuerzo por desarrollar un análisis sociocultural de la anormalidad integrando conceptos de la teoría psicológica de la época, a los postulados de la perspectiva cultural relativista encabezada por Boas (Martínez-Hernández, 2008). La determinación cultural de la personalidad, de los trastornos mentales, así como del régimen de normalidad cobrarían fuerza como fenómenos de interés antropológico. De tal modo que la relación del individuo con su medio daría paso a la elaboración de descripciones generales sobre aspectos de la personalidad/temperamento y roles prevalentes en las distintas sociedades (Bourguignon, 1979).

Uno de los principales trabajos enfocado al estudio de las fronteras entre lo normal y lo anormal es justamente el de Benedict (1934) quien desde una perspectiva configuracionista en torno a los patrones culturales coherentes de pensamiento y acción sostiene la correspondencia entre cultura y acto individual, favoreciendo una configuración

homogénea del grupo social, al tiempo que reconoce la presencia de ciertas desviaciones asociadas con el temperamento.

Para Benedict (1934) la cultura correspondería a un gran arco de potenciales comportamientos valorados como ideales o normales, con lo que el desviado representaría una capacidad humana que ha sido descartada o asumida como incongruente con el sistema cultural en particular (Gerber y Carbaugh, 1964). Normal y anormal se convierten en roles sociales atribuidos o configurados y, por tanto, legitimados desde lo social-cultural. Si bien, a diferencia de Canguilhem (1971), Benedict (1934) no desarrolla como parte de su argumentación lo relativo a los procesos fisiológicos, en un cierto momento reconoce la intervención de la genética y cuestiones del desarrollo como elementos que podrían incidir en la inclinación del sujeto hacia la anormalidad.

La desviación encontró, igualmente, su explicación en el desarrollo psicoafectivo del sujeto (psiquismo individual) como un campo en el que se comenzó a señalar la injerencia de la cultura, ya sea en la configuración de una específica personalidad, de ciertos traumas (Róheim, 1928 en Bourguignon, 1979) o de la particular relación establecida especialmente con la madre. La cual, desde su aspecto negativo daría origen a la teoría de la mala madre como una de las principales bases para la emergencia de la esquizofrenia (Wallace, 1963). Mientras en su aspecto positivo aparecería como argumento favorable a la sobrevivencia psicológica de ciertas poblaciones (Devereux, 1973). De este modo vemos aparecer tipologías culturales que se hacen corresponder con tipologías de carácter como la postulada por Benedict (1934) sobre los zuni, kwakiutl y dobu, como sociedades de tipo dionisiaco, apolíneo y paranoide.

Más allá de la crítica sobre la ilusión que esto promueve respecto de una homogeneidad cultural interna y la errónea correspondencia exacta o mecánica en términos de causa-efecto entre individuo (rol pasivo) y cultura, es necesario reconocer que esta perspectiva encerró un gran valor en la medida que permitió integrar a la reflexión la relatividad no sólo cultural, sino histórica de los padecimientos y las categorías diagnósticas.

Como reconociera Bastide (2005), Benedict mostraría que no debemos juzgar a los otros a partir del sistema de valores propio ni de los modelos ideales de comportamientos. “Como si todo hombre se identificase con el occidental” (p. 92). Por el contrario, permitió visibilizar la necesaria inclusión de factores de orden sociocultural en la caracterización y delimitación de las categorías de normalidad y anormalidad que hasta entonces se postulaban como hechos universales y absolutos. Así como enfatizar la necesidad de situar los conceptos en relación con los contextos locales, sus instituciones, valores y significados, trascendiendo la simple y directa aplicación de expresiones o categorías diagnósticas ajenas a estos con intención de explicar o aprehender fenómenos que se asumen del mismo tipo.

El dominio de la perspectiva culturalista también enfatizaría el hecho de que “los procesos que producen alteraciones de pensamiento, sentimientos y comportamientos...no sólo existen en la mayoría de (si no es que en todas) las culturas, sino que son reconocidos en todas partes y etiquetados” (Murphy cit. en Bourguignon, 1979, p. 275), pero no en un sentido absoluto y fijo, sino resaltando las formas propias de desorden y desviación, así como de clasificación y tratamiento de cada conjunto social, que en algunos casos fueran descritos como modelos sociales de conducta incorrecta.

Los síntomas característicos de la neurosis o psicosis no son improvisados. El enfermo no los inventa. Su medio se los proporciona ya preparados y representan, en el mismo sentido en que lo entiende Linton como “Modelos de conducta incorrecta”: “Todo ocurre como si la sociedad dijera al neurótico o al psicótico en potencia no seas loco, pero si te es preciso serlo, manifiesta tu locura de tal o cual manera y no de otra. Si te separas de ese comportamiento no se te considerará loco, sino criminal, brujo o herético (Devereux, 1973, p. 262)

Particularmente desde la etnopsiquiatría, el desorden mental se clasificó en *rechazo cultural* correspondiente a la desobediencia respecto del conjunto de obligaciones y elementos que conforman la construcción cultural colectiva que cohesiona al grupo. Como *exceso de cultura* vinculado a malestares institucionales o tensiones al interior del grupo que generan un trauma en el individuo hasta su posible exclusión. En contraposición a una tercera representación definida como *aculturación de la locura* que va en línea con la idea de conformidad o correspondencia con modelos culturales de inconducta (Laplantine, 1979).

Sólo se la puede llamar estructuralmente a-normal en la medida en que se aleja de la norma culturalmente compartida por la mayoría de los miembros de una sociedad, para abrazar *otras* normas que constituyen, también ellas, parte integrante del sistema total que nos proporciona modelos de comportamiento que, aunque marginales, no por ello son menos convencionales y aceptables para el grupo entero (Laplantine, 1979, p. 65)

El aspecto interesante que subyace a este planteamiento es la consideración de que la cultura brinda medios de protección para no caer en estos esquemas de desorden, no obstante, se atribuye a un sector de población, una carencia de adaptación a la normatividad vigente, de manera que no son capaces de hacer uso de dichos medios o defensas, o bien, en otros casos, las condiciones de vida, como el posible desplazamiento del sujeto puede llevarlo a insertarse en otros sistemas culturales que no le brindan sistemas de protección

compatibles con los que ha aprendido en su grupo de origen, entrando en contradicción o crisis, como podría ser el caso de la población migrante.

Al integrar así, la noción de manipulación de recursos culturales, la desviación cobra un tinte distinto donde la normalidad se hace corresponder con la sincronía entre sujeto, significaciones y valores establecidos socialmente, además de atribuir un rol más activo al sujeto. A partir de ahí, la adaptación asincrónica a dicho material cultural sería calificada como inmadurez, lejos de toda patología, mientras que cuando dicha desadaptación implica una deformación de sentido en la interpretación del sujeto se habla de neurosis y ante la total pérdida de la función y descontextualización, de psicosis. En cuyo caso, se dice que el sujeto ha entrado en lucha con su propia cultura.

Desde la etnopsiquiatría, el esfuerzo por comprender la desviación condujo al análisis sobre la manera en que factores de tipo social y cultural pueden vincularse a la forma y el curso que toman los trastornos en cada uno de los diversos conjuntos sociales, por ejemplo, el proceso de modernización y su influencia en la configuración de trastornos específicos. La idea del “buen salvaje” que se corrompe por la propia sociedad donde la desviación aparece como “desadaptación social con relación a una cultura dada, es un fenómeno etnológico, [mientras]...la enfermedad mental...es siempre y en todas partes un fenómeno patológico que requiere una intervención (no exclusiva sino esencialmente) psiquiátrica” (Laplantine, 1979, p.73). Es decir, la enfermedad no se discute como campo privilegiado del saber/poder médico clínico.

Esto es importante porque representa una de las principales diferencias entre la perspectiva transcultural y la etnosiquiatría, en la medida que esta última surge como un

abordaje complementario dirigido al estudio de aquellos aspectos que quedaban fuera de la práctica y análisis psiquiátrico. Mientras que la psiquiatría transcultural cuestiona al paradigma psiquiátrico como un conjunto de saberes y prácticas dentro muchos otros posibles abordándolos como un producto histórico-cultural cuyos postulados y categorías deben ser sometidos a discusión y reflexión desde lo social.

Así vemos como la discusión en torno a la normalidad estaría dominada por la dicotomía universalidad-particularidad, entre el esfuerzo por mostrar la similitud y la amplia presencia de los trastornos y categorías psiquiátricas (patrón uniforme) versus establecer la especificidad cultural de los diversos trastornos (heterogeneidad).

los adherentes a un universalismo biopsicológico que interpretan estos síndromes en términos de una psicopatología humana universal influenciada por factores culturales y, por otra parte, los adherentes a un relativismo cultural etnológico que ven estos síndromes como engendrados por una cultura particular (Jilke en Villaseñor, 2008a, p. 18).

Como parte de esta discusión, a partir de la revisión que hace de las fronteras e interrelaciones entre etnología, psicología, sociología y psiquiatría social, Bastide (2005) busca sentar las bases de lo que sería la sociología de las enfermedades mentales en la que precisa que si bien, los factores fisiológicos participan en la configuración de la experiencia de enfermedad, el comportamiento humano, normal o anormal, no está aislado de los factores de orden social y cultural, en tanto que estos actúan igualmente sobre la psique y el soma. Con lo cual la anormalidad queda articulada a las condiciones o contexto que posibilitan su emergencia.

El paradigma de la desviación respecto de la norma encontraría en la sociología uno de sus principales exponentes. Talcott Parsons, quien, en línea con lo que hemos venido

revisando, determina la desviación como el distanciamiento respecto de una conducta prescrita, la disconformidad respecto del papel asignado, el rechazo o incapacidad para su interiorización. No obstante, en este desarrollo se introducen otros conceptos como el del papel y la comunicación, que se suman al de los valores sociales y la normatividad de la que ya se venía discutiendo.

Cada individuo cumple diversos papeles y en función del cumplimiento o contradicción en la relación social Parsons establece diversos ejes de análisis. El primero de ellos corresponde al de conformidad-alineación que deriva en conductas de hiperconformismo o separación de lo social. Mientras un segundo eje sería el de pasividad-actividad que dan por resultado, por un lado, la rebeldía y por el otro, la insensibilidad ante la sanción. “El sistema de personalidad no es más que la traducción en el interior de un ser del sistema social” (Bastide, 2005, p. 49).

De este modo, el sujeto se asume todo el tiempo en constante sometimiento a lo social, al conjunto de valores y papeles que se le exige desempeñar y los dilemas que ello acarrea a causa de las contradicciones entre roles, a nivel de los afectos, los satisfactores y la orientación misma, hacia lo colectivo o hacia el sí mismo. Aquí observamos un reconocimiento de la interacción social y la afectación en la condición de salud del sujeto a diversos niveles: familiar, comunitario y sociedad global (Bastide, 2005).

Pero postular la anormalidad como desviación de la norma hizo necesario establecer un criterio de definición de esta última. En un esfuerzo por alcanzar la neutralidad entendida como científicidad, la sociología apelaría a su método estadístico para definir la norma como una tendencia central, el comportamiento general o común, esto es, esperado

de los sujetos en un determinado grupo y un periodo de tiempo. Lo que sería calificado por Bastide (2005) como uno de los principales méritos de la sociología, quitar el carácter subjetivo que predominaba en el análisis de los valores sociales, al convertirlos en hechos colectivos, perfectamente medibles y cuantificables.

No obstante que la sociología aporta la utilidad del criterio estadístico en la identificación de las desviaciones, se reconoce la inadecuación de establecer equivalencias entre normalidad cultural y equilibrio psíquico o salud mental. La desviación puede implicar un alejamiento o contraposición de una tendencia central, estadística o no, del comportamiento, pero ello no significa obligadamente enfermedad mental. En esto coincide con Canguilhem (1971) cuando se enfoca en la capacidad normativa del sujeto, es decir, que más que medirse en función del nivel de ajuste a un medio físico o social, la normalidad y la salud derivan de la capacidad de responder a la transformación de estos, de crear, de modificar, de generar nuevas normas y condiciones de vida.

Como hemos señalado previamente, la desviación más allá de referir a un hecho o estado del organismo se construye como un atributo valorado negativamente, socialmente indeseable que determina ciertos actos. El paradigma de la desviación ya sea respecto de una norma cultural o proceso fisiológico con signos medibles y verificables empíricamente, integra elementos bio-psico-culturales que abarcan la experiencia y situación social del sujeto. En este sentido, me parece relevante precisar mi rechazo a la exotización de los diversos padecimientos a partir de la aplicación de un determinismo cultural, no obstante, apuntar a equivalencias o aplicaciones universales de categorías clínicas, me parece que igualmente conlleva el error de apostar por una traducibilidad cultural plena de universos de sentido diversos.

El problema de entender el comportamiento humano anormal en un sentido absoluto, independiente de los factores culturales, está lejos de ser resuelto. Las categorías de comportamiento límite que derivamos del estudio de las neurosis y psicosis de nuestra civilización son categorías de tipos locales de inestabilidad. [...] es imposible establecer una definición de anormalidad que pueda ser considerada válida para todo el material comparativo (Benedict, 1934, s/n).

La frontera entre normalidad y desviación llegó entonces a relacionarse con el grado de capacidad de diversidad expresada por el sujeto, que le permitiría adaptarse al orden social, esto es, la capacidad normativa referida líneas arriba por Canguilhem (1971) frente a la vacuidad de sentido y de apego a la estructura orgánica. Lo que abre la puerta a considerar el rol del sujeto dentro de su propio proceso de enfermedad.

La atribución de enfermedad, no sólo se trata de categorías, clasificaciones o de un uso particular del lenguaje para referir entidades abstractas o materiales, sino de experiencias de vida, pensamientos y emociones que son sometidas a un proceso de constante resignificación, recontextualización y reinterpretación. El proceso de diagnóstico fuerza un intento de traducibilidad que indudablemente conduce a pérdidas culturales que además está cruzado por la noción de poder. Si consideramos la heterogeneidad y asimetría del poder al interior de los grupos sociales encontramos la instauración de valores y normas por parte de ciertos sectores (hegemónicos), respecto de los cuales, aquellos otros grupos, valores, comportamientos o intereses que le contravengan se tornarían en desviación y peligro. En sujetos acreedores de sanción, castigo e intervención en términos de acción restauradora (Freidson, 1978). Como veremos en los siguientes apartados.

Esta acción restauradora que en ciertos momentos tomó tintes de reeducación del sujeto, una reorganización de su personalidad estaría sostenida en acciones de tipo terapéutico que representan un diálogo entre diversos segmentos de la sociedad. Como

sostenía Bastide (2005), por un lado, las representaciones sociales del grupo acerca de los trastornos que están detrás de la concepción del enfermo y por el otro, la del propio sistema de saber/poder que está detrás del médico. “No hay cura real sin consenso colectivo” (Bastide, 2005, p. 332).

En este sentido, mientras que la patología mental fuera abordada como desviación, la estrategia de intervención terapéutica quedaba inscrita en una teoría sociológica del control social que persigue la reintegración del alienado al sistema social (Bastide, 2005). De tal manera que la forma de concebir la locura resulta inseparable de la acción terapéutica que se adopta como principal recurso para la restauración de lo normal, siendo así que cuando el loco formaba parte del mundo sobrenatural la acción curativa recaía en magos y seres de un orden superior (dioses) (Canguilhem, 1971; Bastide, 2005; Foucault, 2006).

En el caso de México, en su libro *Historia de la psiquiatría en México*, Somolinos (1976) ilustra la amplia presencia de procesos patológicos que alcanzan expresión en perturbaciones del comportamiento y las emociones donde la predestinación, la atribución de la ira a alguna divinidad o a la infracción (pecado) casi siempre de tipo sexual jugaban un importante papel como principales causas de enfermedad. Por lo que la intervención curativa se dirigía a aliviar el enojo de la entidad divina a fin de restablecer el daño al órgano atacado o desviar sus efectos.

Con la llegada del cristianismo la Iglesia se atribuiría un carácter protector hacia los enfermos desde un criterio de caridad ocasional, asistencialista que en México daría lugar a la construcción, administración de hospitales, registro y tratamiento de la enfermedad por

parte de monjes/frailes. Como sería el caso de Bernardino Álvarez, quien promovería la creación del primer Hospital General de Convalecientes y Pobres Desamparados en América (Hospital San Hipólito), en el que se brindaría atención a los denominados “inocentes y locos”, enfermos dementes e insuficientes mentales y el proyecto de cuidado y protección de mujeres perturbadas mentalmente (el Divino Salvador-La Canoa) iniciado por Sayago y posteriormente, acogido por la Orden Jesuita hasta su incorporación al Manicomio de “La Castañeda” (Somolinos, 1976; Ríos, 2008).

Desde esta perspectiva vemos que la curación del cuerpo sería entendida como una forma de salvación del alma que por décadas conduciría a la persecución, el exorcismo, la tortura y la muerte como recursos terapéuticos o formas de erradicación del mal (González de Rivera, 1998; Bastide, 2005; Read *et al.*, 2006). Con esto la religión aparece como el antecedente más primitivo de todas las ciencias de la salud (González de Rivera, 1998) cuyo interés por extirpar la posesión demoniaca de la representación de la locura y la consideración o desarrollo de propuestas teóricas en torno a la superioridad del conocimiento generado a través de la experimentación, el desarrollo de nuevos métodos diagnósticos y tratamientos, de la observación clínica, la anatomía, la cirugía, la genética marcarían el giro hacia el predominio de la razón por sobre la fe. Un desplazamiento de teorías espirituales hacia explicaciones naturalistas que, en palabras de Read *et al.* (2006), aludiría a una transición entre dos errores, basados en distintas formas de autoridad, igualmente peligrosas y permeadas por la violencia, de la religión a la «ciencia médica» en un sentido simplista y reduccionista.

Con la desamortización de los bienes eclesiásticos en 1856 los hospitales, orfanatos y cementerios que hasta entonces estaban a cargo de la Iglesia pasaron a ser asuntos

gestionados por el gobierno, aunque desde un área encargada del impulso de la participación de un sector de la sociedad civil (Rodríguez y Rodríguez, 1998). De la tradición de la caridad, el vagabundeo o internamiento en centros de tortura, se pasó a la asistencia pública, a la expulsión del “loco” de las grandes ciudades, a su reclusión junto a otros sectores de la población, igualmente marginados, como prostitutas, indigentes, delincuentes, niños abandonados en Hospitales Generales convertidos en “verdaderas prisiones con un alto índice de mortalidad y no pocas fugas— que habían creado las monarquías para sacar de circulación a los considerados “perturbadores” del orden social” (Stagnaro, 2015, p. 2)

El terror a lo irracional dentro de uno mismo se proyecta en el terror a las manifestaciones de los psicóticos, o bien la negación de lo irracional dentro de uno mismo se traduce en la negación de humanidad en los locos. conocida en primera instancia como alienismo (González de Rivera, 1998, p. 12)

Con la secularización el “loco” no dejó de ser relegado a los márgenes de la sociedad conformando a su alrededor una atmósfera de intolerancia y rechazo que reforzaron la permanencia de instituciones para su reclusión (asilos), pero ahora administradas por el Estado, quedando expuestos de nuevo a maltratos y una violencia abierta cuya transformación fungiría como estandarte de las diversas revoluciones psiquiátricas (González de Rivera, 1998; Arango-Dávila, 2012).

La primera de estas reformas daría lugar a la instauración del tratamiento moral como programa terapéutico consistente en un trato más humano mediante la eliminación de ataduras, encadenamientos, ampliación de espacios y mejora de las condiciones de habitación (pabellones), integración de actividades manuales y de entretenimiento, entre otras, en el marco de diversos esfuerzos por mejorar sus condiciones de vida y tratamiento

al interior de los hospitales, que comenzaron a tener lugar en varios países de Europa a cargo de distintos médicos impulsados por las ideas del momento, aunque su representante más reconocido fuera Philippe Pinel (González de Rivera, 1998; Stagnaro, 2015).

Hasta entonces la persona reconocida como loca, desviada, era simplemente recluida por solicitud de la familia con la aprobación del Rey o por decisión de la policía en aquellos casos donde no tenía familia, sin que esto representara alguna mejoría o sanación tras años de encierro. En este contexto, si bien, el alienado pasó de ser percibido como ese “loco encerrado en la soledad de su delirio, cegado por la furia, a ser un sujeto enfermo, una desgarrante presencia que se interroga sobre el sentido de su trastorno y una constante preocupación por el otro”. Como alguien capaz de establecer un intercambio terapéutico con el médico a través del tratamiento moral (Stagnaro, 2015, p. 6), de poco le sirvió para escapar de la reclusión.

Los primeros años del siglo XIX, como describe, Sacristán (2009) *La locura se topa con el manicomio*, este último como “símbolo de una civilización ilustrada y progresista que [...] movida por un espíritu humanitario y abiertamente reformista, [se mostraba dispuesta a brindarle a los enfermos mentales] un trato digno y dirigido desde la ciencia” (Novella, 2008, p. 30 en Sacristán, 2009, p. 165). Es así como al igual que el proceso de evangelización replicó el modelo filantrópico y de caridad en cuanto a la asistencia médica de la locura en América Latina, el nacimiento del manicomio como parte de la reforma psiquiátrica llevada a cabo en las naciones más desarrolladas, europeas, no sería excepción, particularmente en México.

En México, la consolidación del Estado moderno surgiría emparejada a la marginación y patologización de todo aquel sujeto cuyo comportamiento, ideas o hábitos fueran percibidos como amenaza al orden y moral burguesa como ideal de la época (Ríos, 2009). Durante el periodo porfirista y en aras del proyecto de nación perseguido, el Estado se atribuyó el deber de colocar al país al nivel de las naciones europeas más desarrolladas, que traducido en el campo de la psiquiatría mexicana significaría el inicio de diversas estrategias y políticas públicas orientadas a la contención, corrección y prevención de la desviación.

Es así como en 1910, la psiquiatría se colocaba frente a lo que prometía ser su ingreso en la modernidad a través de la inauguración del Manicomio “La Castañeda” en la capital del país como parte de la conmemoración del Centenario de la Independencia (Sacristán, 2002; Ríos, 2008; 2009).

El Manicomio La Castañeda fue concebido como un gran museo de la locura, donde las diferentes formas de anormalidad serían clasificadas y guardadas en bellas estanterías, todo en aras de construir un saber científico sobre aquellos seres cuya débil constitución biológica los marginó del mundo civilizado. [...] sería el espacio en el que la sociedad porfiriana reuniría sujetos extraños en los cuales reconocerse a sí misma a través de la alteridad (Ríos, 2008, p. 78).

Si bien desde la perspectiva crítica, principalmente impulsada por los trabajos de Foucault (1976a, 1976b, 2000, 2006) se asumió al Estado, el manicomio y a los alienistas como esas grandes expresiones y dispositivos del poder psiquiátrico y del control social de la desviación, en contraposición a la Iglesia y la familia, cabe señalar que en el caso de México dicho poder psiquiátrico no quedó cristalizado en la institución psiquiátrica ni en los alienistas, en la medida que la función de determinar cuándo, dónde, así como la persona que debía ser recluida o dada de alta, además de las condiciones bajo las que esto

se daría recaía en la familia en función de sus intereses, creencias, prejuicios, valores, su moral (Sacristán, 2002; 2009; Ríos, 2009; 2016; 2017a).

“El loco fue un mito compartido tanto por los científicos como por las familias” (Ríos, 2008, p. 83) donde los médicos poco o nada podían hacer para impedir el internamiento de la persona, incluso en casos donde ni siquiera había indicio de enfermedad. Análisis al respecto señalan que muchas veces estos no podían rechazar la solicitud de reclusión por parte de la familia, quienes llegaban a la institución presentando todos los documentos necesarios para conseguirlo, incluidas cartas gestionadas ante la policía o autoridades.

Si bien, se requería la presentación de un certificado médico que acreditara la condición de salud como parte de esta documentación. Al apelar a la autoridad dicho detalle quedaba obviado y se remitía a la persona. En muchos otros casos la familia figura como quien presionaba el alta o la dificultaba al negarse a hacerse cargo del paciente. Tal rechazo a la convivencia familiar con el paciente derivó en el surgimiento de la figura del pensionista correspondiente a las personas que sin presentar un diagnóstico psiquiátrico eran encerradas por sus familiares quienes se comprometían al pago de una cuota mensual que garantizara la estancia o permanencia del paciente en la Institución (Sacristán, 2001; 2002; Ríos, 2009; 2016).

Es así como el rol del médico psiquiatra y su perspectiva científica quedó supeditada a la voluntad e intereses de otros sectores. “Los locos reclusos posiblemente escaparon al control de la psiquiatría, pero sólo para caer en las redes primarias de la familia y los «amigos»” (Sacristán, 2002, p. 7). Lo que derivó en constantes esfuerzos del

personal médico y directivos para la defensa y protección, ya no sólo de las personas internadas en la Institución frente a los abusos de familiares, sino de su propia identidad y legitimidad profesional.

Otra diferencia importante de lo ocurrido en México es la que emana de los trabajos sobre la subjetividad del denominado “loco” que buscan rescatar los procesos de negociación de diagnósticos, tratamientos y reglamentaciones al interior del manicomio que igualmente proponen otras lecturas del rol del manicomio en la contención social y construcción de nuestra sociedad:

Los propios locos...demandaron a los médicos por la vía legal, se negaron a participar en el “trabajo terapéutico” o en terapias...como la hipnosis por considerar que invadían su intimidad, encontraron razones para entrar y salir de la institución por propia conveniencia o mantuvieron comunicación con el mundo de afuera...prueba de que la institución no era tan “cerrada” como se ha supuesto (Sacristán, 2009, p. 181).

El descontrol en cuanto a los criterios médicos para el internamiento, la falta de leyes y apoyo por parte del Estado derivaron en sobrepoblación, hacinamiento, descuido e insalubridad (Sacristán, 2001). En un escenario en el que el rechazo y aislamiento escalaban rápidamente a la atribución de peligrosidad y criminalidad asociadas a las condiciones de vida de la población como criterios de reclusión (Campos, 2001). La asociación que se iría tejiendo entre crimen y locura se nutriría de una representación de la locura como una condición parcial, intermitente, difícil de detectar sumada a la idea de que la propensión al delito podía leerse a través de ciertos estigmas, del *sello defectuoso* de la degeneración grabado en la persona (Gorbach, 2014).

En respuesta a esto, los médicos buscando contrarrestar la sobrepoblación y recuperar el control de la institución y su sentido terapéutico, solicitaban que la persona mostrara realmente una incapacidad para vivir en el seno de su familia y la sociedad, es decir, que fueran un peligro para sí mismos o para otros. Con lo cual, la psiquiatría y la higiene pública se volverían saberes y técnicas fundamentales en la acción organizada para la protección, prevención y curación de todo peligro social, en este caso, proveniente de la enfermedad.

la psiquiatría ya no tendrá que definir el estado de conciencia, de voluntad libre del enfermo, como sucedía en la prohibición. Tendrá que psiquiatrizar toda una serie de conductas, trastornos, desórdenes, amenazas, peligros, que son del orden del comportamiento y ya no del orden del delirio, la demencia o la alienación mental (Foucault, 2000, p. 140)

A diferencia de otros contextos, la psiquiatría mexicana reprodujo una idea del manicomio como espacio de contención de la locura, más que terapéutico o de curación (Sacristán, 2001; 2002) que caminaría a la par de un proyecto de profilaxis social. Tal como lo señala Foucault (2000) para fines del siglo XVIII y principios del XIX esta se situaría como una rama especializada de la higiene pública y no así, de la medicina.

La petición de internar a los locos aunque no hubieran cometido delito alguno se fundamentaba en la doctrina de la «defensa social» basada en la idea de que todo individuo es responsable por el hecho de vivir en sociedad y que ésta tiene derecho a defenderse y protegerse de quien represente una amenaza para su sobrevivencia, tanto si tuvo capacidad para conocer la licitud de sus actos como si no (Sacristán, 2002, p. 78)

El bienestar del Estado emergería unido al bienestar del pueblo, de modo que la higiene inicialmente vinculada a la fisiología, para la segunda mitad del siglo XX adquiriría un carácter social moralizador como el dispositivo por excelencia para la protección del grupo frente a su degradación por causa de enfermedad, en una especie de higiene de la

totalidad del cuerpo social, “si las pasiones sensuales [producían] trastornos en los pueblos, la ciencia, con la sublimidad de sus preceptos, [aparecía como] la santa bendición de la Providencia”, fundamento de la regeneración social. (Rodríguez y Rodríguez, 1998, p. 4).

### **3.2 Profilaxis social y locura en México. De la Operación Castañeda a Villa Ocaranza**

Toulouse consideraba la psiquiatría como el principal cimiento del Estado. Su misión debía ser la investigación de las reglas de acción sobre todos los campos de la actividad social con el fin de preservar el cerebro humano. [...] la preservación y la adaptación social eran los objetivos fundamentales [...] su presencia era imprescindible en todos los ámbitos de la vida, al ejercer una acción esencial en la dirección del régimen de vida del individuo y de la colectividad (Campos, 2001).

A través de la propuesta de Douglas (1973) podemos acercarnos al sistema de pensamiento occidental como un sistema simbólico en el que la idea de suciedad y su mecanismo de control se reconocen vinculadas al pensamiento sobre la higiene o la estética. De manera que en las sociedades modernas la idea de suciedad no quedaría adscrita al campo de la religión, sino al de los organismos patógenos, es decir, habría sido trasladada al contexto de la bacteriología y con ello, al del conocimiento médico higienista.

La estrategia terapéutica clásica de la psiquiatría, el tratamiento moral y la institución manicomial no estaban siendo capaces de frenar la multiplicación de la locura entre la población lo que favoreció el desarrollo de otras posturas que, por un lado, se orientaron a lograr una definición de su objeto de estudio más cercana a la propuesta o paradigma naturalista que dominaba la ciencia médica de la época para así gozar de la legitimidad negada hasta entonces. Mientras, por otro lado, esta acción significó ampliar su injerencia en el medio social, esto es, la aplicación del criterio higienista moralizador a la sociedad en su conjunto (Sacristán, 2001; Caponi, 2009).

Para Campos y Huertas (2008, p. 479) además de condenar la enfermedad mental a la incurabilidad, “la teoría de la degeneración fue la base de un programa de salud pública, de profilaxis preventiva cuyo objetivo era combatir de raíz las causas de las enfermedades y prevenir sus efectos”. En la medida en que dicha teoría fungiría como el fundamento organicista que daba legitimidad científica y social a la labor profesional del alienista (Serpa, 2006 en Caponi, 2009). El manicomio y tratamiento moral habían fracasado abriendo paso a la higiene moral como estrategia para identificar e intervenir en la causa, en el origen de la alienación mental en tanto consecuencia última e irreversible de la degeneración

De acuerdo con la corriente naturalista los órganos, tejidos y funciones estaban expuestos a modificaciones indeseadas (degeneración) a causa elementos externos, principalmente, el clima, cuyo principal ejemplo se había encontrado entre los colonizadores europeos quienes llegaron a presentar problemas a causa de su desplazamiento a una región geográfica distinta a la que habían nacido y para la que su cuerpo no estaba adaptado. No obstante, un aspecto relevante de la teoría de degeneración de Morel (Caponi, 2009) es que, a diferencia de los postulados clásicos del siglo XVIII, este reconoce la influencia de otras causas, es decir, tanto físicas como morales.

Para Morel los grupos humanos podían degradarse a causa de desvíos mórbidos, como los vicios, que eran transmitidas de generación en generación por parte de padres o familiares en línea ascendente, convirtiendo a la locura en un producto de la herencia, un destino que además resultaba inevitable, asociado a una desviación y a una idea de pecado original. Con lo cual pasa de una propuesta que privilegia el exterior (influencia del clima y

entorno) a una que postula el dominio del interior (lo innato) (Urías, 2004; 2005; Caponi, 2009; Gorbach, 2014; Ríos, 2017a).

Morel desarrolla su teoría apelando a una diversidad de causas conducentes a la degeneración entre las cuales relativiza el impacto del clima al sostener que las alteraciones que puede producir no siempre serán patológicas. Por el contrario, para él la ingesta excesiva de alcohol es el hábito que mayores alteraciones o graves degeneraciones puede causar, tanto para quien lo bebe como para las generaciones venideras (Caponi, 2009).

un ser degenerado solo podrá tener alguna modificación relativa pero las influencias hereditarias fatales tendrán efectos nocivos sobre los descendientes. Las generaciones futuras se mantendrán toda su vida como lo que en realidad son: “un espécimen de degeneración de la especie humana, un ejemplo de desvío malsano del tipo normal de la humanidad” (Morel, 1857, p. 47 en Caponi, 2009, p. 431)

De este modo, las degeneraciones derivadas del entorno social incluirían cuestiones relativas a las condiciones de vida como la miseria y el tipo de profesión o actividad económica. “La pobreza se convirtió en cuna de locura, delincuencia, prostitución, alcoholismo, en resumen, de degeneración” (Ríos, 2008, p. 85). Mientras que las degeneraciones a causa del temperamento, entendido como el “conjunto de propiedades fisiológicas y de aptitudes morales vinculadas directamente con el funcionamiento de los órganos” (Caponi, 2009, p. 436), en su aspecto negativo, malsano, caracterizarían particularmente a la población en hospitales psiquiátricos.

La alienación es el punto final, muchas veces irreversible, de la sucesión de degeneraciones heredadas por familias afectadas de las más diversas patologías. Para cada uno de los habitantes de los asilos, es posible rastrear las causas predisponentes (por ejemplo, un padre alcohólico) y las causas determinantes (miseria, degradación moral), observar lesiones cerebrales (por necropsias) y relacionarlas con dificultades intelectuales o morales, clasificar a los enfermos de acuerdo al conjunto de causas que provocaron las diferentes patologías, identificar

marcas o estigmas físicos semejantes para cada clase, pero aun así, difícilmente será posible hablar de cura o recuperación (Caponi, 2009, p.440)

Asimismo, se hablaba de degeneraciones por inmoralidad cuya marca era posible observar en el cuerpo, adicional a las degeneraciones a consecuencia de un deficiente desarrollo del sistema nervioso, como el idiotismo, el retraso mental, la ceguera o sordomudez y, finalmente, la herencia como vehículo de degeneración en términos de transmisión de la influencia negativa arraigada en el organismo (Caponi, 2009).

De acuerdo con Gorbach (2014) la degeneración en México desde sus inicios se situó como una categoría un tanto ambigua igualmente empleada para explicar las causas de la enfermedad mental (sentido médico del término) como el surgimiento de las razas y la transformación de las especies (sentido biológico), así como el estatus legal de una persona (sentido jurídico). No obstante, lo que la autora desentraña es la idea de locura moral sobre la que se sustentaría la acción de corregir y/o castigar lo que en realidad correspondían a comportamientos que rompían con la normatividad social determinada en función de criterios o juicios de raza, género y clase.

En línea con lo anterior, la locura moral que parecía iniciar como una enfermedad predominantemente femenina, asociada a mujeres histéricas, se extendió a varones “raros”, calificados ocasionalmente como geniales, quienes sin razón aparente podían cambiar de estado de ánimo, personas epilépticas, homosexuales, prostitutas, alcohólicos, es decir, cualquiera capaz de perturbar el orden.

Es así como no habiendo hasta entonces una clara clasificación ni evidencia anatomopatológica del origen, los médicos buscarían hasta encontrar la lesión cerebral-

orgánica material capaz de explicar la causa de la enfermedad mental y la degeneración aparecería como esa gran respuesta a nivel del funcionamiento del organismo: “no anatómica sino hereditaria, invisible pero objetivable, física o psicológica pero capaz de unificar el cuerpo y la mente” (Dowbiggin, 1908, p. 208 en Gorbach, 2014, p. 196). La locura moral a través de la degeneración remitiría a la categoría de anomalía entendida como precondition estructural incurable, constitutiva del sujeto, pero arraigada en la psique:

esos sujetos ”fronterizos de la infamia”, poseedores de “sentimientos anormales”, “de formas corrosivas y antisociales”, personales de un “infierno dantesco”, “partidarios de la escoria social”, son “víctimas de un complejo determinismo superior a todo freno ético” (Ingenieros, 1909, p. 6 en Gorbach, 2014, p. 198).

Si bien el manicomio descrito como el dispositivo por excelencia para el control social, el paradigma de la herencia y la degeneración en la medida en que lograron trascender el nivel individual hacia el de la degeneración de las especies condujeron al desarrollo de otras estrategias por parte del Estado en su pretensión de lograr una sociedad no sólo física, sino social y moralmente regenerada (Urías, 2004; 2005). Parte de estas estrategias que buscaron borrar el pasado cultural en un sentido racial fueron el mestizaje y la política indigenista que a través de la aculturación y castellanización en los primeros capítulos pudimos ver instauraron regímenes de violencia y marginación en la zona del Mezquital, principalmente como parte del proceso de desplazamiento de la lengua *hñähñu*.

Mientras en lo que respecta a las medidas sanitarias de injerencia social es posible encontrar la participación de médicos en el desarrollo de reglamentaciones orientadas al control o restricción de nacimientos y reproducción de la considerada herencia degenerativa, es decir, de prostitutas, criminales, personas con problemas mentales, de

consumo de alcohol, de drogas y desviaciones de todo tipo, principalmente sexuales, entre las que se incluyen la esterilización forzada y restricciones matrimoniales (Urías, 2004; 2005; Gorbach, 2014).

El mito de la raza mestiza...recubrió la representación de una nueva sociedad perfectamente unificada a través de la integración y la depuración racial de todos sus elementos... [dando lugar a] nuevos patrones de normalidad y de uniformidad -avalados por la medicina, la antropología, la criminología y la demografía- (Urías, 2004, p. 39).

Los primeros años del siglo XX verían nacer sobre la base del degeneracionismo biológico, la necesidad de trascender la profilaxis individual hacia la acción sobre la totalidad del grupo, esto es, la aplicación de la higiene mental en la prevención de enfermedades mentales convertidas en un problema social. A partir de la relación establecida entre proceso degenerativo, crimen y enfermedad mental que continuaba bajo discusión a la luz de la creación y reformulación de los principales códigos penales y el papel del peritaje psiquiátrico alrededor del mundo.

En el caso de México, de acuerdo con Urías (2004; 2005) dichas ideas cobrarían fuerza y solidez en la Constitución de 1917 en lo relativo al derecho a la salud física y mental de la población, así como en las medidas sanitarias promovidas por el Consejo Superior de Salubridad para prevenir y controlar las causas de degeneración (física, intelectual y moral) y así coadyuvar a la transformación del pueblo mexicano en una sociedad civilizada: “la eugenesia y la higiene mental [popularizadas] después de la Revolución estuvieron dirigidas no sólo a controlar los segmentos de marginalidad social más peligrosa sino también a “normalizar” a una masa silenciosa” (Urías, 2005, p. 375).

En tanto la higiene mental se configura como un modelo de atención que en el campo psiquiátrico buscó trascender el paradigma hospitalario para apuntar hacia la detección de factores socioculturales que colocaban en riesgo de enfermedad mental al ciudadano común, el papel del psiquiatra como especialista y de la psiquiatría como saber legítimo estaban articuladas al diseño de estrategias y acciones concretas, políticas públicas, orientadas a su prevención (Ríos, 2016).

Es justo este último campo de injerencia el que para Ríos (2016) haría de la higiene mental el dispositivo de mayor fuerza del poder psiquiátrico en México, en la medida que representó una valiosa herramienta del Estado para la consolidación de una nación y sociedad modernas. La higiene mental “dicta” la normatividad que debe regir una forma de vida “adecuada”, impide el crecimiento de la criminalidad y prepara a la sociedad para enfrentar la influencia patógena de la religión, así como de concepciones metafísicas” a las que se atribuía el origen de la enfermedad mental (Ríos, 2016, p. 51).

El paradigma degeneracionista apeló a la herencia patológica por parte de familiares como causa u origen de enfermedad, principalmente, el daño al cerebro. A partir de ello, vicios como el consumo de alcohol en padres o abuelos, la exposición y tendencia exacerbada a la violencia y maltrato al interior del grupo familiar junto con la culpa ante la propia conducta expresada mediante el arrepentimiento y el autocastigo se fortalecerían como principales causas de locura durante el siglo XX dando forma a la relación entre sufrimiento, locura y muerte a causa de suicidio que perdura hasta nuestros días (Ríos, 2016; 2017).

No obstante, en el terreno de la ciencia médica la teoría genética de Mendel echaría abajo los postulados cimentados en una herencia directa y automática de hábitos dañinos o vicios. Aunque Urías (2005) señala a la higiene mental y la eugenesia como corrientes equivalentes que tendrían igual destino en la serie de políticas y acciones adoptadas durante el periodo postrevolucionario. Ríos (2016) sostiene como necesario precisar que, aunque ambas posturas confluyeron en un determinado momento, no son equivalentes y dieron lugar a distintas medidas sanitarias.

Desde la perspectiva de Ríos (2016), la higiene mental representaba una ruptura con el degeneracionismo desde un enfoque de prevención (ambientalista-social), mientras la eugenesia se alimentaba de los presupuestos provenientes de la genética (ámbito biológico). Por ello, a diferencia de las acciones implementadas desde la higiene mental descritas como opuestas a la genética mendeliana, la eugenesia concretaría en los certificados de salud para concertar matrimonios y en las medidas de control de natalidad y esterilización, en muchos casos masiva, de los sujetos con condiciones o caracteres considerados perjudiciales para la reproducción del grupo. Una política de reproducción selectiva que se postulaba capaz de gestar una raza ideal que, no obstante, resultaba opuesta al proyecto y política integracionista que buscaba fundir las culturas indígenas en una misma identidad nacional. Una confrontación que probablemente obstaculizó la sólida cristalización de todas estas medidas (Ríos, 2016).

De este modo, mientras se trabajaba en sentar las bases del control social de la peligrosidad y la prevención de la enfermedad mental se iban reformulando las fronteras entre normalidad-anormalidad. Como parte de estos esfuerzos, vale la pena detenerse en un aspecto atemporal de la práctica psiquiátrica que es el rol de la experiencia y el juicio

clínico como factor determinante en el establecimiento de diagnósticos y tratamientos. Ya sea en esa época inicial de la psiquiatría mexicana carente de una clasificación precisa de los trastornos, como en la actualidad en que se cuenta con un entrenamiento sólido en el manejo de criterios diagnósticos estandarizados es una realidad que el juicio clínico y experiencia en el campo profesional continúan siendo pieza clave del proceso diagnóstico.

La observación psiquiátrica no es una observación puramente objetiva, en la que el médico saldría de sí mismo para describir un ser exterior; también ella es una situación interpersonal, porque envuelve a la vez tanto el comportamiento del enfermo como la experiencia del observador (Bastide, 2005, p, 47).

Los médicos, al igual que los profesionistas de otras áreas del conocimiento somos seres sociales, miembros de un grupo con el que compartimos sistemas de creencias que no siempre se ven modificados por el entrenamiento recibido y que obligan a un constante proceso reflexivo respecto al papel que jugamos nosotros y nuestros propios condicionamientos en el proceso de construcción de ese “otro” con quien establecemos una relación de alteridad sociocultural.

De acuerdo con algunos autores (Duero y Shapoff, 2009), la mirada del psiquiatra se ha traducido en ocasiones en variaciones en la asignación de diagnósticos de acuerdo con diferentes rasgos étnicos, es decir, miembros de minorías pueden recibir diagnósticos de trastornos más graves o cuyas conductas son caracterizadas como delictivas en mayor medida que personas blancas o de otro grupo étnico o racial. De tal modo que la racionalidad médico-científica en tanto práctica social no escapa de los procesos de dominación, segregación, poder político, económico, control social y demás aspectos ideológicos dominantes en el entorno social y circunstancias históricas que marcan y

explican el particular criterio de realidad que impone (Solís, 2002). Una realidad que, por mucho, se aleja de una visión holística del mundo y del sujeto mismo.

El derecho a ser diferente quedaría bajo el control de un cierto sector que se asumió encargado de asignar dicha diferencia y atribuirle un valor que terminaría en ciertos casos en un intento de imposición simbólica (Cucho, 2002). Cabe precisar que en los discursos dominantes de los primeros años del siglo XX no se identifican trabajos dirigidos a la enfermedad mental en comunidades indígenas (Ríos, 2016).

Por el contrario, poco a poco e impulsada por el proceso de *psiquiatrización del lenguaje*, entendido como la incorporación de términos provenientes de la psiquiatría y el psicoanálisis en la vida cotidiana (la cultura *psi*). La locura no sólo se diversificó en variadas categorías, histeria, neurosis, trauma, manía, alucinación, demencia, paranoia, depresión, desplazando términos como el de tristeza, por mencionar un ejemplo, colocándose a disposición de cualquiera para enjuiciar y calificar el comportamiento del otro; sino que se convirtió en un fenómeno común asociado a la vida moderna, “la enfermedad mental era el “mal de la civilización”” (Ríos, 2008, p. 75).

Lo normal y lo patológico dejarían de ser para entonces, valoraciones objetivas —y «científicas»— para convertirse en decisiones sociales determinadas por el poder político, la moral dominante o el pensamiento hegemónico que establecería los parámetros de marginación de grupos y personas (Huertas, 2001, p. 26)

Como parte de este proceso de exclusión social de ciertos sujetos, del loco, el criminal, el degenerado, los grupos indígenas y comunidades rurales no encontrarían lugar, lo cual, en materia de atención médica a la salud mental derivó en un retraso en la provisión de servicios especializados, así como en lo que ha sido calificado por ciertos autores como

el acto de negar la posibilidad de enloquecer a estas poblaciones al asumir que sus condiciones de vida constituían el polo opuesto al estrés, la tensión, los conflictos sociales y familiares característicos de la modernidad (Gorbach, 2014; Ríos, 2008; 2016; 2017b).

[Un]... médico que trabajó en el hospital de San Hipólito escribió en 1887 que las neurosis eran propias de la “sociedad moderna” ya que los grupos indígenas, al carecer de novedades y estímulos fuertes, no “alborotaban sus pasiones”. Por ello, “la sociedad es la que arregla esas circunstancias que muchas veces se atraviesan en nuestros días, lastimándonos al punto de enloquecernos, aunque sea sólo por unos instantes” (Rivadeneira, 1887, p. 13 en Ríos, 2008, p. 86)

Si bien como hemos estado revisando durante el siglo XX los avances en el desarrollo científico en el campo de la salud eran una realidad, el panorama social distaba mucho de caminar al mismo ritmo, las profundas desigualdades que sentaron las bases de la Revolución Mexicana se habían exacerbado y creado nuevos problemas consecuencia de la inestabilidad económica, política y social que la revolución había dejado a su paso. En el campo de la salud, los ideales de la lucha armada se orientaron a ocuparse, por un lado, de la salud de los trabajadores (obreros), de sus condiciones de trabajo y seguridad, así como la de sus familias y, por el otro, a trabajar en una legislación sanitaria que daría impulso al sanitarismo en México (Rodríguez y Rodríguez, 1998).

En línea con los anteriores objetivos, la década que va de los años 30 a los 40 del siglo XX se caracterizaría por enfocarse en la dotación de servicios médicos institucionales, entre los que se incluyen aquellos dirigidos a comunidades rurales, así como la continuidad e implementación de nuevos programas relativos a la administración de vacunas, el control de enfermedades, del consumo de sustancias/drogas y alcohol, el control de epidemias, campañas de salud, entre muchas otras acciones encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población (Rodríguez y Rodríguez, 1998).

En lo que respecta a la psiquiatría, la serie de carencias y dificultades sobre las que buscaba abrirse paso en México, luego del movimiento armado, anunciaba la cada vez menos evitable crisis de la atención psiquiátrica y el manicomio que comenzaba a percibirse como una institución de tipo custodial generadora de cronicidad, de abusos e internamientos arbitrarios, refugio de los más disimiles sujetos, pensionistas, mendigos, vagabundos, delincuentes:

alcohólicos, sifilíticos, ancianos dementes, epilépticos, militares con traumas de guerra, jovencitas histéricas, lesbianas, heroinómanos, fumadores empedernidos de marihuana, peleadores callejeros, hombres de negocios melancólicos frente a la bancarrota, niños con retraso mental (Ríos, 2009, p.24)

Pese al esfuerzo de diversos psiquiatras por mejorar las condiciones de los pacientes y recuperar el rol terapéutico y capacidad curativa de su profesión y del manicomio, la sobrepoblación condujo a la reformulación del discurso científico que se iba consolidando en torno a la locura y su medicalización. El nuevo paradigma pugnaba, por un lado, por la instauración de un servicio de consulta externa para atender a aquellos pacientes cuyo padecimiento no requiriera de su reclusión en la institución. El “Hospital Abierto” aparecía como un nuevo modelo hospitalario que además se esperaba ayudara a favorecer la aceptación del alta al ofrecer un seguimiento de la persona ya fuera de la institución (Sacristán, 2001).

Este movimiento, inspirado principalmente por Toulouse, postulaba la humanización de la asistencia médica, no obstante, la diferenciación por diagnóstico y tratamiento que promovía respondía más a un criterio económico que no terminó por romper con la estructura asilar. Esto a causa de que sólo los pacientes con padecimientos agudos eran considerados curables pudiendo acceder a tratamiento y cuidado especializado,

mientras que los pacientes con problemas crónicos, al ser definidos como incurables permanecían reclusos en el asilo, trabajando en su propia manutención y con los mínimos cuidados médicos (Campos, 2001).

el open-door desplaza el problema de la locura desde su relación con la razón hacia su relación con la libertad y de la coerción del encierro a la del trabajo y al compromiso moral, valores sociales dominantes en las sociedades liberales (Simonnot, 1999 en Campos, 2001, p. 44)

Por otra parte, en México la solución al problema del confinamiento y el elevado número de pacientes crónicos, incurables, fue la creación de un modelo terapéutico alternativo ya existente constituido por granjas psiquiátricas u hospitales campestres donde los pacientes estarían encargados de labores de cultivo y manuales. De acuerdo con la revisión de Sacristán (2009; 2010; 2011) este proceso de *desinstitucionalización*, posteriormente denominado *reforma psiquiátrica* habría tenido dos etapas. La primera de ellas, iniciada en la década de los años cuarenta concentrada en la incorporación de la terapia ocupacional como eje de la recuperación y sostenibilidad de la institución. Las granjas psiquiátricas consistirían en una “serie de instituciones alejadas de las ciudades, autosustentables [donde] los enfermos trabajarían para su manutención” (Chomstein, 1961, p. 923-924 en Vicencio, 2017, p.52).

La primera de las tres granjas como parte de esta etapa sería construida en 1944 en San Pedro del Monte, Guanajuato cuando el entonces Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia estaba encargado de la definición de toda actividad operativa en materia de salud mental. Posteriormente, bajo el impulso de la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación creada durante el sexenio de López Mateos se daría paso a la construcción de otros hospitales-

granjas en Tlalpan, Zoquiapan, Estado de México, Villahermosa, Tabasco, Tepexpan, Oaxaca y Hermosillo. Asimismo, es importante señalar que para 1942 ya se había inaugurado el primer servicio de especialidad psiquiátrica dentro de un hospital general, el Hospital Español (Hernández, 2008).

La segunda etapa referida por la autora habría tenido lugar entre 1961 y 1968 con la creación de diez granjas que esta vez sí tenían por finalidad acabar con el modelo de atención asilar/manicomial representado por el Manicomio General “La Castañeda” y sus condiciones de hacinamiento, maltrato y carencias (Sacristán, 2010; 2011) Si bien, los problemas de hacinamiento, sobrepoblación y carencias estuvieron presentes desde su apertura en 1910, la orden para dar inicio al proceso de clausura sería dada por el presidente Díaz Ordaz hasta 1965 bajo el argumento de mejorar la asistencia y brindar un trato más humanitario.

Sin embargo, como nos muestra Vicencio (2017) en su revisión respecto a los principales actores sociales involucrados en la creación y cierre de “La Castañeda”, dicho suceso respondió más a intereses político-administrativo, en un principio, relacionados con la necesidad de aislar a quienes eran percibidos como obstáculos al proyecto de sociedad moderna y de progreso de la Ciudad, Mientras que su final quedaría decidido por el interés de fragmentar dicho espacio en beneficio del desarrollo inmobiliario y la urbanización.

El sistema hospitalario que entraría en vigor para sustituir a “La Castañeda” quedaría conformado por cuatro hospitales campestres y dos hospitales psiquiátricos para pacientes agudos. Los primeros en abrir sus puertas en 1966 serían el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” destinado para la atención de niños y adolescentes y el

Hospital Campestre “Rafael Serrano” para pacientes de ambos sexos cuya recuperación requería una estancia prolongada. Posteriormente, el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” abriría sus puertas para pacientes que requerían de una estancia corta, mientras los Hospitales Campestres “Dr. Samuel Ramírez Moreno” y “Dr. Adolfo M. Nieto” recibirían a pacientes de estancia prolongada, el primero sólo para varones y el segundo sólo para mujeres (Vicencio, 2017).

Finalmente, el Hospital Albergue “Dr. Fernando Ocaranza” antecedente directo del Modelo Hidalgo para la Salud Mental en que se inscribe la presente investigación, abriría sus puertas como parte de este proceso de reforma para la atención de enfermos incurables (Vicencio, 2017). Para “Ocaranza” el traslado de pacientes del Manicomio de “La Castañeda” significó abrir sus puertas con una población que rebasaba su capacidad total, caracterizada además por personas no identificadas, abandonadas y con un deterioro que requería un tratamiento más allá del periodo de un año en que se estimada la estancia máxima (Recomendación 070/1995, CNDH). Lo cual, indudablemente favorecería su rápido deterioro sobre el que hablaremos más adelante.

Tras la reforma del modelo asilar persistía el esfuerzo de un importante sector de médicos psiquiatras que buscaban no sólo transformar las instituciones, sino su propio rol dentro de la sociedad en un contexto en el que el tratamiento farmacológico y la investigación iban ganando terreno, pasando del énfasis en un enfoque preventivo como eje de acción de la higiene mental, hacia el desarrollo de un nuevo paradigma teórico-metodológico, el de la salud mental caracterizado por “la atención eficiente, la utilización de psicofármacos y neurofármacos, la investigación en neurociencias y la conformación de dispensarios, consultas abiertas y publicidad sanitaria“(Vicencio, 2017, p. 47-48).

A diferencia de los movimientos previos, la transformación del paradigma dominante hacia el de salud mental vino de la mano con la constitución de una organización internacional que tomaría el lugar que hasta entonces ocupaban consejos, asociaciones y organismos locales en la gestión, regulación y operacionalización de las acciones en torno a la salud mental. La Organización Mundial de la Salud surgiría a partir de entonces como ese gran ente regulador que entre sus primeras acciones no sólo definiría el concepto de salud y salud mental, sino impulsaría la operacionalización y homogeneización de los criterios de clasificación de las enfermedades mentales (Ríos, 2016).

Sobre el primer aspecto, desde hace varias décadas (1948) contrario al carácter cambiante y al proceso de negociación y reformulación al que se enfrenta la noción de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) establecería bajo un criterio operativo una definición de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.<sup>20</sup> Así como una definición de salud mental en el mismo sentido de estado de bienestar donde el individuo es “consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera” a la vez que se presenta como alguien capaz de hacer una contribución a su comunidad (Muñoz *et al.*, 2016, p.166).

---

<sup>20</sup> Es importante decir que esta definición de salud no ha sido modificada desde 1948, año en que fuera publicada luego de la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), entrando en vigor el 7 de abril de 1948. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud que puede consultarse en la publicación Documentos básicos que se actualiza conforme la organización considere necesario. Disponible en <https://apps.who.int/gb/bd/s/>

En la anterior definición de salud encontramos como de nueva cuenta la referencia a un estado ideal respecto del cual se sitúa a la persona (alineación/desviación), pero esta vez asociado a un sentido de bienestar, en función de la productividad-funcionalidad como referentes en la configuración de un sujeto que se construye en el ir y venir de la vida, entre la persecución, conservación o retorno a ese estado ideal. Sin embargo, la salud y la enfermedad, como sería descrito por Pérez (1988) y reflejado en las narrativas de los habitantes del Mezquital que revisaremos en los capítulos subsecuentes remiten a aspectos como molestias e incomodidades físicas, preocupaciones y problemas vinculados al trabajo, la familia o el grupo social y su nivel de integración, pertenencia a un determinado grupo social, marginado o no.

De tal manera que la definición en positivo de ese estado completo de bienestar, productividad y participación social ideal al que hace referencia la OMS genera una dicotomización poco productiva, de la experiencia de vida de la persona en sano/enfermo ignorando las múltiples posibilidades al interior del propio proceso de salud-enfermedad, como la tercera posibilidad a la que hiciera alusión el propio Pérez (1988) como una situación que pudiera no considerarse o percibirse como estado de plena salud, al tiempo que tampoco se asocia con una condición que encaja en una categoría de enfermedad, y por tanto, no encuentra una denominación totalmente adecuada y aceptada para la misma. La persona no está sana ni enferma, sino todo lo contrario.

Por su parte, la conceptualización de la locura en enfermedad mental y posteriormente en trastorno quedó consolidada en la clasificación psiquiátrica cuyas raíces, de acuerdo con Del Barrio (2009), habría que situarlas en la clasificación hipocrática (siglo IV a. C.) que propone dos categorías manía y melancolía que permanecerían como únicas

hasta el siglo XVI cuando se incorpora la demencia. Manía, melancolía y demencia constituirían las tres grandes categorías a matizar y complementar, la manía sería dividida entre manía con o sin delirio y se agregaría la idiocia.

En línea con esto, entre los diagnósticos más comunes encontrados entre los pacientes de “La Castañeda” para el siglo XX se registran las demencias, que incluían problemas relativos a la capacidad de razonamiento y memoria, aunque también alucinaciones, delirios, catatonia, y problemas motrices. Un segundo diagnóstico, era el de imbecilidad como problema de nacimiento, Síndrome de Down, autismo y retraso mental. Mientras otros diagnósticos contemplaban la epilepsia, el alcoholismo, la neurosis que incluía la categoría de “nervios”, la histeria, la melancolía, manía, neurastenia, psicosis y paranoia, y la parálisis general progresiva era un diagnóstico asociado a la fase terminal de la sífilis.

De acuerdo con Braunstein (2013) el modelo botánico de Linneo, (2013) habría sido el fundamento de la clasificación psiquiátrica, donde apariencia o forma objetiva tomaría el lugar de criterio taxonómico. Criterio biológico y orden social-moral se entrelazarían para enunciar criterios de definición de lo normal, lo permitido, lo adecuado, lo bien visto y sus opuestos. La noción de enfermedad mental y los diversos trastornos en los que se fragmenta no serían sino

conceptos abstractos derivados de la agrupación de signos y síntomas por medio de la actividad cognoscitiva que los reúne en síndromes y acaba definiéndolos como “objetos teóricos” a ser investigados. Su existencia, su materialidad, es “lenguajera”: sólo existen en el espacio y el tiempo clasificatorio (Braunstein, 2013, p. 28)

Desde su creación, tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), continúan representando el esfuerzo de estandarización del proceso de enfermar mediante el que se atribuyen propiedades esenciales al trastorno como entidad natural, orientadas a la universalidad y homogeneización en su categorización, medición y control/tratamiento.

En este proceso de búsqueda de uniformidad y validez universal, para 1980, en el caso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) los ejes diagnósticos se ampliaron a cinco y se estableció una codificación alfanumérica que no sólo refuerza la idea de homogeneidad, continuidad y seriación entre los elementos a clasificar, sino que también facilitaría su registro computarizado. De acuerdo con Braunstein (2013) los distintos ejes buscarían abarcar diversos criterios de orden anatómico u orgánico y psicosocial.

El primero de estos integra los trastornos de importancia clínica, mientras un segundo eje remite a criterios de especificidad de lo que se conoce como trastornos de base, como los de personalidad o retraso mental. Un tercer eje sitúa las enfermedades o afecciones físicas de la persona y un cuarto eje busca integrar tensiones psicosociales que pueden contribuir al trastorno. Finalmente, el quinto eje relativo a la evaluación por parte del clínico respecto del funcionamiento global de la persona involucra la medición del cociente intelectual, la edad, el grado de adaptación a específicos entornos (familia, escuela), el comportamiento, el manejo de las emociones.

Al final de la evaluación multiaxial o no, es la subjetividad misma la que termina por clasificarse y con ella, la diferencia o alteridad como tema u objeto de estudio desde la

especialidad médico-psiquiátrica asumiendo un rol de resguardo y protección de la norma e instrumento de discriminación de características. Todos los sujetos en mayor o menor medida estamos vulnerables a enfermar por lo que el trabajo de la psiquiatría se concentra, no sólo en diagnosticar, sino en pautar aquello que se reconoce alejado o contrario a una norma, un ideal, aun cuando se desconozca o no se tenga certeza del origen exacto del desajuste. Este último continúa siendo el eterno horizonte de la investigación, la identificación y localización de los mecanismos, procesos y entidades orgánicas que dan lugar al trastorno o alteración y los posibles recursos para actuar sobre ellos, principalmente desde la farmacología (Braunstein, 2013).

En años más recientes, la reforma psiquiátrica continúa siendo parte de los objetivos, esfuerzos y principales compromisos a nivel internacional impulsados, principalmente, por la OMS y los sistemas sanitarios locales de países miembros que buscan la sustitución de las instituciones de tipo psiquiátrico aún existentes, por modelos y centros que prioricen la atención externa y comunitaria, así como la integración de la atención a la salud mental como parte de la red de hospitales generales (Sacristán, 2001; 2009; 2011).

Si bien como señala Sacristán (2010) todavía para la primera década del siglo XXI en México los servicios de atención a la salud mental adolecen de presupuesto adecuado y modernización, entendida como reforma del modelo terapéutico-hospitalario sobre el que se sostiene a fin de orientarlo más hacia la atención comunitaria. El Valle del Mezquital se ha inscrito en la historia de estas reformas como una región bandera de lo que sería la reconfiguración del actual sistema institucional o modelo de atención a la salud mental. En un contexto en el que, no obstante, el lugar de internamiento sigue siendo entendido como

en el periodo decimonónico, como un particular tipo de *ambiente terapéutico* que es capaz o no, de propiciar la recuperación de la persona por sí mismo.

Como veremos a continuación, detrás de la reforma del Hospital Psiquiátrico “Dr. Fernando Ocaranza” hacia la estructura actual de Villa Ocaranza ocurrida en el año 2000 como parte de la implementación del Modelo Hidalgo subyace el razonamiento de privilegiar espacios amplios, abiertos y tranquilos con la idea de evitar “en lo posible el “aspecto de asilo” para que el enfermo supiera que su estancia era transitoria” (Chomstein, 1961, p. 923-924 en Vicencio, 2017, p.52), aun cuando así no lo fuera.

### **3.3 Modelo de Atención a la Salud Mental Miguel Hidalgo**

De acuerdo con Hernández (2008) el sistema de salud de un país refleja el tipo y sentido de las relaciones que el Estado establece con su población, tanto a nivel discursivo como de las prácticas en la medida en que representa los mecanismos de intervención que define como pertinentes para brindar atención a los problemas de salud. La salud aparecería no sólo como una condición asociada al ciclo de vida, sino como un derecho e incluso una condición para alcanzar la paz y la seguridad.

En México, las consecuencias a nivel social, político y económico del periodo revolucionario no se hicieron esperar y con ello la búsqueda de reformas constitucionales en línea con el nuevo régimen y el sentido de justicia perseguido. Es así como parte de este sentido social articulado a la acción del Estado lo encontramos en la creación de la Secretaría de Asistencia Pública bajo el periodo cardenista (1938) dirigida a satisfacer o al menos procurar hacerlo, “*las necesidades de subsistencia o de tratamiento médico*” de los *individuos “socialmente débiles”* entre los que se incluían, de nueva cuenta, los mendigos,

vagabundos, miserables y los enfermos mentales, así como todo aquel que no pudiese cubrir sus necesidades básicas o las de su familia (Sacristán, 2001, p. 111).

Al convertirse la salud en una cuestión de Estado y sentarse las bases para la seguridad social dio inicio la creación de las grandes instituciones encargadas de su protección desde el ámbito público federal de corte asistencial. En México, a partir de la fusión del Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia, en 1943 se da origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), posteriormente, Secretaría de Salud, la cual, quedaría a cargo de dictar las principales políticas de salud, así como de la administración de las principales instituciones para su atención (Hernández, 2008) El Instituto Mexicano del Seguro Social (1943) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (1959), así como la red de servicios de salud que se extenderían hacia las comunidades rurales e indígenas.

A partir de este momento, el registro de los principales problemas de salud, las causas de muerte y cualquier otro asunto relativo a las necesidades de atención pasarían a formar parte de las funciones administrativas-operativas del Estado relacionadas con la gestión en salud atendiendo tres ejes: legislación en materia de salud, cobertura de servicios e inversión en infraestructura acorde con el modelo de atención vigente.

Para 1978, tres décadas después de que la salud se hubiera consolidado como un asunto de relevancia internacional luego de la creación de la OMS sería necesario definir el cómo lograr alcanzar o cumplir con el nivel u objetivo de bienestar asociado a la idea de salud promovida por dicha instancia.

...al dictar los cánones internacionales de qué y cómo se diagnostica, la OMS define en el mismo ejercicio donde y de qué forma puede intervenir en las políticas de

salud de los Estados, en la dinámica de las poblaciones, y en la vida de los individuos (Hernández, 2008, p. 42)

A partir de este momento, la denominada atención primaria, con énfasis en la promoción de la salud (antes educación higiénica) y la prevención de las enfermedades vería la luz a través de la Declaración Alma-Ata desde la que los servicios del primer nivel de atención comienzan a configurarse como el espacio por excelencia para dar respuesta a las determinantes sociales asociados a los procesos de salud-enfermedad-atención, alcanzar la cobertura universal, la equidad, el sentido de justicia social y la participación comunitaria en materia de salud (Hernández, 2008; Almeida *et al.*, 2018; Torres-Laguna, 2018).

Sin ignorar que los anteriores objetivos no sólo no han sido alcanzados, sino que en muchos casos las dinámicas de exclusión e inequidad en salud se han visto intensificadas, es importante situar el desarrollo que ha tenido en nuestro país la organización de servicios de atención. El sistema de salud mexicano actualmente se encuentra dividido en dos amplios sectores, uno privado en el que se incluyen a las compañías aseguradoras y servicios de medicina alternativa (Gómez *et al.*, 2011), el cual, atiende a un menor número de la población en comparación con el sector público que conforma el segundo gran sector del que se desprenden dos vertientes.

La primera de estas integrada por las instituciones estatales que brindan atención a la población asalariada: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); Petróleos Mexicanos (PEMEX); Secretaría de la Defensa (SEDENA); Secretaría de Marina (SEMAR), con un porcentaje de cobertura estimado hasta hace una década en alrededor del 47% (IESM-OMS, 2011), principalmente a través del IMSS.

Mientras que la segunda estaría conformada por instituciones y programas enfocados a la atención de quienes no cuenta con ningún tipo seguridad social, entre los que se incluye la mayor parte de la población de zonas rurales. Esto a través de unidades a cargo de la Secretaría de Salud (SSA), de los Servicios Estatales de Salud (SESA) y del antes denominado Seguro Popular de Salud (SPS) ahora Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Este último orientado a la atención gratuita del sector carente de un acceso efectivo a través de las instituciones estatales antes mencionadas.

Asimismo, el sistema de salud se organiza por niveles, cada uno de los cuales cuenta con unidades médicas para brindar atención. El tercer nivel de atención está conformado por los hospitales de alta especializada en un campo específico de la salud, por ejemplo, cancerología, cardiología, pediatría, rehabilitación, entre otras; cuyo grado de especialización les permite contar con equipo y recursos que no se encuentran en otros espacios, así como desempeñar funciones de formación de recursos humanos a través de la enseñanza y la investigación.

El segundo nivel lo integran hospitales generales que si bien, cuentan con especialistas se concentran en la atención a problemas que requieren hospitalización o intervención inmediata. Mientras que el primer nivel de atención corresponde a las unidades médicas de tipo ambulatorio, esto es, centros o casas de salud de primer contacto para la población a través de los servicios otorgados en sus consultorios de medicina general y familiar, así como de las acciones de prevención y promoción y educación para la salud como parte de Jornadas Nacionales de Vacunación y de Salud Pública relacionadas con distintas enfermedades.

Es importante mencionar que esta división por niveles no siempre fue una realidad en el país, sino que formó parte de un gran proyecto de organización y administración de la salud pública a cargo del gobierno federal gestada a lo largo de los años. Por su parte, el trabajo de Hernández (2008) *La metamorfosis de la política de salud mental* nos brinda un detallado recorrido y análisis histórico de la configuración del sistema de salud y la política pública de salud mental en México en el que podemos ver como para finales de la década de los años ochenta del siglo pasado la preferencia de atención médica estaba dominada por un criterio de familiaridad.

De este modo, la primera opción de atención la constituían la familia y amigos, seguido de la automedicación, sacerdotes y, en cuarto lugar, los servicios institucionales de salud mental, sólo antes de los especialistas tradicionales. Tan sólo una década después, los servicios del primer nivel de atención, junto con los psicólogos y psiquiatras, aparecían ya entre los primeros recursos de atención, incluso ya como niveles claramente diferenciados, seguidos por el clérigo y los especialistas tradicionales (Hernández, 2008). Lo cual nos estaría hablando de la efectividad que estaba teniendo no sólo la inversión en ampliar la disponibilidad de los servicios, sino las estrategias de promoción y educación para la salud adoptadas en ese periodo. Ejemplo de ello son las fuertes campañas de promoción de la salud orientadas a lograr la aceptación en comunidades rurales e indígenas del país de la inmunización mediante la aplicación de vacunas que tuvieron lugar a partir de la década de los años setenta del siglo XX.

Para 2012 (SSA/OSAP, 2013), en el país se contabilizaban un total de 27,344 unidades de atención, de las cuales, el 78.3% corresponderían a Unidades de Atención Primaria- UAP (centros de salud, clínicas o unidades de medicina familiar), clasificadas el

98.2% de estas, como parte del servicio público. Es importante mencionar que las UAP en el país consideran tanto las unidades rurales como urbanas, además de servicios itinerantes como caravanas de salud, brigadas móviles y unidades de consulta externa que pertenecen en su mayoría a los Servicios Estatales de Salud (SSA/OSAP, 2013). No obstante, aun cuando cada una de las unidades médicas, clínicas u hospitales se hayan distribuidas a lo largo del país, la cobertura sigue siendo insuficientes, sobre todo en zonas rurales e indígenas.

En el caso del Mezquital, las clínicas y hospitales de segundo y tercer nivel se ubican en su mayoría en las cabeceras municipales o lugares estratégicos a nivel regional. Mientras que la construcción y apertura de centros o casas de salud en las comunidades se da en función de la cantidad de habitantes y de los recursos humanos y materiales disponibles siendo principalmente los médicos pasantes quienes son asignados a la atención en las casas de salud. De tal manera que política pública, condiciones sociales, económicas y sistemas culturales convergen en la caracterización de las distintas comunidades de la región y su proceso de adaptación biocultural que incluye los procesos de salud-enfermedad-atención.

Como parte de los esfuerzos por implementar o ampliar la cobertura de servicios de salud en el Valle del Mezquital el proceso de expansión del sistema biomédico implicaría la generación de estrategias de atención a la salud que buscarían favorecer el establecimiento de lo que Menéndez (1983) califica como una relación complementaria entre prácticas locales-tradicionales y occidentales. Dicho proceso iniciaría con los programas de vacunación implementados en la región y la adopción de tratamientos farmacológicos,

especialmente analgésicos para el tratamiento de enfermedades (Peña y Hernández, 2005; Sánchez-González *et al.*, 2008).

Asimismo, el carácter híbrido del sistema de pensamiento en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención predominante en la zona (Tranfo, 1974; Lastra, 2006) favorecería la configuración de un sistema de atención dual (biomédico institucional y tradicional/popular). No obstante, la relación entre ambos sistemas de saberes y atención no debe asumirse como totalmente armónica reconociendo los procesos contradictorios o de conflicto en torno a ciertos padecimientos o estrategias terapéuticas que tienen lugar a su interior.

*Me enfermé del corazón, me vine a tratar con el médico y me detectó arritmia cardíaca, me estuve tratando con el médico y ya después mi mamá y mi hermano me llevaron con una señora que cura con las manos y con la biblia y té y toda la cosa en Mixquiahuala. Estuve yendo con ella como tres años y ya no me enfermé del corazón, me hizo una operación espiritual, bueno ella dice ¿no? Sinceramente pues yo no creo en eso, pero pues ya no tengo nada porque me iban a poner un marcapasos y entonces como me lo iban a poner, me llevaron con esa señora, me trató con té, operación espiritual, leímos la biblia y todas esas cosas y ya me curó. Aún siento como punzaditas, o sea, que yo creo que no estoy muy bien, pero ya volví a tratarme con el médico (Ramiro, 36 años, Ixmiquilpan).*

Si en el medio indígena y rural mexicano es una realidad la escasa presencia de servicios de salud, cuando hablamos de salud mental no es la excepción. Ubicado en San Miguel Eyacalco, con una superficie de 8,960 metros cuadrados ocupados por cuatro distintos pabellones, uno para niños, otro para varones y dos más para mujeres, con una capacidad total para 560 pacientes; el 21 de julio de 1968 abriría sus puertas el único Hospital Psiquiátrico en el Estado de Hidalgo, el Hospital Campestre “Dr. Fernando Ocaranza”. El cual, como mencioné al cierre del apartado anterior, formó parte del proceso de reestructuración de servicios reconocido bajo el nombre “Operación Castañeda”

vinculado con la clausura del Manicomio General “La Castañeda” y la reforma del modelo de atención asilar vigente hasta esos días (Vicencio, 2017).

las granjas, que surgieron con la finalidad de innovar terapias psiquiátricas, no hicieron más que reproducir el modelo asilar de “La Castañeda”, ya que no se hizo una verdadera reforma psiquiátrica de fondo (Vicencio, 2017, p. 34)

Como lo describe un informe realizado por miembros de la Organización Panamericana de la Salud en 2004 con motivo de una evaluación del estado de los servicios de salud mental en México, en el país han tenido lugar esfuerzos por incorporar los principios internacionales, sin embargo, no se han concretado en reales programas ni cambio de paradigma en tanto que las acciones se han limitado a la construcción de nuevas instituciones psiquiátricas que preservan viejas prácticas asistenciales. De modo que “siempre existe el peligro de incurrir en una mera transinstitucionalización, [...] si no se cambian primero las prácticas y luego la infraestructura, cualquier estructura nueva corre el riesgo de <manicomializarse>” (Sacristán, 2010, p. 12).

Es así como, casi tres décadas después de su apertura, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) se da a la tarea de verificar las condiciones de hospitalización al interior de “Ocaranza” observando diversas problemáticas que quedarían señaladas en la Recomendación (070/1995) conformando los principales antecedentes de lo que sería su posterior transformación.

A nivel administrativo, se señalaba la inexistencia de un reglamento interno y la persistencia de un modelo de atención asilar ante el rechazo social hacia quienes estaban ahí internados. Asimismo, en cuanto la infraestructura se reportó una mala distribución, uso y mantenimiento de los espacios, ya que, si bien se necesitaban realizar obras para su

reestructuración, la falta de recursos impedía su ejecución dejando dichos espacios en desuso y malas condiciones saturando aquellos que sí podían usarse.

De los cuatro pabellones, sólo uno estaba en funcionamiento para albergar al total de su población hospitalizada presentando fallas en la instalación hidráulica que provocaban que los pacientes no tuvieran agua caliente para su aseo personal, además de observarse acumulaciones de basura (cascajo), *ropa vieja*, *heces fecales* y *desperdicios orgánicos* en el patio (Recomendación 070/1995 CNDH).

Es así como el deterioro del mobiliario e inmueble en general (estructuras metálicas oxidadas, plafones deteriorados, lavadoras y secadoras descompuestas, tuberías, etc.) sumado a otras evidencias aquí no desarrolladas y la contradicción suscitada con los Principios para la Protección de las Personas que Padecen Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental culmina en una recomendación de carácter público al Gobierno del Estado. La Recomendación 070/1995 (CNDH, 1995) que se concentraba en la reorganización y remodelación de espacios, servicios y actividades. Sobre este último aspecto, el objetivo se dirigía a impulsar las actividades ocupacionales y talleres de terapia que hemos visto fueron impulsado como parte de la primera reforma al modelo de tratamiento y rehabilitación.

Cabe recordar que parte de lo que estaba ocurriendo a nivel internacional era la crítica hacia la institución manicomial como espacio destinado al control social y la consecuente necesidad de humanizar estos espacios donde la persona había dejado de tener una historia y un nombre, una identidad. Basaglia, principal representante de este movimiento de reforma psiquiátrica a través de lo que sería conocida como Ley Basaglia (Ley 180/1978) postulaba el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos a cambio de la

apertura de servicios alternativos y áreas de hospitalización en Hospitales Generales, así como en centros de salud desde los cuales impulsar acciones de prevención, atención y rehabilitación. Además de trabajar en la articulación de todas las dependencias del sistema, es decir, fortalecer la colaboración interinstitucional.

En línea con este objetivo, México firmaría el compromiso de reestructurar los servicios de atención psiquiátrica y de salud mental poniendo fin al modelo manicomial como parte de la Declaración de Caracas al cierre de la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica celebrada en 1990. Dicho documento señalaba de manera más precisa la necesidad de ampliar la oferta de servicios de atención a la salud mental, disminuir los espacios de internamiento enfocándose en la rehabilitación de las personas y fortaleciendo con ello los servicios comunitarios, así como la integración de la atención psiquiátrica al primer nivel de atención (Rodríguez, 2007). Todo esto acompañado de una reforma en la legislación orientada a respaldar y garantizar dicha estructuración y el mejoramiento de la calidad de los servicios, así como los derechos humanos y civiles de la población usuaria de éstos.

Si bien México participaba activamente de estos compromisos y discusiones políticas, el Hospital Psiquiátrico Campestre “Dr. Fernando Ocaranza” enfrentaba diversas denuncias por malos tratos y violación a los derechos humanos de la población hospitalizada. Algunas de las cuales dieron lugar a distintas notas periodísticas y reportajes que acelerarían el proyecto de reestructuración de la atención psiquiátrica.

En enero del año 2000 la Revista Proceso en su número 1213 publicaría un reportaje<sup>21</sup> exhibiendo el deterioro, violencia y condiciones deplorables al interior del Hospital retomando las distintas observaciones señaladas por la CNDH en su Recomendación 070/1995, así como lo expuesto en una entrevista con la presidenta de la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental I.A.P., Virginia González Torres, quien posteriormente estaría colaborando en el diseño e implementación del nuevo Modelo de Atención a la Salud Mental en la región.

Ese mismo año (2000), el Hospital Psiquiátrico cerraría sus puertas para dar nacimiento a Villa Ocaranza, una unidad hospitalaria integrada por treinta camas para la atención de pacientes agudos y diez casas o villas con capacidad para doce personas. Cada una de las cuales contarían con recámara, sala, comedor, cocina y baño en la medida que representaban un espacio para trabajar el desarrollo de una mayor autonomía y funcionalidad de la persona (Modelo Hidalgo-CONSAME). “Con la inauguración de esta villa inicia lo que se denomina como el nuevo rostro de la atención psiquiátrica en México, el Modelo Hidalgo en Salud Mental” (Scherer Ibarra, 2000 en Hernández, 2008, p. 138).

Desde entonces, Villa Ocaranza representa la unidad médica de tercer nivel disponible en el Estado y para la región del Mezquital, mientras que la integración del primer nivel de atención se lograría a través de la implementación de un sistema de Núcleos Básicos de Salud Mental (NBSM). Nombre que reciben los consultorios destinados al

---

<sup>21</sup> Scherer Ibarra, María (30 de enero de 2000) “Miseria, abandono y derechos humanos conculcados, en los hospitales psiquiátricos” y “Las granjas psiquiátricas deben desaparecer: Carlos Tornero”. En Revista Proceso. Hospitales psiquiátricos Infierno sin límites. Semanario de Información y Análisis. No. 1213. (28 febrero de 2000).

diagnóstico, atención médica y seguimiento de pacientes con problemas de salud mental al interior de los centros de salud de primer contacto.

Lo anterior implicó la capacitación del personal de medicina general asignado a cada uno de ellos sobre el proceso de atención específica a estos problemas, concretamente, lo relativo al diagnóstico, tratamiento farmacológico y manejo básico del paciente. Si bien, el Modelo suponía el apoyo por parte de una enfermera con especialidad en psiquiatría o que contara con capacitación a nivel técnico. Es importante mencionar que, de acuerdo con los testimonios del personal médico encargado de la atención de los NBSM en los que se desarrolló la presente investigación, en ninguno de ellos se contaba con una enfermera ni especializada ni asignada de manera exclusiva al consultorio, todos ellos eran apoyados por pasantes de enfermería que permanecen en el centro de salud entre seis meses o un año, o bien, por personal de enfermería general.

En cuanto a los centros y casas de salud de la región encontramos que se adscriben a alguna de las trece Jurisdicciones Sanitarias que administran los servicios de salud en el Estado, al igual que los ochenta y cuatro NBSM que para el 2002 habían logrado abrirse. Adicionalmente, el Modelo contemplaba la vinculación entre estos dos niveles, Villa Ocaranza (3er nivel) y Núcleos Básicos de Salud Mental (1er nivel), a través de Módulos de Salud Mental (MSM), como un nivel intermedio de atención más especializada en comparación con los NBSM. Dicho Módulos estarían conformados por un médico psiquiatra, enfermera, psicólogo(a) y trabajador(a) social.

De esta forma y en conjunto, los tres niveles inaugurarían un sistema de referencia y contrarreferencia en el área de salud mental en la región que permitiría la identificación del paciente mediante la valoración médica en el primer nivel y de acuerdo con su gravedad

determinar la necesidad de enviarlo a un siguiente nivel. Idealmente, posterior a la detección y consulta en el centro de salud le seguiría el Módulo de Salud Mental para acceder a una valoración psiquiátrica y/o servicio de psicología y sólo en aquellos casos que lo amerite, llegar al tercer nivel donde es posible la hospitalización. Esta última luego de la reestructuración psiquiátrica se esperaba fuera preferentemente breve y temporal, idealmente sólo durante periodos de crisis o desestabilización.

Una vez que el usuario es atendido en un segundo o tercer nivel debiera tener lugar la contrarreferencia, consistente en el retorno del paciente a su NBSM con las observaciones del especialista. Sin embargo, en la práctica cotidiana el Modelo y la colaboración interinstitucional no fluyen en todos los casos como podría esperarse. En la experiencia de algunos pacientes se relatan dificultades sumadas a un trato inadecuado en los Módulos o en Villa Ocaranza.

La reestructuración de la atención también buscaba integrar tres ejes: prevención, promoción a la salud y rehabilitación. Los primeros dos quedarían cubiertos por los servicios previamente mencionados, mientras que el tercero se trabaja, por un lado, directamente con los pacientes durante su periodo de internamiento en las casas o villas, así como la implementación de talleres ocupacionales, adicional a la apertura de casas de medio camino, residencias comunitarias y departamentos como el paso previo a la reinserción social del paciente.

Habría sido interesante visitar alguno de estos espacios, sin embargo, a lo largo de los años de campo mis esfuerzos por encontrar a una persona en la comunidad que se hubiera visto favorecida por estos servicios, que supiera de ellos o conociera su ubicación, no dio ningún fruto, incluso entre el personal médico. Mi conocimiento sobre ellos se

reduce a lo señalado en los documentos y comunicaciones oficiales sobre la estructura básica del Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental.

Asimismo, el Modelo Hidalgo se ve complementado por otras instituciones y dependencias creadas pocos años más tarde, como son la Unidad Especializada para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual (UEPAVFS) creada en 2003, encargada de programas de prevención, detección y atención a la violencia intrafamiliar y sexual. El Centro de Atención Integral de las Adicciones (CAIA) creado en 2005 en el que participa personal de Alcohólicos Anónimos (AA) en la replicación del programa de 12 pasos de los grupos de ayuda mutua; así como el Consejo Estatal contra las Adicciones (CECAH) enfocado en la prevención y tratamiento de adicciones, tabaquismo, farmacodependencia y alcoholismo.

A lo largo de este capítulo hemos podido constatar la manera en que política pública, discurso médico y sociocultural en torno a la locura, posteriormente, enfermedad mental, se combinan e interactúan moldeando y modificando la situación de la salud mental y la experiencia subjetiva de quienes la padecen. Como sostiene Hernández (2008) en su análisis histórico de la política públicas en materia de salud mental en México, la relación gobierno-psiquiatría permite entender a esta última como el dispositivo de administración estatal, de la gubernamentalidad de la locura que ha consistido en una constante reconfiguración de la organización institucional buscando no sólo la atención en términos clínicos, sino lograr el control de la enfermedad y los sujetos cualquiera que sea su condición de salud en su aspecto más social mediante la configuración de “un discurso y un orden simbólico a través del que se construye la realidad” (Rein y Schon, 1999 en Hernández, 2008, p. 15).

En este sentido a partir de la construcción de elaboraciones discursivas e implementación de diversas acciones y mecanismos se instaura un régimen de control y prevención de la salud mental que abarca desde la definición hegemónica de lo que será entendido como tal, de los criterios de definición de los trastornos, de su prevalencia, la construcción subjetiva de quienes los padecen y los recursos ideales para su manejo y tratamiento. Como parte de estos recursos vimos aparecer en escena al manicomio o la institución asilar que más allá de representar un espacio de reclusión y exclusión social, significó el espacio de construcción, consolidación y legitimación del conocimiento científico psiquiátrico a través de la observación clínica y la terapéutica.

Los distintos cambios políticos, sociales, económicos y culturales que representaron el final de una época y los inicios de otra trajeron consigo no sólo la reconceptualización y ampliación de los límites de la representación de la enfermedad mental, sino del propio ser humano a partir de la introspección y reflexividad propiciada por diferentes corrientes de pensamiento que cristalizarían en modelos de actuación social e institucional diferenciados. En su texto *Los Anormales*, Foucault (2000) nos presenta dos dispositivos de control e intervención que pueden muy bien retratar la transformación que sufrió el modelo de atención en el Mezquital.

Por un lado, la intervención adoptada ante la lepra cimentada en una reacción negativa que tenía como eje de actuación el rechazo, la exclusión, la segregación de quienes enfermaban a través de su expulsión de la ciudad como estrategia de purificación de las poblaciones. A diferencia de la intervención en torno a la peste estructurada alrededor de una reacción positiva de inclusión, observación. Las personas permanecían en

confinamiento domiciliario bajo supervisión de la autoridad quien contaba con un registro poblacional.

La aplicación del análisis anterior a la configuración de la atención institucional psiquiátrica aquí descrita nos permite leer al modelo asilar como una estrategia de intervención estructurada en similitud a lo ocurrido con la lepra, pero esta vez alrededor de la exclusión del loco, de su distanciamiento. Aun cuando la Castañeda fuera construida en la Ciudad y no a las afueras representaba el lugar de purificación de todas las desviaciones y amenazas al orden social y familiar. Ante su desmantelamiento son los márgenes de la Ciudad los depositarios de lo peor de la sociedad, de aquellos que, por defecto, carencia, perversión no participaban en la reconfiguración del mexicano moderno.

El interés y esfuerzo por mejorar las condiciones de los pacientes mezclados con otros intereses derivaron en una reforma psiquiátrica que daría origen a las granjas psiquiátricas u hospitales campestres como el Hospital Psiquiátrico “Dr. Fernando Ocaranza” que sería desplazado a su vez por el actual modelo de atención a la salud mental cristalizado en Villa Ocaranza. Este modelo, por su parte, se ajustaría a la actuación frente a la peste, donde ya “no se trata de expulsar sino, al contrario, de establecer, fijar, dar su lugar, asignar sitios, definir presencias, y presencias en una cuadrícula [un determinado espacio físico]” (Foucault, 2000, p. 53). Se inclina así a la inserción, a favorecer la reintegración social del enfermo, del peligroso a través de una aproximación fina y controlada.

Más allá del criterio de actuación social y los siglos de diferencia, en todos los casos se sigue tratando como dijera Braunstein (2013, p.50) de “distinguir e imputar

diferencias entre los elementos o entidades que se busca catalogar; diferenciar entre lo que hace ser a una entidad, que la hace a su vez no ser otra cosa”. La nueva política de salud mental instauraría un régimen de prevención y corresponsabilidad en el país como mecanismo de intervención social contrapuesto al régimen asilar paternalista (Hernández, 2008)

Lo anterior representaría, como se muestra en el Mezquital, la diversificación del tercer nivel representado por el Hospital Psiquiátrico, en este caso Villa Ocaranza, en servicios de otro orden (primer y segundo nivel), los núcleos básicos y los módulos de salud mental, por ejemplo, que integrarían la consulta externa y la intervención comunitaria (casas de medio camino, residencias comunitarias) encaminadas ya no sólo a la prevención sino a la rehabilitación psicosocial. Un régimen familiarista y de corresponsabilidad que busca desplazar el internamiento en el hospital psiquiátrico por el tratamiento farmacológico ambulatorio y el trabajo en comunidad enfocado al restablecimiento de los vínculos sociales.

Asimismo, la importancia del sistema médico clasificatorio de los trastornos mentales aquí señalado radica no sólo en su operacionalización y estandarización en lo que respecta a los parámetros clínicos de su práctica profesional (cantidad, frecuencia, intensidad y duración), sino en el hecho de representar la forma en que la psiquiatría traduce la experiencia subjetiva en signos y síntomas de enfermedad proyectando su autoridad y estatus como especialidad médica legítima frente al manejo, control y posibilidad de recuperación de la enfermedad mental.

A diferencia de un sector de la medicina, señala Nesse (2007), la psiquiatría ignora o rechaza tomar en cuenta el contexto de quien enferma por considerar que ello abre la puerta a consideraciones subjetivas que pueden quebrantar su fiabilidad y universalización, sin embargo, las categorías psiquiátricas distan mucho de conformar un sistema clasificatorio natural inmutable e incuestionable. En la experiencia de un padecer mental la dimensión afectiva, el dolor, la sospecha, el temor, la angustia y la propia alteración de la realidad, del mundo vivido, deben ser considerados no sólo en la base de la crisis de significado subjetivo que subyace a la experiencia, sino en términos de recursos o estrategias que permiten al sujeto enfrentar determinada circunstancia dolorosa, traumática, riesgosa, adversa, desafiante o cuyo carácter anómalo ha aparecido en función de su adecuación situacional, de la cual paradójicamente pareciera intentar escapar la clasificación.

A partir de lo anterior sostengo como necesario integrar al análisis y comprensión de la experiencia de enfermedad mental, el sistema de pensamiento y prácticas de los conjuntos sociales en cuestión, por ser éste, desde donde los sujetos adscritos al grupo dan fundamento a sus experiencias de salud y enfermedad (Bastide, 2005; Langdon y Braune, 2010). En línea con ello, los siguientes capítulos buscarán profundizar en los parámetros de normalidad y subjetividad dentro y fuera del dominio socio-discursivo de la psiquiatría atendiendo a las narrativas de los pobladores del Mezquital alrededor de su experiencia de enfermedad, toda vez que han sido diagnosticados con depresión y esquizofrenia por lo que se encuentran bajo tratamiento en alguno de los núcleos básicos de salud mental de la región.

#### **Capítulo 4. Experiencia de enfermedad y subjetividad en habitantes del Mezquital, Hidalgo diagnosticados con depresión y esquizofrenia.**

La historia del paradigma biomédico científico y de la práctica clínica que de él se deriva responde a un esfuerzo por caracterizar y ejercer un dominio sobre la enfermedad que permitiera situarlo como el único modelo legítimo de definición, caracterización, materialización e interpretación de la experiencia de enfermedad, entendiendo a esta última, como una entidad natural, absoluta, objetiva, material, universal localizada en un lugar determinado del cuerpo, como un huésped indeseado o una lesión, en torno de la que es posible establecer una homogeneidad referente a su interpretación y vivencia.

Tanto en el caso de patologías físicas como de orden mental o afectivo en principio se tiene una conceptualización que fragmenta al sujeto y a su padecer en diversas categorías nosológicas, así como en criterios estandarizados útiles a su clasificación y abordaje. En consecuencia, tal representación desacredita y relega la expresión subjetiva por considerarla secundaria y sin relevancia para la estructura patológica que privilegia el proceso clínico de reconocimiento y legitimación.

Esto hace que uno de los principales aspectos del proceso de consolidación de la psiquiatría como ciencia, sea la configuración y dependencia de la noción de trastorno mental como una entidad objetiva, definida por una serie de propiedades esenciales que permitan su identificación, localización, clasificación y manejo. La experiencia de locura pasa a ser circunscrita a una falla estructural sujeta a leyes y reglas biológicas que permiten su clasificación natural, separando, jerarquizando y sistematizando las diversas entidades identificadas bajo tales criterios. Actualmente un trastorno mental es:

un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente. (APA, 1995, p. 5).

Como puede leerse la noción de trastorno que se sitúa en la base de la práctica clínica psiquiátrica sostiene un carácter disfuncional, individual e interno de la enfermedad mental caracterizada por una serie de signos y síntomas que se establecen como criterios de identificación y expresión de un desajuste estructural cuya causa es explicable desde la biología o interioridad del organismo. Lo que da por resultado que aun en aquellos casos que el padecer mental llegara a ser imputable a un agente o fenómeno externo, dentro del razonamiento biomédico éste no funge sino como detonante de una predisposición interna que eleva la condición del sujeto al nivel de una falla o disfunción.

Si bien establecer una correspondencia de criterios de definición y enfoque biológico permitiría a la psiquiatría distinguir y legitimar de entre las entidades naturales a su objeto de estudio, esto mismo se convertiría en su mayor fuente de crítica en términos de imprecisión, ambigüedad, indefinición y dificultades de aprehensión.

Ejemplo de esto sería la continua reformulación de sus principales instrumentos de clasificación, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). En el caso del primero, su revisión y modificación dio por resultado la integración, para su cuarta versión,

de algunas consideraciones culturales en cuestión de la expresión y delimitación de ciertos cuadros patológicos, los *culture-bound síndrome* traducidos como *síndromes culturales o ligados a la cultura*.

Como parte de esta reformulación, trastornos que aparecían en las primeras versiones de los manuales clasificatorios, primordialmente tratados desde un enfoque psicoterapéutico, dejarían de figurar años más tarde bajo un nuevo esquema de tratamiento ahora inclinado hacia lo farmacológico impulsado por el desarrollo de la industria farmacéutica (Kawa y Giordano, 2012) y la representación de la persona, ya no como paciente psiquiátrico sino como consumidor/cliente preferente en el marco de lo que diversos autores han calificado, para el caso de la depresión y demás trastornos afectivos como “la mercantilización de los estados de ánimo o de la tristeza” (Martínez-Hernández, 2006; Ordorika, 2011)

Como lo he descrito en un trabajo anterior (Bautista-Aguilar, 2014) a pesar de que la consideración de los aspectos culturales se presentara como un avance en la consolidación de la clasificación psiquiátrica es importante enfatizar que dicho esfuerzo no se dirigió a discutir el carácter cultural de las categorías clínicas ni buscó reformular la representación dualista de enfermedad ni tampoco cuestionar las condiciones de producción del trastorno mental o de las distintas formas de sufrimiento y padecer mental. Por el contrario, representó en mayor medida, un esfuerzo de legitimación transcultural del sistema biomédico clasificatorio y de la práctica clínica que de éste se desprende.

Cabe recordar que, para la segunda mitad del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud daría paso a una serie de estudios orientados a investigar las principales

características, expresiones, consecuencias y curso de enfermedad de diversos trastornos mentales, entre ellos la esquizofrenia, la depresión, ciertos trastornos de ansiedad y orgánicos. A partir de un seguimiento a pacientes por un periodo de entre dos a cinco años o más, dichos estudios derivarían en la consolidación de un cuadro clínico universal y transcultural, así como en el reforzamiento de dicotomías como la que sostiene resultados más favorables en entornos o países en desarrollo versus países desarrollados (Uribe, 2000; Jenkins, 2004).

Desde esta perspectiva la noción de cultura aparecería como sinónimo de entorno geográfico, cultura localizada y estática que terminaría ocupando el rol de herramienta para referirse al otro, al ajeno, al distante, al exótico, a un allí, que en palabras de Jenkins (2004) siempre ha correspondido a un sujeto ubicado en África, Asia y América Latina, en contraposición a un aquí, como lo propio, correspondiente a un ciudadano de Europa o Estados Unidos, “extremando así, las fronteras entre ambos entornos, “entre un supuesto “cosmopolitismo” frente a una supuesta “cultura”, donde “la comunidad” se ha presentado como algo dado, como si fuera un sujeto individual” (Ortner, 1994 cit. en Camus, 2002, p. 81).

De tal manera que el esfuerzo no terminó por concretar una propuesta capaz de transformar la brecha y dicotomización entre biología y cultura ni de revertir o transformar la marginación o secundarización de esta última. Por el contrario, la estandarización conducía cada vez más a la supresión y vacío de significado de las diferencias o particularidades locales (Bautista-Aguilar, 2014), al tiempo que favorecía una visión limitada, estereotipada y superficial de la cultura (Jenkins, 2004).

Las categorías clínicas dan cuenta de un intento por aprehender y representar experiencias de sufrimiento y desestructuración del mundo suprimiendo toda consideración de la subjetividad de quien enferma y su dimensión social, alejándose de su rol como modelo de enfermedad articulado a un sistema de pensamiento sociocultural y teórico-metodológico particular.

A este respecto, es necesario considerar que parte de las principales críticas y corrientes de pensamiento que confrontan al movimiento creciente de biologización y genetización de la locura, así como de lo que han calificado como un proceso de medicalización de la vida cotidiana, han emergido con gran fuerza desde el propio campo de estudio de la psiquiatría, sin dejar de nutrirse de la reflexión suscitada desde las ciencias sociales y las humanidades.

El trastorno mental aparece desde esta perspectiva como una categoría inadecuada e insuficiente para aprehender la multiplicidad de factores que dan forma a la experiencia de enfermedad, del padecer mental, en la medida en que este se vincula con la concepción del cuerpo, de las emociones, de la persona en su carácter más holístico, del mundo y las relaciones para consigo mismo, con el entorno y los otros.

[Es la medicina] como una empresa moral que tiene [porque se la ha atribuido] la autoridad para etiquetar las quejas de un hombre como “enfermedad legítima”, declarar a un segundo hombre como enfermo, aunque él no se queje y rehusar a un tercero el reconocimiento de su dolor, su impotencia o, incluso, su muerte. Es la medicina la que decreta que un dolor es “meramente subjetivo”, que una incapacidad es simulada, y que algunas muertes, aunque no otras, son suicidio (Illich, 1975 en Braunstein, 2013, p. 38).

Es así como biología, práctica social y significado nos dice Good (2003, p. 110), se conciben interrelacionados en la enfermedad como “objeto social y experiencia vivida”, de cuya interacción entre el significado y la actividad interpretativa con procesos sociales,

psicológicos y fisiológicos se producen formas particulares de enfermedad, «síndrome de significado y experiencia» (p. 112).

Lo anterior sirva para cuestionar, tanto la circunscripción de lo cultural a un simple aspecto de contenido (contingente) en nombre de la operacionalización del sistema clasificatorio, así como el tipo de subjetividad que se desprende de lo que es clasificado como un trastorno mental y lo que se excluye de tal consideración, de lo que es juzgado como racional y lo que no, como normal y anormal; en cuanto a los objetos, afectos, pensamientos, comportamientos y atributos definitorios del sujeto y sus condiciones de vida. En cuyo caso, los procesos de subjetivación que operan en la producción de formas de situarse y de relacionarse en y con el mundo y los otros, en quienes atraviesan por un padecimiento mental cobran relevancia como factor fundamental en la comprensión de la experiencia del padecer, así como de su posibilidad de recuperación/curación/tratamiento.

Como señala González-Rey (2008) separar lo individual y lo social impediría ver que la organización psíquica individual se desarrolla en la experiencia social e histórica de los individuos, de ahí que su vivencia y acciones tienen un impacto en los procesos de transformación de las formas de vida y organización social más amplias. Una subjetividad entendida no sólo como los aspectos individuales de la vida de los sujetos, sino como aquellos procesos que lo articulan con la esfera social de producción y anclaje de estos entre los que se incluyen una diversidad de factores, ideas, normas y órdenes que terminan por definir a la subjetividad como una dimensión dinámica, multidimensional y esencial de todo proceso humano.

Hablar de trastorno mental, por tanto, implica la referencia a dimensiones del sujeto que abarcan múltiples factores entre los que se encuentran valores y estándares del grupo, así como el grado de diversidad capaz de permitir a la persona mantenerse dentro del orden social aceptable para sí y para el grupo (Wallace, 1963), cuya transgresión conduciría finalmente a la reclasificación del sujeto dentro de un espacio de desorden u orden alterno. Es desde esta articulación al contexto espaciotemporal y los condicionamientos sociales, políticos, económicos, históricos y culturales que la persona dota de significado a su proceso de salud-enfermedad sentando las bases de sus trayectorias de atención, como un proceso abierto y dinámico en constante elaboración.

De acuerdo con Díaz (1997) la vivencia debe ser entendida como una totalidad singular elaborada desde el aspecto más común o general que expresa el modo en que la persona se experimenta a sí misma, a su vida y a su cultura, esto es, la experiencia vivida de las formas culturales que suscita en cada uno procesos de reflexividad entendidos como esa búsqueda de significado de la situación de crisis/conflicto o ruptura social vividas a partir de la articulación de eventos pasados y presentes desde los cuales la persona construye su narrativa. De tal manera que la reflexividad aparece como esa experiencia singular que favorece el conocimiento de la persona en el mundo, su definición, posicionamiento y transformación en sujeto activo.

Como dije, depresión, esquizofrenia o trastorno de ansiedad constituyen formas de intentar aprehender y representar la experiencia de enfermedad, sufrimiento y desestructuración del mundo que está teniendo lugar en la persona; y si bien, aportan elementos de gran valor a la comprensión del proceso desde la dimensión más particular.

También nos obligan a profundizar en un análisis y comprensión de la experiencia del padecer, no desde la etiqueta sino atendiendo a la forma de habitarla, encarnarla, vivirla.

Como parte de este esfuerzo a continuación se presenta el análisis de las narrativas de los pobladores del Mezquital señalando algunos de los principales factores socioculturales que operan en la configuración de los modelos explicativos en torno a la experiencia de enfermedad (depresión, ansiedad y esquizofrenia) buscando profundizar en la dimensión más vivencial del padecimiento y la relación particular que desde la experiencia los sujetos establecen con su sistema de creencias, con su cuerpo, sus afectos, su condición social, así como con su entorno y los demás miembros de su grupo.

Asimismo, se describen las trayectorias de atención y las principales prácticas y recursos a los que los pobladores recurren para hacer frente a lo que están atravesando como parte de su esfuerzo por restablecer el orden que se considera alterado. Lo cual en diversos casos deriva en el desplazamiento entre distintos ámbitos y prácticas de atención (tradicional, institucional y doméstico), así como en el cuestionamiento de normas sociales hasta entonces aceptadas que conducen a la persona a un proceso de deconstrucción subjetiva, cuyo inicio puede situarse en el momento de crisis que representa la irrupción del padecimiento que se ve reforzado en algunos casos con el pronunciamiento del diagnóstico médico y el tipo de tratamiento que incluyó en el caso de algunos de ellos y ellas, la asistencia a la clínica de contención de la depresión coordinada por el médico de uno de los cuatro núcleos básicos de salud mental en los que tuvo lugar este trabajo de investigación.

#### **4.1 Experiencia, sujeto y padecer mental**

A lo largo de la historia, el estudio de la enfermedad desde el campo de la medicina iría definiendo a la persona y su presencia en el mundo como una existencia primordialmente orgánica, biológica, escasamente influida o determinada por la participación del sujeto en la dinámica social e histórica. Como una ciencia más centrada u orientada al conocimiento y comprensión del funcionamiento del cuerpo y el dominio de la enfermedad.

No obstante, como señala Good (2003, p. 216) con relación al dolor crónico, éste “desafía un supuesto básico de la biomedicina –que el conocimiento objetivo del cuerpo humano y de la enfermedad son posibles al margen de la experiencia subjetiva”. Cuando la realidad es que los modelos explicativos alrededor del proceso salud-enfermedad-atención no están disociados de las creencias, ideas, emociones, formas de expresión y de vida ni de la intensidad y sentido de los vínculos sociales.

Con el concepto “modelos explicativos” Kleinman (1980; 1988) buscaría definir la construcción que los sujetos elaboran para explicar su proceso de enfermedad alrededor de cinco elementos o dimensiones: 1) la etiología (atribuciones de causalidad), 2) temporalidad e inicio de enfermedad, 3) la fisiopatología o todo lo relacionado con los procesos fisicoquímicos que tienen lugar, 4) el curso de la enfermedad y 5) el tratamiento.

Es importante señalar que aun cuando los modelos explicativos se alimentan del sistema de creencias socioculturales en su sentido más amplio, se distinguen de la noción de creencias por cuanto se configuran con relación a un proceso de salud-enfermedad-atención específico. De manera que constituyen redes semánticas flexibles que vinculan

conceptos, significados y experiencias del sujeto ante la enfermedad, las cuales, no son reducibles a la relación individual establecida entre médico y paciente, por el contrario, se inscriben en un campo más amplio de factores políticos, económicos, sociales y culturales que dan forma a las condiciones materiales de emergencia de los procesos de salud-enfermedad y las relaciones de hegemonía/subalternidad entre grupos y sistemas médicos.

El modelo biomédico se ha constituido a partir de un isomorfismo entre categorías médicas (nosologías) y hechos (enfermedades) que ha sacudido fuera de la esfera de atención al propio enfermo, a su biografía, su mundo local y también a sus condiciones sociales y materiales de existencia (Martínez-Hernández, 2008, p. 85)

Así vemos como por largo tiempo, el vínculo con los sentidos (sensación) situaría a la experiencia como un concepto opuesto a la razón, a la certeza y validez científica, en tanto su aplicación sólo encajaba en el orden de lo individual, la cotidianidad, el desorden, lo incierto e intraducible (Jay, 2009; Cruz, 2017). Lo que llevó a desprenderla de su referente corporal y por ende del sujeto, en un esfuerzo por integrar supuestos más precisos, “objetivos”, en línea con la experimentación y el criterio de reproductibilidad.

Es decir, la experiencia se volvería confiable sólo en términos de una experimentación verificable, controlada y comunicable capaz de establecer generalizaciones, un conocimiento válido mediante una descorporización que daría “nacimiento a un metasujeto tácito de la cognición que gozaba de una “visión desde ninguna parte” [...] una visión sin el referente subjetivo del que ve”, [esto es] “una experiencia sin sujeto” (Jay, 2009, p. 46-47, 50).

Sin embargo, la experiencia no podía entenderse únicamente como el resultado de estímulos externos ni como algo que únicamente acontece a nivel interno (cognitivo) sino que se volvió necesario considerar la interacción con otros sujetos (intersubjetividad) en su

carácter de elemento articulador entre mundo exterior e interior y temporalidad. Para Smith (1992 en Jay, 2009, p. 314) la experiencia estaría “conectada con el ‘saber cómo’ reaccionar ante situaciones, y además con la totalidad de la gama de hábitos formados por la interacción entre el yo y el mundo”. Idea que sería ampliamente desarrollada por Dewey reivindicando el carácter dinámico y relacional de la experiencia cruzada por distintas regularidades que marcan una continuidad entre pasado, presente, futuro.

A partir de lo anterior la experiencia se consolida como un constructo holístico que articula dimensiones corporales, sensoriales, cognitivas y emocionales de la existencia humana (Throop, 2003). Si bien Turner (1986) parte de la noción de experiencia de Dilthey como lo vivido, la realidad que se presenta ante la consciencia, para Turner y Bruner, como precisara este último en la introducción al texto *La antropología de la experiencia* (1986); esta no solamente integra aspectos cognitivos sino también sentimientos, expectativas y reflexiones.

Una estructura tripartita que teje un vínculo entre cognición (cuerpo de conocimientos), sentimiento (juicios de valor) y voluntad (sistema de fines, ideales y principios de conducta que articulan la concepción del mundo y la praxis) (Cruz, 2017). De tal modo que, por un lado, encontramos los hechos que configuran la realidad externa al sujeto; la experiencia como ese orden de realidad recibido por la consciencia y, por el otro, sus expresiones como manifestaciones simbólicas que aluden a la articulación o arraigo individual-social en un espacio y tiempo determinado.

En este sentido, la experiencia es un proceso en el que el sujeto no sólo integra sus acciones y sentimientos, sino su propia reflexión respecto de ellos a la luz de un marco

cultural en el que ha aprendido a interpretar o reprocesar ciertos actos, emociones y sucesos como experiencias (Abrahams, 1986). Desde esta perspectiva, las narrativas de las personas tejen relatos sobre percances, accidentes, adversidades, estados de alerta, improvisación con respuestas y acciones adoptadas a nivel individual que le permiten crear un sentido de singularidad, que para Abrahams (1986) es una simple creencia funcional para la construcción o definición de la propia identidad. Pero que en realidad hace referencia a la experiencia como expresión del sistema más amplio de normas sociales y convenciones culturales que permite trazar la continuidad de la vida y al sujeto reconocerse como miembro de un determinado grupo social.

Por lo que habría que entender que la experiencia no se circunscribe a duplicar la realidad (Jay, 2009) es decir, expresión narrativa y experiencia no son equivalentes ni cronológicamente simultáneas (Cruz, 2017). La persona une y da sentido a lo vivido (lo extraordinario) frente a lo ordinario (rutinario) transformando a través de su reflexión la cotidianidad, de tal manera que “las actividades presentes, incluso las más amenazantes, pueden aprovecharse y reproducirse de alguna forma en el futuro” (Abrahams, 1986, p.49 en Turner y Bruner, 1986).

De este modo, la experiencia constituye un recurso para pensar la realidad que va más allá del sentido común y de un proceso individual y únicamente interno que, aun cuando en muchos casos retrate un proceso reflexivo interior, a su vez deriva en expresión, en pensamiento que se vuelve palabra y acción: “la narración imita a la experiencia porque la experiencia ya contiene las semillas de la narración” (Mattingly, 1998, p. 45 en Throop, 2003, p. 221).

Es así como, en tanto puente con el sistema sociocultural más amplio, el aprovechamiento y reproducción de la experiencia no está limitado a la persona en cuestión, ya que a través de su relato impone un marco desde el cual resaltar la particularidad del evento, suceso o situación experimentada que termina por configurar “una experiencia a gran escala en la que reconocemos que durante un período de tiempo el progreso y el patrón de nuestras actividades son parte de una historia mucho más grande, que comenzó mucho antes de que nacióramos y continuará después de nuestra muerte” (Abrahams, 1986 en Turner y Bruner, 1986, p. 69). Como señala Turner (en Throop, 2003) la estructura de la experiencia tiende a la expresión entendida esta última como cristalización de una forma intersubjetivamente accesible que corresponde en última instancia a la cultura, pasando así de la interioridad del sujeto que experimenta (subjetividad) al mundo de las formas socioculturales intersubjetivas.

De ahí que para Turner (1986) en línea con la propuesta de Dilthey, resulta necesario distinguir entre la ocurrencia pasiva-sucesiva de eventos (mera experiencia) y “la experiencia” como articulación intersubjetiva que se transforma en expresión con un inicio y una consumación. Dicha experiencia, continúa Turner (2002), alude a aquellas experiencias que irrumpen en la cotidianeidad a partir de una sacudida de dolor o de placer, que en el caso de la enfermedad mental podemos decir se arraiga en un profundo dolor convertido en sufrimiento que vuelca a la persona a la búsqueda de un sentido, del significado de lo experimentado apelando a emociones, pensamientos y vivencias pasadas.

La persona une pasado, presente y futuro como un agente activo de su propio proceso de construcción del mundo, al tiempo que se recrea a sí misma como entidad dinámica, en constante cambio y construcción, en un proceso de construcción de sentido

del que emergen “lineamientos significativos dentro de una subjetividad, los cuales se derivan de las estructuras experienciales previas y se ensamblan en una relación viva con la experiencia nueva” (Turner, 2002, p. 82). Como una unidad estructurada que tiene lugar a partir de la organización temporal de lo que Turner (1982) identifica como significado, valor y fines.

El primero de estos, el significado corresponde a una estructura cognitiva que se orienta al pasado, mientras el valor, se sitúa a nivel de lo afectivo articulado a las vicisitudes del momento presente y, los fines como categoría orientada hacia el futuro en términos de un comportamiento dirigido a un objetivo, esto es, la estructura volitiva. Es entonces como el significado mediado por la memoria, como una especie de ligadura de formas personales y culturales, permite la articulación reflexiva de los sucesos vividos, como un proceso que, de no ocurrir, tales eventos quedarían al nivel de simple sucesión temporal sin coherencia ni articulación cognitiva (Throop, 2003).

En este marco de interpretación, en el presente trabajo se entiende a la cultura como “un esquema históricamente transmitido de significaciones representadas en símbolos, un sistema de concepciones heredadas y expresadas en formas simbólicas por medios con los cuales los hombres comunican, perpetúan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes frente a la vida” (Geertz; 1973, p. 88). Con la precisión de que mientras para Geertz, los símbolos representan vehículos de la cultura, para Turner (1967 en Ortner, 1993) constituyen operadores dentro del propio proceso social que llegan a producir transformaciones sociales.

De este modo, la cultura alude al “conjunto de los procesos sociales de producción, circulación y consumo de la significación en la vida social” (García Canclini, 2004, p. 34) como una definición operativa que, como señalo en otro trabajo (Bautista-Aguilar, 2014), representa un cambio de una visión estática de elementos integradores de la cultura, hacia una definición como proceso dinámico y continuo que tiene lugar al interior de la historia social más amplia, donde los “significados son recibidos, reprocesados o recodificados desde sus dos dimensiones, la sociomaterial y la significante” (García Canclini; 2004, p. 35).

Al igual que la cultura, la experiencia estaría mediada por estos símbolos que le dan significado y coherencia, de lo contrario, no sería sino un caos de actos y sensaciones sin sentido de un sujeto en cierto modo ingobernable (Throop, 2003). No es pues la experiencia en sí misma y sólo desde su dimensión más subjetiva como debe comprenderse, sino como ese mundo conceptual, ese tejido de significado en el que los sujetos viven y desde el cual interpretan lo experimentando, guiando su acción en consecuencia.

Desde esta perspectiva, la angustia y ansiedad derivan de la falta de interpretabilidad, es decir, de la disolución o pérdida de esa posibilidad de organizar el tejido de significados que hasta entonces había permitido dar sentido y coherencia al mundo y al sujeto con relación a este y al orden y objetos que se daban por sentado (Throop, 2003).

El ser es pensado, el pensamiento es vivido, los seres humanos, dentro de ciertos límites, pueden vivir las expectativas sociales y sexuales que las categorías conceptuales dominantes les imponen. Esto es la interpretación que hombres y mujeres hacen de su *mundo de la vida*, pues en todo momento le dan sentido, tanto de dirección como de significado. De modo que la experiencia es el puente entre el ser social y la conciencia social (Cruz, 2017, p. 369)

Por su parte, la configuración del proceso salud-enfermedad como un campo de estudio de la antropología médica condujo al desarrollo de una definición tridimensional del fenómeno (*disease, illness, sickness*) que sería aplicada por vez primera por Twaddle (1968 en Vivien y Noor, 2014). Ya específicamente, en la atención psiquiátrica, dicha tríada sería abordado por Eisenberg (1977) en su texto, *Disease and Illness. Distinctions Between Professional and Popular Ideas of Sickness*, en el que el autor distingue el padecimiento (*illness*) de la enfermedad (*disease*), a partir de situar al primero como experiencia de discontinuidad del ser y el desempeño del rol social; mientras que *disease* permanece definida como anormalidad o alteración en alguna de las funciones o estructura orgánica y sistemas corporales.

A partir de lo anterior *disease* quedaría definida como la dimensión alusiva a la alteración o disfunción de procesos biológicos y/o psicológicos acorde con la representación biomédica que sólo puede ser establecida por el médico, como único encargado de emitir un diagnóstico basado en criterios estandarizados de evaluación de daño y nivel de disfunción. El grado de funcionamiento del sujeto se vuelve elemento clave en la identificación de la enfermedad, a través de un proceso de discriminación de signos, síntomas y de la determinación de la reducción real o potencial en una o varias de las capacidades físicas o de la propia esperanza de vida (Twaddle, 1994 en Vivien y Noor, 2014).

Así, mientras la acción por parte del médico puede ser identificada como un proceso de traducción de la experiencia subjetiva en conexiones causales entre el estado físico-corporal de la persona y las sensaciones que experimenta, en función del aparato conceptual con el que cuenta que lo conduce a clasificar la experiencia en categorías que gozan de

legitimidad científica (Hofmann, 2002; Wikman *et al.*, 2005; Vivien y Noor, 2014). Los aspectos que participan de la configuración de la representación de enfermedad y su experiencia trascienden el criterio biomédico.

En un estudio desarrollado con población en Suiza, Wikman *et al.* (2005) presentan entre sus principales hallazgos, lo que Pérez-Tamayo (1988) definiera décadas atrás como ese tercer estado que experimenta la persona que no encaja en ninguna categoría de enfermedad, pero tampoco se percibe como una condición de salud. En la investigación de Wikman *et al.* (2005) este tercer estado correspondería a la ausencia de enfermedad reportada por la mayoría de la población participante en su estudio, mediante quejas y referencias a algún tipo de enfermedad o malestar sin que alguno de ellos haya registrado un cuadro de enfermedad como tal.

Lo anterior retrata experiencias comunes a las que gran parte de la población se enfrenta como estados de malestar o enfermedad latentes que suscitan la generación de modelos explicativos, uso de recursos y puesta en marcha de acciones tendientes a su alivio. Esta discrepancia entre la vivencia del proceso de enfermedad y su etiquetaje nos permite avanzar para situar la segunda dimensión, *illness*, definida como la condición de mala salud percibida por el sujeto afectado, la cual, puede o no ser sometida a evaluación clínica por parte del médico u otro especialista (Vivien y Noor, 2014; Kleinman, 1988; Hofmann, 2002; Wikman *et al.*, 2005; Martínez-Hernández, 2008).

*Illness* o padecimiento, traducción bajo la que será entendida en este trabajo, corresponde a la experiencia intersubjetiva de enfermedad, es decir, la forma en que la persona que enferma, su familia y red social, perciben, viven y responden a ésta. Dicha

experiencia abarca desde la identificación de los síntomas como tales, la serie de significados sociales atribuidos a la enfermedad y el establecimiento de un diagnóstico inicial, un qué está pasando y por qué, en torno al cual se llevan a cabo una serie de acciones en respuesta a lo experimentado. Respuesta que puede o no, incluir la búsqueda inmediata de atención profesional especializada.

Finalmente, la dimensión social del proceso queda comprendida en la noción de *sickness* que enfatiza las condiciones sociales y materiales de la enfermedad que abarcan desde la desigualdad social, el desempleo, la pobreza, la marginación, las relaciones de poder, las normas de género, la discriminación estructural, entre otros, que operan en el surgimiento y desarrollo del proceso de enfermedad como parte de una estructura y contexto específico.

Asimismo, la enfermedad (*disease*) y el padecimiento (*illness*) se reconocen como dimensiones articuladas al rol social desempeñado por la persona, de tal modo que el reconocimiento o legitimidad que deriva de la interpretación de la situación a nivel social derivan en cambios en la expectativa respecto de las actividades y comportamientos que le serán atribuidos al sujeto bajo el “rol de enfermo” a partir de entonces (Hofmann, 2002; Wikman *et al.*, 2005; Parsons, 1951 en Vivien y Noor, 2014).

*También allá justifiqué, ante la comunidad, les decía yo: “pues es que yo me siento mal, no puedo participar en tal trabajo y esto y lo otro” – “Pues ¿qué tienes?, presentas un papel qué es lo que tienes” – “Pues depresión, o sea, ansiedad”. Y este: “Y eso ¿qué es?” – “Pues es, o sea, es una enfermedad, lo que yo padezco mentalmente. No me duele nada, no siento ningún dolor, pero sí padezco”. Ellos como que no lo tomaron así, serio mi tipo de enfermedad, como que decían “no pu’s dices, pero es que esa enfermedad no eres, ¿cómo se dice?, no tienes la imposibilidad de poder trabajar”. Ellos como que no lo tomaban como una enfermedad, así muy mal.*

*Ya después con el apoyo de las demás personas, como mis hijos ya están grandes ya también pues dicen: “no pues si nosotros ya vamos a trabajar ante la comunidad ya que mi mamá se le dé de baja, ya ella está en tratamiento. A lo mejor ustedes piensan que ella puede trabajar, la ven ustedes que anda bien, o sea, ustedes quieren que lo vean hasta que ya no pueda caminar, es cuando ustedes lo van a tomar como una enfermedad, pero ella no, ella está en tratamiento y aquí está el papel que el doctor hizo” Y es cuando la gente me tomó así, como que yo estaba enferma, pero de hecho ellos no lo creían. Nomás porque se dieron cuenta de que me bajé mucho de peso, porque sí, de hecho, sí yo estuve bien acabada, bajé mucho de peso (Juana, 45 años, depresión).*

El rol de enfermo es un término acuñado por Parsons (1951 en Vivien y Noor, 2014) para referirse al proceso de sanción social de la desviación atribuida a quien manifiesta signos de un problema o condición interpretado como de mala salud versus el resto de la población que se reconoce como sana. Este nuevo rol implicaría una serie de obligaciones, comportamientos, actitudes y cambios que se espera sean llevados a cabo por el sujeto, a fin de reforzar, empatar o no, con su condición de enfermedad.

Como se pudo leer, si bien el rol de enfermo puede significar la exención del cumplimiento de ciertos roles y responsabilidades previamente adquiridas, esto depende del tipo, intensidad y gravedad de la enfermedad reconocidas socialmente, así como en algunos casos, de contar con la legitimación del médico a través de la emisión de un diagnóstico y evaluación desfavorable de la condición de salud de la persona. Una vez cumplidas estas dos condiciones, el tercer aspecto que completa el rol de enfermo es la propia consideración y aceptación de dicha condición por parte de la persona afectada.

De este modo, una vez que el padecimiento aparece comienza a influir en el desempeño de las actividades y relaciones que la persona entabla con los demás. El colectivo genera sus propias atribuciones, explicaciones, clasificaciones y evaluación de la persona, asignándole una posición dentro del grupo social en función de los cambios

percibidos en su comportamiento y aspecto habitual. Con lo que *sickness* adquiere el carácter de identidad social de enfermedad (Twaddle, 1994) al describir las formas en que la persona y su red sociocultural perciben y responden a los síntomas y discapacidad generada (Kleinman 1975 en Vivien y Noor, 2014).

Si bien estas tres dimensiones en conjunto permiten aprehender y analizar diversos procesos de mala salud percibidos y experimentados por la persona que cruzan con un gran dolor y sufrimiento es importante enfatizar que como señalaran Vivien y Noor (2014) las personas no hacen una distinción entre conceptos (*illness, sickness, disease*), sino que contrario a ser evocada de manera fragmentada, la experiencia de enfermedad de las personas cobra sentido en la totalidad de la vivencia. En donde como parte de la reconstrucción y elaboración narrativa de su experiencia, desde la perspectiva de quienes la padecen, en muchos casos, persiste el uso de la expresión enfermedad o malestar para describir su vivencia configurando un modelo explicativo en el que operan diferentes perspectivas y fuerzas de orden social y cultural que complejizan el esfuerzo para establecer interpretaciones universales.

Las historias narradas a lo largo de este trabajo corresponden con la dimensión del padecimiento (*illness*) como un término mediante el que buscaré referir a la experiencia de dolor, sufrimiento y malestar corporal, físico, mental y emocional expresado por la persona, cuya causalidad puede o no, desde su perspectiva, materializarse en procesos corporales internos con lo que sigue representando ese gran desafío para el sistema de pensamiento biomédico hegemónico en dos distintos niveles, el epistemológico al no encontrar la causa u origen del sufrimiento y el normativo, en cuanto a definir acciones concretas, sobre qué hacer y cómo tratar dichos problemas (Hofmann, 2002).

Una experiencia configurada como resultado de una crisis de significado e indeterminación de carácter transitorio o latente que vive la persona. Una crisis de la presencia que se articula a factores y estructuras de orden social, cultural, histórico y político-económico como ese momento en el que objetos, sujetos y relaciones que previamente se presentaban y eran aprehendidos por el sujeto como claramente determinados y diferenciados como parte de un sistema de sentido, pierden tal determinación y significación generando las condiciones de posibilidad para la producción de un nuevo orden de sentido y subjetividad.

De ahí que el análisis del proceso salud-enfermedad-atención desde la perspectiva de la persona afectada (*illness*) o experiencia subjetiva de enfermedad continúe representando una estrategia enriquecedora y adecuada para la exploración de los aspectos personales, sociales, culturales y demás factores, significados y respuestas, pasados y presentes que influyen en la emergencia de la enfermedad y la reconstrucción subjetiva y social de la persona y su vida en torno a dicha experiencia.

#### **4.2 Subjetividades en contexto. Narrativas del padecer**

la clase de manifestaciones a las que atiende un psiquiatra cuando hace un diagnóstico son las que forman parte de la vida diaria de todas las personas, tales como experimentar infelicidad, actuar con mala fe, comunicarse inadecuadamente o comportarse injustamente. [...] ...supone una interpretación de la experiencia de una persona (Duero y Shapoff, 2009, p. 32)

Si bien el uso de las narrativas como recurso de análisis en el campo de investigación del proceso de salud-enfermedad-atención emergió como un recurso vinculado a la práctica clínica se priorizaría la experiencia del médico por sobre la del paciente o usuario de los

servicios como actualmente se le denomina, generando una atmósfera de sospecha y desconfianza alrededor de las narrativas de estos últimos (Iacob, 2011). No sería sino hasta el desarrollo de la propuesta teórica que establecía la distinción conceptual entre *disease*, *illness* y *sickness* que las narrativas de enfermedad o modelos explicativos de las personas afectadas cobrarían relevancia en la investigación de carácter sociocultural (Kleinman, 1980; 1987; 1988; Young, 1982).

Aun cuando hablamos de narrativas de enfermedad desde la persona que la padece, no todas las expresiones se construyen de manera homogénea. Frank (1995 en Iacob, 2011) distingue entre las narrativas propias de los pacientes que se construyen teniendo como referente el modelo explicativo de la biomedicina en una especie de versión elaborada a partir de la explicación médico-clínica que se asume como absoluta verdad sobre la enfermedad. Mientras que en un segundo rubro se encontrarían las narrativas construidas por la persona a partir de considerar que el modelo explicativo brindado por la biomedicina no termina por capturar los aspectos subjetivos de su experiencia de enfermedad ni aportar elementos que favorezcan la resignificación y adaptación de tal condición a su historia personal y social.

Recordemos que como parte del proceso de adaptación o integración de la experiencia de enfermedad a su historia personal el sujeto evoca distintos eventos que pueden ser o no desafortunados o adversos que conforman esa historia de vida sometidos a un proceso de selección, reorganización y reinterpretación que le permita volver a tener el control sobre su vida y percibirse a sí mismo como un ser integral, valioso, socialmente competente y sobre todo, reconstruir un sentido de pertenencia (Iacob, 2011).

En línea con la propuesta de Jenkins (2004) la relevancia del estudio de la experiencia de quien ha enfermado deriva de tres premisas fundamentales, la necesidad de un análisis y comprensión del fenómeno desde la propia persona como un sujeto que integra y expresa en sí mismo una estructura social más amplia y una particular configuración cultural e histórica. En segunda instancia, reafirmar su participación o proceso activo de creación de formas de subjetividad y de negociación, resistencia o transformación de sus propios mundos resultado de dicha acción continua por parte del sujeto y finalmente, el hecho de que no se trata de un sujeto aislado o de una simple experiencia individual sino en interrelación con su realidad material y los procesos colectivos de producción y reproducción de esta. La experiencia como sostiene Kleinman (1999, p. 358-359 en Jenkins, 2004, p. 9-10) es completamente intersubjetiva...

Implica prácticas, negociaciones y disputas entre otros con quienes estamos conectados. Es un medio en el que se entremezclan procesos colectivos y subjetivos. Nacemos en el flujo de la experiencia palpable. Dentro de sus significados simbólicos e interacciones sociales, nuestros sentidos forman una sensibilidad modelada, nuestros movimientos encuentran resistencia y encuentran direcciones, y nuestra subjetividad emerge, toma forma y moldea reflexivamente nuestro mundo local (Kleinman, 1999, p. 358-359 en Jenkins, 2004, p. 9-10).

La historia personal se desenvuelve en torno de la historia social como dos distintos órdenes de expresión del padecimiento mental, por un lado, ciertas formas de comportarse o de actuar y por el otro, la esfera más privada, la vida mental de la persona cuya exteriorización requiere del lenguaje a través de la verbalización. La “experiencia” nos dice Jay (2009, p. 20) “se halla en el punto nodal de la intersección entre el lenguaje público y la subjetividad privada, entre los rasgos comunes expresables y el carácter inefable de la interioridad individual”. Por lo que todo esfuerzo por aprehender su significación, más allá de la referencia o sustrato como proceso orgánico, fisiológico requiere de la consideración

del contexto de la persona, incluyendo las relaciones humanas en que se halla comprometida (Aisenson, 1981).

#### **4.2.1 De cómo empezó todo...**

Eran inicios del 2008 cuando con tan sólo 24 años llegué al Mezquital, para ser precisos, al Decá, Cardonal, Hidalgo con la intención de conocer de qué enfermaba la población, qué era para ellos la salud mental, si tenía algún sentido el término y a qué experiencias se aplicaba o si como se describía en algunos trabajos, la pobreza y carencias que caracterizan al sector rural los convierte en un sector con alta tolerancia al sufrimiento físico y emocional. Ejemplo de ello, el caso de algunas mujeres que pese a los problemas que la migración de sus esposos pudiera representarles parecían no presentar problemas de depresión ni de ansiedad en la medida que dentro de estos entornos el ser sufridas y abnegadas se considera un papel premiado socialmente (Salgado de Snyder y Díaz-Pérez, 1999; Salgado de Snyder, 1991a y 1991b).

Hay quienes sostienen que a lo largo de la vida experimentamos llamados y en cierta manera, el padecer mental que encierran las historias de estos hombres y mujeres ha sido para ellos ese llamado al mundo, a la vida, a verse a sí mismo, a despertar. En mi caso, impulsada por un llamado o no, un día levanté el teléfono para llamar a un número que pertenecía a un investigador del Instituto Nacional de Psiquiatría a quien sólo acerté en decir mi nombre y mi interés por realizar una investigación sobre salud mental con población otomí por lo que me interesaba saber si contaban con alguna línea o proyecto en ese sentido.

Fue así como mi primer acercamiento para realizar mi tesis de licenciatura contó con el respaldo de un equipo de investigación de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Un espacio en el que tuve oportunidad, a partir de ese momento, de seguir aprendiendo y creciendo mediante la colaboración en valiosos proyectos. Un momento que me dio la oportunidad de entretener mi historia con la de muchos otros y otras, más pesadas, tristes, largas y profundas, pero buenas y bendecidas vidas como muchos de ellos lo expresaron ininidad de veces.

Esta primera estancia en campo me abrió otro mundo, el de la experiencia de enfermedad, específicamente, de la esquizofrenia a través de Antonio y es entonces que, de querer conocer la situación de salud, los problemas y necesidades de atención de la población de dos comunidades en la región. Me propuse regresar para profundizar en las historias de quienes como Antonio contaban con un diagnóstico a causa de un problema de salud mental.

Como lo relaté en su momento (Bautista-Aguilar, 2009) Antonio tenía 27 años cuando nos conocimos y me preguntó: ¿cómo es una persona normal? Él estaba convencido de no serlo porque en su carnet de citas médicas de Villa Ocaranza, en aquel entonces, venía escrito que una persona *mentalmente sana funciona en las situaciones habituales de la vida con armonía interior y sus relaciones con los demás son estables, percibe la realidad sin distorsiones, se vale de la razón para juzgar y mantiene un estado de ánimo capaz de tolerar y resolver las adversidades de la vida.*

Las primeras adversidades comenzaron en la escuela, de volada aprendió a leer, sumar, restar, pero las divisiones, ahí sí ya no, rezaba para que no lo pasaran al pizarrón y siempre era el último en salir porque el maestro se quedaba a explicarle, pero era entonces que se le revolvía la cabeza y no podía. La vergüenza de no poder y las burlas de los compañeros hicieron que Antonio no quisiera volver a la escuela y se dedicó al campo, a sus cultivos de maíz hasta que un día tomó la decisión de migrar. En ese tiempo, cuenta Antonio tenía ganas de superarse y eso hacía que no tomara en cuenta lo que le hacían los demás, burlas, humillaciones, insultos, *me agredían así nomás*.

A las burlas y malos tratos no sólo por parte de ciudadanos estadounidenses sino de otros migrantes igualmente mexicanos o hasta de la misma comunidad, se suman el desgaste físico y emocional derivado de la separación de las familias, así como las largas y pesadas jornadas de trabajo. Hacinamiento, pocas horas de descanso y una mala alimentación a base de bebidas energéticas para rendir en sus dos empleos lo llevaron a sufrir su primera crisis.

*Fue en el trabajo, se me endurmeció todo el cuerpo, así manos, cara, pies, todo, no sentía nada el cuerpo, entonces fue cuando ya no seguí trabajando... Ya no sentí nada, perdí el sentido y me asuste, dije yo estoy solo aquí sin ningún familiar y si llego así a ese extremo, sin sentido, sin saber quién soy, voy a quedar sin que no sepa ni donde estoy. Todo eso, pensaba teniendo la cara así adormecida, me sentí bien mal, a lo mejor me sale una enfermedad peligrosa. Tuve deshidratación, hubo dos veces que estuve a punto de un paro cardíaco por lo mismo de los nervios que tenía. Recuerdo que no comía mucho, no me daba hambre entonces tomaba muchos de esos líquidos que según son vitaminas para tener fuerza y seguir trabajando, tomaba 2 o 3 al día, así sin comer, me sentí igual, con vergüenza que se revolvía con miedo y nunca pude saber por qué (Antonio, 27 años, esquizofrenia).*

Mientras el dinero disminuía, las humillaciones en el trabajo aumentaban junto con la timidez y la incomodidad. Consultar al médico, escucharlo decir que se iba a curar, que

si las pastillas no estaban funcionando encontrarían otras que sí, que le echara ganas, eran los únicos momentos que le permitían estar bien. Finalmente, decidió volver a su comunidad derivado de la dificultad cada vez mayor para trabajar, la disminución de sus recursos y la barrera del idioma para comprender en su totalidad a los médicos.

El médico en Estados Unidos lo diagnóstico con pánico, le recetó clonazepam y sugirió consultar a un psiquiatra o psicólogo. Ya en su comunidad, visitó al médico general, curanderos, Villa Ocaranza y hasta el Hospital Fray Bernardino de la Ciudad de México. Pánico, epilepsia, nervios, homosexualidad, drogadicción y esquizofrenia son todos los diagnósticos que ha recibido y que hoy en día continúan siendo tratados con clonazepam. Muchas cosas en su vida han cambiado y aunque no tiene claridad sobre el futuro deseo muy pronto sentirse mejor, casarse, formar una familia, volver a Estados Unidos.

Es así como la historia de Antonio marca un antes y un después en mi proceso de investigación, no sólo porque me llevaría a concentrarme en conocer las historias de muchos otros hombres y mujeres con un diagnóstico de trastorno mental, sino porque su propia narrativa de enfermedad representaría esa guía para acercarme a los modelos explicativos de quienes viven una experiencia similar a partir de entrevistas semiestructuradas y a profundidad mediante las que busqué que cada una de las personas reconstruyera su propio relato, su narrativa alrededor de tres dimensiones:

1) la historia del padecimiento, el cómo y dónde inicio todo, así como las atribuciones de causalidad. 2) Las trayectorias y prácticas de atención, que abarca la serie de respuestas adoptadas una vez que se reconoce que algo no marcha bien o ha cambiado, incluyendo toda clase de acciones llevadas a cabo en línea con esa inicial atribución o representación

de la situación, asistencia a especialistas médicos y no médicos, grupos de oración, brujos, autoatención, consulta en los núcleos básicos de salud mental y participación en las clínicas de contención de la depresión y finalmente, 3) el impacto y significado del padecimiento en sus vidas, la serie de cambios y reflexiones que la experiencia de enfermedad ha suscitado, el proceso de resignificación y su visión a futuro.

Es así como la pérdida de seres queridos a través de muertes repentinas que en algunos casos ocurren en el extranjero, principalmente Estados Unidos, o dentro de la comunidad sin que alguien lo esperara o en respuesta a venganzas entre familias. Jornadas extenuantes de trabajo, golpes y accidentes ocurridos en el desempeño del mismo, rupturas sentimentales, abandono de la pareja, infidelidad, carencia afectiva, dificultad de comunicación o entendimiento a causa de una diferencia de lenguaje, expresiones de violencia, maltrato, abuso sexual, consumo excesivo de alcohol son sólo algunas de las principales situaciones que junto a otros factores como la pobreza, desigualdad, falta de oportunidades de desarrollo, el desempleo, alimentación, contaminación ambiental y la migración conforman desde la perspectiva de las personas, procesos y condiciones que han favorecido en gran medida la emergencia de sus padecimientos.

El contacto con la población se dio a través del médico de cada uno de los núcleos, una vez que fuimos presentados y pudieron conocer mi proyecto de investigación, acordamos que los visitaríamos diariamente para conocer a sus distintos pacientes. Cada uno determinaba durante la consulta el estado de salud del paciente, su estabilidad para poder tener una entrevista conmigo y en aquellos casos que dicha evaluación resultaba positiva, era llamada al consultorio para ser presentada por el médico.

En cada centro de salud pusieron a mi disposición muy amablemente un espacio para platicar con los pacientes ya fuera un consultorio desocupado o el aula del sindicato. En otros casos, por decisión tomada en conjunto con la persona, nos sentamos en alguna de las jardineras que se encontraba en uno de los centros de salud. Fuera del centro de salud las entrevistas tuvieron lugar en una banca en el parque, en el jardín de la plaza central, en el atrio de la iglesia o en el templo de la congregación religiosa., en una nevería. Todos espacios elegidos por ellos por ser donde se sentirían más cómodos para platicar.

A lo largo del estudio tuve la oportunidad de conocer la historia con el padecimiento de 36 personas, 28 mujeres (78%) y 8 hombres (22%) quienes se atendían en los diferentes núcleos básicos de salud mental de la Jurisdicción Sanitaria VI de Ixmiquilpan, Hidalgo. Del total de participantes el 72% contaba con educación básica (primaria/secundaria) y se encontraban principalmente sin pareja, 31% solteros (as), 22% separados/divorciados(as), 8% viudos(as) frente a 39% que mencionaron estar casados(as) o viviendo en unión libre.

Los padecimientos que se atienden en el NBSM son diversos y en este caso, la población entrevistada presentaba epilepsia, retraso mental, trastorno bipolar, fibromialgia, depresión, ansiedad y esquizofrenia, no obstante, para fines del presente estudio se decidió trabajar con las narrativas alrededor de los tres últimos casos: depresión, ansiedad y esquizofrenia.

**Tabla 5. Habitantes de El Valle del Mezquital entrevistados**

Seudónimo	Edad	Escolaridad	Estado Civil	Ocupación	Religión	Lugar de Residencia	Diagnóstico Médico
<b>Valeria</b>	63	Secundaria incompleta	Soltero(a)	Hogar	Testigo de Jehová	El Maye	Esquizofrenia
<b>Víctor</b>	52	Carrera Técnica / Técnico agrícola	Unión Libre	Sin empleo	Cristiana	Barrio San Miguel	Depresión-Ansiedad
<b>Victoria</b>	54	Primaria	Unión Libre	Hogar	Católica	El Oro	Depresión-Ansiedad
<b>Patricia</b>	39	Secundaria abierta	Unión Libre	Hogar	Católica	El Fitzhi	Depresión
<b>Elena</b>	28	Primaria incompleta	Soltero(a)	Hogar	Católica	Panales	Retraso
<b>Gustavo</b>	34	Primaria	Soltero(a)	Campo / Negocio familiar	Evangélica	Panales	Esquizofrenia
<b>Nadia</b>	40	Secundaria abierta	Separado(a)	Ventas por catálogo	Católica	El Fitzhi	Trastorno Bipolar
<b>Jazmín</b>	45	Primaria	Viudo(a)	Hogar	Católica	El Espíritu	Depresión
<b>Vanesa</b>	28	Licenciatura / Intervención Educativa	Divorciado(a)	Promotora Cultural	Católica	San Antonio	Depresión-Ansiedad
<b>Julieta</b>	54	Secundaria	Separado(a)	Obrera / Taller de Costura	Evangélica	Zozea	Depresión
<b>Irma</b>	52	Secundaria	Viudo(a)	Hogar / Ventas por catálogo	Católica	Tephé	Epilepsia
<b>Carmen</b>	53	Primaria incompleta	Separado(a)	Hogar / Empleada Doméstica	Católica	Barrio de Jesús	Esquizofrenia paranoide
<b>Gabriela</b>	28	Bachillerato trunco	Soltero(a)	Hogar	Duda entre católica y evangélica	Límite entre Dios Padre y El Fitzhi	Esquizofrenia
<b>Delia</b>	34	Secundaria	Unión Libre	Hogar	Católica (creyente)	Tandhe	Epilepsia
<b>Bernardo</b>	52	Primaria	Separado(a)	Campo / Hortalizas	Católica	La Heredad	Esquizofrenia paranoide
<b>Javier</b>	39	Secundaria incompleta	Casado(a)	Transportista (Materiales de Construcción)	Pentecostés	Dios Padre	Depresión-Ansiedad

Seudónimo	Edad	Escolaridad	Estado Civil	Ocupación	Religión	Lugar de Residencia	Diagnóstico Médico
<b>Martha</b>	44	Ingeniería Agrónoma/ Contabilidad	Casado(a)	Secretaria / BonIce	Católica	Ixmiquilpan	Fibromialgia
<b>Aranza</b>	35	Telesecundaria	Soltero(a)	Hogar	Católica (creyente)	Texcatepec	Esquizofrenia
<b>Maribel</b>	62	Carrera Comercial	Separado(a)	Papelería / Vende ropa	Cristiana	Xithey	Depresión
<b>Yadira</b>	32	Secundaria abierta	Soltero(a)	Hogar	Católica	El Fitzhi	Esquizofrenia
<b>Jenifer</b>	48	Primaria incompleta	Unión Libre	Hogar / Empleada doméstica	Católica	Texcatepec	Epilepsia
<b>Tadea</b>	37	Primaria	Soltero(a)	Hogar / Vende servilletas bordadas	Católica (creyente)	San Francisco	Esquizofrenia
<b>Sandra</b>	55	Primaria	Divorciado(a)	Comerciante	Testigo de Jehová	Boxtho	Depresión crónica
<b>Adriana</b>	27	Primaria	Casado(a)	Hogar	Católica	El Espíritu	Ansiedad
<b>Soledad</b>	57	Primaria incompleta	Casado(a)	Hogar	Católica (creyente)	El Tablón	Depresión
<b>Felipe</b>	42	Secundaria	Soltero(a)	Jornalero	Católica	El Espíritu	Insomnio-Depresión
<b>Marcela</b>	48	Secundaria	Separado(a)	Hogar	Católica	Barrio de Progreso	Depresión
<b>Mónica</b>	46	Primaria	Casado(a)	Hogar / Campo	Católica	La Vega	Epilepsia
<b>Ana</b>	40	Primaria	Unión Libre	Comerciante	Católica	San Pablo	Depresión
<b>Adela</b>	44	Secundaria	Casado(a)	Hogar / Vende tortillas	Evangélica	El Buena	Epilepsia
<b>Ramiro</b>	36	Licenciatura trunca / Ingeniería industrial	Soltero(a)	Papelería / Videojuegos	Católica	El Dexthi	Esquizofrenia paranoide
<b>Jerónimo</b>	35	Bachillerato trunco	Soltero(a)	Pintor Automotriz	Católica	Barrio de San Miguel	Esquizofrenia
<b>Aurora</b>	65	Carrera Técnica/Enfermera	Casado(a)	Hogar	Católica	Tephé	Depresión-Ansiedad
<b>Carolina</b>	49	Bachillerato	Soltero(a)	Modista	Católica	Barrio El Progreso	Depresión-Ansiedad
<b>Elvira</b>	65	Primaria	Viudo(a)	Hogar / Bordados	Católica	Barrio El Progreso	Depresión
<b>Cayetano</b>	50	Carrera Técnica	Unión Libre	Mecánico	Católica	Chilcuautla	Depresión

#### 4.2.2 Entre la culpa y la vergüenza, del castigo divino al amor de Dios

la conciencia de la enfermedad no es entonces más que un inmenso sufrimiento moral frente a un mundo reconocido como tal por referencia implícita a una realidad que se ha vuelto inaccesible (Foucault, 1984, p. 70)

Lo primero que hay que tener presente es que ninguna de las personas entrevistadas ni sus familiares o personas cercanas con las que pude platicar conocían o habían escuchado el nombre de la enfermedad con la que fueron diagnosticados. Para ellos consistía en un malestar que se había prolongado por largo tiempo hasta consolidarse como una enfermedad que los llevó en un punto de su vida a consultar con un especialista y someterse a un tratamiento particular.

Con lo que, si bien, las categorías médicas de esquizofrenia, depresión y ansiedad han sido introducidas por el médico a través de la consulta en los NBSM para explicar su experiencia, estas no terminan de integrarse por completo al lenguaje ni al modelo explicativo local, favoreciendo la persistencia de una representación del padecimiento como un proceso continuo, de manera que la diferencia entre una y otra categoría de enfermedad para los pobladores estaría dada por el grado de avance o deterioro de la persona ante la falta de atención y autocuidado.

*No sé si le llamaran de diferente nombre, pero es la misma enfermedad, hombres y mujeres que están aquí. Es una enfermedad de locura, la persona siente que no se quiere casar, siente que no puede sobrevivir, siente que no va a mantener a sus hijos, no va a mantener a su mujer, eso y pues para que no fracasen hay que medicarlos, porque si no, sin beneficio, sin nada, se dedicarían a vagar, con medicamento pues se dedicarían a trabajar, a hacer su vida normal (Gustavo, 34 años, esquizofrenia).*

La dificultad para ubicar a nivel físico-orgánico el origen del padecimiento mental es quizá un claro reflejo de la atmósfera de indeterminación que rodea la propia experiencia de enfermedad. Desconocida e inaccesible por momentos, aparece descrita como una sensación de ambigüedad y confusión que persiste en el tiempo, la cual, aunada a la dificultad para establecer el diagnóstico deriva en que quienes experimentan los primeros síntomas o señales suelen pasar varios años sin recibir atención médica adecuada. Contendida en el cuerpo, en el ser más profundo de la persona, la esquizofrenia, depresión y la ansiedad no siempre tienen una manifestación física clara que permita alertar sobre su presencia en la vida de la persona, aunque sí desde la dimensión más emocional, social y personal.

Toda vez que el padecimiento aparece abre una serie de interrogantes que llevan al sujeto a buscar en sus conductas, deseos, pensamientos y experiencias de vida pasadas y presentes la causa, origen y significado de su desgracia. Así mientras que en el caso de la depresión y la ansiedad las causas de este padecer remiten en mayor medida a cuestiones del ámbito socioemocional, familiar, traiciones, rupturas, pérdidas, abusos y todo tipo de violencias, en el caso de la esquizofrenia dicha atmósfera de indeterminación y conflicto se relaciona más relacionada con una vivencia no sólo emocional, sino moral que encuentra mayor expresión o conexión con la relación que mantiene el sujeto con lo divino y el sentido del deber ser.

Como señala Jay (2009) en su revisión de la noción de experiencia desde la postura kantiana nos sentimos obligados por el deber, desde el que, “se produce una inevitable tensión entre los instintos, necesidades, deseos e intereses animales basados todos en el

hecho de que somos parte del mundo natural, y las demandas de la ley moral, que apelan a nuestro yo nouménico” (Jay, 2009, p. 108).

*Esto me pasó por el pecado, porque el pecado trae una pena, un castigo, un sufrimiento. La pena se quita con una buena confesión, a veces persiste y se paga en el purgatorio o se paga con sufrimiento en la vida y yo ya he vivido un sufrimiento como no se imagina. Lo que le conté ahorita, no es ni un poco del sufrimiento de lo que viví. Es el pecado, los tocamientos, las observaciones, las espiadas que yo hice, el mal que le hice a la hija de mi primo, qué le digo, todo eso, ese es el pecado y como dice la Biblia, el que se cree obrar rectamente y que no ha hecho nada, porque antes yo me creía también muy recto, que no hacía nada, pero la Biblia dice eso, y dije, “no pues Dios me está diciendo eso”, que no soy recto y hay que aceptarlo (Ramiro, 36 años, esquizofrenia).*

Originario del Dexthi, Ramiro es el menor de cinco hermanos. Por un tiempo vivió fuera de su comunidad, primero para estudiar la carrera de Ingeniería en Puebla, después para irse a trabajar a Estados Unidos persiguiendo el sueño americano en un momento de su vida en que sus hermanos constantemente le repetían que era un flojo, sin embargo, desde joven Ramiro ha estado entre médicos y curanderos a causa de una arritmia cardíaca que inicialmente comenzó a tratarse con el médico quien le dijo sería necesario colocarle un marcapasos.

Si bien continuó con su tratamiento y preparación para la intervención, su mamá y hermana decidieron llevarlo con una señora que cura: *me hizo una operación espiritual, me trató con té, leímos la Biblia, todas esas cosas y me curó, pero aún siento como punzaditas en el corazón, así en el pecho.* Sin embargo, la mejoría hizo que Ramiro abandonara su tratamiento con el médico y regresara a estudiar su carrera en Puebla, hasta que muere su mamá:

*Traté de ser fuerte, no me sentí mal del corazón, pero empecé a estar más mal, me mareaba, me quería caer, me trancaba en los árboles. Regresé a reinscribirme y*

*empecé un mes de clases, pero ya no pude porque cuando estaba en el departamento donde me quedaba, estaba yo acostado y de repente me vino una descarga eléctrica, de mi columna o en mi cabeza, no me acuerdo, pero brinqué dos veces, sentía mucha presión en mi cabeza, como que ya no aguantaba.*

Ramiro recuerda que en esa misma época sus compañeros en la escuela se burlaban de él porque se ponía nervioso, aunque algunas compañeras lo defendían pidiendo que lo dejaran en paz porque lo iban a traumar. *Tenía miedo a la sociedad, al ridículo, mi cabeza no aguantaba y enton's agarré mis cosas y me vine, ya llegué aquí y se me quitó.* Uno de los hermanos de Ramiro tenía una tienda de abarrotes en la que comenzó a trabajar, hasta que el malestar regresó: *imagino que por esa responsabilidad me volví a sentir mal, agitación, la cabeza me ardía, me tronaba.* Cuando por fin se sintió mejor volvió a trabajar, pero ahora como chofer de combi, hasta que luego de mes y medio volvió a sentirse mal.

Aunque Ramiro se muestra poco convencido de consultar con curanderos y brujos, explica que, al inicio de todo su malestar, él mismo pensó que le estaban haciendo brujería por envidia, porque ellos (su familia) tenían una casa grande, carros, locales. Sin embargo, avanzado el tiempo y la consulta con diversos especialistas, libros de autoayuda y grupos de oración comienza a darle una nueva forma y sentido a su experiencia:

*Yo tenía un pensamiento en la mente, pero era un poquito, así como recuerdos no muy claros de que habían abusado de mí sexualmente. Una mujer abusó de mí, por eso como que les agarraba rencor, como que quería que las mujeres me hicieran todo para que me pagaron lo que me habían hecho. Conforme iba creciendo, por lo que me enseñaron de niño, se me metió esa idea en la mente, esa imagen y empecé a tener curiosidad sobre el sexo femenino, yo espiaba mucho a las mujeres cuando se bañaban, las tocaba, no con gente extraña, con la familia.*

*Todo eso este lado [señala el lado izquierdo de su cabeza] lo castigaba, a este lado [señala el lado derecho de la cabeza] que había hecho todo eso. Mi lado izquierdo a mi lado derecho. Supuestamente yo tengo un juez muy castigador en mi interior, o tenía, que me castigaba a mí mismo, me decía que tenía que pagar por todo lo que había hecho, mis pecados. Allá en Villa [Ocaranza] estaba yo así, ya ni siquiera podía mover la cabeza para arriba, había un pensamiento que decía, “levanta la cabeza y ve para arriba“, pero ya no ejecutaba la orden, ya mi cabeza no ejecutaba*

*la orden de ver para arriba, este lado lo castigaba. [Una vez] leí un libro de Raquel Levistein que dice que, si tú vives en tu interior un infierno a tu alrededor va a ser un infierno, pero si tú vives un paraíso, una tranquilidad, una paz, a tu alrededor va a ser paz y es lo que me pasaba a mí.*

*Este lado [derecho] peleaba mucho, es como una nube o un gas negro con azul, en el ojo del gas es azul, en lo demás es negro, pero con nubes blancas, algo así. Y este lado [izquierdo] era un muro, de ese muro de block con cimientos de piedra, pero sin el terminado de la zapata, o sea, que se verían las piedras pegadas y el block terminado así, pero sin el castillo. Entonces este lado [izquierdo] lo empujaba estaba en contra de ese lado que castigaba y que supuestamente se había portado mal, no se dejaba, hasta que reventó, hablé con la cabeza, con la mente, no tenía control de mí.*

*Dios amaba más a este [derecho] que a este [izquierdo]. Ya ve que Jesucristo vino por los pecadores, entonces ama más a los pecadores que a los justos que no tienen necesidad de convertirse. Entonces amaba más a este [derecho] que a este [izquierdo], como quiera no había hecho nada, a lo mejor no estaba sano, pero como todo ser humano tiene sus errores.*

*Leí una vez un libro de la iglesia que dice: “si le dices a Dios que sí, en este momento, habrá nacido un santo”. Este lado [izquierdo] si quería a Dios y este lado [derecho] se resistía, qué va a pasar con él, si él no cree en Dios o no piensa en Dios, o no quiere su ayuda de Dios, ¿no?, pero con el tiempo también este empezó a ceder a Dios. Hasta la fecha están con Dios, en paz con Dios*

*Lo dejé de castigar, dejé de pensar así y dejé de tener ese rencor o resentimiento hacia las mujeres y lo dejé salir, dejé salir la creatividad, la inteligencia, todo eso y estoy bien. Compré un libro de una psicóloga y dice que hay que sacar el potencial para enfrentar la adversidad. ¡Ah! porque también Dios se manifiesta por medio de la adversidad, no todo va a ser bonito, el amor se manifiesta por medio de la adversidad, que si uno sabe tomar la adversidad como amor que viene de Dios, está resuelto. Enton's yo lo tomaba así, como un amor que me tiene Dios que viene disfrazado de adversidad, en interior o detrás de todo eso, estaba el amor de Dios.*

¿Qué quiere decir Dios?, ¿qué hay detrás de todo esto? El pecado que coloca a la enfermedad como castigo divino al mismo tiempo que una expresión del amor de Dios ante una serie de conductas y pensamiento que luego de un proceso de reflexión a partir de la atención médica, la lectura de la Biblia, la guía espiritual del líder de su congregación, la literatura y el propio sentido del deber ser, lleva a los sujetos a interpretarse como inmorales y pecaminosos.

A diferencia de Ramiro, Gabriela una chica de tan sólo 28 años no alcanza a entender qué le quiere decir Dios. Dedicada al hogar, a la espera de poder retomar sus estudios de preparatoria y formarse como licenciada en medicina o psicología pareciera que estar condenada a navegar por la atmósfera de duda, ambigüedad y conflicto presente en distintas dimensiones de su vida: la relación con su cuerpo, sus emociones, su familia, su sentido de pertenencia, la relación con Dios. Si bien cuando recién nos conocimos nunca dudó en responder haber nacido en El Fitzhi, Gabriela no estaba del todo convencida de afirmar vivir ahí, *nosotros estamos entre el límite de Cantinela, Dios Padre y Fitzhi, estamos en la frontera* y aunque como he señalado la participación en la organización social y comunitaria permitirían definir con claridad su pertenencia, el término frontera terminaría convirtiéndose más en un recurso para comprender la sensación de ambigüedad que permea su vida que un simple dato de residencia.

Es verdad que su casa se encuentra situada en el límite de ambas comunidades y que su ciudadanía está claramente adscrita a la comunidad del Fitzhi, sin embargo, aunque administrativamente tiene dicha claridad, persiste la pregunta de cuál es límite a nivel práctico qué determina cuando un pie está de un lado o de otro y aún más importante, cómo puede sentir pertenecer a una comunidad que hace unos meses se reunió para solicitar su encierro.

*No me dejaban salir porque sabían que me ponía mal en la calle, me mareaba y en una ocasión me llegó a pasar que caminé y sentía que ya no iba a poder caminar más adelante y le dije a un señor ‘me presta su celular para marcar a mi casa que vengan por mí’. Y dice: ‘es que ya me voy ahorita’, así que le dije a otro señor: ‘no me puede prestar para mandar un mensaje para que puedan pasar por mí’ – ‘Es que no tengo crédito’ Y pues ya con eso empezaron a decir que yo era muy aventada y andaba buscando hombres y todo eso. Empezaron a decir que estaba mal de mi cabeza, que estaba loquita, que hablaba cualquier cosa, pero haz de cuenta cuando estás mucho tiempo en casa, cuando está el tiempo de la mera calor,*

*que te duele la cabeza, te puedes llegar a desmayar. Eso es conocido golpe de calor y yo sentía que a lo mejor tenía eso, cuando quise salir a caminar un poquito afuera me afectó el ambiente por el encierro.*

*Yo necesitaba empezar a caminar solita, primero con alguien para que viera que todo era normal, porque la gente me daba miedo, pero los vecinos me catalogaban que era aventada, ofrecida. Yo les conté a algunas personas que me sentía mal, pero empezaron a inventar un chisme grandísimo, un mitote, decían que yo tenía relaciones con equis hombres, por lo que empezaron a levantar firmas para que me llevara a un centro psiquiatra. Vecinos me contaron, 'vamos a juntar firmas para que vengan los psicólogos, los psiquiatras y te lleven, te vamos a internar' Y supuestamente toda la calle me iban a meter así. Entonces mi familia me dijo, ¿para qué les tienes confianza? y yo creo que sí, eso fue un error, uno de mis grandes errores.*

Para Gabriela, su padecimiento consiste en un estrés, en una saturación de emociones, dudas, ambigüedades:

*Era una cosa que no me explicaba, haz de cuenta que yo era normal, como quien te platicaba y entonces de repente me llega un encierro total. Un momento que me llegan a traumatizar las personas, me da miedo la gente. Sentía mucha presión por parte de la gente, la conociera o no, dije algo raro está pasando en mí y no sé qué es.*

*Yo siento que a lo mejor son cosas que vienen del pasado, que en su momento no lloras, no vives. Un ejemplo podría ser el fallecimiento de mi mamá, yo tenía como unos ocho años, pero haz de cuenta que nos hicieron a la manera de que en su momento no vivimos el duelo, no lo lloras, nada más cuando la fueron a sepultar. En su momento fue lo que afectó, yo siento que empiezo a madurar a partir de ese momento, como que no vivo la infancia que vivieron los niños normales de esa edad. Empiezas a hacerte cargo de un poquito cosas más. Mi papá se casó nuevamente y comenzamos una nueva familia. Parte de esto podría ser ese pasado, peor cuando le platicó al pastor me dice, 'tú vida cuenta de aquí a adelante, lo pasado pues ya pasó', pero entonces cuando voy a la psicóloga me dice: 'no, es que el pasado sí tienes que removerlo y tratar de superarlo. Removerlo para sanarlo'*

Remover el pasado o continuar en el presente, llorarlo o no, es, no obstante, una ambigüedad un poco más llevadera que no sentirse totalmente mujer. A Gabriela, no sólo no le gusta su aspecto físico, sino que ha sufrido bullying desde hace más de doce años de tratamientos hormonales a causa de padecer ovario poliquístico:

*A mí me da pena cómo tengo la cara, tengo mucho vello, ahorita me los estoy quitando, pero siempre andaba cubriéndome, se iban a reír de mí. Ese síndrome te llega a alterar gran parte del cuerpo, tengo retrasos y me dan medicamentos para que sea regular, te meten inyecciones, hormonas y todo eso. Me daba miedo agarrar un cuchillo porque haz de cuenta como si tú solita quisieras matarte, por ejemplo, se Chucky, el muñeco diabólico, su cuchillo que trae, en casa tenemos de ese tipo de cuchillos y haz de cuenta que ese es el trauma, como que mido eso.*

La duda entre lo que es real y lo que no es algo que termina por guiar el actuar y sentir de Gabriela, piensa que su mente es débil, teme volverse loca, siente preocupación, desesperación, llora, sensaciones de rareza y por momentos, duda si sería posible que la gente lea su mente. *La primera vez que vine a consulta no tenía relación espacio tiempo, yo decía, será verdad, será mentira lo que tendré en la mente o es mi imaginación.*

*Yo siento que no es un castigo de Dios, a mí me encantaba ir a ese lugar y después de esa vez que me pasaron esas cosas dudé. Fue una Iglesia cristiana, estábamos así el culto normal, pero haz de cuenta que antes de salir tienes unas rutas que reparten a las personas y yo vi la silueta de un viejito que iba en el asiento de al lado donde iba la esposa del chofer, como si fuera algo blanco. Entonces yo me espanté y dije que estoy viendo y recuerdo que me pongo a llorar porque en esos días me daba miedo la gente. No sé qué me pasa y por eso dejé de asistir, hasta hace como tres meses vine a la Iglesia católica. Por eso te digo que todavía no sé a cuál de las dos, no sé en dónde o a dónde podría yo ir o dejar de ir. Ahí es cuando te digo, no sé ¿qué tanto es real y qué tanto no es real?, ¿qué tanta correlación hay entre una cosa y otra cosa?*

*En una ocasión me platicaron, que supuestamente vieron, que supuestamente yo y otro hermano que tengo, estábamos en una cueva del arrepentimiento, estaba siendo castigada por Dios y me corrían como gusanos en todo el cuerpo. De hecho, dije, pero ¿en qué tanto me podría castigar Dios?, ¿nada más por irme a una Iglesia católica y arrodillar cuando dice el padre que se arrodillen? Es normal y dijéramos está fallando esa gente que dice eso cuando su comportamiento es un poquito dudoso. Su comportamiento de ellos a cierta religión. Que ellos me dijeran que Dios me está castigando por esto.*

*Me lo dijo un familiar que me habían visto así, sin ropa y yo dije, 'ay, Dios, qué son'. Supuestamente él estaba bien ante Dios, pero nosotros no, por ir a equis lugares estábamos mal. Ya ves que nuestra misión es ir a Dios, toda la gente. Entonces cuando quieres ser normal, o sea, ¿en qué se basan esas personas para decir eso?, dijéramos de humildad a humildad, todos somos humildes y a lo mejor si falláramos ante Dios, yo creo que fuera una falta grande, [pero en mi caso] yo digo que no. Entonces, es cuando entro en shock, ¿Dios nos exige tanto o qué tanto nos exige?, ¿cuáles son las reglas? Si, por ejemplo, cuando vas en la ostia te dicen*

*que se incline porque el cuerpo y la sangre de Cristo y todo lo que llevan y yo me hincaba. Decían. 'no es que yo te vi cuando estabas con tu hermano y estaban hincándose', dije ¿con qué derecho o será real o será mentira?*

Como podemos leer, la relación que el sujeto establece con lo divino le permite al sujeto aprehenderse a sí mismo integrando sentimientos, actos y experiencias, como una relación experiencial que involucra sus necesidades morales dadas por verdaderas (James en Jay, 2009). De tal manera que la desestructuración de su comprensión del mundo por la que pasa se extiende hasta su sentido del yo proyectado fuera de su interioridad, de su relación con su cuerpo, pensamiento, emociones y sentido de intimidad. Como describe Jenkins (2004) en una especie de lucha moral entre lo bueno y lo malo que pasa por la incorporación del ritmo y sentido de la participación de la persona en el flujo de las actividades cotidianas.

La emergencia del padecer implicó, por tanto, tanto el inicio de un proceso de reestructuración de su vida como de su lugar en el mundo, como parte de su grupo, familia, comunidad y sociedad en su conjunto, previa evaluación y resignificación de lo que ha sido la totalidad de su vida, una reconsideración de los valores y creencias.

#### **4.2.3 La migración como parte del modelo explicativo del padecer mental**

Como se revisó en capítulos anteriores la historia del Mezquital ha estado ligada al constante desplazamiento geográfico, en un principio al interior de un mismo territorio y posteriormente, fuera de sus fronteras como principal estrategia de sobrevivencia y enfrentamiento de las condiciones de vulnerabilidad, carencia, así como por el impulso de

crecer y alcanzar una vida mejor<sup>22</sup>. Recordemos que para el año 2000, Hidalgo comenzaría a figurar como uno de los principales expulsores de mano de obra teniendo que 35 de sus 84 municipios lo colocaban como el Estado con mayor intensidad migratoria (4 muy alta intensidad, 16 alta intensidad y 15 mediana intensidad), de los cuales, 16 correspondían a la región del Mezquital (Rivera y Quezada, 2011). Para 2015 esta situación se mantendría situando a Hidalgo como el segundo estado con mayor número de hablantes de lengua indígena emigrantes destacando los otomíes del Valle del Mezquital entre los principales grupos étnicos migrantes a nivel internacional (Quezada, 2018).

Aquí es importante decir que, aunque la principal causa de la migración ha sido predominantemente económica, estudios sobre la transformación que ha sufrido dicho fenómeno en la zona reconocen al prestigio y la persecución del “sueño americano” entre los motivos para migrar reportados más recientemente por la población (Rodríguez, 2003 en Rivera y Quezada, 2011). Es así como más allá de las esperanzas puestas en la estrategia y sus resultados, la migración representa uno de los fenómenos con mayor impacto no sólo en términos de organización familiar y comunitaria, a nivel socioeconómico y demográfico, sino a nivel personal en temas de salud física y emocional de quienes son definidos como

---

<sup>22</sup> Para una revisión sobre las principales investigaciones, características, historia y actualidad de la migración internacional en la región del Valle del Mezquital se pueden consultar Rivera Garay, M.G., Quezada Ramírez, M.F. (2011) El Valle del Mezquital, estado de Hidalgo. Itinerario, balances y paradojas de la migración internacional de una región de México hacia Estados Unidos. *TRACE. Travaux et Recherches dans les Amériques du Centre*, (60), 85-101 y Cortés Rivera, D., Granados Alcantar, J. A., Quezada Ramírez, M. F. (2020). La migración internacional en Hidalgo: nuevas dinámicas y actores. *Economía, sociedad y territorio*, 20(63), 429-456.

migrantes, sobre todo cuando dicha etiqueta se acompaña del adjetivo “indocumentado” o “ilegal” como ocurre en la región.

Como señalan Rivera y Quezada (2011) desde sus inicios y hasta su consolidación, a diferencia de lo que ocurría en otros lugares del país, la migración en el Mezquital se desarrollaba al margen de los programas gubernamentales que permitían gozar a quienes participaban de una estancia formal legal en el país de destino (Programa Bracero). De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) (2014 en Cortés *et al.*, 2020) alrededor del 67% de los emigrantes provenientes del estado de Hidalgo no cuentan con la documentación necesaria para su ingreso al país de destino al momento que deciden migrar, además de concentrar un gran número de población hablante de una lengua indígena<sup>23</sup> (INEGI, 2015 Cortés *et al.*, 2020). Por lo que la población migrante en Hidalgo se concluye estaría conformada por hombres jóvenes, indígenas e indocumentados, principalmente.

Si bien los procesos migratorios no son tema central de la presente investigación constituyen un aspecto presente en las narrativas de un sector de los pobladores de la región, como ese momento y lugar que lo cambiaría todo, un antes y un después, como en aquel caso de Antonio.

*Desde chico escuchaba que partían troncos en el patio del vecino, un poquito alejado de la casa y cuando salía, no escuchaba nada, enton's yo creo que no es*

---

<sup>23</sup> Entre los principales municipios de origen de la población emigrante en Hidalgo se identifican a Ixmiquilpan (13.71%), Tulancingo de Bravo (12.2%), Pachuca de Soto (11.2%), Actopan (7.0%) y Zimapán (5.2%), mientras que entre los destinos elegidos para migrar por motivos laborales se mencionan: California (23.1%), Texas (13.1%), Florida (11.1%), Carolina del Norte (7.9%) y Georgia (7.4%) en Estados Unidos (CONAPO, 2017 en Cortés *et al.*, 2020).

*que fuera Estados Unidos, sino que yo ya iba enfermo de todo, nada más que allá se agravó por mis tíos que me molestaban y el señor que me molestó, que me reventó, yo creo que fue por eso que se derramó la bola. Ahí fue la gota donde derramó el vaso (Ramiro, 36 años, esquizofrenia).*

El estudio de la relación migración – salud mental es enormemente amplio y de una larga tradición, de acuerdo con Cuevas (1989) la historia de su abordaje puede ser dividida en dos etapas. En la primera los estudios se caracterizarían por un abordaje que relaciona la condición de migrante con la presencia de ciertos trastornos a través de comparaciones de frecuencias simples de ambos fenómenos. En la segunda etapa, por el contrario, la migración se reconceptualizaría como un proceso psicosocial productor de estrés y con ello generador de patología mental.

Más allá de los desafíos que enfrenta el análisis de la contribución o exacerbación de problemas de salud mental de la migración en población con escaso o nulo acceso a los servicios de atención (Salgado y Díaz-Pérez, 1999; Ríos, 2011). Resulta interesante acercarse a los hallazgos de una parte de estos esfuerzos por comprender este fenómeno en lo tocante a las dos distintas unidades de análisis que se han llegado a adoptar, la población migrante y los integrantes del grupo doméstico que permanecen en la comunidad de origen.

A nivel internacional, una de las principales propuestas es la realizada por Achotegui (2004) médico psiquiatra y profesor de la Universidad de Barcelona quien sostiene que las difíciles condiciones sociales bajo las que se desarrolla la migración favorecen la aparición de trastornos por el estrés y duelo ante los cambios y adaptaciones que conlleva. Aunque, precisa que no es sino hasta cuando estas situaciones se prolongan

en el tiempo y son múltiples e intensas, en sujetos de personalidad vulnerable, que se puede hablar de desequilibrio psíquico al que denomina “síndrome de Ulises”.

El estrés es descrito como un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales y las capacidades de respuesta del sujeto y el duelo como el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo (Achotegui, 2004). Como se puede leer tal situación no es nueva, al menos desde la perspectiva de Devereux (1973) quien en el marco de la etnopsiquiatría desarrolla lo relativo a los recursos de los que hace uso la persona para enfrentar el desplazamiento del referente cultural que implica el tránsito migratorio, entendidas como las defensas susceptibles de ser movilizadas en situación de estrés.

Para Devereux (1973) los sujetos son educados dentro de un sistema cultural particular bajo el que ciertas situaciones y comportamientos son contempladas como una especie de mapa dentro del cual desenvolverse, de tal modo que cuando este mapa se traslada a un contexto distinto bajo un código cultural diverso, con situaciones y comportamiento no considerados, la estabilidad del sujeto se ve conmocionada llevándolo a caer en una serie de malestares diversos.

En el caso de México, uno de los principales antecedentes de esto quedaría retratado bajo la categoría “psicosis del repatriado” identificada por Ríos (2011) como una construcción elaborada por psiquiatras mexicanos en un esfuerzo por describir la situación de algunos de los 140 trabajadores agrícolas mexicanos indocumentados que fueron deportados de Estados Unidos al presentar síntomas de alguna enfermedad mental en las décadas que van de 1920 a 1944.

Dicha categoría clínica se caracterizaba por hablar incoherencias relacionadas a grandes negocios y riquezas en Estados Unidos, así como por un aspecto físico descuidado, falta de apetito, apatía y desorientación en el espacio y tiempo. Síntomas que desaparecían después de una buena dieta y descanso llevando a los médicos mexicanos a concluir que el síndrome no obedecía a factores bioquímicos, sino a causas sociales (Ríos,2011).

Por lo que no es de extrañar que décadas más tarde la situación de la población migrante continuara despertando el mismo interés. Ejemplo de ello, el programa “Cambiando Mentes, Avanzando la Salud Mental de los Hispanos” que el Instituto de Salud Mental de Nueva Jersey pondría en marcha con el objetivo de conocer los patrones de creencias y conductas, así como las barreras que enfrenta esta población cuando tiene la necesidad de recurrir a este tipo de servicios. Como parte de los resultados, llama la atención la identificación de un mayor deterioro en la salud mental de los mexicoamericanos por consumo de sustancias mientras más se van integrando a la sociedad norteamericana, así como las tres principales barreras para el acceso a la atención, el idioma, la falta de seguro médico y el desconocimiento de la existencia de servicios para atenderse (Guarnaccia y Martínez, 2003; Guarnaccia *et al.*, 2005). Las cuales están presentes en las distintas historias de los pobladores del Mezquital:

*En el caso de la esquizofrenia he tenido varios pacientes que han estado ellos en Estados Unidos y que allá adquieren la enfermedad, pero regresan acá porque allá es muy caro el tratamiento y llegan aquí enfermos. Y sí muchos, me ha llamado la atención que van llegando de los Estados Unidos y ya los checo y es este trastorno...Pero en este caso [son] más hombres. Tiene que ver yo creo, según lo que recuerdo de lo que ellos comentan, pues la marginación, la estigmatización, que se ejerce sobre ellos, el racismo, la soledad, el hecho de estar lejos de sus familiares. Todo eso, pero al analizar sus historias clínicas, así como que rápido en la mente, pienso que tienen la predisposición genética y que el detonante es pues el*

*hecho de que estén allá solos y todo lo que ya comentamos (Alberto, Médico Salud Mental, Hidalgo).*

Nacido en El Espíritu, al finalizar la secundaria Felipe decidió migrar a Estados Unidos donde trabajaría como encargado de la limpieza de restaurantes y salas de cines, cada noche (12am-8am) a lo largo de varios años. Hoy a sus 42 años, al igual que en el tiempo que vivió en Estados Unidos, continúa manteniendo una ciudadanía activa, a diferencia de que ahora él mismo es quien puede cumplir con los compromisos (faenas) y sistema de cargos sin tener que recurrir a un familiar para que lo sustituya.

Ese tiempo en Estados Unidos, Felipe compartía un pequeño departamento con amigos y familiares, pero al ellos trabajar durante el día, las mañanas que eran su tiempo para descansar, las describe como muy ajetreadas, llenas de movimiento, música, ruido que le dificultaba el descanso.

*En ese tiempo mi trabajo era como que muy estresante porque en el cine eran diez salas y era yo sólo. Tenía que barrer, juntar todos los vasos, como vendían comida, la gente echaba sus platos de lo que, entonces el trabajo consistía en trapear, era eso y pu's había mucho trabajo en los fines de semana. Hay mucha basura, tiran refresco y como es de bajadita se estanca hasta allá en el frente, pero pues había que apurarse. Entonces era yo creo que eso, me estresaba mucho, que tenía que terminar temprano, pero pues también noté que yo mismo me presionaba. Tenía que sacar rápido, entre más rápido mejor y pienso que el estrés, todo eso es pues lo que me afectó, no dormir bien en el día, cuando estaba trabajando ahí.*

El desgaste físico sumado a la dificultad para descansar durante el día lo llevaron poco a poco a padecer insomnio y cansancio extremo que rápidamente lo llevarían a buscar atención porque a diferencia de otras historias, Felipe creía conoce lo que podía esperarle de no acudir a tiempo. El propio médico le preguntó si en algún momento le han ocurrido más cosas, como alucinaciones o pensamientos de muerte, ¿por qué?, porque años atrás

sería su hermana quien comenzaría con los mismos síntomas mientras trabajaba en el horario nocturno de una fábrica en Estados Unidos.

*Tengo una hermana que también se fue a Estados Unidos y también trabajaba de noche. Ahora sí que ella llegó a un grado más fuerte, más difícil porque ella estuvo más tiempo trabajando de noche. Ella ya empezaba a escuchar voces y ya veía visiones y ya fue un hermano a que la trajera. Llegando a allá [Estados Unidos] decía que la estaban persiguiendo, que la policía la estaba buscando, cuando llegó acá igual, 'que me están espionando, mira que alguien está ahí' y empezó a mover la cabeza. Entonces ya cuando llegó acá, ¿cómo le diré?, la tradición, las creencias a veces, creemos o lo que buscamos, ahora sí que le buscamos de todo, primero limpias, brujos, pero pues nos decían una cosa, esto y aquello, que le habían hecho algún daño, una brujería y entonces pues bueno, digo, podría ser o ella no nos quiere decir la verdad. Allá nos dijeron muchas cosas, que andaba con otra persona y que la señora se enteró y pues nosotros viendo también cómo estaba, pues tuvimos que recurrir a eso, pero no vimos ningún resultado. Lo que nos quedó es internarla allá en Pachuca que hay un Hospital que se llama para mentales [Villa Ocaranza]. Estuvo un mes internada y ahí nos dijeron claramente 'no la van a poder ver, ella está en tratamiento'.*

*Luego ya nos dieron la fecha, "sabes que, pa'tal fecha pues ya vienen y ya les doy razón, o ¿cómo está o cómo ha evolucionado? Nos fuimos para allá y nos dijeron, 'sabes qué, mira, dentro de esto ya la pudimos controlar' Ya no oye voces, ya no ve nada y nos dejaron platicar con ella también. Entonces ya le preguntamos, 'no pues que cómo has estado', 'no pues bien', '¿sigues oyendo las voces que decías?', 'no ya no', '¿Sigues viendo las visiones que tenías?', 'No ya no'. Ya nos dijeron ahí, 'ya mejoró, ya pa'tal día pueden venir a llevarla y que tome su tratamiento'. Entonces pues, ahora ella, está bien, ahora sí que con sus medicamentos.*

Al tiempo que ya había pasado lejos de su hogar y su familia y tener que cumplir con las obligaciones como miembro de su comunidad se sumaron el estrés tan fuerte, el desgaste, el cansancio, la incapacidad para lograr dormir sin medicamento y la preocupación de no avanzar al mismo grado de su hermana. *Resistir hasta donde pudiera* era el pensamiento que una y otra vez pasaba por su cabeza, por lo que dejar el trabajo nunca fue una opción. Intentó cambiar de departamento, pero no podía pagar por sí solo ningún lugar, así que seguía teniendo que compartir mientras que el insomnio avanzaba.

### ***La gente que está perdida, dormida***

La idea de resistencia de Felipe, de esa constante lucha se encuentra igualmente presente en Tadea cuya historia nos acerca a un esfuerzo por salir de las atribuciones de pecado, de inmoralidad que rodean a las mujeres que, como Ana, la hermana de Felipe y ella, enfrentan una enfermedad como la esquizofrenia. Originarios de Alfajayucan, la familia de Tadea intento de todo, brujos, curanderos, merolicos...

*les dijeron que me estaban haciendo daño, que me estaban alejando de ellos. Decían que los hombres me estaban haciendo algo porque querían conmigo y las mujeres porque yo les quite su marido, pero nada de eso ha sucedido, yo en ningún momento he tenido novio ni le he quitado el marido a ninguna mujer. Mi familia decía que veían cosas en mí raras, cosas extrañas, ellos decían que me seguía una persona, que ellos veían una persona que andaba tras de mí, haciéndome brujería. No me quisieron decir quién era, entonces les dije que era mentira, eran ideas que me querían meter en la cabeza (Tadea, 37 años, esquizofrenia).*

Felipe nunca tuvo que enfrentar estos comentarios por parte de nadie ni de la familia ni amistades, por el contrario, platicando con uno de sus vecinos descubrió que él también se encontraba en tratamiento, tomaba medicamento porque estaba experimentando lo mismo que él, para ambos era la presión, el estrés: *Aquí, aunque uno quiera no hay trabajo, si es que hay, dos, tres días, hasta ahí nomás, por lo menos allá [Estados Unidos], ahora sí que todos los días, no había descanso.* Si bien detrás de la atribución de causalidad de ambos varones está el rol de proveedor, en ellas el deber ser se dirige al control del cuerpo, de la sexualidad, el honor, la moral.

A lo largo de su historia con el padecimiento, Gabriela, Ana y Tadea mantienen una constante lucha por situar su experiencia con relación a otro orden de realidad, que en el caso de Tadea apela a una dimensión más orgánica. Tadea es la penúltima de ocho hermanos, cuatro hombres y cuatro mujeres, que en su mayoría han hecho su vida fuera de

la comunidad, principalmente en Estados Unidos. Tadea misma, desde muy pequeña dejó su casa para irse a trabajar a la Ciudad de México

*Era yo ama de casa, de limpieza, pero me corrieron porque la señora nada más tenía a sus sirvientas por un tiempo porque no le gustaba aumentarles de sueldo. Entonces mis hermanas me estuvieron animando que me fuera para allá y fue cuando me fui y como mi hermano también en ese tiempo se iba, pues aproveché y me fui con él. Así sin papeles, cruzamos ahí en el río, nos cruzaron por el puente, pero sin papeles, tuvimos que pagarle para cruzar, en esa ocasión a mi tocó pagar como \$1200, la mitad se da antes de cruzar y la mitad se da cruzando. Tenía como 18 años y trabajé tres años allá en los pollos, era una empresa donde matan pollos, los desatan, los echan en los platos las piezas y me tocó estar ahí. Entonces le digo, nada más estuve tres años porque me pasó el accidente y tuve que regresar.*

*Me pegué con un gancho en la cabeza porque estaba yo trabajando, de repente me vino el desmayo. Me desmayé y paz, me pegué en la cabeza, entonces me checaron ahí luego porque tienen centro de salud y enton's ya me vieron que sí me había lastimado la cabeza, sí se me había abierto. Ellos dijeron que podía yo perder la mente, la memoria y todo eso, entonces me dijeron que fuera al hospital y ahí me iban a inyectar insulina, pero no quise ir al hospital porque ahí me iban a internar y luego me iban a inyectar y no me dejé.*

*Me iban a inyectar insulina porque eso es lo que hacen los doctores en Estados Unidos. Mi hermano ya ha pasado por una experiencia así, a él también le quisieron hacer eso, entonces él me dijo, 'mira yo no te recomiendo ir al hospital porque ya he pasado por ahí y he llevado enfermos y han hecho esto con los enfermos'. Me dijo que los metían, los internaban y les inyectaban insulina para estabilizarlos y eso les traía reacciones muy malas para ellos, son problemas después en su organismo, se traumaban o de plano ya se deprimían y vivían ya como una adicción, adictos a la insulina y entonces yo eso no quise y dije mejor me voy a mi país a atender.*

*Allá me hablaban en inglés, pero había traductoras. El doctor hablaba en inglés y la traductora en español. Cuando vine acá, lo mismo me dijeron que podía yo perder la mente. Antes de eso nunca perdí la mente, siempre estuve consciente, pero me dijeron que por la esquizofrenia tengo que tomar un medicamento ya de por vida por el estrellamiento que se me hizo en el cerebro, porque le digo que esa pérdida que tuve fue porque me entraba aire en el cerebro, entonces mis hormonas se revolvían y eso era que perdía yo la vista y el sentido, pero todo lo demás, mi organismo estaba bien. Solo eso me pasó como dos meses nada más, no fue mucho tiempo. El doctor me dijo que todavía me entra aire porque ellos no me aseguran que vaya a cicatrizar mi cerebro porque el cerebro es un hueso y ese ya no puede añadirse. Entonces me dijeron que sí va a entrar aire en mi cerebro, pero por eso es el medicamento para estabilizar mis hormonas, por eso es de por vida.*

Para Tadea la pérdida del sentido es el elemento más relevante de toda su experiencia y contra lo que lucha constantemente a través de distintas estrategias de las que forma parte la continuidad de su tratamiento. Si bien en un inicio atribuye como origen el golpe en la cabeza que provoca una alteración en sus sentidos a causa del aire que ingresa a su cerebro. En su proceso por comprender y darle un lugar al padecimiento como parte de su historia de vida, así como toda la serie de cambios y situaciones que ha ido experimentando, Tadea como parte de la articulación entre el pasado y su presente, apela a la reconstrucción de sus recuerdos de la infancia para consolidar una causalidad orgánica, en este caso, a través de la herencia por el lado de su familia paterna.

*En mi familia escuché de la esquizofrenia cuando estaba yo muy chica, cuando tenía yo como unos tres, cuatro añitos, oí que eso había ocurrido en mi familia. Enton's yo digo, pues tal vez la heredé, pero así enfermos que digamos en mi familia o así con otras personas en el pueblo, nunca. Me parece ser que mi abuela por parte de mi papá, porque mi abuela perdió el sentido cuando una de sus hijas se salió y se fue sin decirle que se iba a juntar o se iba a casar, entonces ella pierde la memoria y eso fue lo que padeció. Enton's yo siento que también por eso tal vez yo la ahiga heredado, pero no es tanto que yo esté enferma digamos, de que diga de locura porque yo me siento normal, me siento contenta con mi cuerpo, con mis reacciones que tengo, yo lo de los nervios también los siento bien.*

*A veces sí me exalto, me excito, pero es porque le digo que me prohíben las cosas o me llaman la atención. Le digo que yo no puedo cruzar palabra con mis sobrinos, no le puedo decir, oye lava tu platito o tú haz, porque eso me lo han prohibido. También cuando luego a veces me quiero comer una comida que sobra y está en el refri guardada, a veces me dicen que no lo agarre, que no lo toque, que no me lo coma. Entonces en eso sí me sale mi enojo, me enfurezco, porque soy de carácter fuerte, no soy de carácter dócil. Entonces yo digo que es mi carácter muy fuerte. No es porque sea agresiva o mala como dicen ellos.*

Tadea no es la única mujer para quien el origen de la enfermedad se puede situar al interior del cuerpo en su aspecto más orgánico, sin embargo, en el caso de Valeria, el argumento cruza con otro aspecto que es la sangre menstrual del que se hablará en el siguiente capítulo. Orgánico o no, el periodo de crisis y en algunos casos la totalidad del

proceso de enfermedad es descrito como un suceso transitorio que por intervención divina o la acción propia del sujeto en algún momento se transformará:

*Para mí no es gente loca ni desquiciada, simplemente para mí es gente que está perdida o que está dormida, eso, yo en realidad no los tomo de locos ni desquiciados. En un momento puede despertar. Dios nuestro señor les ha dado una maestría para ser doctores especiales y ayudarnos a nosotros los que somos indígenas, los que ignoramos la medicina, que no tenemos ese estudio, esa experiencia, para poder curarnos y sanarnos nosotros mismos... [aunque] la gran parte está en ellos mismos, por lo que yo ya pasé, ahí me dio esa experiencia, que lo único que les hace falta a las personas es la fuerza, el carácter pa' poder salir adelante, porque sin esa fuerza, sin ese carácter que ellos saquen y hagan entender a su familia, como yo le hice, ellos podrían seguir su vida adelante sin necesidad de estar así perdidos, dormidos, porque para mí se me hace que se han dejado dominar por cierta causa [Tadea, 37 años, esquizofrenia]*

Hasta aquí, las historias previamente descritas sirvan para expresar esa constante lucha por vencer la adversidad, así como el inicio de un profundo sufrimiento que ni la totalidad de sus narrativas, como explicaba Ramiro, es capaz de retratar. En el siguiente capítulo regresaré a las historias de varios de ellos y de otros más para quienes el origen y causa de enfermedad se articulan a otra dimensión como es la emocional-afectiva y las relaciones de género, previo a la descripción de las trayectorias de atención seguidas por varios de ellos en este intento no sólo por controlar la enfermedad sino encontrar alivio.

*Bueno yo ahí cuando me dicen que tengo principios de esquizofrenia, pues sí la verdad, me estallé yo misma, dije: 'no, no es posible que me esté pasando esto' Llegué a un momento de querer quitarme la vida porque dije: 'no, yo no quiero estar loca. No quiero estar desquiciada' Yo dije: 'no, no es posible que me hayan detectado eso'. Soy de carácter fuerte, pero nunca he tenido problemas con ninguna persona, entonces dije: 'no es posible que me pase esto, por qué si yo no soy así'. Sí llegué a querer quitarme, así cortarme las venas porque ya estaba a punto de hacerlo, pero en eso llegó, creo que mi mamá y me quitó el cuchillo que tenía y fue donde yo desperté y reaccioné que iba yo a hacer. Me dijo que estaba yo loca, que por qué iba a quitarme la vida y le dije que, porque me sentía yo sola, me sentía despreciada por ellos y pues ya mi mamá fue cuando dijo: 'no pues te vamos a dar*

*cariño y amor, te vamos a querer mucho y te vamos a respetar', pero pues yo creo que nada de eso hay. Ya no lo hice, yo misma reaccioné y me puse a pensar que no estaba bien lo que yo estaba haciendo.*

*Mi papá siempre me ha apoyado, él nunca se ha metido conmigo, siempre mis respetos con él. Toda la vida mis respetos con él. Mi madre sí, luego de repente sí me levanta la voz o no me contesta o no me defiende de las cosas, le da muchas preferencias a mi otra hermana, a mí me ignora o no me toma en cuenta. Pero mi papá siempre ha sido cariñoso con todos y siempre ha habido mucho respeto con él. Nunca nos ha faltado al respeto él.*

*Mi mamá y mi hermana, ellas me trataban de loca y hasta la fecha me siguen tratando así. Sólo una de mis hermanas, ella nunca me ha tratado así. Nomás que ella así con la influencia de mi mamá me reprocha mucho, me hace a un lado, pero yo en realidad le digo que nunca estuve loca porque nunca perdí la mente por completo (Tadea, 37 años, esquizofrenia).*

Por el momento, me gustaría cerrar lo relativo al impacto de la migración en la salud mental con lo tocante a la experiencia ya no de quien migra, sino de quienes se quedan. Esta segunda unidad de análisis frecuentemente la encontramos dividida entre la situación de salud de la pareja de quien migra, principalmente mujeres, esposas de los migrantes y los hijos. Con relación a estos últimos, específicamente, la etapa de adolescencia se ha descrito como un periodo que en el caso de los hijos de migrantes transcurre en contextos caracterizados por una prolongada ausencia física paterna que los obliga a modificar su rol social y familiar (Aguilera-Guzmán *et al.*, 2004).

Como pudo revisarse, desde edades muy tempranas niños, niñas y adolescentes de ambos sexos participan de actividades económicas que buscan aportar al ingreso familiar, una situación que se postula intensificada ante la ausencia paterna por causa de la migración, principalmente cuando quien se va cumplió con el rol de proveedor principal y, aún más, cuando este deja de enviar remesas.

De esta manera se observa que más que ser la migración o ausencia del padre o proveedor son el cambio de rol y las condiciones socioeconómicas como parte del contexto, esto es, el tener que salir a trabajar de manera formal, asumir la provisión del hogar, la responsabilidad de los demás integrantes (cuidado de los hermanos(as) menores), la representación de la familia en asambleas, el asumir las labores comunitarias, las faenas, así como parte del trabajo y responsabilidad por el tiempo que están ausentes los padres (Cortés, 2012). Adicional a las condiciones laborales y educativas que predominan en contextos rurales y que en conjunto se ha identificado, contribuyen a la generación de sintomatología depresiva en este sector de la población (Aguilera-Guzmán *et al.*, 2004).

Es así como los trabajos con este sector de la población se orientan al estudio de este cambio de rol y actividades, hacia la adaptación a las nuevas dinámicas sociales y comunitarias, así como a la evaluación del nivel de autoestima en adolescentes que tienen la característica de ser hijos de padres migrantes, como una forma de medir el peso que tiene la ausencia del padre como factor de riesgo (Laborín, 2008; Oliva *et al.*, 2007).

Ahora bien, en lo que respecta a la población adulta, principalmente, entre las parejas o esposas de migrantes estudios identifican elevados niveles de sintomatología depresiva asociada con las múltiples nuevas responsabilidades que se suman a las tareas que ya desarrollaban. Desde hace más de tres décadas, Salgado de Snyder (1991a, 1991b, 1994, 2000, 2007) se dedicaría al estudio de los efectos de la migración tanto en población migrante como en familiares, encontrando hallazgos relevantes acerca de los cambios en los roles sociales y familiares, por ejemplo, que las esposas se ven muchas veces forzadas a asumir tareas y responsabilidades que antes recaían en el hombre (participación en

asambleas y comités, etc.) además de convertirse en quienes deben solucionar los conflictos o dificultades, económicas y familiares que se vayan presentando.

Es así como a partir del estudio realizado en mujeres esposas de migrantes rurales en Jalisco y Michoacán se identifican tres dimensiones del estrés relacionado con la migración, la preocupación por el esposo que ha migrado, el aumento de las responsabilidades y los conflictos familiares, siendo los estresores vinculados con la preocupación por el bienestar del esposo los más significativamente relacionados con la presencia de ansiedad, depresión y somatización. Pensar que sus esposos no contaban con suficiente dinero para alimentarse adecuadamente o para acudir a un médico si lo llegaran a necesitar, percibirse incapaces de enfrentar la vida cotidiana sin la figura del hombre, sentir no contar con los recursos necesarios para hacer un buen papel sustituyendo al hombre en el manejo de la economía del hogar, en la toma de decisiones y en la educación de los hijos representan algunas expresiones de esta situación (Salgado de Snyder *et al.*, 2007).

Así también se observaba que mujeres migrantes radicadas en Estados Unidos presentaban un alto estrés por la migración y aculturación quienes, a pesar de contar con niveles relativamente altos de autoestima y apoyo de sus parejas, igualmente presentaban problemas psicológicos graves colocándose como una población en riesgo de desarrollar una psicopatología sin por ello dejar de funcionar socialmente. Algunas de las situaciones que se correlacionaron altamente con la sintomatología depresiva fueron sentirse discriminada por su origen nacional, percibir que no podían ser buenas esposas por desconocer el nuevo entorno, sentir temor de iniciar una familia en Estados Unidos, sentirse

preocupadas por el bienestar de la familia que se quedó en México y por no tener suficiente dinero para pagar sus deudas (Salgado de Snyder *et al.*, 2007).

Si bien, como se mencionó la transformación del entorno rural y la dinámica es un hecho que se observa cotidianamente en las comunidades de alta intensidad migratoria, el impacto de ello en la salud mental de las personas no sólo se está dado por la serie de cambios en las actividades habituales, económicas y en el control de los recursos y de sus hogares, sino por la ocurrencia de situaciones estresantes relacionadas con accidentes o pérdidas (duelos) en el marco de esta distancia entre familiares. En este sentido, la experiencia de las mujeres va más allá del rol de esposa de migrantes, si bien el matrimonio era un importante elemento expuesto por ellas como eje de su feminidad, el segundo lo era la fertilidad, no sólo en su sentido reproductivo sino maternal, ser madres o abuelas.

### ***La espera desesperante***

Victoria es madre de cinco hijos, pero desde hace tres años nueve meses ya sólo le quedan cuatro hijos y cuatro hermosos nietos. Sólo uno de sus hijos, el más chico aún vive en Estados Unidos, mientras que ella y su esposo permanecen viviendo en el Barrio El Oro, donde ya están el resto de sus hijos.

*Tuve un problema, perdí a uno de mis hijos en los Estados Unidos, lo atropellaron y murió y de ahí para acá, yo me quise hacer fuerte, pero con el tiempo ni pude, Dejé pasar tres, dos años y meses para pedir ayuda. Ya pues estuve viniendo con el doctor, me vine con psicólogo también. Ya dejé de tomar pastillas, ya no necesitaba, ya me sentía un poco mejor. Dejé de venir unos meses y después vine a consulta y me dijeron que tenía que venir para que el doctor me diera de alta. El doctor, amablemente me dijo: 'mire, si usted cree que ya no necesita medicamento, está bien, pero siga viniendo para que yo la pueda dar de alta'. Entonces, pues me siento más tranquila, ya no estoy enojada con la vida o con la persona que cometió este deceso de mi hijo. Ya mi esposo y yo tratamos de seguir adelante, ya no pensar*

*mucho en lo que pasó y pues también darle gracias a Dios de que pasó por algo. Bendito sea Dios me siento un poco más tranquila.*

*Antes no podía dormir, pensaba mucho en mi hijo y pues es lógico, es mi hijo, ¿verdad? Me acostaba, veía la tele hasta muy tarde y me quedaba dormida, ya mi esposo se levantaba y apagaba la tele. Yo me despertaba como dos, tres de la mañana y de ahí para acá no podía dormir, entonces todo el día me sentía con sueño, no podía dormir ni en el día ni en la noche. De tanto no dormir bien tuve un accidente, me caí. Llevaba yo a mi nietecita de meses, me espanté y dije ‘algún día me deja mi nuera a mi nieta yo sola, me vaya yo a caer, la vaya a lastimar’ Pensé más en mi nieta que en mí. Entonces vine al doctor y le comenté.*

*Tardé un poquito para habituarme, ahora sí ya no siento esa ansiedad, ese miedo, el coraje. A la vez sentía yo que perdonaba a esa persona, pero en mi interior algo me decía que no. Ya después dije: ‘pues mi hijo está donde debe estar, lo que pasó pasó y pues ya me puse a pensar en esa persona también de que la imprudencia que tuvo a lo mejor él también está con remordimiento de haberle quitado la vida a un ser humano y ya poco a poco me fui haciendo a la idea, pues ya no puedo regresar el tiempo.*

Victoria narra que durante esos años que tardó en acudir al NBSM vivía experimentando un profundo miedo que no sabía explicar, un miedo a todo que no se proyectaba en nada, sólo lo sentía. Además del enojo, un enorme coraje no sólo por la pérdida de su hijo sino por la forma en que todo ocurrió, los problemas de comunicación que afectaron la comprensión inicial de lo que estaba ocurriendo y desataron una mezcla de angustia, confusión, enojo, dolor que se prolongó ante la imposibilidad de llevar a cabo el ritual que la tradición dicta debe tener lugar para que el alma de la persona descanse:

*¿Cómo le diré? Lo que le había pasado a mi hijo lo contaron al revés, que el que había muerto era otra persona y que era mi hijo el que había ocasionado ese accidente. Mi nuera no entendió porque le habían hablado en inglés, ella entendió todo al revés. No me querían decir, pero al ver yo que platicaban se me vino a la mente que algo estaba pasando allá, ¿qué le pasa a mi hijo? Y como acababa de llegar mi hijo de aquí para allá, el más chico. Entonces le digo, le pasó algo, o sea, a mi chiquito, a mi bebé y dicen: ‘no, no pasa nada’ Ya al oír exploté: ‘díganme las cosas bien’. Entonces ya mi nuera le dice: ‘Ya díceselo, a lo mejor [tu hermano] va huyendo, les llega allá, para que no la agarre desprevenida’*

La dificultad para comprender al oficial que se comunica para dar la noticia generó en la familia la confusión acerca de la situación de su hermano. La primera versión que todos reconocen es que su hermano iba conduciendo en estado de ebriedad y atropella a una persona que fallece al momento. Al no regresar a casa ni saber de él, la familia comienza a creer que, en un intento por evitar ir a la cárcel, decidió huir hacia México, generando así la expectativa de verlo llegar en cualquier momento.

*Entonces ya dice mi hijo que a lo mejor viene huyendo y esté cerca de la frontera, de un momento a otro puede llegar. Entonces pues yo me quedé con esa idea, que mi hijo en cualquier momento iba a llegar. A lo mejor hice mal en pensar eso ¿cómo es posible que mi hijo venga huyendo por haber hecho eso? ¿cómo no se espera? Digo, ¿cómo es posible que iba a tener aquí a mi hijo, que ha cometido un delito y viene huyendo? Yo eso no lo podía concebir y dije, bueno, pues lo que Dios diga, si lo detienen aquí y lo juzgan al rato, pues ni modo, que pague lo que hizo. O sea, esa era mi reacción, pero fue viernes en la mañana, porque el accidente pasó jueves, en la noche, para amanecer viernes.*

*El viernes ya nos dan la noticia, como a las tres de la tarde, habla mi hermano, que está también en los Estados Unidos. Habla y pregunta por mi hijo. Le digo: 'no, no está, se fue a trabajar' Le digo: 'dime lo que está pasando' y aferrado a que quería hablar con mi hijo. Y agarra y dice: 'ni modo, mira, te voy a decir algo. No sé cómo decírtelo' Y ya es como me dijo mi hermano: 'Es que tu nuera entendió mal las cosas y se las dio diferente, pero pues los culpables fueron los policías que le dijeron'. Cuando fueron a ver pu's era mi hijo el que estaba muerto, no venía huyendo y pu's ya sentí feo. Yo estaba pensando que iba a alcahuetear a mi hijo aquí y esconderlo, un crimen que cometió y pu's no era así, era diferente. Todavía me hice fuerte y seguí contestando, pero yo estaba tensa y ya les di la noticia así. Mi esposo y mi hijo se abrazaron, no sabían que hacer, o sea, estaban desesperados.*

*No sé cómo explicarlo, cuando muere una persona y está aquí cerca, pues es el proceso fácil y doloroso porque bueno, ya murió la persona, al otro día o al poco rato te lo entregan, van y lo sepultan y eso es todo. Cuando mueren en los Estados Unidos, pues es un proceso, una espera desesperante. No puede uno traer el cuerpo de ya, de un día para otro para darle una cristiana sepultura, tarda días y esos días se hacen eternos de no saber, de no poder ver a tu ser querido que ya no está con nosotros. Y pues ver que todavía me hablaban y decían no pues tal día se va y dos, tres días después saber que siempre no porque faltan unos papeles y que no han ido a tal parte y por eso no lo pueden mandar, es una cosa desesperante.*

*¿Qué está pasando allá? Y mis nietos también me decían, yo los oía por teléfono, estaban desesperados porque ya no estaba con ellos, como mi hijo estuvo mucho*

*tiempo con mis nietos, entonces lo niños también yo los oía y me sentía impotente de no poderlos ayudar, de no apoyarlos. Se los habían llevado chiquitos, un niño y una niña y mi hijo y nuera allá tuvieron otro, entonces eran tres y mis niños me decían y lloraban y yo no los podía apapachar. Nada más les hablaba y les decía que su tío estaba en el cielo, que ya de ahí los estaba cuidando, entonces todo eso a mí me lastimaba mucho.*

A la impotencia del consuelo se sumaba la imposibilidad de hacerse cargo de los trámites administrativos dentro del propio país para traer el cuerpo de su hijo. Sus hijos nunca la dejaron sola, mientras el mayor se hacía cargo de los trámites en Estados Unidos, el segundo hacía lo mismo en México y aunque Victoria reconoce el apoyo, para ella esto representaba más distancia e impotencia ante la muerte de su hijo.

*Yo me sentía sin fuerzas, sin ganas y también veía a mi hijo que estaba muy desecho, había perdido al hermano. Son cosas muy dolorosas y pues uno a veces no logra entender estas cosas, uno se siente sin fuerzas para seguir adelante. Yo estaba muy enojada, incluso mi hijo que estaba allá me decía: '¿usted que quiere de esa persona?' - 'Nada, ya verán las autoridades de allá si ellos piensan condenarlo o castigarlo, ya estará en ellos, pero no en mí' Porque digo, de todas maneras, mi hijo no va a regresar. Hiciera yo lo que hiciera nadie me lo iba a regresar. Regresó el cuerpo, pero ya sin vida, ya no es igual. No sé cómo ocurrió, sé que mi hijo estaba tomado, es lo único que sé, no me han platicado ni he querido porque lo quiero recordar tal y como me dieron la noticia, mi hijo murió en un accidente y hasta ahí nomás para no seguir abriendo más heridas.*

*Ahorita a la que más daño le hizo fue a mí porque no me puedo desahogar, yo me hacía fuerte por mis hijos, dos estaban allá y dos estaban acá. Entonces al ver que mis hijos se sentían impotentes, no podía decaer, sino que tenía que darles ánimos, me quería hacer fuerte, pero no. Al último ya no pude, tuve que pedir ayuda porque ya no podía.*

*Yo veía a mi esposo que él también aceptada lo que había pasado, pero en el corazón sentíamos algo, que no era justo. Él está más adentrado a la religión por estar cerca de la imagen del Señor de Jalpan, yo pienso que, al sentir esa desesperación de haber perdido a mi chamaco, él se refugió más en él, se dejó guiar más por la imagen que por lo que le estaba pasando y yo por quedarme en casa, no querer salir, o sea, hubo un tiempo que, parecerá muy sucio, no sé, pero había un tiempo que no me daban ganas ni de bañarme, ni de comer ni de asearme, hasta que por fin mi esposo me dice: 'oyes, creo que nosotros estamos cayendo muy bajo' Pero pues la verdad yo le contestaba mal. Enton's mi esposo me dice: 'Tú te estás dejando llevar por lo que le pasó a tu hijo, pero no te pones a pensar que Dios sabe por qué se lo llevó, a lo mejor, en uno de estos meses hubiera llegado, hecho*

*alguna barbaridad. Tú lo conocías cómo es y todo, él está mejor allá'. Yo llegué a sentir, 'es que tú no lo querías' y dice: 'Claro que lo quería y lo siento mucho aquí [señala el pecho], porque lo tengo y no puedo, tengo mucho rencor, pero no lo debo de hacer porque yo estoy más con el Señor de Jalpan y yo no puedo sentir rencor porque él no es rencoroso, Dios no es rencoroso, Dios es amor, Dios es, bondad, misericordia" Él decía: 'Yo me refugio en él, hablo con él y me siento liberado' Podía dejar de comer y me le quedaba mirando y se le escurrían las lágrimas, estaba comiendo y estaba llorando. Hasta que una vez nos pusimos a hablar los dos y me dijo: '¿sabes qué?, vamos a dejar partir a nuestro hijo y nosotros nos vamos a agarrar de la mano de Dios y seguir adelante, esto no es el fin del mundo, tenemos cuatro más que Dios nos ha prestado, ya lo único que nos queda es pedirle a Dios perdón por todo lo malo o bien que haya hecho y seguir adelante, por nuestra fe'. Todo eso nos ayudó a seguir.*

*Antes de conocer la palabra de Dios, antes de estar más adentrada a la religión católica era más grosera con mi forma de pensar, hablar y todo eso, pero al ir conociendo la palabra se da uno cuenta de todo lo que hay en el mundo, pues Dios lo ha hecho y nos ha prestado a nuestros seres queridos y que cuando él quiera los puede recoger. Antes decía uno, Dios castiga, pero no castiga, Dios es amor. Que haya pasado este accidente mi hijo, Dios lo recogió porque era su voluntad, ahora sí que nació de mí, pero sin el poder de Dios no se hubiera logrado mi producto. Afortunadamente me regresaron el cuerpo de mi hijo y ya sé dónde irlo a visitar, es duro, pero lo tengo en el corazón. Dice un dicho que no mueren los seres queridos si uno no los olvida, si uno los tiene presentes, pues ellos siguen viviendo con nosotros.*

De acuerdo con Contreras (2021) uno de los principales fenómenos que la migración ha conllevado en las comunidades del Mezquital tiene que ver justamente con la gestión de la *presencia en ausencia* de los migrantes, el *pertenecer desde lejos*, así como la administración de la espera. En cuanto a la gestión de la ausencia, encontramos aquellos casos como el de Felipe, donde se busca la manera en que los connacionales continúen participando en la organización social manteniendo el ejercicio efectivo de su ciudadanía mediante las cooperaciones y el desempeño de los distintos cargos, adicional a la participación en la provisión económica de sus hogares y familias.

Mientras que para quienes se quedan, como Victoria y su esposo desde su rol de padres, así como para las esposas e hijos(as) de los emigrantes, la gestión de la ausencia

implica no sólo el aumento de responsabilidades y la asunción de los compromisos de su familiar que se encuentra fuera, sino la administración de la espera, del retorno, de la comunicación, de la remesas o como en este caso, el cuerpo del hijo fallecido que puede leerse en términos de una espera de la reunificación familiar al término de la vida.

La espera es el signo de la gestión de la ausencia contemporánea porque es una espera activa, acá y allá. Ello porque la espera es un compromiso que integra simbólica y materialmente territorios transnacionales y hace contemporaneidad entre personas que viven temporalidades sociales dispares. [p.41] Vivir de manera transnacional, [...] implica vivir vidas familiares y afectivas separadas, no necesariamente como una elección, sino como consecuencia del estatus irregular que se les impone a los migrantes indocumentados. (Contreras, 2021, p. 42)

Si bien, el autor alude a la importancia de la participación del migrante ausente en la serie de prácticas y movilizaciones que tienen lugar para reforzar estos vínculos transnacionales, en el caso de Victoria, vemos que son los otros hijos quienes asumen la responsabilidad de responder a la promesa del regreso del hermano, al tiempo que participan de esta *administración del tiempo de la incertidumbre* descrita por Contreras (2021) a la que vemos convertirse en esa espera desesperante que se coloca al centro de la experiencia de depresión de Victoria.

### ***Como todo mundo, me fui a Estados Unidos para buscar una vida mejor***

Originaria de Alfajayucan, al momento de la entrevista Alba tiene 40 años, diez años más que cuando decidió irse de mojada a Modesto California, Estados Unidos para reunirse con su pareja a quien ella misma convenció de migrar. Fueron ocho años los que pasaron separados, hablando por teléfono y aunque él nunca dejó de enviarle dinero, Alba

necesitaba más para poder darle una vida mejor también a sus papás, además de que quería estar con él por lo que tomó la decisión de migrar.

Alba tiene casi la mitad de su vida enferma, dice no recordar cuándo pasó, para ella simplemente se ha tratado de que todo el tiempo ha estado enferma de diabetes, pero nunca había sentido lo que ahora ha experimentado, así que no sabe si se trata de algo que en realidad ella ha traído siempre en la cabeza o qué fue lo que pasó. Lo cierto es que mientras estaba en Estados Unidos recuerda haber presentado diversos problemas de salud que nunca le impidieron trabajar en su negocio de paletas y raspados. Todo cambió cuando su primer nieto, el hijo de su única hija quien se encontraba con ellos en Modesto California falleció.

*Me acerqué a la doctora de San Pablo porque le dije que cuando tenía cualquier problema lo que pensaba era en suicidarme y luego me agredía yo sola, me agarraba de los pelos y pegaba en la cabeza. Eso me empezó hace como seis años, fue de que se murió uno de mis nietos y mi hija me enseñó un libro de los síntomas de cuando uno se va a morir y entonces desde ahí yo empecé a sentir miedo. Mi hija lo tenía porque se lo dieron en el hospital para que se fuera haciendo a la idea de que su bebé ya se iba a morir. Es que mi hija tuvo un bebé que nació enfermo, él nació con un tumor en la cabeza y lo operaron y no se movía ni nada de eso. Entonces ya de que yo leí ese libro fue cuando me empezó a dar miedo. Mi esposo también le echaba la culpa al libro que había leído, me apoyaba muchísimo, me decía que no debería de tener miedo, que no me iba a pasar nada.*

*Ya desde entonces me empezó eso, no me quería quedar sola y ya cuando me empezaban a pasar problemas ya pensaba yo en matarme, sentía ganas de echarme a correr, no saber nada. Tampoco podía mirarme en el espejo porque me daba miedo, no me gustaba mirar la tele porque pensaba yo que todo era la muerte. Si me quedaba sola sentía que alguien iba a llegar por mí, o sea, la muerte, me he imaginado la muerte. En ese tiempo me puse muy mal, nada más me la pasaba llorando, tenía yo mucho miedo a morirme, pero entonces yo pensaba en que sí me quería suicidar, pero tenía miedo a la muerte, yo no sabía que era depresión.*

*Nunca había escuchado de la depresión, o quizá sí lo escuché, pero como no le da uno importancia a las cosas. Para mí depresión era lo que yo estaba sintiendo que no quiero salir del cuarto, que no quiero ver a la gente o que me la paso llorando, eso fue lo que pasó por mi mente. En ese entonces estaba yo en Estados Unidos y nadie me orientó, hasta que regresé a mi comunidad.*

*Me regresé porque me puse muy mala, pensé que me iba a morir. Mi estómago me había crecido mucho como si iba yo a tener un bebé, entonces en las noches no podía dormir, sentía como si en mi cuerpo tuviera algo que no me explicaba yo que era. Ya no me gustaba que la gente me viera, no me gustaba salir. No sé, últimamente he creído mucho en la brujería y no sé si eso es lo que a mí también me ha afectado.*

*A mí me han empezado a decir que me han embrujado, bueno, de hecho, mi pareja ya no está conmigo, que no quieren que yo esté con mi esposo, juntos, que me quieren ver sola, que me han hecho algo para que tarde o temprano ande... bueno hay un señor que anda por ahí en la carretera, para que ande yo, así como el señor. Y le digo que ya he llegado a creer que pues sí es eso porque hay momentos que me quiero echar a correr, salirme o caminar. Cuando siento mi cuerpo que no me explico qué es lo que tengo.*

*Ya no recuerdo la última vez que hablé con mi esposo, me siento mal por eso, la última vez que hablé con él me dijo échale ganas y yo sentí que sí le importaba, pero pues no, siento que ya no le importo. Por lo que a mí me han dicho, él ya tiene otra. La última vez que yo hablé con él me dijo que no tenía otra, pero como yo tomé la decisión de venirme, se apartó de mí. Él me vio muy mala, pero me dijo que me quedara allá para curarme, pero como yo le dije, allá nos iba a salir muy caro, cuando yo pensando que aquí el seguro popular me iba a ayudar más que allá, por eso yo tomé la decisión de venirme.*

Para el Mezquital diversos trabajos reportan cambios al interior de las comunidades en un esfuerzo de su población por readaptarse a las nuevas dinámicas que la migración genera. En el caso de las familias donde la mujer y los hijos se quedan, estos permanecen con la familia paterna, ya sea que vivan en el mismo terreno o queden a cargo de la supervisión y compañía de estos (Cortés *et al.*, 2020). No obstante, es una realidad que no sólo la migración sino la convergencia de otros procesos sociales impulsaría la transformación de las relaciones entre hombres y mujeres en la región.

La incorporación al sistema de educación indígena bilingüe del que ya hemos hablado, el cual representó para algunas mujeres la posibilidad de un trabajo asalariado en mejores condiciones que el trabajo doméstico que hasta entonces había sido y continúa siendo, la opción para otro sector de mujeres. La cada vez mayor incorporación de la mujer

en la formación profesional, el impulso de proyectos productivos, así como de la participación en actividades y sistemas de cargos públicos por parte de la iglesia y la práctica misma de la religión son algunos de estos procesos descritos por Rivera (2006) como parte del análisis que realiza alrededor del proceso de conflicto y negociación de las relaciones de género que ha tenido lugar en la región.

La mujer adquiere mayor protagonismo y participación en la toma de decisiones, la organización social y las actividades comunitarias, pero como señala Mendoza (Rivera y Quezada, 2011) tal situación no ha logrado transformar las normas y relaciones de género predominantes en la región. A continuación, se revisarán algunas historias de hombres y mujeres para quienes el padecer mental puso sobre la mesa dichas normas y relaciones de género sometidas al conflicto y negociación.

## **Capítulo 5. Cuerpo y afectividad en los modelos explicativos del padecer mental**

Si bien el cuerpo se presenta como una presencia material, este es siempre interpretado culturalmente, la biología misma, como señala Entwistle (2002, p. 26), “no está excluida de la cultura sino dentro de ella”. De tal modo que la aproximación a la noción de cuerpo permite no sólo establecer diferencias y similitudes anatómo-fisiológicas entre cuerpos, sino en torno del proceso de construcción social, en términos de un cuerpo que está cruzado en su significación y apropiación por la pauta social.

Para Douglas (1970), el cuerpo social condiciona la experiencia del cuerpo físico, en tanto que todas las categorías culturales mediante las que se percibe el cuerpo se ajustan a las categorías a través de las que se percibe la realidad, debido a que éstas derivan de la idea que la cultura ha elaborado del cuerpo. Por otro lado, a partir de hacer suya la

afirmación de Mauss respecto de que toda acción lleva en sí la huella de un aprendizaje sostiene que las propiedades fisiológicas del cuerpo, es decir, su base biológica, constituye el punto de partida para la simbolización. El cuerpo aparece como un sistema de clasificación primario para las culturas, un medio a través del cual representar y manejar los conceptos de orden y desorden (Douglas, 1970), a los que en este caso se articula el tema de interés, el padecimiento mental.

En cuanto al tema del cuerpo, el discurso médico descansa sobre la base de una particular representación de un cuerpo físico al que ha fragmentado para sustentar su campo de estudio con la consecuente hiperespecialización. Su proceso de consolidación llevaría de este modo, a colocar los fundamentos de la imagen corporal de la modernidad a partir de una estructura piramidal en la que conciencia y razón se ubicarían por encima de toda función corporal, sensorial, reivindicando al cuerpo como fuente de conocimiento cuyo eje central-rector sería el cerebro.

El cuerpo en la psiquiatría se va desarrollando de la mano de una subjetividad desarticulada que busca abordar el sufrimiento humano desde el dominio aparente de la enfermedad concretamente situada, materializada, palpable. El cuerpo convertido en origen y lugar de desarrollo de la enfermedad tiene en su horizonte al sujeto idealmente saludable definido como tal, en función de los parámetros que determinan, igualmente, el estado ideal de su cuerpo, la sociedad y sus miembros. Con lo que establece una serie de clasificaciones que permiten ubicar lo anómalo como aquello transgresor a los parámetros bajo los cuales se ha fundado el orden de las cosas; excluyendo de sí misma a todo aquello que pueda negarla.

La categoría normalidad y enfermedad mental, como hemos revisado, adquieren un sentido bajo la regla social y se convierten en criterio de juicio al cuerpo. Ante la presencia de un padecimiento mental, la persona vive con la angustia de ser incapaz de controlar sus propios pensamientos y de obedecer órdenes que proceden de lo que no reconoce como su interior, experimentando la porosidad entre ese mundo interior-privado y el exterior-público sobre el que se expresa y que en conjunto, lo dotan de una visión particular de la realidad que se califica de distorsionada, pudiendo en algunos casos, conducir a la persona al aislamiento, la autoviolencia y autoagresión sostenidas que culminan en otros tantos casos con el suicidio.

“Los individuos buscan ser definidos por los demás como normales”, nos dice Entwistle (2002, p. 25), sobre la base de cuerpos contruidos, significados, organizados y vivenciados en el marco de la interacción social y teniendo como referente una particular noción y criterio de normalidad. La persona habita su cuerpo no solamente desde su constitución física-orgánica, sino desde las múltiples dimensiones de sentido que recaen en este orillándonos a reflexionar sobre la diversidad que esto conlleva respecto del campo de existencia y acción humana.

En este caso, el cuerpo más que objeto material-natural remite a una condensación de símbolos sobre los que se ancla el significado social del malestar (Taussig, 1995). De tal suerte que los signos y síntomas de enfermedad constituyen hechos sociales que adquieren significados según la época, grupo y referente que los define, en este caso, tristeza, melancolía, histeria, depresión, demencia, posesión, castigo merecido, mala suerte, destino, pecado, cuestión de carácter o personalidad.

El padecimiento mental toma diversos significados y marca una experiencia subjetiva diferenciada en función de los factores sociales, políticos, económicos, históricos y culturales que establecen relaciones de poder y desigualdades en torno a las condiciones de existencia, incluido el cuerpo, de la enfermedad y la salud, así como de los servicios y recursos para responder a éstas. Dentro de los cuales, la ciencia médica es tan sólo un sistema de conocimiento capaz de responder en términos de causa-efecto (Taussig, 1995) a una expresión sobre la que postula tener poder curativo (Leader, 2011); aunque dicho poder sea sólo relativo.

La acción clínica en el campo de lo mental se circunscribe a la contención de la sintomatología dejando de lado la situación de crisis de significación personal que ha dado lugar al padecimiento. El modelo explicativo de la biomedicina no se acerca ni termina por resolver, en muchos casos, los porqués de la enfermedad dejando al sujeto sólo frente a su creatividad para afrontar su experiencia, generar sus propios recursos, estrategias y desarrollar su proceso de reconfiguración de sí mismo y su mundo.

Por el contrario, el cuerpo (*khai*) otomí aparece como el referente del paradigma cosmológico, “se identifica con la persona, [como] armoniosa síntesis de entidades constitutivas fundamentales” (Galinier, 1990, p. 15). Un campo o espacio en el que el especialista tradicional aparece como el experto de lo simbólico, el mediador entre el marco cultural y la persona, el encargado de describir, interpretar y resolver la experiencia de enfermedad en su doble dimensión: clínica (corporal) y ontológica (alma).

Su actividad se sitúa en el corazón de una dialéctica del orden y del desorden, orden por establecer, desorden por dominar. [Encargado de] leer esta desviación hacia la anomia en los trastornos del cuerpo (debilitado), del alma (susceptible de caer, de

separarse de su soporte), de la intersubjetividad (en la relación del paciente con su entorno) (Galinier, 1990, p. 157)

Pieza clave de la cosmovisión otomí, uno de los principales aspectos que definen su sistema cultural es el concepto de dualidad que cruza tres distintos niveles o dimensiones de vida de los sujetos: la esfera individual (el sí mismo, su corporalidad), la relación con los otros (ámbito social) y con el entorno (naturaleza-cosmos) (Franco Pelotier, 1992; Galinier, 2012; Tranfo, 1974). De acuerdo con Galinier (2012), principal estudioso de la organización y sistema dualista entre los otomíes, dicho sistema persiste, en algunos casos, como un esquema de pensamiento, normas de comportamiento y definición del mundo fuertemente arraigado, mientras en otros tantos, como sería el caso del Mezquital y su población, subsiste de forma atenuada, en la serie de normas sociales que continúan rigiendo a los grupos.

De tal manera que en algunos casos puede ser reconocida más fácilmente por los habitantes, como en los procesos salud-enfermedad-atención y la aplicación del sistema calor/frío en la atribución de cualidades a distintos elementos, a diferencia de lo que pudiera ocurrir en otras dimensiones de la vida, donde dicha sutileza y ausencia de articulación a la vida práctica implique la ausencia de tal dualismo. Por ejemplo, el caso de Sonia, Silvia y otras mujeres quienes recordaban los preceptos alrededor de la menstruación (no asistir a un entierro o no tener relaciones mientras se regla) sin tener una total claridad del argumento detrás de tales prohibiciones derivado del tabú hacia hablar de estos temas.

Dicho sistema dualista se encuentra articulado a la visión cosmológica que opone géneros, formas, cualidades y entidades situándolas en una posición jerarquizada: arriba/ alto/ frío/ masculino/ primogénito/ cabeza versus abajo/ bajo/ caliente/ femenino/ hermano menor/ parte baja del cuerpo. Una oposición entre mitades que de acuerdo con Galinier

(2012) resuelve la relación entre el grupo social y el universo en su totalidad (la tierra, el tiempo, las actividades agrícolas, la relación con las entidades sobrenaturales, los astros, sus ciclos y fases, etc.).

Como he señalado en otros trabajos (Bautista-Aguilar, 2014) gozar de salud en el Mezquital implica encontrarse en un estado de equilibrio no sólo interior, sino en relación con el entorno y las entidades que lo habitan, así como al trabajo, la aportación al grupo y el cumplimiento de roles. Asimismo, entre la población, persiste la referencia a un sistema de calor/frío que clasifica alimentos, partes del cuerpo y entidades en una u otra categoría a partir de la atribución de ciertas cualidades que requieren ser conocidas y cuya interacción debe ser tomada en cuenta, a fin de preservar el equilibrio simbólico de estos respecto al cuerpo y la persona en general (Ryesky, 1977; Peña, 2005; Peña y Hernández, 2005), reconociendo su influencia en la armonía interna, así como en la elección del tipo de tratamiento ante la presencia de malestar. Es así como la noción dualista del universo se proyectaría, en principio, en el cuerpo de la persona vinculando al sujeto con el mundo al mismo tiempo que da sostén al mundo exterior, a la cosmovisión otomí.

### **5.1 El sistema sexo/género en el padecer mental. La complejidad de los afectos.**

A partir de la comprensión de que existe una diferencia entre los cuerpos desde su dimensión más biológica-sexual y su construcción sociocultural, uno de los principales aspectos que puso sobre la mesa la noción de género es su carácter relacional y el sentido normativo del sistema de valores, creencias y prácticas que determinan los roles, derechos y responsabilidades, posición y relaciones entre hombres y mujeres en función del grupo al que pertenecen.

El género desde esta perspectiva aparece “como un sistema de relaciones culturales entre los sexos [...] una construcción simbólica, establecida sobre los datos biológicos de la diferencia sexual” (Lamas, 1996, p. 12). En suma, dice Lamas (1996, p. 18) constituye esa “especie de “filtro” cultural con el que interpretamos el mundo y [...] constreñimos nuestra vida”.

A partir de lo anterior encontramos el reconocimiento de modelos derivados de las normas culturales, en este caso de género, que van a determinar el comportamiento esperado de un hombre y una mujer en el marco de las diversas interacciones dentro del sistema más amplio y al interior de las instituciones sociales, políticas y económicas. La materialización de dichas normas es, por tanto, el resultado de diversas interacciones sociales entre sujeto y mundo que superan la división y sustrato biológico.

De acuerdo con Rubin (en Lamas, 1996) cada sociedad posee un particular sistema sexo/género en función del cual organiza y transforma la sexualidad en su carácter biológico y la procreación en productos de la actividad humana, de la intervención y convenciones sociales, donde “existir” en el propio cuerpo se convierte en una forma personal de asumir, acatar e interpretar las normas de género recibidas” (Lamas, 1996, p. 17).

Como describí en el capítulo 2 los primeros años de vida de la persona resultan fundamentales como parte del proceso de configuración de lo que será dicho sujeto. Los padres, en especial, la madre y sus cuidados constituyen los principales condensadores de una comprensión del mundo e idea de corporeidad sobre la que el niño desplegará su individualidad, en relación consigo mismo y en oposición a los otros.

De acuerdo con Aguado (2004) dicha construcción de la base del sujeto implica la educación de un cuerpo, el reconocimiento de su forma y necesidades físicas, así como de las maneras posibles de satisfacerlas hasta una etapa en que se logra que el niño(a) comience por sí mismo a responsabilizarse del cuidado y construcción de su propio cuerpo liberando a la madre o al cuidador principal de este trabajo de acompañamiento y modelamiento del niño(a) frente a la realidad.

De este modo, el cuerpo participa de la apropiación de la realidad a través del aparato sensorial que posibilita su aprehensión mediante la percepción no sólo como acto físico-biológico de integración de estímulos sensoriales, sino como la experiencia cultural que carga los sentidos de diversos valores. Por tanto, la percepción del mundo varía con la de las culturas en la medida que el sentido de esta última condiciona la experiencia del cuerpo y la consecuente apropiación y comprensión del mundo. La constitución física del cuerpo es proyectada al exterior como síntesis de una particular interpretación del entorno, de manera que, el mundo habitado se halla en estrecha relación con el propio cuerpo, construido en un tiempo y espacio específicos.

De regreso a la serie de cuidados y educación de los cuerpos, estos implican no sólo el contacto físico sino la expresión verbal, un cuerpo nutrido y moldeado desde el lenguaje como parte de este proceso de identificación y reafirmación del sujeto, de su existencia y posición en el mundo en el que encontramos una serie de elementos que van impactando la vida de hombres y mujeres, principalmente a través de la esfera afectiva.

A lo largo de las entrevistas y charlas informales durante el periodo de campo, el total de las mujeres compartieron diversas experiencias de rechazo por parte de sus padres, hombres, aunque en algunos otros casos también de su propia madre, que las llevaría a

construir su ser mujer como una desventaja y desde una sensación de repudio que las exponía a diferencias de trato que llegan a alcanzar niveles elevados de violencia verbal, psicológica, económica y/o física.

Ya desde los trabajos de Galinier (2012, p. 424) encontramos elementos con relación a esta organización familiar-comunitaria en la que "un hijo representa una fuerza potencial de trabajo y el mejor medio para reforzar la unidad doméstica, mientras que el nacimiento de una hija se considera como una pérdida" en la medida en que su unión matrimonial representa su salida del grupo doméstico para incorporarse a otro.

*Cuando yo era chica mi papá siempre decía, deberíamos echarla a los cerdos. No se nos mandaba a la escuela primero, porque no había dinero y segundo, porque se pensaba para qué, te vas a casar y te vas a ir, en cambio el hombre, va a mantener su casa (Estela, 40 años, depresión)*

\*\*\*

*A mí se me vinieron todas las situaciones que yo viví en aquel tiempo en mi niñez. De pequeña yo no tuve ningún cariño, siempre eran golpes y golpes y golpes y mi papá para acabar, en aquel tiempo los hombres que porque si eras mujer no te querían. Las mujeres eran para el metate, desde chica nos dijo que las mujeres eran para el metate, o sea, la cocina, qué estudio ni que nada.*

*Sí recuerdo cuando era pequeña, de hecho, él nunca me quiso. Él quería más hombres. Él decía: 'Yo no quiero a las viejas y quien sabe qué' Y siempre crecí con esa idea yo 'pues no me quieren. Como niña...¿cómo podía interpretarlo?, no lo entendía...cuando crecí me di cuenta que cuando mi mamá volvió a tener a otra niña, la trataba mal, también...' "¡ay, que otra vieja quien sabe qué!" y así..."*

*A mí sí me tocó el metate y no quería que fuera a la escuela, yo como quien dice, terminé mi primaria y de ahí hice mi secundaria, pero me salí del pueblo, para ese tiempo pues quién te orienta, quién te dice algo, ¡nadie! Pero gracias a Dios yo no tengo ese rencor hacia mis padres, yo no culpo a las personas porque a lo mejor no sabían antes expresarse y por eso nunca te dieron ese cariño, nunca te dijeron un te quiero. Yo nunca tuve nada de eso, tuve padres, pero es como si yo no los hubiera tenido (Malena, 48 años, depresión)*

\*\*\*

*Hace 40 años a mí me dijeron lo mismo y mi padre nunca me dijo, 'vete a la escuela', yo me iba a escondidas a la escuela porque a ellos así les enseñaron. Yo*

*no tenía los medios desgraciadamente, trabajaba e iba a la escuela, como persona dije: 'tengo que estudiar, aunque sea poco' Hice la secundaria. Las personas eran groseras (Azucena, 52 años, depresión).*

### ***La confusión de existir***

*Viví una infancia muy complicad, soy la única mujer de cinco hijos y pues viví muy alejada de mi madre porque es muy agresiva. En la mañana no me despertaba, arreglaba a mis hermanos y cuando medaba cuenta me levantaba y era de: 'pinche huevona, cabrona, qué quieres, encima de que preparo a tus hermanos también a ti'. Nos sacaba corriendo a todos y nos paraba en un puesto de tamales y a mis hermanos les empezaba a enfriar el atole y a mí me decía: 'Tómatelo' Yo no me lo podía tomar de lo caliente que estaba, ni el tamal tampoco y entonces me regañaba: 'qué quieres, que te lo enfríe también a ti, tus hermanos son chicos'.*

*Para mi crecer fue muy confuso, yo nunca tuve una referencia muy clara de ser niña, mujer, era como natural. Nos acostábamos cuatro juntos en una cama porque nada más teníamos dos camas y un buen día: mi papá dijo: 'ella ya no se puede seguir acostado con Joel y Jairo [hermanos]' y entonces salió una cama chiquita que yo creo han de haber comprado. Yo siento que ella [mamá] me dejó a la deriva. Conforme fue creciendo sentía mucho enojo contra las demás niñas, odiaba a las que veía bonitas, sentía mucho rencor. Toda esa época [secundaria] fue así vivir enojada, siempre estar de malas, llorar mucho. Yo siento que era mucha frustración, pero nada más lloraba y lloraba: 'no me quieren'. Eran cosas que me pasaban recurrentes, eran como ciclos, no sabía cómo vivir. Me sentía como vagando, incluso durante un tiempo no me reconocía en el espejo, no me sentía como me veía, esa confusión como de existir, no recuerdo una identidad que yo tuviera propia acerca de mí. Yo siento que comía, respiraba y me mantenía viva y enojada, pero hasta ahí.*

*Lo que pienso ahora es que ella es bisexual o es homosexual y que no lo acepta ni para sí misma y que a lo mejor tiene coraje porque yo no soy así. A lo mejor a ella le ha ocasionado muchos problemas esta manera de ser, muchos conflictos porque siempre ha sido muy agresiva, pero no con mis hermanos. Los hombres para ella son otra cosa, pueden hacer y deshacer y todo. Yo siento que no quería ser mujer. Mi hija me dijo que la había estado tocando en dos ocasiones. Para mí fue como ese primer impacto. A partir de ahí muchas cosas se acomodaron y me doy cuenta de que también me pasó a mí, igual abusó [tocamientos].*

*Yo siempre me sentí rara, como muy inquieta, muy dispuesta a muchas cosas, entonces yo siempre sentía que algo estaba mal en mí. Nunca entendí esas cosas y siempre me sentí muy mal por tener ese tipo de reacciones que yo siento que no debería tener. Un día mi madre se dio cuenta [unos vecinos] hicieron un hoyo en la calle y me bajaron a mí y me estaban revisando mis partes. Una tanatóloga me dijo que lo más probable es que ella haya sufrido también abuso y haya repetido patrones, aunque es muy poco de mujeres hacia mujeres (Carolina, 49 años, depresión, Ixmiquilpan).*

La visión dualista otomí proyectada sobre el cuerpo construye en este sentido una representación de la persona en la que la parte superior se asocia con la pureza, el pensamiento “bueno”, con lo masculino; mientras la parte baja, inferior, encarna el mal, lo sucio, lo podrido, la dualidad fertilidad-mancilla, es decir, lo femenino. Una sexualización que de acuerdo con Galinier (2012) repercute en la vida de pareja al dotarla de un carácter dual, sagrado y peligroso, así como en la construcción de la subjetividad de ambos géneros que favorece en la mujer la vivencia de una experiencia de incertidumbre, temor, rechazo, vergüenza con relación a su propia dimensión sexual y su expresión dentro de la vida en pareja.

*Me fui a México porque era la única opción de que podía uno ganar más, donde trabajaba estaba más o menos bien. Trabajaba en casa. Me fui con una amiga y encontramos, pero ella se vino porque estaba embarazada, yo vine, pero me regresé porque sí quería trabajar. Estando allá me separé de mi esposo porque fue una persona de que me imagino fue muy mujeriego porque, no duramos mucho, apenas tuvimos como 6 meses y según dijo: ‘ahorita vengo’. Se salió y no sé, se le hizo muy fácil decir ahorita regreso y ya no regresó de su trabajo. Después se presentó pasando el año y ya se le hizo fácil querer regresar conmigo y le digo: ‘pues si me dejaste abandonada, conforme sé trabajar y si no, me muero de hambre, más aparte con qué iba a pagar la renta’.*

*A mi segunda pareja lo conocí en la calle, ya ve que allá es grande México, estaban vendiendo cosas de bolsas y ropa, era tianguis en esa ocasión. Me vio, me habló, pero cuando uno no conoce como que no quiere hacer caso y así anduvo buscándome hasta que le dije sí. Ya pasando un buen tiempo fue cuando decidimos juntarnos.*

*Yo creo que fue él mi expareja quien me hizo algo, no me quita nada que pienso mal de él, desde que yo me dejé de él empezaron esas cosas a resultar. Seguro yo le hice algo, algo vio y se desquitó de esa forma conmigo. Nos llevábamos bien al principio, pero ya después él cambio y de que vino a ver a su familia, me trajo a conocerlos empezó a cambiar. De su trabajo salía de eso de las 5:30 o 6pm y primero llegaba a las 8pm, ya después salía a eso de las 9, 10 de la noche y llegando a esa hora le daba de cenar. Le decía: '¿Qué tienes, por qué estás cambiado?, ¿ya no quieres estar conmigo, te he hecho algo?'- 'No, déjame, es que apenas acabo de salir' Le digo: 'No creo que apenas acabes de salir, ya es bien tarde' Y empezó así, se iba, venía a ver a su familia. Antes era cariñoso, pero conforme iba y venía a ver a su familia fue cambiando poco a poco. Yo venía cada mes o pasando del mes porque estábamos en México y desde ese tiempo acá ya no me ha ido bien.*

*Yo nunca he tenido hijos. Le dije que mejor la dejáramos que, si íbamos a estar con problemas mejor que nos dejáramos, me dijo: 'no, no, yo no te estoy diciendo nada' – 'pero el simple hecho de que no seas igual como al principio', le digo, 'si vamos a tener dificultades de que ni tu ni yo hablamos, de repente hablas, de repente no, parece que te he hecho algo, no funcionamos ni uno ni otro'. Decía que no, que no tenía nada, hasta que me salí de él.*

*Yo de un tiempo acá estuve escuchando voces. Es una mujer y un hombre, cada palabra que me dicen son hirientes. A veces habla primero el hombre y luego la mujer. Las voces me maldecían, me decían cosas malas, me decían que era una prostituta, que era yo una de lo peor, entonces este, me hicieron hasta el grado de ir, vagar un tiempo. No sé cuánto tiempo anduve vagando, digo que con una vez lo hice, pero dice mi hermana, me comenta que ya tenía más de un mes, que yo vagaba, que decía cosas. Que le decía yo a ella lo que me pasaba, pero todo le echaba la culpa a ella, porque las voces me decían que ella tenía que ver algo. Yo con la desesperación que me hacían pues empezaba a decir cosas que no debería decir, yo le decía a la gente que me estaba maldiciendo, pero me decía mi familia, 'no, no creo...están platicando de otras personas de seguro, pero tú piensas que te están maldiciendo a ti.*

*Me dijeron que habían matado a mi familia y en eso me habían dicho que por mi culpa le habían hecho daño a mis familiares, entonces ellos me decían que me hiciera yo daño y sí me lo hice. Recuerdo y me duele, me hicieron que me metiera un cuchillo en mi parte [vagina] y desde ahí ha cambiado todo lo de mi vida. Al principio sí busqué [curandero], pero nada más es sacadera de dinero, porque le van aumentando dinero. Ya ve que pasan en el radio anunciando que esto y lo otro, tomé los datos y ahí fui, pero después me salieron con una cantidad muy elevada. Me dijeron que sí me estaban haciendo algo, pero como estaba muy fuerte el mal querían más dinero, \$700 y luego más, yo lo único que di a lo mucho fueron los*

*\$300 de la consulta. Me hicieron una limpia, pero no noté cambios en mi vida fue por eso que decidí dejar de ir, ya no busqué a otra persona.*

*Yo sí quería tomar algo, pero algo para mal porque me hacían cosas que no debería hacer y me decían: '¿quién te está obligando?', pues las voces y sí lo estaban consiguiendo pues al hacerme ese mal yo misma. Me llegué a jalar los cabellos, me llegué a pegar yo sola, pero entre más me lo hacía de oír más cosas. Ya no las escucho seguido, de repente sí, por ejemplo, cuando estoy sola en mi casa haciendo quehacer es cuando empiezan a decir que las cosas que me han sucedido es verdad, pero con que no les haga caso y tome mi medicina dice mi hermana que ya no voy a estar escuchando a esas gentes (Carmen, 53 años, esquizofrenia).*

Por otro lado, al inicio de este trabajo a través del relato de Julieta nos pudimos acercar, igualmente, a la carencia como un eje en torno al que se construye la narrativa del padecer mental. A lo largo de las charlas Julieta va reconstruyendo diversos recuerdos en lo que identifica este elemento como una constante en su vida, hasta llegar a ese momento en la infancia en la que establece la relación entre la carencia de expresiones de amor dentro de su núcleo familiar. No obstante, este no es el único momento en que la sensación de carencia y condición de vulnerabilidad asociadas a su ser mujer se hacen presentes a lo largo de su narrativa, como se puede leer a continuación:

*Nunca pasó por mi mente que a raíz de la premenopausia todo se me complicó, o sea, me voy dando cuenta hasta después que ya pasé esto, porque en mi última cesárea de mi hija me extirparon la matriz, me puse grave, me vino una hemorragia, el doctor me dijo que conmigo ya no contaba y me quitaron la matriz en ese momento. Entonces yo con el tiempo voy a aprendiendo que desde el momento en que a uno le retiran la matriz, empieza uno con el problema de la menopausia. Yo eso lo ignoraba, nunca pensé que todo eso igual me iba a traer tantos problemas. Cuando me hicieron esa cirugía tenía 33 años y fue a los 42 que empecé a sentir cambios, dolores de cabeza, gripas, ya después vinieron los bochornos, las taquicardias, yo creo que se me subía la presión porque amanecía con derrame en los ojos.*

*Nunca pensé en suicidarme, pero en mis noches de angustia de no dormir, me salía, quería llorar, quería desahogarme, no sé algo, pero no se podía, mis hijos durmiendo, mi esposo durmiendo y yo me levantaba, andaba afuera, le pedía mucho*

*a Dios, ‘¿qué pasa Dios mío conmigo?, ¿qué tengo?, tú me diste la vida y si ha llegado el momento pues aquí estoy’, pero yo nunca pensé en quitarme la vida. En esos momentos de angustia yo sí pensaba que me iba a morir, yo les decía a mis hijos, presiento que un día que ustedes lleguen no me van a encontrar con vida.*

*Tantito eso y tantito que mi esposo no me entendía. Yo iba al centro de salud, pero nunca me dieron una información, estás empezando en la etapa de la premenopausia o menopausia, como que nunca me ayudaron a ese respecto. Entonces fueron avanzando las cosas. En el centro de salud me hacen electrocardiogramas, estudios de laboratorio, entonces es cuando me dicen que debo tomar un medicamento porque en cualquier momento me podía dar un infarto: ‘no debes de subir escaleras, exponerte mucho al sol, acercarte mucho a la estufa’.*

*Me deprimí y empiezo yo a evadir responsabilidades, no sabía yo que era depresión, ya no trabajaba, ya ni ganas de lavar, muchas cosas, menos ganas de tener relaciones sexuales, entonces mi esposo no me entendía en ese momento, decía que yo me hacía: ‘Te haces tonta, cómo voy a creer que estás evadiendo tus obligaciones como mujer, de la casa y conmigo, entonces lo que voy a hacer es buscarme a otra porque ahora sí que tú no me sirves de pareja’. Ahora sí que de por sí yo estaba mal y con todo lo que me decía, me hundí más en la depresión.*

En cuanto al desarrollo de la mujer, como he señalado previamente, la menstruación no sólo evoca la relación pureza-suciedad, sino la de fertilidad-mancilla en la medida en que se convierte en expresión de una reiterada deshonra a manos del “señor de la fertilidad” correspondiente al espíritu masculino que la acecha y posee una y otra vez a lo largo de su vida (Galinier, 2012). Asimismo, aunado a la confusión derivada de la falta de información frente a la primera regla como sobre los primeros encuentros sexuales entre pareja, estos y la mujer misma llegan a ser representados como fuente de peligro.

El pene se retrae progresivamente, se “pudre” e incluso desaparece por completo dentro del cuerpo...[Dicho] “pudrimiento” puede resultar de haber tenido relaciones con una mujer “fresca”, es decir que acaba de parir... [O bien] la sangre menstrual mezclada con la comida puede producir efectos idénticos...la sangre evoca lo “podrido” (“sangre podrida”, designa el sexo de la mujer) (Galinier, 2012, p. 416)

Es así como vemos también aparecer a la menstruación, la sangre podrida como un elemento al que Valeria apela en su narrativa para dar sentido a su padecer, situar el origen y principal causa de su enfermedad. A sus 63 años, Valeria se enorgullece de poder decir que se ha independizado de su familia, en gran parte gracias al apoyo de su congregación religiosa. Entre los Testigos de Jehová ha encontrado no sólo compañía y consejos, sino también apoyo y cuidados.

Desde que cambió de religión Valeria reconoce un distanciamiento por parte de sus hermanos, sin embargo, el mismo suceso que la alejó de su grupo familiar más cercano le permitió tener un lugar donde vivir y recursos para satisfacer sus necesidades básicas, así como para cubrir el costo de sus medicamentos luego de la muerte de sus padres. Aunque Valeria vive sola, tanto por su edad como por su enfermedad en el cuarto que vive no cuenta con estufa ni gas, hace más de 16 años, los hermanos espirituales establecieron un acuerdo para que cada una de las familias pudiera brindarle comida diariamente.

De acuerdo con Graciela, la hermana espiritual que actualmente se encuentra a cargo de Valeria por parte de la congregación, predicán juntas, la acompaña a sus consultas médicas y se mantiene al pendiente de cómo se encuentra, comenta que sin explicación alguna Valeria decidió no beneficiarse más de dicho acuerdo optando por comprarse comida con la ayuda económica que recibe de los hermanos. Una posible explicación es el pensamiento recurrente que en años recientes ha manifestado que los demonios la acosan, andan tras ella, la persiguen, no los ve, pero los siente; además que hay momentos en que se observa “deprimida”, “ida”: *ella se hunde en su pensamiento.*

*Yo trabajaba en México y tenía muchas dudas de la religión, ahí en la casa tenía una Biblia y leía la Biblia y ya después pasaron a predicarme y acepté. Desde los doce años me fui porque mi papá me recomendó con una señora para que me fuera, ahí fui adquiriendo conocimiento de allá. Me dedicaba a trabajar en casa, la*

*señora donde vivía como era yo chica no me ponía a hacer muchas cosas, como tenía un bebé nada más le lavaba los pañales. Conforme fui creciendo fui agarrando experiencia en el trabajo.*

*Mi papá fue por mí porque mi mamá me quería ver y estuve como un año y me regresé para México con la señora que me recomendó mi papá y ya ella me trajo con una hija que vivía aquí en Ixmiquilpan en ese tiempo y estuve con ella un año. Al año me buscó mi mamá y me fui otra vez con ella. La señora con la que estuve era maestra de escuela y me enseñó a leer porque yo no sabía, no había ido a la escuela. Ya después sabía venirme sola a ver a mi mamá, fui creciendo más y ya sola yo buscaba mis trabajos.*

*Tengo trece años que me vine de México, estaba yo acá cuando en el 2004 me detectaron la enfermedad. Me vino una hemorragia de la menstruación, como se me retiró, me vino muy fuerte. Para mí cuando se empieza a ir la regla viene esa enfermedad, se siente uno mal si no se atiende con el doctor, es peligroso, se puede uno desangrar y morir porque ya me afectaba el cerebro, caminaba yo chueca, me sentía muy nerviosa, me daban ganas de llorar, de gritar, pero me aguantaba, me desesperaba yo por lo mismo. La misma enfermedad me desesperaba, me ponía tensa, nerviosa, hasta que me llevaron al doctor.*

*Empecé a consultar aquí en el seguro, pero no había medicamentos, decían que me iban a operar, pero no me dejé. Las compañeras me dieron consejo: ‘no dejes que te operen, si tienes dolores intensos en la matriz, entonces sí’. Poquito a poquito se me quitó y ya no me volvió.*

*Por la hemorragia dicen que la enfermedad que me dio es esquizofrenia. No había escuchado sobre eso y cuando me dijeron no pensé nada, ahora pienso que a muchas personas les pasa así, pero no he conocido a nadie que le pasara ni en mi familia. Muchas personas dicen que porque no me casé y no tuve hijos me vino eso, a lo mejor sí, quién sabe. Yo no me casé, por lo mismo de la religión, bueno, la religión no nos prohíbe casarnos, pero pues en mi caso no hay nadie y ya no me casé. Me dieron muchos consejos las compañeras, me dicen: ‘no, ya para qué te casas, ya estás grande, pero no te preocupes aquí no te va a faltar nada con nosotros, tienes buenos compañeros’, o sea, me apoyan mucho, tanto en lo espiritual como en todo.*

*Por ejemplo, en México, yo seguí soltera hasta hoy, conocí a Dios soltera y seguí estudiando, enton’s los testigos de Jehová me dieron muchos consejos, ‘no te preocupes, en el futuro va a ser diferentes las cosas’ ¿verdad?, porque así lo promete la palabra de Dios que ya no vamos a tener problemas de enfermedades ni de la muerte ni de la vejez, nada de eso ¿vedad? Entonces la palabra de Dios nos da esperanza que todas estas cosas van a ser cosas del pasado.*

En el Mezquital el pensamiento dualista perdura y se extiende hasta marcar una clara división entre lo masculino y lo femenino. La cocina y la familia le corresponde a la mujer, mientras el trabajo de la tierra, la edificación de la vivienda y la ayuda mutua (faena) hacia el colectivo es para el hombre. De este modo, la separación funcional de los sexos que tiene lugar al interior del núcleo doméstico reproduce oposiciones de orden simbólico centrales al sistema de pensamiento *hñähñu*. Asimismo, hay que mencionar que al criterio sexual que opera en la división de las funciones sociales se suma el etario, de manera que no sólo hombres y mujeres, sino niños, niñas, jóvenes y adultos no comparten actividades ni se desarrollan de la misma manera, aun en los mismos espacios.

La mujer se opone desde su función reproductiva siendo quien dirige la casa, la educación de los hijos, administra el dinero, se hace cargo de las hortalizas y de los animales de corral que puedan llegar a tenerse, así como también es la que participa en la primera fase de todo padecimiento ubicando los síntomas, la causa y posible diagnóstico definiendo la acción a realizar frente al mismo. Mientras que el hombre quedaría asociado a la tierra, en términos de posesión territorial, al espacio de vivienda y el trabajo (sentido productivo) siendo quien conduce a la familia en cuanto a la toma de decisiones, provee los recursos, transmite la descendencia (herencia material). La mujer *hñähñu* siempre detrás del hombre y bebiendo después de él (Tranfo, 1974).

Se sabe que la energía sexual es ambivalente: al exteriorizarse en la relación conyugal expresa la fertilidad, la esperanza de descendencia, y en esto coincide con las normas comunitarias que valorizan la procreación. En cambio, fuera del ambiente conyugal sólo puede ser funesta, pues simboliza el juego, el mal que duerme en el cuerpo, la ruptura de las prohibiciones sociales, esto constituye más que un simple atentado al orden social del grupo, porque la energía liberada ya no es humana, sino manipulada por el diablo (Galinier, 2012, p. 197)

Respetar el lugar del esposo, asistirlo, mostrarle respeto, así como atender y cuidar a la familia y el hogar entre muchas otras actitudes y comportamientos ya descritos en capítulos previos, se antepone a las cualidades atribuidas igualmente al hombre (fuerza, responsabilidad, poder social y económico, libertad, dominio, etc.). En función de lo cual se define una noción de normalidad que guarda relación con la normatividad social, el cumplimiento de los deberes y obligaciones dentro del ámbito familiar y comunal.

*Fue un error lo que hice, no debía de suicidarme, me arrepentía porque hice una cosa que no debía de hacer y pues ya estaba tratado, ya no podía yo hacer nada para ser libre y no llegar a un tratamiento así de por vida. Pero lo que sentía fue por la mujer con que viví, yo acostumbrado con ella, vivir en la casa, yo decía, “¿por qué se fue, por qué se apartó de mí? Se fue porque no le gustó que gano muy poco dinero en el campo y entonces pu’s no alcanzaba para sustentar con la familia (Bernardo, 52 años, esquizofrenia)*

Un hombre normal y, por ende, sano hace referencia a un hombre que trabaja, que cubre las necesidades de alimentación, vestido y calzado de su mujer e hijos, así como las del colectivo en cuanto a faenas, cooperaciones y defensa de territorio. Mientras que una mujer normal y en consecuencia sana, es aquella dedicada al marido, al hogar y a los hijos, no trabaja a menos que la mala situación económica justifique su salida en apoyo al marido, pero siempre recaerá sobre ella el posible juicio que condena el descuido de su hogar, por lo que debe contar con la aprobación del esposo como una forma de expresar respeto hacia él y su hogar del que debe evitar ausentarse por tiempo prolongado.

*Estar sano es de varias índoles, física, mental. Yo digo que la salud mental es tener una higiene mental...en todos los ámbitos, en lo político, económico, social en lo deportivo. ¿Por qué? Porque estamos ocupando la mente no para hacer majaderías o para hacer algunos abusos. Yo creo que muchos ni yo mismo alcanzo el 100% de estar sano en la mente porque a veces no nos ocupamos en ver las cosas que existen en la comunidad y en otros lugares o las vemos y simplemente cerramos los ojos y*

*nunca nos preocupamos. Yo considero que es todo lo contrario si vemos, debemos de actuar, ¿para qué?, para salvaguardar a nuestros semejantes... Porque de lo contrario si me ocupo en la tomadera nada más y no me preocupo por lo general del pueblo, o de mi familia o por mis hijos, ando mal, definitivamente, ando mal (Leonardo, 52 años, Cardonal).*

En esta articulación entre el espacio íntimo/privado y el colectivo/público como señalé en capítulos anteriores, el reconocimiento de la adultez en el Mezquital está determinado por la unión conyugal o el embarazo, mientras que la culminación de esta etapa estaría más relacionada con el final de los años de vida productivos como parte del sistema de cargos civiles. Sin que esto sea percibido como un estado invalidante, por el contrario, la persona continúa siendo altamente valorado en términos de acumulación de experiencia de vida.

Es así como matrimonio y procreación configuran la base de la vida adulta en el Mezquital, mientras el sistema sexo/género y su proyección en la experiencia de las relaciones sexoafectivas entabladas por sus habitantes marcan su integración como un eje alrededor del cual se articula al modelo explicativo del padecer mental en varios de los pobladores. Como describí en algunos casos el hombre llega a dar un tiempo a la mujer para acoplarse a la convivencia de pareja, tiempo en el que no hay contacto físico sexual, es decir, en todo momento es él quien, predominantemente, marca o determina el tiempo manteniendo el control sobre la interacción sexual.

Dicha subordinación de la mujer en el campo de lo sexual, igualmente, se observa reflejado en lo que algunos médicos describirían como un acto de marcaje personal, de propiedad sobre la pareja presente en la zona. Para referirse a la serie de visitas o consultas que llegan a recibir por parte de parejas exigiendo sea retirado el dispositivo o tratamiento

anticonceptivo que estuviera llevando la mujer, con la intención de que quede embarazada antes de que el hombre migre de la comunidad, *se trata de dejarla embarazada.*

Como expresa Aragón (en López, 2016, p. 532) “el mundo de la mujer es el hogar, y el hogar del hombre es el mundo”. El sistema sexo/género limita el desarrollo de recursos personales y habilidades socioemocionales obstaculizando el manejo de las experiencias afectivas adversas.

*Todo empezó hace doce años debido a que el papá de mis hijos me abandonó por otra mujer. Anteriormente, él sabía que yo tenía, que estaba a punto de tener cáncer de matriz. Siempre me engañó, pero yo veía su cambio definitivo cuando él supo que me iban a operar. Entonces es cuando él se va y la cirugía pues la pasé sola con mis hijos. Me vi sola, no tenía yo medicamento y no sabía que las tristezas que yo tenía pues vienen desde que yo tengo uso de razón, pero nunca fui al doctor. Ahí fue la primera crisis que me dio. Esa terrible crisis por primera vez que yo deseé la muerte decía que yo no servía para nada, que no pude retener a mi esposo por más que quise llevar una vida llevadera. Él no era testigo de Jehová, entonces decidí quitarme la vida*

*Me levanté con la decisión, le pedí perdón a Jehová de lo que iba a hacer porque yo ya no tenía ya me agarré de la pared, agarré las llaves y pregunté quién. Entonces me dijeron somos los hermanos Plaza, eran hermanos espirituales y pues ya les abrí, en cuanto vi que eran ellos, me abracé del hermano, su esposa y sus hijas se quedaron muy sorprendidas. Hasta que dejé de llorar les expliqué lo que me estaba pasando.*

Silvia inicia su relato señalando que su vida no ha sido nada fácil, única hija mujer, la segunda de cinco hermanos explica como la depresión la ha acompañado incluso antes de su nacimiento, desde el vientre de su madre. Sin alcanzar a comprender por qué su madre habría continuado con un embarazo que no deseaba, Silvia habría llegado al mundo para servir a Jehová:

*Desde niña que yo tenía cinco años, que empecé a tener de verdad conciencia, mis padres[estando en México] rentaban y yo era objeto de que los hombres de ahí, se descuidaba mi mamá y me empezaban a tocar mis partes y pues lo que es común,*

*me amenazaban que si decía algo me iban a matar o iban a matar a mis papás y así fue mi vida, pero lo que me marcó mucho fue que cuando yo tenía nueve años un drogadicto se metió a la casa, vivíamos en una vecindad. Mi papá siempre estaba internado porque tenía insuficiencia renal, mi mamá buscaba trabajos de casa y luego nos encerraba, particularmente sábado y domingo. Se llevaba a mi hermano mayor.*

*En esa ocasión se brinca la barda, tocan y yo dije quién es. Yo lo conocía de vista y al abrir la puerta me aventó y me pegué, entonces empecé a gritar y mis hermanitos empezaron a llorar. Me jaló para el baño, empezó a romperme la ropa, me jaló mi pantaleta, él empezó a quitarse el pantalón, entonces pues yo lo empecé a patear y él me pegaba. Cuando ya me tenía abajo con las piernas abiertas, entra mi hermano el que sigue de mí y se le cuelga y lo muerde en la oreja. Entonces pues avienta a mi hermano y porque iba drogado, como que vi que de repente hacía los ojos en blanco, pero agarró se subió el pantalón y se brincó y ya fue que por mi hermano no me violó.*

*Cuando vino mi mamá yo le dije y mis hermanitos le dijeron. Entonces ya dice: ‘no pues que esto lo vamos a arreglar’ Mi mamá fue por uno de sus hermanos y fueron a hablar con los papás de este muchacho, se hizo un relajó. Él muchacho tenía 17 años y yo tenía 9 años y los papás del muchacho decían que, si me había violado que, si me había tocado, que se casaba conmigo. Sólo acordaron que me llevarían con una doctora a que me revisara y sí tenía chupetones aquí y marcado rojo. Ya me revisó la doctora le dijo: ‘no, no la tocó, la niña está bien, nada más fue abuso, no la penetró’. Entonces la señora dijo: ‘ya ve, yo voy a tener más cuidado con mi muchacho y usted cuide a su hija porque mi hijo dijo que ella lo provocó’. Ahí me dolió porque mi mamá me dijo: ‘de segurito tú lo provocaste’ y en lugar de que me apoyara, pues me pegó y el asunto quedó ahí.*

*Después el dueño de la casa me daba mi beso y me decía que niña bonita, delante de mi mamá y un día [que no estaba mamá] empezó a besarme y abrazarme y de ahí empezó a tocarme mi parte, mis pechos que no tenía y a besarme en la boca y yo le decía que no y que no, pero igual él me decía que iba a matar a mi mamá y a mi papá y con el antecedente, obvio no le iba a decir porque no me va a creer y pues ya me quedé callada mucho tiempo, hasta que el señor se murió.*

*Yo siempre era una mujer muy triste, el autoestima por el suelo. Mi esposo no me violó, yo me entregué, pero yo tenía catorce y él veintidós. Ahí mi mamá me dijo igual que era una puta desde chiquita y que ya tenía marcado eso y entonces le dijeron a él o se casa o el bote porque ella es menor de edad, la engañó, es una chamaca. Aceptó casarse conmigo y de ahí empezó mi calvario porque siempre me reprochó que se había casado para no ir a la cárcel, que nunca me había querido que él tenía una novia con la cual ya estaba por casarse. Entonces yo le decía: ‘¿Por qué me engañaste, por qué hiciste que me entregara a ti si tú ya tenías un futuro con otra persona? Y dice: ‘Pues nada más y así’*

*Era mi vecino, me empezó a rondar y pues yo no sé, era su deseo de tener relaciones y a lo mejor la novia no se prestaba para eso. Porque si usted me*

*hubiera conocido antes, pues tenía trece años, no tenía ni pecho, estaba bien flaquita, pero empezó a rondarme y como no me sentía querida en mi casa por todo lo que mi mamá decía de mí. Haga de cuenta que mi mamá decía, antes de morir, que una mujer que prueba la cama ya es estar acostándose en la cama, por eso yo no te quiero aquí, quiero que te cases y ya.*

*Entonces en las noches era cuando yo sufría, porque las noches siempre se me hacían eternas que no podía dormir y ya quería que amaneciera. Pensar que me iba a tocar y si yo no quería me iba a dar mis trancazos, siempre me pegaba y me rompía mi ropa. Entonces como siempre vivimos con mis hijos en el mismo cuarto, eran dos cuartitos lo que era la cocina y el cuarto donde dormíamos. Ya estaban grandes mis hijos y dije: ‘no, ya no es el mismo sueño que tienen de chiquitos’. Entonces la mayoría de las veces accedía, pero donde me rompía mi ropa interior era cuando yo no quería porque mi mamá eso sí me decía que no tuviera relaciones sexuales con él cuando estuviera menstruando y era cuando él me obligaba, cuando me rompía las cosas. Yo de mi mamá no supe nada, de sexualidad obvio que nunca me dijo nada. Yo lo supe después cuando me hice la prueba del cáncer, me dijeron que no debía tener relaciones cuando estaba menstruando porque era un desecho y pudiera darme infecciones o incluso a él y sí se lo decía, pero le entraba por un oído y le salía por el otro.*

*Imagínese acumulé el desprecio de toda la vida que se había casado porque no quería ir a la cárcel, mujeriego, tomador, luego champarme lo de mis hermanos. Mis papás murieron y yo me hice cargo de mis cinco hermanos y luego esto. La familia de mi esposo acostumbraba que nos tenían ahí amontonadas como animales y le daban el gasto a ella [suegra]. Nosotras [nueras] hacíamos el quehacer y le ayudábamos a la comida, que hazme esto y hazme el otro y nosotras no recibíamos ni un quinto. Luego no me daba de comer.*

*Entonces yo decía: ‘Tú me dices Jehová que con un sólo hombre y pues yo no quiero caer en las manos de otro hombre porque si con este que fue el primero cómo me trata’. Entonces al principio también fue querer estar con él, salvar mi matrimonio, que él cambiara. Ahora mi persecución es que el simple hecho de que usted sea divorciada, la acuestan con cualquiera o es de me quiere quitar el marido. Y pues eso es lo que he estado padeciendo los últimos años y cuando no tengo el medicamento es cuando le digo a Jehová que me duerma.*

### ***Pensé que era un super hombre que lo podía todo***

Cayetano era el décimo hijo de doce hermanos, en total catorce de familia. Sólo once años vivió con su familia donde describe haberse sentido el pastor de la familia. Recuerda que, desde los cinco, seis años desde las cuatro de la mañana había que estar en el campo,

aunque su principal trabajo consistía en cuidar de los animales, llevarlos a pastorear. Aunque iba a la escuela, muchas veces faltaba por el trabajo y en ocasiones no había ni para comer, recuerda que cuando pedía algo nunca había mientras describe haber tenido la mala fortuna de ser quien cargaba con lo de los demás, refiriéndose a que cuando alguno más hacía enojar a sus papás él recibía las “perlas” (golpizas).

Un día, después de una golpiza, al escuchar que estaban pensando darle otra porque al parecer un borrego había muerto decidió huir. Escondido en un camión que llevaba mármol a México se alejó de su comunidad, se quedó dormido hasta que el hambre lo despertó y vio que estaba en una parada en la que había igualmente detenido un camión de fruta que iba a La Merced, aunque de eso se enteró como una semana después porque al llegar al mercado lo único que hizo fue bajar y esconderse y empezó a vagar por siete años. Ya no había quien le pegara, quien lo regañara ni lo levantara a las cuatro de la mañana, así que más que asustado estaba muy contento:

*Ahí en la Merced conocí mucha gente buena. En los puestos de comida, les acarreaba yo el agua, les barría, iba a traerles el refresco y me daban de comer, ayudaba a repartir flores, hacer manojos, cargar las bolsas de la fruta. Ya empezaba a hacer dinero. Me hice amigo del viejito que rentaba los diablos, le ayudaba a darle mantenimiento y después me quedé a cargo de ellos. Me hice dueño del negocio cuando el señor murió’*

Cayetano creció en las calles del centro de la Ciudad de México, en cuyo zócalo muchas veces pudo admirar a los militares y decidir ser como ellos:

*Para mí eran mis héroes. Yo ni sabía cuándo era mi cumpleaños. Cuando crecí, vine a sacar mis papeles para entrar al ejército y ahí vi. Me compré un avioncito de fierro de pilas porque yo no había tenido juguetes y me dediqué a jugar casi todo el día con él y de ahí dije que hora cada cumpleaños debe ser fiesta.*

Fue hasta un año dos meses después de haber ingresado al ejército que volvería a su casa vestido de militar. Su familia ni se inmutó, era una cosa normal, algo más que había pasado, se limitó a preguntarle dónde había estado, pero regresó porque alguna vez encontré a un señor que le contó que su padre estaba enfermo, de diabetes. Sin embargo, sólo estuvo una semana porque no se sentía a gusto, sentía que les molestaba que estuviera ahí. A los tres meses regresó y fue entonces que conoció a quien sería su mujer:

*Y la regué porque nada más fuimos novios tres, cuatro meses y nos casamos y ahí por donde viven mis padres conseguí un terreno e hice la casa. Yo siempre la quise, me enamoré de ella y ella se enojaba por todo. Yo padecí muchas cosas, muchísimas y cada que venía, tampoco era muy seguido, cada mes o cada 40 días, yo le traía un presente, ya fuese unos zapatos, un pantalón, un vestido, un pastel o vamos a comer y ella empezaba con celos y me decía: 'seguramente allá las vistes así y quieres que yo me vista igual'. Me aventaba las cosas y pues muchas veces tuvimos problemas porque yo llegaba en buena onda y ella me recibía así mal. Siempre pensé que iba a cambiar, ya después al último resultó que ya no puedes entrar, ya tengo otra pareja.*

*Ahí viví una especie de embolia porque se me paralizó todo el cuerpo, perdía la fuerza del brazo, la pierna, la cara se me fue de lado y pues me dio mucho coraje, rabia. Yo llegué al grado de colgar una soga, me la puse al pescuezo, a la cabeza, a la silla de un caballo, pero nunca caminó el caballo, mejor me cansé de estar colgado ahí, me caí y cuando vi, mi caballo sangraba de la panza de que lo estaba yo espoliando y llorando mi caballo. Nunca se movió y me hizo llorar, pero ya no fue llanto por dolor, sino por remordimiento, por lo que le estaba yo haciendo, que lo estaba yo golpeando a que caminara. Usaba yo un hilo para jalar mi pie pa' caminar y ese caballito, le chiflaba e iba para alcanzarme, se echaba para que me subiera, me traía aquí a la clínica, volvía a echarse para que me bajara y me subiera y dije: 'tú no tienes la culpa' Y eso me dio ánimos y dije voy a salir.*

*Empecé a ir a terapias, pero no me ayudaban porque no era mi cuerpo era mi mente y yo solito empecé a darme masajes y recuperé mi fisonomía, la fuerza de mi pie, de mi brazo, volví a caminar. Los doctores me dijeron que se me había desconectado el cerebro, un coágulo cerebral del coraje, la impresión, eso me había llegado al cerebro y se me había desconectado el cuerpo. Afortunadamente, no sé qué pasó en mí que me logré recuperar, pero después tuve problemas con la familia y la señora, me acusaron por secuestro, por robo, por conflictos familiares porque mi madre vivía conmigo me denunciaron ante la justicia que yo la había secuestrado a ella. Me terminaron recogiendo muchas veces para encerrarme, no se demostraba nada y volvía a salir, pasando el tiempo mi mamá se enferma de una embolia y dije: 'yo la voy a levantar, yo me levanté' Y me dediqué a leer, yo le*

*hacía sus terapias y la levanté, volvió a caminar normal, pero tardó un año, año y medio y pues volvimos a levantarla. Ya tenía 7 años de separado y mis hijas me decían: 'oye viejo, ya cástate busca una pareja, no estés solo'. Yo no pensaba en eso.*

*Me vi obligado a buscar a una pareja, no tanto porque quisiera una pareja sino porque necesitaba ayuda y vuelve a recaer mi madre en la misma situación y ahí sí ya no la pude rescatar. La tuve casi dos años de la silla a la cama, de la cama a la silla, le daba de comer en la boca, la bañaba, todo, todo y yo pienso que fue un sentimiento porque como duramos muchos años juntos, salía yo a equis lugar y con ella. Volvieron los conflictos con mis hermanos, mi madre ya no se levantó, falleció y yo creo que eso es lo que me hizo daño, no lloré, no nada, pasé días sin dormir por atender todo eso, la enterramos, le hicimos su novenario. Para esto el trabajo se me empieza a escasear y yo con muchas deudas, empecé a preocuparme. Eso hizo que perdiera yo el sueño, no quisiera comer y que deambulara muchos días.*

*No, no, no, o sea, son cosas que yo ni las explico. Yo siempre pensé que era un super hombre, que no me afectaba nada, que lo podía todo y en realidad pues era yo más chiquitito de lo que me sentía. Después de que falleció mi madre, como yo me hice cargo de ella, la familia nunca se arrimaron, yo la vi envejecer, enfermarse, fallecer hasta que la sepulté. Pasó todavía como un mes y yo como si nada, nomás de repente me agarró un sentimiento, escuchaba yo que me hablaba, la buscaba, le llevaba de comer pensando que ella estaba todavía y pues debido a eso me empecé a enfermar. Me eché fácil diez días sin dormir, cinco días sin comer y nada más deambulaba de aquí para allá. Dicen que me bañaban, me rasuraban, yo no me acuerdo, me lo contaron.*

*Yo no asimilaba nada, no sabía ni que era eso [depresión] Yo vivía en mi mundo nada más, eso sí, soy bien honesto, ahí en mi casa tengo muchos árboles frutales, animales, me gustaba estar aislado, platicaba con las plantas, con los animales y si hubo dos que tres personas que dijeron que estaba yo loco, pero no les hacía yo caso y ya cuando me daba yo cuenta no sé si en verdad me entendían los animales o no, pero le decía yo al perro: 'vente, vamos a ver al doctor' y el perro se salía conmigo o al caballo y ni venía yo montado, ahí venía atrás de mí. Hasta el doctor me decía: 'entonces tú no eres el malo', porque sí lo llegué yo a pensar que era el malo.*

*Mi exmujer me acusó de intento de homicidio, que quise matar a su pareja. No sé si fue para alejarme de ellos porque me pusieron una restricción, después me acusó de secuestro de mis hijas. En una de esas se me ocurrió pasar por mis hijas, me las llevé a comer y las regresé como dos horas después de la salida de clases y pues que estaba yo detenido por secuestro. Después yo pensaba sí era malo, porque en su denuncia me acusó de que la había yo golpeado, de que la había maldecido y pues yo no me defendía porque yo la quería mucho, por no hacerle daño a ella aceptaba todo. Luego en un careo el licenciado le empieza a cuestionar y ella confiesa que lo había hecho nomás para alejarme y ya empecé a tratarme con el psicólogo, a sacar esos sentimientos porque le digo que yo sí pensaba que era el malo.*

*A mi exesposa yo le tenía mucho coraje, es más yo creo hasta odio, rencor, no sé. Claro, sí se lo he dicho, siento feo que mi mujer me haya dejado, me haya cambiado, ¿por qué? no lo sé, pero allá ella. Una vez vino a verme acá: ‘es que estoy arrepentida’, le digo: ‘no pues tarde, yo ya tengo otra pareja y pues tú quisiste hacer tu vida adelante. No te guardo rencor’. Es más, hasta le dije: ‘si quieres te ayudo a hacer tu casa’, porque a donde ahorita vive con su pareja era mi casa, cuando me salí, me salí sólo con lo que traía puesto. Mis hijas me dicen: ‘No papá, no seas tonto, eso le toca al señor’, pero les digo que yo quiero que respete el espacio de ellas, porque yo regresé y puse la casa a nombre de ellas.*

*Yo he llegado a pensar que la depresión es sumirse a sí mismo, el no valorarse, el sentirse mortificado por las cosas que no son, el dejar los alimentos, el olvidarse de la vida, el no quererse a sí mismo, esa es una aberración para mí, porque ya lo viví dos, tres veces y es un sufrimiento. .*

De acuerdo con Macleod y De Marinis (2019, p. 18) la década de los años setenta marcaría la emergencia de un profundo interés por las emociones como categoría analítica que a su vez impulsaría la crítica de las dicotomías dominantes “racional-emocional, público-privado, mente-cuerpo, [que hasta entonces habían] ubicado a las emociones por fuera del pensamiento racional científico [vinculándolas] desde las bases de la diferencia de género como aspectos de lo femenino y la otredad.”

Al igual que Lutz y White (1986, p. 430) apoyándose en Rosaldo, señalarían a las emociones como “pensamientos corporizados”, desde las primeras páginas en *The affective turn. Theorizing the social* (2007), los afectos aparecen como esa noción y experiencia bisagra entre mente (razón) y cuerpo (pasión), en un sentido no excluyente, sino como un continuo, pensamiento y acción ocurriendo en simultaneidad, como expresión del poder que poseemos para afectar y ser afectados por el mundo (Hardt en Ticineto y Halley, 2007).

En este ir y venir, en su circularidad y arraigo al cuerpo, es donde de las emociones, nos dice López (2019), aparecen situadas como pieza clave de la configuración diagnóstica y terapéutica de la enfermedad mental a partir de finales del siglo XIX, así como del sujeto

moderno. Desde ser concebidas como respuestas psicofisiológicas con influencia en el cuerpo y de naturaleza adaptativa, procesos cerebrales con expresión corporal, hasta el nexo entre lo psíquico y la vida social, las emociones, de acuerdo con esta autora, integrarían un proyecto de ingeniería emocional que contribuyó a la configuración de la vida interior-mental, así como social del mexicano moderno. Las emociones desde esta perspectiva serían entendidas como:

procesos psicofisiológicos que se experimentan en el nivel individual, se codifican en el nivel cultural, son históricamente situadas y se transmiten en la esfera de lo social, de acuerdo con el sexo, la edad, la etnia u otros factores sociales, económicos o educativos (López, 2019, p. 7)

La esfera emocional quedaría circunscrita a la estructura interna de la persona que debía ser a todo momento controlada, contenida, desde la parte más racional, individual en línea con las expectativas sociales, ya que no hacerlo podría ser entendido como desviación, patología y en el caso de las mujeres, como expresión del dominio de su naturaleza más emocional. Los diversos padecimientos irían encontrando así distintas corporalidades donde habitar en función, principalmente del criterio sexo/género.

A lo largo de sus distintos trabajos, López (2011a; 2011b, 2016, 2019) aborda de manera amplia y profunda el lugar fundamental que las emociones, su manejo y expresión, tomaron como criterios de salud-enfermedad mental estrechamente ligados al proceso diagnóstico apoyado en la identificación y clasificación de su frecuencia, intensidad y lo adecuado de su expresión en un determinado espacio y temporalidad. La experiencia del sentir convertida en un acto disruptivo por parte de hombres y mujeres que comenzarían a ser clasificadas como “histéricas”, “neuróticas”, “psicóticos”, “alcohólicos”, entre otros, según su género, etnia, edad y clase social.

El diagnóstico como López (2016, p. 524) describe constituye un “acto especializado construido socioculturalmente” en el que podemos observar cómo desde la medicina hipocrática hasta nuestros días la dimensión emocional-afectiva se configura como un atributo, pero asignado sólo a lo femenino, el cual encuentra expresión en una histórica prevalencia de asignación de diagnósticos de este orden en mujeres, con la consecuente naturalización y esencialización que ello implica.

Durante el periodo de trabajo de campo de acuerdo con el censo de atención médica de los cuatro NBSM estudiados de las 600 personas diagnosticadas con un trastorno mental (7% Alfajayucan, 16% Cardonal, 7% Chilcuautla, 70% Ixmiquilpan), el 60.5% correspondían a mujeres. Respecto a esto es importante señalar que un fenómeno ampliamente conocido en el campo de la salud consiste en una mayor asistencia a los servicios de atención por parte de las mujeres, en cuyo caso, se tiene mayor posibilidad de recibir tanto un diagnóstico como acceder a tratamiento.

No obstante, también es cierto que entre el personal médico persiste una representación diferenciada de la experiencia del padecer por criterio de sexo/género que reconoce en la mujer una mayor predisposición a desarrollar depresión o algún trastorno relacionado con su fragilidad o naturaleza emocional. Mientras que el hombre aparece asociado a problemas de salud derivados de prácticas de riesgo como el consumo de sustancias, particularmente bebidas alcohólicas que va de la mano con una menor consciencia de enfermedad y autocuidado.

*Lo que yo he notado bastante es de que... en sí el sexo más frecuente en cuanto a ansiedad y depresión es el femenino, de los que acuden ¿no? porque los hombres como que somos más reacios para buscar ayuda cuando estamos o nos sentimos enfermos, entonces lo atribuimos a muchas situaciones menos a cuestiones de*

*ansiedad y depresión. Las mujeres sí captan más que puede ser una enfermedad y buscan ayuda. Y casi siempre que vienen, sobre todo cuando es posterior a un intento suicida, que vienen muchas mujeres así, es por un conflicto de pareja. Siempre, siempre, que se pelearon con su pareja o las golpeó, las maltrató o ya las maltrataba de mucho tiempo y por fin se decidieron a buscar ayuda. Casi siempre esa es la causa por la que vienen (Javier, Médico Salud Mental, Hidalgo).*

**Tabla 6. Principales padecimientos atendidos en los NBSM Jurisdicción Sanitaria VI, Ixmiquilpan, Hidalgo**

<b>Padecimientos</b>	<b>Hombres (N=237)</b>	<b>Mujeres (N=363)</b>	<b>Total (N=600)</b>	<b>%</b>
Episodio depresivo F32 (32,33,34)	57	164	221	37
Otros trastornos de ansiedad F41	34	76	110	18
Esquizofrenia/ Trastorno esquizotípico F20 (20,21,25)	40	50	90	15
Epilepsia G40	34	37	71	12
Trastornos Hipercinéticos F90	24	9	33	5
Trastornos mentales orgánicos, incluidos los somáticos F01 (01,02,03,07,09)	10	3	13	2
Retraso mental F70 al F79	9	1	10	2
Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática F06	6	4	10	2
Trastorno no orgánico del sueño F51 (F51)	3	5	8	1
Trastorno bipolar F31	3	4	7	1
Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas F11 - F19	4	0	4	1
Violencia Familiar (Y07)	1	3	4	1
Sin diagnóstico	1	2	3	0.5
Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol F10	3	0	3	0.6
Episodio maniaco F30	0	2	2	0.3
Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotrópicas F05	2	0	2	0.3
Otros trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos F40	1	1	2	0.3
Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientaciones sexuales F66	2	0	2	0.3
Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia	2	0	2	0.3
Trastornos de la conducta alimentaria F50	0	1	1	0.1
Trastornos del desarrollo psicológico F81 (81 al 89)	1	0	1	0.1
Trastornos disociales F91 (91,92)	0	1	1	0.1
				291

Como puede observarse, la depresión constituye el padecimiento más frecuentemente diagnosticado (37%), con una mayor presencia en mujeres que hombres, seguida de la ansiedad con 18%. En tercer lugar, la esquizofrenia con 15% y la epilepsia o crisis convulsivas con el 12% y finalmente, los trastornos hipercinéticos con el 5%, que incluyen el autismo y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

De acuerdo con la OMS (2021) alrededor de 280 millones de personas en todo el mundo padecen depresión y aunque existen tratamientos y opciones de atención médica disponibles se estima que más del 75% de las personas afectadas por un padecimiento mental, incluida la depresión, no accede de manera efectiva a dichos servicios y cuando llegan a hacerlo pueden no ser correctamente diagnosticadas, ya sea que no se identifique como depresión o que se diagnostique como tal sin serlo.

En el caso de México desde hace varios años se postula un incremento en la frecuencia de trastornos mentales entre la población situando a la depresión como el padecimiento más prevalente entre mujeres (6.5%) y el consumo de alcohol en hombres (4.8%). Asimismo, pese a la brecha de tratamiento mencionada en estudios realizados en contextos urbanos se identifica a la depresión como el trastorno mental que se atienden hasta diez veces más como parte de la atención primaria (Vargas y Villamil, 2016). Una demanda de atención que por diversas razones no ha podido encontrar una adecuada capacidad de respuesta en los servicios de salud del primer nivel (Vargas *et al.*, 2004).

Más allá de la preocupación por la alta frecuencia de trastornos de este tipo que cruzan con una gran carga de sufrimiento, discapacidad y riesgo de suicidio es importante considerar no sólo la construcción de la categoría clínica, sino su aplicación en interacción

con nociones de género, etnia, edad, clase y demás condiciones que, en un determinado momento, llegan a constituirse como sesgos de estudio. Considérese la existencia de estudios de corte epidemiológico que presentan a las diferencias genéricas como resultado más del constructo que se mide, que de la predisposición de cada sexo (Ordorika, 2011).

Lo cual, en términos del Mezquital nos debe llevar a pensar en la mayor probabilidad de recibir un diagnóstico de depresión siendo mujer que siendo hombre, aún expresando la misma sintomatología o, por el contrario, de esquizofrenia de manera más oportuna siendo hombre que siendo mujer. En el caso de Gabriela previo a ser diagnosticada en Villa Ocaranza con esquizofrenia le dijeron que lo que estaba presentando era depresión, mientras que para hombres como Felipe se trataría de simple estrés e insomnio.

Es así como en la medida que la enfermedad se consolidaba como una entidad orgánica y el cerebro como principal órgano rector del sujeto en tanto sustento de la mente humana, las emociones se convertían sólo en derivaciones de su buen o mal funcionamiento. Dicha dimensión cognitiva en clave social proyectaría sobre el imaginario colectivo una diferenciación conductual, comportamental de los afectos entre géneros (estereotipos, roles) asociados a una constitución orgánica igualmente diferenciada entre estos. De modo que tanto la enfermedad mental como las emociones comenzarían a compartir un nuevo espacio recién emergente, el mundo “interior, el de la conciencia, en el cual la experiencia afectiva/emocional deviene central en la vida de los individuos, y requería ser [autorregulada y] resguardada mediante la orientación experta” (López, 2016, p. 528).

Si bien la relación entre emoción y depresión goza de un mayor reconocimiento aún en la representación popular del padecimiento, no ocurre igual con la esquizofrenia en cuyo caso llega a persistir una representación generalizada de un aplanamiento o embotamiento de los afectos. Lo cual, si consideramos que es este mundo interno, de la conciencia y la experiencia afectiva aquel que engloba o funge como eje central de la calidad humana, dicha atribución de aplanamiento o ausencia de afecto se constituiría como una de las principales fuentes de estigma hacia quienes padecen un trastorno mental grave como en este caso la esquizofrenia.

Se les representa como “vacíos”, sin registro emocional, aburridos, planos, pero son exquisitamente sensibles a las comunicaciones socioemocionales. [...] No obstante, puede existir una aparente "discontinuidad" emocional entre la expresión conductual y la experiencia subjetiva (Jenkins, 2004, p. 43- 44).

Autores como Bleuler (1950 en Jenkins, 2004) sostendrían que más que un aplanamiento debiera hablarse de una ambivalencia emocional, una experimentación simultánea de sentimientos opuestos hacia un mismo objeto con lo que la falla se encontraría al nivel de la intersubjetividad, en la relación entre experiencia y expresión. La experiencia de miedo, angustia y desesperación que las alucinaciones auditivas y visuales generan en la persona revelan una profundidad de la experiencia emocional de la persona que conduce en muchos casos a atentar contra la propia vida.

Como lo describe Ordorika (2011) la procuración de la salud hace varias décadas ha dejado de ser sólo un asunto de Estado para darle paso a la actuación de una amplia red de actores y organizaciones entre las que se incluye el propio sujeto enfermo quien es llamado a tomar acción en beneficio de sí mismo, del cuidado de su salud. Una combinación entre derecho y obligación que en el caso del padecer mental se articula un proceso de

patologización de la dificultad y el descontento emocional, con su consecuente medicalización en aras de responder de manera efectiva a la constante exigencia de alcanzar por sí mismo, de manera individual, la autorrealización, el bienestar emocional, las satisfacción y felicidad plena que deriven en un buen funcionamiento social y aporte al grupo y si no se logra, al menos intentarlo, trabajar en ello.

Como parte de este proceso, siguiendo con el argumento de Ordorika (2011), la salud en general y la salud mental, en particular, ya no sólo se vuelven referentes de normalidad, sino desde su dimensión afectiva-emocional adquieren el rol de sinónimos de felicidad que ignoran las condiciones de vulnerabilidad y sistemas de exclusión y subordinación que viven diversas personas, como en este caso, los hombres y mujeres del Mezquital diagnosticados con un trastorno mental.

La propia comparación entre el modelo y las experiencias concretas genera en las personas de carne y hueso la sensación de incompletud, de identidades y psiques que registran fracturas las cuales son vividas como deficiencias. La incapacidad de cumplir con el modelo es concebida como fracaso y tiende a generar depresión en las personas.[...] Frente a la exigencia de lograr la salud mental entendida como felicidad, un número creciente de personas, en su mayoría mujeres, consideran sus vidas emocionales, que incluyen la desilusión y el dolor, como defectuosas (Ordorika, 2011, p. 122-123)

Lo cual nos devuelve a la afirmación de que mientras el discurso biomédico psiquiátrico reconstruye cuadros clínicos a partir de signos y síntomas, las personas “reportan sus padecimientos en función tanto de su capital cultural como de sus experiencias” (López, 2016, p. 526). Ya en la comunicación con Leonardo se observaba que las transgresiones a la norma social, a la buena conducta, al deber ser se asocian fuertemente con personas con problemas de consumo de alcohol, así como con el incesto y

la desobediencia cuya sanción, más allá del castigo por la vía divina o sobrenatural, siempre será social.

*lo sofocante y cuadrado de la estructura ha provocado migrar por la falta de posibilidad de desarrollarse, por los cobros excesivos y sin fundamento legal, así como la crítica sin razón alguna o selectiva. Como cuando se les dan pláticas a nuestras mujeres y les dicen que las relaciones sexuales deben ser cuando quieran y no cuando decida su marido, porque ellas tienen necesidades fisiológicas; pero les dicen eso, cuando son mujeres que muchas veces tienen a su esposo en Estados Unidos entonces, ¿cómo satisface esa necesidad? Y hay a quien se le exhibe y hay a quien no, porque es como si se tomara como un don y el que cumple con todo se le tapa, no se exhibe y quien no coopera o trabaja se le exhibe y pues, así no es (Jesús, 47 años, Cardonal).*

Así también entre los principales motivos de separación en la región vemos figurar el consumo excesivo de alcohol del marido y la violencia doméstica. Dos situaciones que igualmente participan de los modelos explicativos del padecer.

*Desde que yo me junté con él, pienso en mi familia, mi tierra tan lejos y luego ya ve que la familia del esposo no te quiere y ahí empiezas a aprender y a sufrir. Su familia de él no me quería, me trataban de lo peor, que era de la calle. Ellos me tenían envidia porque yo era de lejos y como todos ellos, sus cuñadas eran de aquí, me hicieron la vida imposible. Primero nos corrieron de la casa, mandó a mi cuñado a que me pegara y luego decían que mi marido me engañaba, que tenía otra vieja. Y luego yo empecé a enojarme, le pegaba mucho a mis hijos por él, se dedicaba a la pura tomadera él y no me hacía caso, le hacía caso a su familia. Había veces que llegaba borracho y me quería pegar por los chismes de su familia y ahí empecé a sufrir. (Soledad, 57 años, depresión, Ixmiquilpan)*

\*\*\*

*Yo sentía que la muerte me iba a llevar porque realmente no conocía a Dios, mi comportamiento no era bueno. Digamos que tenía a mi señora, andaba de mujeriego, andaba de borracho, andaba con los amigos, me valía todo. De hecho, mi hijo estaba chiquito, de un año, agarraba yo y le daba cerveza, 'tómale', le decía, 'vas a salir igual que yo', o sea, cosas malas. Eso pues ante Dios no es bueno, dicen que ni los borrachos, homosexuales, bueno, dicen las escrituras, no entran al reino de los cielos. En ese entonces conocía poquito de la Biblia, la estudiaba, pero en sí, no hacía la voluntad de Dios (Javier, 39 años, depresión, Ixmiquilpan).*

## 5.2. Trayectorias y práctica de atención

A partir del trabajo de Osorio (2007) podemos identificar a la trayectoria de atención como un concepto nacido del interés socioantropológico por profundizar en las formas de respuesta social que los grupos adoptaban frente a un evento de enfermedad, en el que se incluye la búsqueda de atención. Las representaciones de enfermedad encontrarían en las prácticas y acciones orientadas a la búsqueda de atención y sanación/curación del cuadro de enfermedad que atraviesa la persona una posibilidad de materialización.

Como un concepto que abarca desde la identificación del problema, la atribución de una causa, asignación de un nombre (etiqueta), un posible diagnóstico hasta la definición de qué hacer, cómo tratar y a quién consultar, la trayectoria de atención, en este trabajo, es definida en los términos que Osorio (2007) señala como:

la secuencia organizada de decisiones y estrategias instrumentadas por los sujetos para gestionar o hacer frente a un episodio concreto de padecer e incorporan todas aquellas estructuras de atención y a los actores sociales que participan del mismo, los enfermos/pacientes, terapeutas y otros mediadores, tales como los sistemas de referencia profanos y redes sociales de apoyo, que incluye personas encargadas del soporte y cuidado de los enfermos, de administrar o suspender el tratamiento, ofrecer consejos y generar soluciones (Osorio, 2007, p. 154).

La disponibilidad y accesibilidad a determinados servicios, especialistas y recursos de apoyo se convierten en factores clave dentro de esta puesta en marcha o adopción de ciertas estrategias y búsqueda de atención, al igual que lo es la eficacia del tratamiento seguido en función de la evaluación personal que hace el sujeto basado en los cambios o la mejoría experimentada.

El sistema médico *hñähñu* ha sido caracterizado, desde hace varias décadas, como un sistema híbrido (Tranfo, 1974; Lastra, 2006) que conjuga en los modelos explicativos de enfermedad prevalentes entre la población una atribución de causalidad articulada al modelo biomédico/institucional y al tradicional/popular, curas mágicas a través de especialistas tradicionales (curanderos, chamanes, brujos) conjugadas con la medicina alópata, así como con la autoatención. La enfermedad, explica Tranfo (1979, p. 269) no es única y llanamente de *naturaleza fisiológica, sino que engloba la voluntad de la persona o de otros seres superiores.*

Aquí vale la pena mencionar que aun cuando persisten relatos sobre la consulta con especialistas tradicionales, también es cierto que la misma población reconoce una disminución en el número de estos especialistas (curanderos, chamanes, brujos) dentro del Mezquital. Durante mi estancia en campo sólo tuve oportunidad de conocer a una curandera habitante de Danghú, Tasquillo, quien desafortunadamente ya se encontraba muy enferma, pero en la escasa comunicación que pudimos tener me permitió conocer un poco más sobre cómo es vivir con el don y el proceso de consulta y sanación. Ante esta realidad sería importante profundizar en el proceso de desplazamiento del complejo cultural de la práctica médica tradicional hacia lo doméstico ante la desaparición de los especialistas tradicionales en la región.

Sobre el proceso de atención, a partir de un análisis socioantropológico Menéndez (1983) postula la convergencia de tres distintos modelos médicos. El primero de ellos, el denominado modelo médico hegemónico estaría caracterizado por el dominio de un paradigma biologicista-evolucionista, la reproducción de la dicotomía cuerpo/alma y el individualismo como conceptualizaciones teórico-ideológicas. Mientras que el segundo

modelo corresponde al alternativo subordinado asociado con el sistema tradicional que integra todas aquellas prácticas que por largo tiempo han sido excluidas, desacreditadas o situadas en los márgenes del modelo biomédico dominante. Ejemplo de ello la medicina naturista, la acupuntura, la homeopatía y las prácticas tradicionales de orden mágico-religioso.

Finalmente, el tercer modelo médico considerado como uno de los más ampliamente difundido y arraigado, así como accesible y estratégico (Osorio, 2007) es el de la autoatención, la cual, abarca tanto las representaciones como las prácticas que lleva a cabo la población de manera individual o colectiva, es decir, que puede implicar la participación de otros miembros del grupo doméstico o social de pertenencia para

diagnosticar, explicar, atender, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma (Menéndez, 2009, p. 52).

De este modo vemos a los sujetos participar activamente a lo largo de todo su proceso de atención médica situando por encima de las categorías clínicas su experiencia vivida, sentida de enfermedad, con lo cual se da un reconocimiento y uso combinado de diversos recursos de atención que más allá de las diferencias técnico-ideológicas que mantienen entre ellos en algunos casos llegan a fungir como sistemas complementarios.

Como hemos leído la representación de la enfermedad no está circunscrita a la dimensión biológica o fisiológica de la persona, sino que engloba su relación con el mundo y con los demás sujetos y entidades que lo habitan, entre los que se incluyen la referencia a seres y potencias supranaturales (Dios, el diablo, espíritus, demonios, ángeles, etc.) (Tranfo,

1974). De modo tal que las explicaciones elaboradas acerca de los padecimientos se nutren de atribuciones de causalidad diversas que encuentran posibilidad de síntesis y articulación al nivel de las prácticas sociales que conducen a la inclusión, exclusión y combinación de los diversos recursos de atención. Dicha combinación no siempre puede entenderse o esperarse remita a una integración armónica entre servicios y modelos, por el contrario, en la región persiste una relación que puede calificarse de contradictoria o complementaria en función del modelo explicativo del padecimiento y la eficacia reconocida al tratamiento.

### **5.3 Según el mal es la cura**

Con relación al modelo médico hegemónico en el capítulo 3 pudimos acercarnos al proceso de instauración de lo que sería el Hospital Psiquiátrico “Dr. Fernando Ocaranza” y su posterior transformación en Villas Ocaranza como el servicio de tercer nivel dirigido a la atención y hospitalización de pacientes con trastornos mentales en el marco del Modelo de Atención a la Salud Mental “Miguel Hidalgo” implementado en la región.

Como se describió el Modelo Hidalgo ofrece atención especializada en salud mental a través de 84 núcleos básicos de salud mental (NBSM) que son consultorios médicos situados al interior de centros de salud pertenecientes a la red de servicios de salud públicos del Estado. Toda persona sin importar su localidad de residencia puede acceder al servicio, para ello y en caso de que sea una consulta de primera vez, sólo es necesario que se presente muy temprano en el centro de salud para alcanzar una de las diez fichas que se entregan para consulta con el médico de salud mental. De ahí que sea muy común observar personas desde las 6am – 7am afuera de la puerta de entrada de los centros de salud, no

sólo para alcanzar una ficha, sino para que la hora de la cita o consulta médica no sea tan tarde, considerando que la consulta médica inicia a las 9am.

La consulta de primera vez implica una inversión de tiempo más amplia que las citas subsecuentes, ya que la entrevista para conocer la situación y poder establecer un diagnóstico puede llevar alrededor de una hora, adicional a la elaboración y llenado de los formatos que conforman el expediente clínico. A todos los pacientes se les realiza la toma de signos y control de peso y talla por parte del personal de enfermería, quien se encarga de hacer llegar esos datos al médico en cuestión. Es importante mencionar que durante los meses de trabajo de campo en los que pude hacer observación en la sala de espera de los distintos centros de salud pude registrar que no siempre o no en todos los casos o visitas, el personal de enfermería realizaba la toma de signos o medición de peso y talla a los pacientes.

En algunos casos el médico del módulo se encargaba de ello o simplemente era algo que no ocurría. Vale la pena recordar que, aunque el diseño del modelo de atención indicaba que los núcleos deben funcionar con una enfermera psiquiátrica, ninguno de los centros que visité cuenta con este personal. Estas acciones las lleva a cabo, cuando es posible, alguna otra enfermera disponible dentro del centro, asignada o no a otro consultorio o los pasantes de enfermería que se encuentran como apoyo en su periodo de prácticas profesionales o servicio social. Me parece importante mencionarlo no sólo porque forma parte del contexto de atención, sino porque en una de mis estancias y en las entrevistas pude escuchar sobre malas experiencias en este proceso que llevaron incluso a que la paciente solicitara no volver a someterse a dicha interacción con la enfermera.

Nadia tenía poco menos de un año de estar en tratamiento por el diagnóstico de trastorno bipolar que había recibido. Recientemente separada, había pasado por un proceso difícil, pesado, de gran incertidumbre al que no ayudaba que en cada una de las ocasiones que la enfermera le pedía acercarse para su toma de signos, peso y talla, sin que nadie se lo pidiera se ponía a hacer comentarios, básicamente, críticas a su aspecto físico, a su complexión, atribuyéndole responsabilidad de su estado de salud. Cómo no iba a estar enferma si era tan descuidada en su persona, ella lo que necesitaba era arreglarse, comer bien, para no estar toda flaca desnutrida, cabe señalar que Nadia efectivamente es una mujer delgada, no desnutrida ni tísica ni flaca en el sentido despectivo que fue expresado y exhibida, porque estas prácticas implicaban intercambios con otras enfermeras que se encontraban cercanas.

Derivado de esto, en algún momento fue necesario solicitar al personal de enfermería que evitara gritar en la sala de espera: *pacientes que vienen a salud mental* porque varias personas externaron al médico su incomodidad por la forma en que esto suscitaba las miradas de los demás pacientes. Al final se tomó la decisión de que los pacientes fueran llamados por su nombre o por el nombre del médico encargado del módulo al que iban a pasar a consulta. No está por demás señalar y reconocer el esfuerzo y labor diaria de todo el equipo de salud, pero también es cierto que persiste una necesidad constante de capacitación y sensibilización sobre el trato al paciente, no sólo de salud mental, sino en general, en términos de calidez y empatía, pero sobre todo sensibilidad y calidad humana.

La valoración y definición del diagnóstico queda a cargo del médico, general que atiende el NBSM o por un psiquiatra según la trayectoria de atención de la persona. La

primera posibilidad para acceder a la atención implica que la persona se acerque directamente a solicitar la consulta médica en el NBSM en el centro de salud, mientras que la segunda opción para llegar al servicio es a través del sistema de referencia médica en cuyo caso la persona llega directamente a Villa Ocaranza donde es valorada por un médico psiquiatra y de acuerdo con el resultado es referido para el seguimiento de su atención y tratamiento en su centro de salud más cercano que cuente con el NBSM.

En ambos casos el tratamiento o abordaje principal es farmacológico, el cual, idealmente se contempla sea proporcionado por la institución, sin embargo, hay un profundo problema de desabasto de medicamentos que derivan en un gasto mayor de las familias, quienes surten sus recetas en farmacias privadas. La opción priorizada, en este sentido, son los medicamentos genéricos, a menos que no lo exista o esté disponible al momento de la compra, siendo esta la principal dificultad para el seguimiento y adherencia al tratamiento.

En cuanto a las trayectorias expresadas por los pobladores podemos identificar que mientras las personas que presentan un diagnóstico de depresión en su totalidad llegaron al NBSM directamente o a través de recomendación o referencia de otro profesional de la salud, entre los que se incluye el personal de psicología del sector privado. En el caso de las personas con esquizofrenia habían sido llevadas a Villa Ocaranza en algún momento y de ahí fueron referidos a su centro de salud para dar seguimiento a su atención médica y tratamiento:

*Yo dije: 'qué voy a hacer si siempre trabajo, he trabajado siempre y ahora con esto que no pueda hacer nada. Tantito de los problemas que yo tenía con mi esposo, fue cuando la angustia me llevó a buscar ayuda psicológica. La psicóloga vio mis estudios me dijo que yo no tenía nada que eran enfermedades psicosomáticas y*

*empecé mis sesiones con ella, hubo momentos que venía dos o tres veces por semana, luego cada ocho días, pero lo poco que yo tenía ahorrado se agotó, no tenía recursos para solventar esos gastos.*

*Cuando yo venía con ella, pues me sentía bien, fortalecida, ahí con ella encontré la comprensión, sentía el cariño porque ella me recibía con un abrazo, con un beso, entonces eso me hacía estar bien y llegó un momento en que yo no quería irme de ahí porque encontraba esa paz, esa tranquilidad. Era muy diferente al llegar a mi casa, entonces yo sentía que donde encontraba todo el cariño y la comprensión era con la psicóloga*

*Cuando tenía las discusiones con mi esposo me sentía mal, me sentía peor, entonces yo le pedía a mi hija: ‘apóyame con una tarjeta [telefónica] para ver en qué condiciones puedo comunicarme con la psicóloga y me comunicaba con ella y hablaba conmigo, tan sólo escuchar sus palabras que ella me dijera ‘no te preocupes, todo va a estar bien’, ya me sentía yo bien o me decía: ‘pues vente’ y ya me venía con ella.*

*Entonces pasé por otro problema, que hasta parece que cuando uno tiene algo viene uno tras otro mi hija sufre una tentativa de violación, vuelvo entonces a decaer y como yo ya le debía a la psicóloga, ya no tenía dinero fue que me dijo que viniera al centro de salud que aquí había un módulo de salud mental (Julieta, 54 años, depresión)*

\*\*\*

*Entonces uno de los compañeros [Testigo de Jehová] me llevó a Ocaranza y allá me dieron medicamento, unas pastillas y una inyección. Todos los meses el doctor me las receta para que yo me las compre. Me dijeron que me tengo que tomar el medicamento para siempre. Los compañeros me dijeron: ‘no te preocupes, tómate el medicamento para que te compongas, come bien, descánsate’ y eso es lo que me ayudó para reponerme. No he vuelto a Ocaranza solo me dieron el medicamento y ya que me la pongan acá, me la pone una compañera. Los compañeros compran mi ampolleta y aquí en el centro me dan unas pastillas (Valeria, 63 años, esquizofrenia).*

Incluso en algunos casos como Tadea la trayectoria de atención abarca una travesía a lo largo de diversos servicios y hospitales fuera del Estado, específicamente, el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” en la Ciudad de México:

*De repente se me nublaba la vista y ya fue cuando le digo que veía yo animales, pero no había nada de animales porque yo preguntaba con las personas que estaban ahí cerca y le decía: ‘usted ve esto, usted ve lo otro’ y me decía: ‘no, yo no*

veo nada' Y entonces yo me di cuenta que sí me estaba yo perdiendo. Sí me puse a pensar por qué me pasaba esto, se me había olvidado que yo me había pegado allá en el cerebro. No era eso que me hicieron algo, porque pues yo sé que existen las hechiceras y todo eso, pero yo no les tengo terror ni tampoco creo en eso. Soy creyente y entonces pues nada de eso me pasaba que me hicieran daño o que me estuvieran embrujando, no.

Siempre que me sentía mal iba al DIF y una vez me llevaron en la ambulancia, la trabajadora social y otros dos muchachos, pero me bajé en mi casa y ellos me querían llevar a Villa Ocaranza, pero yo no quería estar allá porque es un lugar muy feo y ya me dejaron ahí en mi casa. Es feo Ocaranza porque hay enfermos peores que uno y lo revuelven a uno con ellos y ya me traumó estar ahí. Estuve en otro lugar, pero ahí me traumé porque las amarraban a unas, a mí nunca me pasó porque me portaba bien, no me peleaba con las compañeras, no les quitaba sus cosas.

Ahí en Ocaranza es donde me internaron esa vez que discutí con mi mamá, que me dolía el pecho y la cabeza. Me amarraron y me sacaron en la ambulancia y luego ya no me querían sacar de ahí. Ahí me querían dejar de por vida, pero hablé con las enfermeras, las señoritas que cuidan ahí y me dijeron: 'no, es que nosotros sí te miramos bien, te comportas bien aquí, no eres agresiva, no sabemos por qué tu familia te internó. Te vamos a dar de alta porque entre menos enfermos tengamos aquí, más enfermos llegan a que los atendamos' Y entonces ya me dieron de alta y me fueron a recoger, aunque no quisieran. Los llamaron y ya fueron por mí. Fue mi hermano y mi mamá.

Sí estuve aquí en otros hospitales que eran para este rumbo de Huichapan, pero no me hacían nada, las medicinas que me daban me inyectaron varias medicinas, pero no sentía yo bien. Me sentía yo bien un tiempo, pero volvía de nuevo mi cuerpo y me decían no, es que es tu mente. Yo sí quería atenderme porque me daba miedo con perderme. Entonces decido ir al psiquiátrico, le dije a mi hermano no estoy bien, llévame a México a un psiquiátrico, que me hagan estudios del cerebro porque me pasa esto, le dije. Y ya fue que me llevaron y todo eso. Y ya me checaron y ya me dijeron que todo eso fue porque me entraba aire en el cerebro y mis hormonas se revolvían, por eso perdía yo la vista y veía cosas feas. Veía animales nada más, pero para mí esas son cosas feas, veía yo así este, los animalitos así normales, como un perro, caballos, borregos, vacas, todo eso se me hacía feo, porque no sabía ni quién era yo. Lo único que pensaba en ese momento era que pues estaba yo en el lugar así perdida.

Estuve en México en San Bernardino, estuve como tres semanas. Me llevan y luego no me querían atender, entonces yo me pongo muy agresiva y le digo, por qué no me quieren atender si yo vengo porque estoy enferma, me siento enferma, ustedes como doctores deben atender a un paciente que está enfermo. Llego ahí y lo único que me dicen es que usted está loca, entonces me puse a llorar y me enojé conmigo misma. Y digo, no es posible que Dios nuestro señor les haya dado una maestría para ser doctores especiales y ayudarnos a nosotros los que somos indígenas, los

*que ignoramos la medicina, que no tenemos ese estudio, esa experiencia para poder curarnos y sanarnos nosotros mismos.*

*Por eso fue que me enojé conmigo misma y ya después, pues vieron mi enojo y mi furia, me les fui encima y entonces con más razón me trataron de loca, pero yo en realidad le digo que nunca estuve loca porque nunca perdí la mente por completo. Siempre estuve consciente de lo que yo hacía y dónde estaba. Entonces digo, no es posible que este doctor teniendo tantos enfermos aquí y viéndome a mí que estoy como estable, que no estoy completamente perdida me trate así. Yo lo hablé con mi médico que me atendió en San Bernardino, me dijo que iba a hablar con el doctor que me había tratado así porque no era la manera de que me hubiera tratado.*

Un segundo recurso de atención brindado a la población, de manera bastante limitada, por parte de los servicios institucionales es la atención psicológica. No todos los pacientes son enviados a terapia psicológica, pero para quienes sí, se enfrentan a la intermitencia del servicio, ya que el personal de psicología regularmente es temporal, su contrato es por cierto periodo o en función de algún programa y no todos los centros de salud cuenta con el servicio. Lo cual constituye una de las principales quejas por parte de la población quienes con la llegada de cada psicólogo(a) se ven obligados a reiniciar su proceso, además de volver a narrar su historia. No hay continuidad y si una constante exposición al proceso de recuerdo y reelaboración de la narrativa de enfermedad y su sufrimiento.

*Aquí en el centro de salud estaba una psicóloga, tuve como cuatro o cinco sesiones con ella, pero no sé ni qué pasó, dijo que iba de salida y entonces me dio de alta, ya sólo me quedé con el doctor. A la vez sentí un alivio, ya no iba a sentir esa depresión, ya no iba a estar triste, ya no iba a estar enojada, eso es lo que me dijo el doctor: 'a vamos a ayudar a base de medicamentos porque está muy avanzada ya su depresión' (Victoria, 54 años, depresión)*

Otra forma de acceder a este tipo de atención es a través del Hospital Regional del Valle del Mezquital ubicado en la Carretera Pachuca – Ixmiquilpan km 64 en Taxadho, la

cual, no es accesible para todos en términos de ubicación-distancia, así como por el hecho de que está saturado por la demanda de atención. Más allá de las distintas dependencias gubernamentales que ofrecen apoyo en este sentido en la región, una tercera vía para acceder a la atención psicológica es la vía privada, la cual, termina por ser abandonada a causa de los altos costos que representa para la persona y familia.

Finalmente, un tercer recurso que integra al modelo médico hegemónico lo constituye el programa “Clínica de Contención de la Depresión” que conduce el médico de uno de los cuatro NBSM en los que se realizó la presente investigación. Aunque, el médico me explica que este es un programa o acción que debería llevarse a cabo en todos los núcleos, su clínica fue el único programa de este tipo que conocí y en el que pude participar. De acuerdo con él ello se debe en gran parte por la dificultad para lograr que los pacientes se mantengan constantes en su asistencia, ya que no sólo se trata de ir a su consulta en la fecha programada, sino a la sesión psicoeducativa correspondiente a la Clínica de Contención de la Depresión.

Si bien las dificultades con relación a la adherencia al tratamiento es una realidad en el ámbito de la salud mental, aunado a las dificultades que puede haber en estas comunidades tanto por la distancia y el desplazamiento como por los costos en aquellos casos que es necesario pagar pasaje, más el gasto del medicamento. Es también una realidad que durante los últimos años de trabajo de campo en que pude asistir a cada una de las sesiones programadas, dos por mes, es decir, una cada quince días. En todo un año, sólo dos ocasiones se decidió cancelar porque sólo había llegado una persona y entonces el médico le dio consulta individual.

La Clínica de Contención de la Depresión consiste en una sesión psicoeducativa que tiene lugar cada 15 días en un aula con capacidad para alrededor de 50 personas, ubicada en la parte posterior del centro de salud. Los temas, al igual que las personas convocadas son elegidas por el médico del módulo, aunque en el caso de los primeros, los asistentes gozan de total libertad para proponer temas o actividades a realizar. En el caso de los pacientes es el médico quien en función de su criterio clínico identifica quien está en condiciones de participar y verse favorecido por la reflexión grupal. Es importante mencionar que, aunque sólo se dirige a personas con depresión y ansiedad, en algún momento se invitó a participar a alguna persona con diagnóstico de esquizofrenia, quien a causa de una recaída y falta de estabilidad no pudo continuar asistiendo.

A la clínica asisten entre 10 y 15 personas distintas de manera intermitente, quienes en su gran mayoría son mujeres, siendo Jorge el único varón que se encuentre entre los 8 asistentes constantes, junto con el esposo de Margarita, quien de manera regular llega a acompañarle según la cantidad de trabajo que tenga. La cita es cada martes a las 9am en un espacio que no sólo representa el escenario donde dará inicio el proceso que ellas mismas denominan como de “desaprendizaje” de las normas socioculturales y roles de género que desde pequeñas se les enseñó a respetar, sino como un espacio de convivencia y vinculación emocional a partir de la experiencia de dolor, tristeza, violencia y sufrimiento compartida.

*Acuérdense cuando yo caminaba, yo decía: 'lo que nos enseñan es esto y esto y esto y eso nos lleva al precipicio' y luego me caminaba hacia atrás y decía eso se puede desaprender y aprender cosas nuevas que nos lleven a la felicidad. Entonces todo lo que nos enseñan que nos lleva al precipicio son mitos (Javier, Médico Salud Mental).*

Dicha experiencia encuentra posibilidad a lo largo de las distintas interacciones que tienen lugar durante la exposición del tema por parte del médico. Si bien, el médico o el profesional invitado a presentar algún tema es quien conduce todo el tiempo la sesión, esta última se mantiene bajo un formato taller en el que los asistentes externan dudas, comparten experiencias de lo que han observado o vivido en primera persona en relación con el tema en cuestión, la forma en que lo enfrentaron, lo que aprendieron y los que podrían sugerirle a quien está compartiendo su experiencia para ayudarlo a sentirse mejor, para posteriormente recibir retroalimentación por parte del médico.

El segundo momento que favorece la creación y consolidación del vínculo emocional entre los asistentes como parte del proceso de sanación del padecimiento lo identifico al término de la sesión, en el momento en que todos juntos, sentados en círculo comparten el desayuno y la charla se torna más informal. Cada sesión los asistentes se ponen de acuerdo sobre qué va a llevar cada uno para la siguiente reunión, desde el agua y los distintos guisados, hasta las tortillas, el postre o los desechables para comer. Nadie le exige a nadie, lo mucho o poco que puede compartirse es bien aceptado y agradecido, lo que importa es la convivencia como grupo.

Una vez que el médico da el cierre y las reflexiones finales sobre el tema comienzan los preparativos para el desayuno. Algunas organizan las sillas tipo escuela con paleta para escribir en forma de círculo, mientras que otras se encargan de ir sacando y destapando los tupper con comida, alguien más va sirviendo los vasos y colocándolos en cada una de las sillas. Un invitado regular a los desayunos es Don Ángel, el encargado de farmacia, así como alguna de las enfermeras. Una vez servidos y colocados todos los platos, cada uno toma su lugar y ya sea el médico o alguien más, se encarga de dar gracias a Dios por los

alimentos y la posibilidad de estar reunidos, además de pedir por la salud, el bienestar y la multiplicación de las bendiciones para cada uno de los presentes.

Si bien no puede decirse que en algún momento el ambiente es tenso, el desarrollo de la sesión educativa se da en una atmósfera de mayor seriedad y formalidad que por momentos se torna cruda cuando toca escuchar parte de los relatos sobre el difícil proceso que alguno de los participantes ha vivido y el impacto que ha tenido en sus vidas. Todo eso se transforma en un ambiente más relajado, de disfrute donde hay lugar para las bromas, los chistes, las preguntas curiosas, “las flores” a la forma de cocinar, el intercambio de recetas, así como para difundir información sobre el centro de salud y la consulta.

Luego de pasar un rato ameno, de buena charla y comida es momento de comenzar a recoger, tirar la basura, acomodar las sillas y despedirse. En caso de sobrar algo, cualquiera puede pedir con confianza llevarse un poco a casa. Se apagan las luces, el proyector, se cierre la puerta, se coloca el candado y hasta el próximo martes, a la misma hora. Cada sesión mantiene la misma dinámica a excepción de la reunión del cierre anual de la Clínica en donde durante la sesión el médico hace un recuento de los temas revisado, de lo aprendido y cada uno de los participantes pasa al frente a compartir una creación propia. Algo que represente quien es, lo que le gusta, una habilidad, algo nuevo que haya aprendido o logrado durante el año.

Es así como podemos disfrutar de distintos bordados, prendas tejidas, el auto tuneado, distintas manualidades y expresiones narradas por mujeres y hombres que se muestran sonrientes y orgullosos del logro y el trabajo concretado. Asimismo, en el desayuno de este día, el jefe de la unidad y alguna otra autoridad de la jurisdicción sanitaria acompañan y comparten los alimentos con los participantes de la Clínica. Mientras alguno

de ellos habla de cómo se siente, lo que ha aprendido y si le ha ayudado y el director los felicita por todo su esfuerzo, compromiso y constancia y, por supuesto, por la rica comida.

En cuanto al segundo modelo médico en la región y zonas aledañas aún pueden encontrarse médicos tradicionales, aunque se reporta una importante disminución de estos de la mano de la ocurrencia de un proceso de desplazamiento o apropiación del conocimiento y la práctica curativa al interior del espacio doméstico, principalmente por parte de la madre (Lastra, 2006; Moreno *et al.*, 2006). Con lo que el espacio doméstico se reafirma como el primer nivel de atención real en donde da inicio el proceso de diagnóstico y las primeras acciones en respuesta al malestar, tratamientos a base de hierbas, infusiones, rezos, sobadas, toma de medicamentos.

Considero que es importante continuar profundizando en este tema e identificar si la reducción del número de especialistas tradicionales que se postula es tal o se trata de un retraimiento respecto del ojo del extranjero, tomando en cuenta que todos(as) las entrevistadas habían consultado al menos a un curandero o brujo dentro de su localidad o en comunidades vecinas. Asimismo, me gustaría recordar que durante mi primer periodo de campo en 2008 pude registrar la reconfiguración sociocultural de la práctica tradicional en la zona derivado de la migración.

Una de las mujeres me narró la manera en que la curandera había sanado a su esposo que se encontraba en Estados Unidos, para esto fue necesario que sostuvieran diversas llamadas donde el migrante explicó su malestar, lo que sentía, para que la mujer, quien adicionalmente se apoyaba en una barrida (tocar, oler, sentir una prenda del consultante) pudiera establecer el diagnóstico y el tipo de tratamiento necesario.

En este caso se realizaron más llamadas telefónicas, le recetó infusiones de distintas hierbas medicinales y establecieron acuerdos para realizar lo que denominó una curación espiritual. El día establecido para ello, el migrante debía colocarse en una particular posición, en los términos y tiempos que la curandera señalara para que ella desde su hogar pudiera llevar a cabo la curación. Lo que muestra el carácter transnacional que la migración ha dado a las relaciones sociales que se van formando y reformulando entre habitantes de la región, más allá del país donde residan (Rivera y Quezada, 2011).

Respecto a este segundo modelo en la región de estudio podemos encontrar presente, ya sea por atribución de los familiares o de la persona afectada la consulta con curanderos y brujos de la región. No obstante, recordando algunas de las historias Ramiro expresa no creer en eso, son su familia y hermana quien lo llevan a consultar a la curandera y se mantiene dudoso respecto de la eficacia de su curación espiritual. Mientras que Gabriela explica que *no iría a una limpia porque va en contra de las creencias cristianas, porque ahí dice en una parte que he leído que los hechiceros no tienen entrada al reino de Dios, entonces sería una prueba, un castigo.*

Adicional a lo anterior en ninguno de los casos se reconoce una eficacia a las diferentes acciones realizadas como parte del tratamiento. Como pudimos leer en el caso de Felipe respecto a su hermana: *primero limpias, brujos...nos decían una cosa, que le habían hecho algún daño, una brujería...tuvimos que recurrir a eso, pero no vimos ningún resultado* y en Carmen, quien lo describe como *sacadera de dinero*. Todos ellos diagnosticados con esquizofrenia. A diferencia de quienes presentan depresión en cuyos casos se encuentran historias tendientes al reconocimiento de un cambio, recordemos a Alba (40 años, depresión):

*A mí me han empezado a decir que me han embrujado, bueno de hecho, mi pareja ya no está conmigo, que no quieren que yo esté con mi esposo, juntos, que me quieren ver sola...A donde yo me he ido a curar, ya no sé yo si es coincidencia porque en todas partes me han dicho lo mismo. En una parte la señora me dijo que pues le llevara yo que pescado, ostiones y carne de puerco para que ella lo quemara en la brasa. En otro lado, me han dicho que me tome aceite para que eche lo que a mí me han dado de comer o de tomar y ahorita lo que me hice es que un señor me dijo que, bueno ellos me lo hicieron, bañar con agua de mar y no sé qué tanto, pero me echaron el agua bien fría y pues yo sí he notado cambios. Ahí me costó \$1,000 pero el señor me lo dejó en pagos. Primero me dijo que le diera la mitad y si yo sí notaba ya el cambio, le diera lo demás. Se supone que debe pasar medio año para notar si realmente yo me siento diferente. Mi hijo al principio no creía lo de su abuela, pero cuando escuchó todo lo que el señor dijo, dijo: 'no pues sí, es que sí coincide'. El señor me describió cómo era la mujer que me estaba haciendo [la brujería].*

Finalmente, el tercer modelo corresponde a la autoatención que abarca una serie de acciones, conductas y pensamientos a los que la persona recurre buscando contrarrestar, aligerar o controlar las sensaciones y pensamientos que experimenta a causa del padecimiento. Estas van desde caminar, distraerse desarrollando alguna actividad que concentre su atención, platicar con amigos, vecinos o familiares, actividades como yoga, manualidades y participación en actividades culturales y recreativas, lectura de libros de autoayuda y psicología.

*Me daba miedo perderme, salía de compras a Ixmiquilpan y de repente me perdía, no sabía dónde estaba. De ahí seguía yo caminando y buscaba un lugar en donde sentarme y me descansaba mi cuerpo, me relajaba y me ponía a pensar, ¿qué era lo que me estaba pasando?, y ya después volvía yo en sí. Estaba yo ahí sentada y me acordaba quién era yo y qué estaba haciendo, me acordaba y de volada me venía pa' mi casa. De repente se me nublaba la vista y ya fue cuando le digo que veía yo animales, pero no había nada de animales porque yo preguntaba con las personas que estaban ahí cerca y le decía: 'usted ve esto, usted ve lo otro' y me decía: 'no, yo no veo nada' [...] Yo solita mi pensamiento, me sentaba y me relajaba y me concentraba en ¿qué estoy haciendo aquí, a qué vine y con quién estoy? (Tadea, 37 años, esquizofrenia).*

\*\*\*

*Pues salir a caminar, hacer mis quehaceres domésticos tratar de olvidar un poco lo que me estaba pasando entre mi esposo y yo porque mis hijos, ellos trabajan y*

*estaban fuera de casa. Estábamos nada más mi esposo y yo en la casa y pues decíamos 'vamos a salir adelante' (Victoria, 54 años, depresión).*

En este mismo campo aparece el recurso de la oración, de la relación con la divinidad ya sea como práctica religiosa individual o como parte de un grupo de oración o congregación religiosa, a través de los cuales los sujetos encuentran la posibilidad de liberar parte de la sensación experimentada. La posibilidad de alivio o mejoría aparece concebida como acción colaborativa entre Dios (voluntad) y la persona a partir de la aceptación y apego a los preceptos religiosos. De modo que el propio médico es visto como agente de Dios.

*Para Dios no hay nada imposible yo creo en Dios, pero no nada más por creer, creer en Dios es creer en uno mismo también. Él ha dudado mucho de mí mismo, porque antes dudaba yo de hacer las cosas, me han dicho y me han hecho dudar de mí, este lado izquierdo me ha hecho dudar, pero estoy tratando de creer y como creo en Dios y creo en mí mismo, este lado [derecho] también ya se aflojó, digamos, ya toleró, aceptó a Dios. Lo que pasa es que esto no es de los médicos, aunque Dios también dispuso del médico para que la gente se cure. Dios va a hacer por mí, pero también yo tengo que hacer algo por mí, Dios no me va a resolver. Una vez recaí, empecé a ver imágenes en mis ojos cerrados como cabezas humanas, crucifijos y todo eso, entonces me tomé la pastilla, logré vencer mi miedo y eso es todo lo que tenía que hacer y a lo mejor de ahí viene mi cura de la esquizofrenia, del vencer mi propio miedo, enfrentarlo, conquistarme a mí mismo, eso es lo máximo que puedo hacer. Lo máximo que puede hacer un ser humano conquistarse a sí mismo, ser dueño de sí mismo, de sus emociones, pero Dios me indica, me da señales. Hago lo que Dios dice, hago su voluntad, lo más importante, es hacer la voluntad de Dios. He aprendido, a lo mejor no al cien por ciento, pero estoy aprendiendo a hacer la voluntad de Dios. Jesucristo tiene razón, si tomas a tu enemigo, como dice en una oración: 'Él, tú y yo, hechos los tres una unidad en un estrecho abrazo los tres', o sea, que todos debemos ser uno mismo o todos somos uno mismo y Jesucristo es la cabeza, nosotros somos su cuerpo (Ramiro, 36 años, esquizofrenia).*

Las historias previamente expuestas nos permiten pensar en la teoría inversa de la enfermedad sugerida por Canguilhem (1943) y desarrollada por Fulford (1989) que establece como punto central o condición necesaria al padecimiento (*illness*) en la medida

en que es desde la experiencia subjetiva de mala salud, del reconocimiento del padecer por parte de la persona como éste se ve impulsado a la exploración de recursos, búsqueda de atención y diagnóstico médico. Por el contrario, la falta del sujeto que experimente dolor, sufrimiento o discapacidad que lo llevan a demandar atención, sin el reconocimiento de la necesidad de atención, recuperación, alivio, sanación, la patología como proceso corporal o mental causal no podría ser establecida (Nordenfelt, 2007).

Igualmente, el presente apartado reafirma el carácter híbrido del sistema de salud y atención, así como la variabilidad de recursos y servicios que están en juego. Frente al padecer mental las trayectorias de atención no son lineales ni directas, la persona entra en un proceso de búsqueda de atención médica, pero también de un sentido a su experiencia, de ese algo que alivie la experiencia de angustia, desesperación y sufrimiento que lo hace transitar en un ir y venir permanente entre especialistas e instituciones médicas.

Si bien la diversidad de recursos ha favorecido los procesos de atención, también es importante mencionar que afecta el acceso oportuno a la atención adecuada porque retrasa la consulta con el especialista y desgasta a la persona y a la familia a nivel físico, emocional y económico. Todas las personas entrevistadas mencionan haber tardado entre dos y tres años en llegar a consulta médica o psicológica. Lo que no significa que se hayan mantenido sin buscar otro tipo de especialistas (limpias, curas espirituales) o que no hayan recurrido a la autoatención, principalmente apoyándose en la medicina naturista (hierbas medicinales, baños), así como al recurso religioso (oración, misa, sacerdote, congregación). En algunos casos sin mejoría alguna.

A lo largo de las historias narradas se puede observar una relación contradictoria entre modelos médicos presente, predominantemente, en los casos de esquizofrenia donde la atribución de causalidad desde la perspectiva del paciente, su familia y la comunidad en general se relaciona más con aspectos de orden mágico-religioso, así como un juicio moral sobre la conducta del sujeto. No obstante, es importante rescatar que se expresó en diversos momentos el poco o nulo reconocimiento de eficacia terapéutica cuya falla en algunos casos se atribuye a la fuerza del acto ejercido, es decir, el mal o daño contra la persona es muy fuerte, a la habilidad del especialista o algún error cometido por la persona afectada en el proceso ritual indicado. A este respecto, igualmente me parece necesario no olvidar considerar que la expresión de dicha incredulidad pudo estar mediado por la interacción conmigo que pudiera suscitar en algunos de ellos, pese a todos los esfuerzos en el marco de las conversaciones, la deseabilidad social.

Por el contrario, en los casos de depresión-ansiedad la articulación a la esfera socioafectiva de la persona permite establecer una relación complementaria, más flexible y abierta a la integración de recursos de atención y terapéuticos de diverso orden (médico, psicológico, espiritual, naturista) alcanzado una percepción de eficacia mayor que en muchos casos se asume posible por esta combinación de recursos.

#### 5.4 Impacto y significado de la experiencia de enfermedad. Reconfiguración subjetiva

Volver a ser normal para un hombre cuyo porvenir es imaginado casi siempre a partir de la experiencia pasada, significa retomar una actividad interrumpida o al menos una actividad que se juzga equivalente de acuerdo o al menos una actividad que se juzga equivalente de acuerdo con los gustos individuales o los valores sociales del medio ambiente (Calguilhem, 1971, p.86)

Las primeras señales de que algo ha cambiado en la persona aparecen de manera sorpresiva impregnando a la persona de una sensación de confusión e incertidumbre que desatan sensaciones de angustia, miedo, tristeza, desesperación e incluso coraje al sentirse incapaces de encontrar un sentido a lo que están sintiendo o experimentando. Es así como la serie de objetos, sujetos y relaciones que hasta entonces la persona reconocía como claramente determinadas al interior de un sistema cultural (de sentido) compartido pierde toda determinación, lo cual si bien en un primer momento o a lo largo de los diversos momentos de crisis constituye una experiencia de profundo sufrimiento se convierte en un espacio de caos generador de un proceso de producción de un nuevo orden de sentido y subjetividad a partir de la experiencia con el padecimiento mental.

*Él se puso enfermo acá en el pueblo, de repente así fue. Yo me di cuenta porque siempre ha vivido con nosotros y pues era una persona normal, de momento cambió. Su cambio fue tan de repente que al menos yo no le encontraba una explicación, qué le pasaba y me di cuenta que estaba mal porque hablaba solo, decía cosas que no debería de decir, empezó a sacar todas sus cosas, las tiró, se nos echó a correr, muchas cosas que no deberían de ser. Entonces tan pronto nos dimos cuenta buscamos médicos para que lo atendieran, pero nada más no. Pedimos ayuda al DIF y ya nos apoyaron para llevarlo a Villa Ocaranza. Y ya llegando allá me dice: 'no señora la que está mal es usted, no su hermano' Porque él con otra persona diferente todo le contesta perfectamente bien. Entonces allá me dijeron que la que estaba mal era yo: 'Aquí hay personas que los traen hasta amarrados y les hacemos preguntas como ahorita le hacemos a su hermano y nos dicen cosas sin sentido. Entonces usted es la enferma, no su hermano. Nada más con nosotros sus familiares se pone así: 'No es que me están hablando, las cámaras, las pantallas, los videos, dice una serie de cosas sin sentido, por eso yo digo que sí está enfermo. Hacía cada barbaridad, rompía los medidores de la luz, cortaba los cables de la*

*luz, no tiene imaginación de cómo se pone. Ya le ha bajado, pero es muy difícil estar con él. Se quedó sólo, nosotros somos cinco hermanos, pero nadie quiere saber de él, yo soy la única que está al tanto de él y a mí me preocupa porque en la noche no duerme, se la pasa hablando, se para, maldice. Una de mis hermanas dice: ‘es que no tiene nada, se hace tonto’ No está para saber, pero a veces yo ni como por darle de comer a él. Es una situación complicada controlarlo, él dice que no está enfermo. Es muy difícil estar con una persona así, antes nos tiraba piedras, hay que saber hablarle, calmarlo y créame que no me hago a la idea a pesar de los años que lleva enfermo [Olivia, 41 años, hermana Dx esquizofrenia].*

En este caso, las narrativas de quienes atraviesan por esta experiencia, sea depresión, ansiedad y esquizofrenia, permiten profundizar más allá de su caracterización biológica en el proceso de ajuste holístico de la persona. Dicho proceso, no obstante, dista mucho de ser armónico, por el contrario, es profundamente disruptivo, una experiencia de quiebre de la persona y su mundo que, en ocasiones encuentra salida en expresiones de agresión y violencia que conducen en distintos casos al rechazo y aislamiento de la persona.

*El tener esquizofrenia siento que me cerró las puertas porque cuando voy a alguna empresa a solicitar trabajo no me lo dan, cuando comento con las personas de mis consultas y de mi medicamento que tengo que estar yendo a traer pues no me dan trabajo. También me ha traído la pérdida de amistades porque no todas las personas que convivían conmigo me hablan, a veces me hacen a un lado. Yo intenté acercarme y me dicen que ya no me hablan, ya no conviven conmigo porque mi mamá les dijo que yo agredía y a ellas les da miedo que yo las agrede. Yo les expliqué que no soy capaz de agredirlas, a menos que ellas me agredan, me insulten, entonces pues lógico que yo me voy a defender como cualquier persona lo haría. Si la quieren humillar, la quieren agredir, insultar, lógico que uno tiene ese derecho de defenderse. Actualmente tengo dos que tres amigas, pero ya no como antes. Antes yo sentía que todo mundo era mi amigo, mi amiga y ahora ya no.*

*Antes de la esquizofrenia yo era tranquila, era amable, era feliz, era vanidosa, con todos convivía, con todos reía, con todos platicaba, los sentía cerca y ahora no, ahora platico con ellos [las personas] y luego luego se orillan de mí, se van, me dejan con la palabra en la boca. Me dejan hablando y yo me siento, así como muy despreciada, como olvidada. Entonces ahora me siento, así como con ganas de ya no convivir con nadie para evitar esos desprecios, que me orillen a un lado (Tadea, 37 años, Alfajayucan).*

Esta situación de rechazo podría considerarse menos marcada en las historias de quienes atraviesan por depresión y ansiedad, sin embargo, lo que podemos observar son matices en cuanto a la expresión del rechazo. Basta recordar el momento en que Julieta narra que su esposo le dice que sólo se hace tonta y al no estar cumpliendo con su rol de

mujer y esposa, la amenaza con buscarse a otra. Incluso Victoria quien dice sentir una mayor comprensión por parte de su esposo frente a la depresión que experimenta por la muerte de su hijo, narra como en una ocasión su esposo le dice que sólo va a perder el tiempo, a hacerse tonta, además de reprocharle que no tiene la comida lista cuando el vuelve del trabajo.

Es decir, entre quienes presentan un diagnóstico de depresión las expresiones de rechazo y principales cambios que se observan en las relaciones y vínculos que se establecen se asocian al bajo estado de ánimo y la asistencia al médico que obstaculiza desde la perspectiva de los otros, principalmente sus parejas, el cumplimiento de su rol de género. A diferencia de la esquizofrenia cuyo rechazo se desprende directamente de la sintomatología que caracteriza la enfermedad, el juicio sobre la conducta de la persona y la exacerbación de síntomas que pueden derivar en agresiones físicas y verbales en periodos de crisis.

*Mi esposo nunca me apoyó. Cuando yo quería que él me apoyara en esa situación, cuando yo padecí eso[depresión], él nunca estuvo ahí, por eso dije: '¿por qué me voy a preocupar?, que se vaya de una vez [la abandonó y volvió años después]. Él sabe que vengo a mis consultas, pero no cambia. Mis hijos sí, ellos como que te ponen un poco más de atención porque cada quien anda por su rumbo, casi nadie se interesaba en nadie. Claro sí nos llevábamos bien, pero hasta ahí, nunca decía: '¿cómo te fue?, ¿qué te dijo el médico?, ¿estás bien o no estás bien?' También mi mamá veo que ha cambiado, la he invitado acá [Clínica de Contención de la Depresión], vino una vez, pero hasta ahí. Ha cambiado ahora ya me dice que cuando voy a ir o si voy a ir temprano a la casa y cuando llego ella siempre me saluda con un abrazo y un beso y antes no. Lo que nunca de los nunca, yo recibí un cariño de ella (Malena, 48 años, depresión).*

Recordemos que el comportamiento y expresión que adopta la sintomatología se asocia en gran medida a la intervención de entendidas sobrenaturales, principalmente demonios, prácticas de brujería, castigos por una falta cometida. En ninguno de los dos casos, dicho rechazo es una práctica que pueda ser generalizable, ya que igualmente se identifica un sentimiento de preocupación compasión, empatía y solidaridad en algunos integrantes del núcleo familiar y del grupo hacia la persona afectada.

*Sólo Dios sabe lo que le haya destinado a mi hermano porque pues cuando era chico era un niño bueno, desde cuando ya fue joven y ya de cuando se juntaron, pues todo seguía igual, vivían felices [su hermano y su cuñada], hasta que de*

*repente vimos lo que pasaba y se separaron, es larga su historia (Martina, 50 años, hermana – Dx esquizofrenia)*

Es así como he sostenido a lo largo del presente documento que es en la experiencia del padecer mental donde la dimensión afectiva, el dolor, la sospecha, el temor, la angustia y la propia alteración de la realidad, del mundo vivido constituyen tanto el núcleo de una crisis de significado subjetivo que subyace al padecimiento, que a lo largo del proceso de enfermedad en algunos casos conduce al desarrollo de recursos y estrategias que, a su vez, permiten al sujeto enfrentar una circunstancia dolorosa, adversa o desafiante orientándose hacia el restablecimiento del orden perdido y de su autorreconocimiento. Como un proceso de reconfiguración del sujeto a través de una reafirmación positiva posibilitado por la relación con lo divino, así como por la autorreflexión sobre sí mismo y la historia de vida, el cuestionamiento de normas y valores, además de los vínculos emocionales establecidos con quienes pasan por la misma experiencia como en el caso de quienes asisten a la Clínica de Contención de la Depresión.

*Es muy bonito aprender, pues dice la Biblia también que dichoso aquél en el que “Dios aplica” o “Dios disciplina a los que ama” y que bueno que a mí me disciplinó porque yo andaba muy mal. El creerse mejor que el otro, el pensar que tener un carro es lo máximo, que uno se puede creer mejor y humillar a los demás y cosas así y pues no debe de ser así. Debe de ser uno humilde yo pienso y siento que lo que pasó fue para bien, no fue para mal, Dios nunca se equivoca, él sabe por qué lo hizo, algún motivo (Javier, 39 años, depresión).*

\*\*\*

*Yo creo que me estoy convirtiendo en mejor persona porque antes espiaba, tocaba, y eso no era bueno, ya lo he estado cambiando por algo que sí realmente es bueno. Más comprensión y tolerancia a las personas, el ser menos violento, porque antes me violentaba muy rápido y entonces todo eso lo he tratado de controlar para no meterme en problemas con la gente porque la gente me busca, pero si yo caigo pues me provocan y puedo caer en un problema y recaer otra vez en la enfermedad, entonces necesito saber controlar mis emociones.*

*He tomado talleres de oración y vida, aprendí mucho de mi vivencia, ¿qué es lo que hay detrás de mí, de cada situación?, ¿qué quiere decir Dios detrás de esto?, ¿qué hay detrás de todo esto? Es leer la biblia y ver qué me dice Dios a través de la Biblia en cada versículo. Uno aprende a orar y lo que es vivir de acuerdo con el mensaje de la asociación, que un padre lo da por medio de una grabación o por medio de una hoja. Me estoy cultivando espiritualmente y académicamente, de las dos. Si es de por vida, pues ya qué digo, ya ni modo, como dice una oración de abandono: ‘Padre, en tus manos me pongo’. O sea, me pongo en manos de Dios.*

*Haz de mí lo que quieras, Dios va a hacer de mí lo que él quiera como el alfarero hace con el barro. Haz de mí lo que quieras, por todo lo que hagas de mí, te doy gracias. Por todo lo que haga de mí de ahora en adelante, le voy a dar gracias (Ramiro, 36 años, esquizofrenia).*

\*\*\*

*Hoy aprendí que soy valiosa, a quererme mucho, a hacer lo que me haga feliz, que la violencia verbal no me dañe, a darme y dar amor (Aurora, 65 años, depresión)*

Por otro lado, como señalé en el capítulo anterior, Rivera (2006) analiza a la migración como un proceso social que ha logrado transformar el orden de género en la esfera comunitaria al suscitar una serie de conflictos y renegociaciones alrededor de las tareas y roles femeninos y masculinos. Si bien, la autora pondera la dimensión pública identificando un cambio en la percepción de la asistencia y participación de mujeres en las asambleas que antes se rechazaba por considerarlas discusiones sobre temas políticos que quedaban fuera de su comprensión o en faenas de las que antes se excluían por considerar que superaban la fuerza que ellas poseían por naturaleza. Mientras que actualmente cada vez más mujeres van siendo reconocidas bajo el estatus de ciudadanas.

A la luz de lo anterior, en este trabajo postulo al proceso de salud-enfermedad-atención con relación al padecer mental como un detonante de un proceso de cuestionamiento del sistema sexo-género que tienen lugar a nivel de la experiencia intersubjetiva de quienes atraviesan por un padecer mental derivado del proceso de reflexión y resignificación de sí mismos y de su experiencia de enfermedad que llega a extenderse hasta la reformulación de las tareas y roles de género, así como de su autopercepción y posicionamiento frente a los otros (entre pares, frente al otro y al grupo

social de pertenencia). Dicho proceso, aunque ocurre en mayor medida entre quienes asisten a la Clínica de Contención de la Depresión, no es exclusivo de tal entorno.

*Yo en lo personal digo, tanto tiene el mismo derecho un hombre o una mujer, pero yo tengo un familiar cercano, solamente es un hombre y dos mujeres. Entonces al hombre le dieron estudio, es ingeniero, él ya es dueño de la casa, ya sus papás le dijeron tú eres el dueño de la casa y de los terrenos. A una de las hijas le dijeron: 'pues tú no tienes nada, tú te vas a casar y te vas a ir'. La más chica, pu's igual, te damos la prepa, te casas y te vas. Y dice el hijo mayor: 'si llegan a los 30, 35 años y no se casan van pa'fuera, yo no sé, porque pues ya es mi casa' Entonces yo eso lo veo muy mal. Yo digo que tanto las niñas tienen derecho de que sus papás les dijeran: 'ten este pedacito de tierra, haz tu cuartito, te cases o no te cases es tuyo, vas a vivir o lo vendes, a ver qué le haces, pero ahí tiene tu lugar. Entonces yo como hija tengo que casarme antes de los 30 porque si no, qué voy a hacer y pues yo no estoy de acuerdo (Octavia, 43 años, depresión)*

En el caso de las mujeres, igualmente, me parece que es un proceso favorecido por la asociación que tradicionalmente se establece entre estas y la dimensión del cuidado, de manera que sus acciones postuladas desde el autocuidado encuentran un espacio de expresión y legitimidad. No obstante, es importante ser prudentes en la valoración de la situación, ya que siguen persistiendo en varios casos, algunas limitantes como la dependencia económica, de manera que aun cuando deseen y lleguen a participar en excursiones, sesiones de ejercicio, yoga, actividades culturales y políticas fuera del ojo masculino vigilante en las que muchas veces sólo se acompañan de amigas.

Dichas salidas y actividades están delimitadas por la disponibilidad del recurso económico para cubrirlas, lo cual, a su vez las impulsa a generar estrategias económico-productivas para obtenerlo (venta de productos de catálogo, bordados, ropa y accesorios elaborados por ellas mismas, comida, lavar ropa, trabajo doméstico, etc.). Como una situación que, al final, igualmente, juega a favor de este reposicionamiento y ganancia de autonomía y autoestima. Asimismo, un segundo elemento que refuerza el rol del padecer

mental como ese momento de crisis de la presencia de la persona a partir de la cual tendría lugar un proceso de reconfiguración intersubjetiva lo constituyen la Clínica de Contención de la Depresión.

Por otro lado, encontramos la propuesta de Jimeno *et al.* (2019), quienes, a partir del análisis de la experiencia de masacre acontecida en el sureste colombiano, el consecuente desplazamiento y reconfiguración social identitaria del pueblo nasa, sostienen una lectura del carácter performativo de las emociones en su articulación a procesos cognitivos y la acción política en torno de la experiencia de la persona ante eventos traumáticos de la que surge el concepto comunidad emocional. De acuerdo con Jimeno y Macleod (2014 en Macleod y De Marinis, 2019, p. 14) una comunidad emocional:

Se produce en el proceso de narrarle a otro, atestiguar para otro, un sufrimiento vivido y lograr que el otro se identifique en ese sufrimiento a través de un relato, una narrativa. A veces es una narrativa escénica, a veces es una narrativa ritual, a veces es una narrativa política. Lo que argumento es que esa narrativa política adquiere verdadero efecto cuando construye comunidad emocional. Es decir, cuando el dolor de la víctima no queda particularizado en la víctima, sino es extendido a otras audiencias que permiten identificar y conmoverse profundamente y que eso es un vínculo político, no simplemente una compasión momentánea, sino que se traduce en un vínculo político que puede ayudar a acciones reivindicativas: en pro de encontrar justicia, en pro de castigar a los culpables, en pro de saber qué ocurrió, en pro de la verdad, en pro de que las víctimas sean reparadas de una manera integral.

Si bien su análisis prioriza la dimensión política en el marco de procesos que conducen a la demanda de justicia y acciones reivindicativas a partir del establecimiento de una solidaridad hacia la víctima y el reconocimiento de esta última, de su pertenencia a un mismo grupo a partir de un régimen emocional. Para efectos de este trabajo rescato la referencia a las emociones como “actos relacionales, imbricados en la estructura

sociocultural y no tan sólo como sentimientos personales” (Jimeno *et al.*, 2019 en Macleod y De Marinis, 2019, p. 34).

En el caso de las mujeres del Mezquital diagnosticadas con depresión y ansiedad que participan en la Clínica de Depresión podemos observar la circularidad a la que hace referencia Jimeno (2019), que adquieren las emociones en el marco de un proceso de acción restaurativa llevado a cabo por la persona. El proceso de dolor, sufrimiento, tristeza y coraje compartido mediante sus narrativas, sus testimonios de vida a lo largo de las sesiones educativas les permite, no sólo resignificar la experiencia como parte de su historia personal, sino trascender esa esfera individual del padecer para conectar con una “otredad” que está realizando el mismo proceso de sanación-restauración y con aquellos, en este caso, el médico y yo, así como los integrantes del equipo de salud que han participado en alguna de las sesiones. Con quienes, pese a no compartir el mismo proceso restaurativo de la experiencia de padecer mental, se establece una conexión que trasciende el sentido de una simple compasión y en muchos casos acompaña acciones que buscan favorecer su reconfiguración subjetiva y reposicionamiento social.

En este pasar de lo subjetivo a lo colectivo, en línea con la propuesta de Jimeno *et al.*, (2019) sostengo que, en el caso del Mezquital, la Clínica de Contención de la Depresión se erige como ese espacio de lo social y lo intersubjetivo que favorece el establecimiento de vínculos emocionales entre sus participantes, a partir de la expresión narrativa de la experiencia de enfermedad, los cuales bajo determinadas circunstancias y con una durabilidad y extensión espaciotemporal variable y diversa permite la comprensión emocional del sí mismo en el reflejo del otro.

La emergencia sanitaria a causa del virus SARS-CoV-2 que tuviera su origen en Wuhan, China en 2019, en el caso de México derivó en la suspensión de actividades esenciales y el establecimiento de diversas medidas sanitarias entre ellas una Jornada de Sana Distancia con el consecuente confinamiento social y suspensión de reuniones sociales, obligaron a realizar una pausa en las sesiones de la clínica. Sin embargo, es importante mencionar que sus participantes desde 2017 habían encontrado en los recursos digitales de mensajería instantánea, particularmente WhatsApp, una manera de mantener y reforzar esos lazos y sentido de comunidad, de grupo, que han logrado perdurar al menos al 2022, año de escritura del presente trabajo.

Finalmente, un aspecto relevante que cruza toda la experiencia es el hecho de que desde la perspectiva de quien vive el padecimiento, aunque se reconozca su prolongada presencia en el tiempo, el modelo explicativo local no excluye la posibilidad de mejoría, sanación entendida como la aceptación y adaptación a la nueva condición que implica el posicionamiento de la enfermedad "dentro del tiempo y el espacio de la biografía personal" (Iacob, 2011), así como la idea de recuperación de las capacidades, del sentido y equilibrio perdido.

La depresión yo diría que han sido partes bajas y altas. Las altas porque el medicamento y platicar con el doctor me ha servido de mucho, pero, por otro lado, me siento sin ganas de hacer nada. Mi vida sería diferente, como antes cuando era yo niña que me sentía una persona normal. Antes, de hecho, todavía miro a la gente que va caminando y como que siento que se sienten bien, no sienten lo que yo siento. Antes yo era muy alegre, me gusta convivir mucho con la gente, ahora ya no, siento que soy bien enojona, que no tengo ganas de vivir y que cualquier cosita me hace llorar. Me gustaba mucho hacer costura, ejercicio, ahora ya no, ya perdí interés en todo eso, simplemente ya no me dan ganas. Yo lo único que pienso es que le estoy echado ganas y hay momentos que sí me interesa venir por mis pastillas, pero sé que me falta que le eche más ganas en las cosas que a mí me gustaban hacer para retomarlas (Ana, 40 años, depresión)

Es así como las personas experimentan un proceso de redefinición con relación a tres dimensiones: sentido de sí mismo, sentido de conexión y sentido de objetivo (Jenkins, 2004).

*Ahora me siento muy bien, trabajo nunca me falta, tengo muchos amigos, muchas amistades y pues quisiera pensar que soy muy afortunado. Mis hijas vienen a visitarme. Soy congraciado porque creo que me ha conestado mucho lograr las cosas, pero al final de cuentas las he tenido. Ahora le soy honesto, tomo la vida como viene, me gusta hacer la fiesta, andar activo, tanto que la preocupación pues no, los problemas ya no los tomo como antes. Hasta panzón me he hecho. He aprendido a sobrellevar la vida. Muchas veces me daba por tomar, por agarrar el vicio del alcohol y ya no asistía al trabajo, tuve muchos problemas al grado que me decían no puedes entrar a la casa por bebedor, 'pero es mi propia casa' y todo eso me hizo ir cayendo y ahora ya aprendí que el alcohol me lo puedo tomar yo a él, pero él a mí no. Eso me ha dado más deseos de vivir y de echarle ganas. Salí de mis problemas económicos, me hice de otra casa, compré mis tierritas, tengo mi ganado. Todo era un caos para mí, había vendido todo y ahora que me siento bien, me gusta ser fiestero, me gusta bailar, me gusta disfrutar, yo sé que vida tenemos una y lo que más me agrada es servir, sentirme útil. Ahora he notado que me he hecho más sensible al dolor ajeno, anteriormente era una persona muy ruda, inalcanzable, poderoso y como siempre tuve la fortuna de ser el encargado de las personas, me sentía superior que los demás y cuando me caí sentí horrible (Cayetano 50 años, depresión).*

En aquellos casos en que el padecimiento se considera como castigo o prueba del amor de Dios, la mejoría trae implícita, por ende, la aceptación de Dios en la vida de la persona. El discurso religioso exige la transformación individual-espiritual derivada de la aceptación y reconciliación con la situación de enfermedad, con el yo y la divinidad:

*Cuando me dijeron que tenía esquizofrenia me sentí bien pensé que lo sabían controlar, curar y me puse feliz. De hecho, sí tardó mucho en hacerme efecto la medicina, pero empecé a sentirme más relajado, a borrarle todo eso de la cabeza de que me hacían daño y empecé a sentirme muy tranquilo, muy relajado. Ya no empecé a sentir ardor, comezón, mucha presión, preocupación, de mal humor, miedo, temor. Así que dije, me tomo todo lo que sea con tal de que me cure y me empecé a sentir más feliz conmigo mismo. Ya no siento miedo, ya no siento que están detrás de mí, ya no siento mucha presión, estaba, así como desesperado, por ver qué pasa, cómo me curo, cómo puedo estar como antes, una persona relajada, bien y, empecé a sentir los cambios y me empecé a sentir bien (Jerónimo, 35 años esquizofrenia).*

## Consideraciones Finales

A lo largo del presente trabajo he buscado dar cuenta del padecer mental como una experiencia que coloca al centro de la discusión la doble constitución de la persona, la biológica y la sociocultural, así como la oposición del modelo explicativo biomédico criticado, principalmente, por privilegiar la adopción de un enfoque biológico reduccionista, frente a los modelos explicativos locales que desde una perspectiva sociocultural reivindican el papel que juegan los factores sociales y simbólico-culturales en la configuración del padecimiento mental.

Es así como pese a la exclusión de los factores de orden social, cultural, histórico y político en la configuración de la enfermedad y sus condiciones de producción o emergencia, en este trabajo he mostrado la manera en que estos elementos operan como determinantes del carácter multifactorial de la enfermedad y la experiencia del padecer teniendo que las personas afectadas por un trastorno mental constituyen sujetos encarnados tanto física como socialmente. Una doble constitución que no puede reducirse ni encerrarse en los límites de una neurobiología de la personalidad o biología del individuo (Ehrenberg, 2009; Vidal, 2009).

Si bien, con el desplazamiento del alma hacia la mente-cerebro como su espacio de residencia se establecería un dualismo entre materialidad (cuerpo) e inmaterialidad (razón) con la consecuente separación entre sujeto racional y mundo sensible, que a su vez marcaría un distanciamiento del sujeto respecto de su cuerpo construido como algo que se posee, que aporta materialidad, pero no así estatus ontológico.

El cerebro quedó representando la única posibilidad del ser y, por ende, de las cualidades o características positivas y negativas del sujeto, de tal manera que conocer a este último equivaldría a conocer el papel del cerebro en su desarrollo y capacidad de acción. Fue entonces que las antiguas facultades del alma pasaron a ser facultades cerebrales y el cerebro de ser una totalidad de localización concreta, pasó a ser diseccionado y significado, lóbulos, módulos y hemisferios con funciones específicas y atribuciones de racionalidad, inteligencia (hemisferio izquierdo) versus, sensibilidad, emocionalidad, (hemisferio derecho).

No obstante, las historias de los hombres y mujeres de esta región son una clara muestra de la manera en que tales atribuciones y construcciones de categorías como la de feminidad (emoción) y masculinidad (razón) constituyen constructos permeados por un sistema de valores y representaciones sociales. Es decir, que el yo, genético, cerebral, racional, siempre se verá cruzado en su personificación por la cultura y la intersubjetividad como conjugación de sus distintas dimensiones. Su cualidad ontológica va más allá de su constitución física orgánica por lo que la existencia del sujeto no puede reducirse ni encerrarse en los límites de la biología.

La lectura biologicista de la realidad, como sostienen Ortega y Vidal (2007) favorecería la configuración de la figura de un sujeto cerebral-neuronal desde el núcleo más duro de la psiquiatría, respaldada en la ideología dominante de un tipo de sociedad particular emergida de un proceso de industrialización, modernización, que configuraría un “yo” individual, racional, autónomo, volcado hacia su interioridad, descontextualizado, ajeno a lo social, científico, fisiológico, cerebral, contenido en sus afectos y sujeto a los

principios de productividad, utilidad y funcionalidad dictados por la lógica de mercado. Una lógica bajo la que el sujeto enfermo adquiere el estatus de improductivo, disfuncional, discapacitado, irracional, dependiente, dominado por un pensamiento colmado de falsas creencias y una lógica mágico-religiosa.

Hablamos aquí de un sustrato psíquico, de un mundo interior como ese referente existencial e identitario cuya regulación quedaría a cargo de los saberes *psi* como modeladores de prácticas y discursos generadores de subjetividades. El sujeto, como explica López (2016) dejaría de ser resultado de las pasiones del alma para convertirse en producto de la biología del cuerpo, de una dinámica interna. Una vida profunda e interior para la que “se construyó una entelequia llamada yo. Un yo profundo y saturado que se convertirá en el centro de los discursos *psi* y que marcará el rumbo de la vida de los sujetos: sus identidades y sus maneras de relacionarse con lo interior de los conjuntos sociales” (Abramowski, 2010 en López, 2016, p. 539).

No obstante, el ser profundo de los habitantes del Valle del Mezquital es un ser que nace y se realiza en comunidad, dentro del colectivo, es decir, siempre en relación con el entorno, persona y cosmos constituyen una totalidad integrada de manera que los procesos de salud-enfermedad se ven cruzados por fuerzas y factores orgánicos, sociales, simbólico-culturales y estructurales que adquieren una expresión particular, un sentido y significado como parte de la experiencia a nivel subjetivo, que es necesario tomar en cuenta.

En la región del Mezquital persiste un sistema médico híbrido, un pluralismo médico, que sitúa a quienes han sido diagnosticados bajo las categorías psiquiátricas de depresión, ansiedad y esquizofrenia frente a un proceso de negociación entre modelos explicativos alrededor de su experiencia de enfermedad, así como de su propia subjetividad

en oposición a este sujeto cerebral-neuronal como la figura que subyace al esquema biomédico psiquiátrico que está detrás del Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental implementado en la región.

Es así como a través de este trabajo se retrató, igualmente, la articulación de los distintos modelos de atención, especialistas, prácticas, saberes y conocimientos alrededor de la experiencia de depresión, ansiedad y esquizofrenia, así como los procesos de confrontación, negociación y/o colaboración que tienen lugar entre estos. Donde la emergencia del padecimiento y la introducción de nuevas categorías lingüísticas para aprehender y darle sentido a la vivencia de la persona que ha impulsado el avance de la atención médica institucional toman lugar como parte del proceso de adaptación-desadaptación más amplio al que se haya sujeto el sistema cultural *hñähñu*, teniendo que

sus componentes simbólicos se ven modificados a lo largo de este proceso, desechando elementos viejos y adoptando otros nuevos, a la manera del caleidoscopio, ese “instrumento que contiene también sobras y trozos, por medio de los cuales se realizan ordenamientos culturales” (Levi-Strauss, 1992, p. 61 en Ramírez, 2018, p. 138)

La figura del sujeto que las experiencias aquí descritas sustentan corresponde más a la lectura que Galinier (2009) propone como un sujeto cosmológico otomí caracterizado por la articulación sujeto-cuerpo/sociedad/cosmos que no se encierra en los límites de un cuerpo físico ni remite a un cuerpo individual. Por el contrario, desde esta perspectiva, el mundo dentro del sistema de pensamiento y médico otomí constituye un macroespacio humano en el que la naturaleza aparece como portadora de una fuerza universal distribuida en todos los sujetos, objetos y entidades existentes, mientras que la persona se sitúa como un cosmos en miniatura. De lo que se desprende que la experiencia del padecer mental,

como se postula en este trabajo, remitiría a un derrame de fuerza descontrolada más allá de la persona misma, en su integración o relación como totalidad con su entorno (mundo/cosmos).

Más allá de que la anterior visión ya representa un desafío para la integración y el abordaje de la experiencia del padecer mental en el marco de lo que podría denominarse una intersubjetividad cósmica (relación de reciprocidad con el entorno) (Martínez-Hernández, 2018). Es una realidad que, como señala Hacking (2001), mantenerse en esta polarización dicotómica (biología/real/esencialismo versus cultura/construido/nominalismo) conduciría por otro lado a ignorar el hecho de que las clasificaciones no son absolutas, sino que siempre generan nuevo conocimiento respecto del sujeto, de su actuar, de su mundo, de quienes le rodean y de las relaciones que establecen entre estos.

En cuyo caso deberíamos reconocernos más ante el desafío de comprender el proceso de enfermedad como una constante negociación y reformulación al que se haya sujeta nuestra noción de realidad haciendo necesario replantear la consideración y discusión de las diversas dimensiones que cruzan el fenómeno del padecer mental. A fin de generar un nuevo espacio de diálogo que se oriente más a la configuración de un nuevo ámbito de discusión que priorice una perspectiva de análisis más abierta y dinámica, que además deje atrás la persecución de nociones absolutas y universalistas (Hacking, 2001).

En este sentido los relatos de vida de este sector de pobladores de la región del Mezquital que se reconocen afectados por un padecimiento mental ponen sobre la mesa la apremiante necesidad de reconocer, comprender y respetar los valores, el sistema cultural y las prácticas que de este se derivan como parte de la atención médica y de la integración de un sistema sanitario más adecuado, con real pertinencia cultural.

A la luz de lo anterior es que propongo una lectura de su experiencia de enfermedad en términos de una crisis de significado e indeterminación que atraviesa la persona, de carácter transitorio, influida por factores y estructuras de orden social, cultural, histórico y político-económico. Donde el momento de crisis se identifica por un punto en la historia de vida en que los sujetos, normas y relaciones que previamente se presentaban y eran aprehendidos por ellos como claramente determinados, diferenciados y dotados de un sentido y particular significado, de manera abrupta, pierden toda determinación generando las condiciones de posibilidad para la producción de un nuevo orden de sentido y subjetividad desde el padecimiento mental.

no todas las cosas que hoy son tan insignificantes merecían llegar a serlo, y, en todo caso, la «insignificancia» y la «importancia» no pertenecen a las cosas en sí mismas, y se pueden distribuir de distinta manera en la trama de la realidad conforme a ciertos «problemas presentes» que nos inducen a elegir el «pasado importante» (De Martino, 1999, p.14)

Cuando el padecer aparece hemos visto como las personas iniciaron un proceso de reconstrucción subjetiva de lo que había sido su historia de vida hasta entonces, a fin de lograr situar dicha experiencia de enfermedad presente y convertir la que fuera hasta entonces una “mera experiencia” en “la experiencia”, desde la cual, eventos, pensamientos, conductas y relaciones reaparecían como esos puntos de familiaridad biográfica que Jenkins (2004) identifica en su trabajo con pacientes con esquizofrenia, como todas aquellas situaciones y sucesos cotidianos a los que la persona apela para lograr una comprensión del nuevo fenómeno (padecer) que hasta entonces aparecía como el menos comprensible o desconcertante.

Como parte de este proceso encontramos referencias a experiencias de carencia en la infancia, de rechazo, de abandono, historias de abuso y violencias, procesos de duelo no

resueltos, accidentes, el cuestionamiento sobre lo que ha sido la propia vida y la conducta en el marco de la relación con la divinidad, el desbordamiento emocional y la vivencia espacio-temporal de los tránsitos migratorios como dispositivos que permiten a la persona dar lugar y sentido a su experiencia desde un carácter más social-cultural, el cual no significa sea ajeno a su aspecto más orgánico.

Tengamos presente que todos en algún punto de su trayectoria de atención buscaron acercarse a servicios médicos incluso psicológicos, más allá de la consulta a especialistas tradicionales o medicina alternativa y la propia recepción del diagnóstico médico. Este último, a pesar de que en muchos casos no se logra entender en su totalidad, representó para todos, un alivio a la angustia y sufrimiento que estaban experimentando. Como sostiene Fitzpatrick (1990) el propósito de la consulta es buscar alivio al dolor y recobrar el bienestar perdido convirtiendo al profesional en un respaldo, un recurso del cual disponer para influir sobre las inseguridades respecto del problema de salud en cuestión. Como en el caso de Julieta cuando nos narra lo que representa la relación y diálogo que mantiene con su psicóloga.

Por otro lado, pudo conocerse la forma en que la implementación de un servicio orientado a atender de manera particular los problemas de salud mental de la población respondió más a causas estructurales y cuestiones de política pública, ya que si bien, incluso el personal médico que participa en los núcleos básicos externaba que en la región previo a la entrada de este servicio había una importante necesidad de atención. Ante la pregunta sobre los registros previos, las estadísticas que daban cuenta de esta necesidad o demanda de atención de problemas de esta índole, todos coincidieron en mencionar que no

había un registro previo ni habían atendido un padecimiento de este tipo antes de ser asignados al NBSM.

Vale la pena recordar lo mencionado en el tercer capítulo de este trabajo acerca de que Hidalgo no figuraba entre los Estados con mayor número de pacientes internados en “La Castañeda” como el argumento de justificación para aperturar en la zona uno de los hospitales que permitiría el desahogo del Manicomio General. Lo cual en sí mismo, sugiere una veta interesante de análisis posterior, por qué en Hidalgo, por qué en ese terreno, cómo se da el proceso de compra-venta y construcción de dicho Hospital, cuáles fueron los intereses y actores políticos clave involucrados en el proceso de su nacimiento. Por lo demás, podemos considerar que efectivamente, ya desde la época prehispánica, Aguirre Beltrán (1994) identificaba a la angustia no sólo como una capacidad orgánica, sino como un elemento contextual detonado por una situación que la persona experimenta como amenazante para su existencia y frente a la cual se percibe impotente.

Si bien, en el caso del análisis de Aguirre (1994) se remite al proceso de colonización, los relatos aquí revisados impulsan la reflexión respecto a los distintos elementos contextuales que permiten en el caso del Mezquital, identificar el interjuego en que entran los códigos culturales como parte de la definición de situaciones de riesgo, de las categorías de anormalidad y normalidad, salud, enfermedad, pero también de la capacidad de la persona para gestionar y dar respuesta (individual y social). De tal modo que la angustia misma puede fungir como un instrumento cultural que participa del orden social, en tanto que “los remedios aculturativos, el sincretismo, la reinterpretación, la asimilación de lo nuevo, tardan en producirse y mientras tanto los impulsos emocionales adquieren fuerza, ejercen presiones dolorosas y demandan alivio” (Aguirre, 1994, p. 122).

Entendida la presencia como una realidad dinámica, un devenir del ser en el mundo, la crisis de la presencia aparece como la posibilidad de no-ser expresada, “es la pérdida de la distinción entre sujeto y objeto, entre forma y materia, entre pensamiento y acción (Martínez-Hernández, 2018, p. 137) de la conciencia del yo y del control de los actos a partir de un suceso determinado que impacta la presencia haciéndola entrar en un constante proceso de disolución o desmoronamiento respecto del mundo. De tal manera que en tanto se mantengan como espacios o entidades indiferenciadas, no sólo estaría en juego la pérdida de la persona sino del mundo como conjunto de normas y referentes sobre los cuales se edifica el sujeto.

Desde esta perspectiva, el padecer mental representaría ese momento-espacio de fragilidad de la presencia/existencia, el riesgo permanente de la persona para ser en un mundo que comienza a resultar amenazante para ella. El curso de la enfermedad entre los pobladores del Mezquital, lo veríamos corresponderse con el proceso de lucha constante por la reconstrucción y comunicación de significados que hasta entonces era compartidos, pero para el caso de quien ha enfermado, han dejado de darse por sentados como ocurre con los demás sujetos, desatando un proceso de reorganización de su experiencia como totalidad (Jenkins, 2004).

En este andar, la principal posibilidad de recuperación vendría dada, en gran medida, por el proceso de redefinición de la distinción o frontera entre presencia y mundo hasta entonces desmoronada, entendiendo a ambos como “elaboraciones posibles” y no “realidades dadas” (Martínez-Hernández, 2018).

en ese tipo de marcos ontológicos la garantía de la presencia, así como la salida de la crisis, se produce mediante la subjetivación de un mundo llamado a colaborar y

no a través de la objetivación naturalista de los diferentes seres (Martínez-Hernández, 2018, p. 154)

Si bien no podemos ignorar el reiterado señalamiento que insta a no confundir curación con recuperación en el campo de la salud mental, en línea con la propuesta de Shepherd *et al.* (2008), las narrativas de las y los pobladores de la región muestran que hablar de recuperación sí es hablar de la capacidad y el derecho de las personas para construir sus proyectos de vida con sentido y satisfacción asumiendo de manera continua, que no lineal, un mayor control sobre sí mismas y su vida, sobre su relación con el entorno, donde la esperanza, la confianza en la posibilidad de transitar ese proceso, de tomar distancia de la enfermedad, el desarrollo de recursos personales y sociales, además de la posibilidad de continuar desempeñando un rol social en su comunidad se vuelven aspectos fundamentales.

Del mismo modo, que el proceso de reflexión, resignificación, así como la generación de vínculos socioemocionales que vemos aparecer tanto en sus relatos como al interior de la Clínica de Contención de la Depresión dando cuenta del carácter que adquieren “los procesos de subjetivación e intersubjetivación como aquellos que brindan un horizonte cultural habitable para la presencia y su rescate ante una posible crisis” (Martínez-Hernández, 2018, p. 141).

La posibilidad de recuperación nunca ocurre en solitario. El padecimiento mental se convierte en ese dispositivo que da paso a una reintegración de la persona mediante el disciplinamiento (esquizofrenia) o la restauración del ser (depresión-ansiedad) hacia un nuevo orden y equilibrio donde los acontecimientos, situaciones, sujetos, objetos y demás elementos que conforman el mundo de la persona en su doble dimensión (social-personal)

importan no por sí mismos, sino por la forma en que se viven y son significados. El sujeto constituye una unidad de análisis desde su carácter más individual expresado a través de su experiencia, así como en tanto miembro articulado al sistema sociocultural de su grupo de origen, con relación al cual también establece una relación vivida y pone en marcha formas de negociación de su condición de sujeto como parte de un sistema social estructurado y jerárquico.

La crisis que marca el inicio del padecer mental, caracterizada por una fuerte angustia existencial y la recuperación, entendida como ese rescate de la presencia de su situación de crisis, constituyen dos momentos en la vida de la persona que adquieren significado y eficacia al interior del sistema sociocultural en independencia al paradigma biomédico. De ahí que pese a reconocerse en ciertos casos como padecimientos de larga duración, entre los pobladores del Mezquital persiste lo que Hacking (2001) califica como una transitoriedad de la enfermedad mental articulada a cuestiones socioculturales.

Llámesese esperanza o fe en un futuro mejor, todas las personas entrevistadas se expresaron confiadas en volver a estar bien, sentirse y estar mejor no sólo por efecto del tratamiento farmacológico, sino como parte de un proceso de crecimiento personal y espiritual, una reevaluación de la propia vida, de las relaciones, pensamientos y acciones, así como de su propósito de vida.

Si bien Jenkins (2004) atribuye sólo a la esquizofrenia el rol de nexo entre una dimensión médica, moral, económica, política y social, a lo largo de este trabajo, la depresión y la ansiedad aparecen como experiencias igualmente cruzadas por procesos socioculturales, personales e interpersonales al igual que la esquizofrenia. Donde en todos los casos aquí relatados podemos ver a las personas esforzarse cada día por resolver el

conflicto que se ha suscitado entre su yo más interno y el mundo social, cultural y emocional al que se entienden anclados, un esfuerzo constante por permanecer orientados y situados como parte de ese mundo/cosmos en momentos en que la experiencia se ha desorientado.

Un esfuerzo inscrito en la reflexividad como la toma de posición en el mundo, la reivindicación de su derecho a estar en él, que requiere a su vez del esfuerzo adicional para orientarse a pesar y más allá de la aflicción, de la enfermedad (Jenkins, 2004). Hombres y mujeres que sintetizan el espíritu de lucha de todo un grupo con una historia que desde las primeras páginas retrata la constante exigencia de transformación, adaptación y defensa respecto de un exterior que por muchos momentos y en diversas formas siempre ha resultado amenazante.

Aumentar el presupuesto destinado a la atención de la salud mental y revertir las inequidades en materia de recursos humanos, materiales y financieros siguen siendo una valiosa demanda. No obstante, alcanzar los niveles óptimos en estos temas aún dejan de lado la más apremiante necesidad de reformular el paradigma biomédico psiquiátrico y el modelo de atención a la salud mental centrado en la enfermedad, en su genética y neurobiología, más no en la persona, en su historia de vida, en su contexto, sus recursos y estrategias para hacer frente. Así como la esencialización y secundarización de los factores socioculturales que han derivado en un interculturalismo cristalizado en programas y políticas públicas enfocadas a la modificación y desplazamiento de las creencias y prácticas opuestas al modelo biomédico dominante como todas aquellas que integran los modelos explicativos de las personas.

Por el contrario, como sostiene Mato (2009) la interculturalidad debiera fungir como una herramienta para el análisis de las relaciones de colaboración, confrontación y conflicto entre agentes sociales culturalmente diversos no sólo en términos étnicos, sino con relación a cualquier referente que resulte significativo, pero que incluya valores de reconocimiento y respeto mutuo, que a su vez abone al horizonte de humanización, comprensión y escucha por encima de la observación clínica y el diagnóstico sin diálogo, hacia donde debe caminar la actual atención de los problemas de salud mental.

## Referencias bibliográficas

Abrahams, R. D. (1986). Ordinary and Extraordinary Experience. En Víctor W. Turner y Edward M. Bruner (Eds.) *The anthropology of experience* (págs. 45-72). Illini Books Edition. United States of America.

Achotegui, J. (2004). Emigrar en situación Extrema: El Síndrome de Ulises. Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple. *Norte de Salud Mental*, 21, 39-52.

Aguado Vázquez, J. C. (2004) *Cuerpo humano e imagen corporal: notas para una antropología de la corporeidad*. UNAM. Instituto de Investigaciones Antropológicas-Facultad de Medicina. México.

Aguilera Guzmán, R.M., Salgado de Snyder, V.N., Romero, M. y Medina-Mora, M.E. (2004). Paternal absence and international migration: stressors and compensators associated with the mental health of mexican teenagers of rural origin. *Adolescence*, 39 (156), 711-723.

Aguirre Beltrán, G. (1994). *Antropología Médica. Sus desarrollos teóricos en México*. Fondo de cultura Económica. México.

Aisenson de Kogan, A. (1981). *Cuerpo y persona: Filosofía y psicología del cuerpo vivido*. Fondo de Cultura Económica. México.

Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N., y Fábrega, R. (2018). La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e104.

Ambrosio, F. (1982). *Te ngu ra m-ui ra ñaahñu ja rab-atha de rab-oot -ahi. El Sistema de Vida de los Otomíes del Valle del Mezquital*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México (Cuadernos de la Casa Chata; 59).

Arango-Dávila, C. A. (2012). Aspectos conceptuales de la enseñanza de la psiquiatría en Colombia. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 41, 11S-21S.

Arroyo Mosqueda, A. (2001) *El Valle del Mezquital. Una aproximación*. Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Hidalgo. México (Serie Regiones).

Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (1995) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4a edición (DSM- IV). Trad. Tomás de Flores i Formenti, José Toro Trallero, Joan Masana Ronquillo, Josep Treserra Torres y Claudi Udina Abelló. MASSON S. A. Barcelona, España (versión electrónica).

Báez Cubero, L., Moreno, B., Garrett, G. y Fierro, U. (2005). Reconfigurando la comunidad. Efectos de la migración entre los Hñähñú del Valle del Mezquital. En *Memoria Jornadas del Migrante*. (págs. 31-38). Secretaria de Servicios Parlamentarios, Centro de Documentación, Información y Análisis, Dirección de Bibliotecas y de los Sistemas de Información. Palacio Legislativo de San Lázaro. 15, 16 y 17 de marzo. México.

Báez Cubero, L. Garret Ríos, G., Pérez González, D., Moreno Alcántara, B., Fierro Alonso, U. J. y Hernández García, M. G. (Coords.) (2012) *Los pueblos indígenas de Hidalgo. Atlas etnográfico*. Instituto Nacional de Antropología e Historia, Gobierno del Estado de Hidalgo, Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Hidalgo, México.

Báez Cubero, L. y Moreno Alcántara, B. (2012). Organización social y política en Acaxochitlán y el Valle del Mezquital y Economía indígena en el contexto de la globalización. En Lourdes Báez Cubero, Gabriela Garret Ríos, David Pérez González, Beatriz Moreno Alcántara, Ulises Julio Fierro Alonso y Milton Gabriel

Hernández García (Coords.) *Los pueblos indígenas de Hidalgo. Atlas etnográfico*, Instituto Nacional de Antropología e Historia (págs. 147-173 y 175-203). Gobierno del Estado de Hidalgo, Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Hidalgo. México.

Barabas, A. M. (2004) La construcción de etnoterritorios en las culturas indígenas de Oaxaca. *Desacatos*, 14, 145-168.

Barth, F. (Comp.) (1976) *Los grupos étnicos y sus fronteras*. Trad. Sergio Lugo Rendón. Fondo de Cultura Económica. México.

Bartra, R. ([1974] 1984). *Estructura agraria y clases sociales en México*. 7a Ed. Instituto de Investigaciones Sociales/ UNAM. Ediciones Era. México (Serie Popular Era).

Bastide, R. (2005). *Sociología de las enfermedades mentales*. Trad. Armando Suárez. 12ª Ed. Siglo XXI Editores. México.

Bautista-Aguilar, N. (2009). *Salud mental y cultura, Una aproximación al modelo salud-enfermedad hñähñú*, Tesis de Licenciatura en Etnología. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México.

..... (2014). *La experiencia del padecimiento. Trastornos mentales en pobladores del Valle del Mezquital, Hidalgo*. Tesina de Maestría en Ciencias Antropológicas. Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Iztapalapa. México.

Benedict, R. (1934). Anthropology and the abnormal. *Journal of General Psychology*, 10 (2), 59-82.

..... (1934). La antropología y el anormal. Trad. María Guadalupe García y Natalia Cler Pereira. Cátedra de Historia de la Teoría Antropológica, Departamento de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Disponible en [http://ww2.filo.uba.ar/contenidos/carreras/antropo/catedras/hist\\_teoria\\_antropologica/sitio/pdf/Benedict.pdf](http://ww2.filo.uba.ar/contenidos/carreras/antropo/catedras/hist_teoria_antropologica/sitio/pdf/Benedict.pdf)

Belló M., Puentes-Rosas E., Medina-Mora M.E., Lozano R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47 (Supl 1), S4-S11.

Boivin, M., Rosato, A. y Arribas, V. (2004). *Constructores de otredad*. 3a. ed. Editorial Antropofagia. Buenos Aires.

Bourdieu, P. (1997). La ilusión biográfica. En Pierre Bourdieu (págs. 74-83). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Trad. Thomas Kauf. Editorial Anagrama. España.

Bourguignon, E. (1979). *Psychological Anthropology. An introduction to human nature and cultural differences*. Holt, Rinehart and Winston. New York.

Brambila Paz, R. (2000) *La actualidad xhita. Estratigrafía de una fiesta*. Conaculta-Fonca, Instituto Mexiquense de Cultura. México.

Braunstein, N. A. (2013) *Clasificar en Psiquiatría*. Siglo XXI Editores. México (Psicología y psicoanálisis).

Campos Marín, R. (2001) De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia (1860-1940). *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, 1(1), 37-64.

Campos Marín, R. y Huertas García-Alejo, R. (2008). Los lugares de la locura: Reflexiones historiográficas en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría. *Arbor*, 184 (731), 471-480.

Camus, M. (2002). *Ser indígena en la ciudad de Guatemala*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

(FLACSO). Guatemala.

Canguilhem, G. (1971) *Lo normal y lo patológico*. Trad. Ricardo Potschart. Editorial Siglo XXI. Argentina.

Cárdenas-Camargo, I., Rangel-Villafranco M., Cristóbal-Sánchez, G. (2020). Relación del conocimiento ecológico tradicional y desarrollo local sostenible. *Revista DELOS*, 13 (37) Disponible en: <https://www.eumed.net/es/revistas/delos/vol-13-no-37-diciembre-2020/conocimiento-ecologicotradicional>

Caponi, S. (2009). Para una genealogía de la anormalidad: la teoría de la degeneración de Morel. *Scientia studia*, 7 (3), 425-445.

Castillo del Pino, C. (2000). *Teoría de los sentimientos*. Tusquets Editores. España.

Castro, M. y Torres, M. E. (2011). *Pobreza y su representación en el Alto Mezquital*. IV Congreso de Investigación Económica y Políticas Públicas. Pachuca, Hidalgo.

Chuaqui Jahiatt, B. (2001). *Breve historia de la medicina: programa de estudios médicos humanísticos*, Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Claro Moreno, G. y Botho Gazpar, A. M. (1982) *¿Qué somos los maestros bilingües en el Valle del Mezquital?* DGEI-SEP, INI. México (Etnolingüística 1).

*Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10)*. Disponible en <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>

Comisión Nacional de Derechos Humanos (1995). Recomendación 070/1995. México.

Contreras Román, R. H. (2021) Comunidades en espera: la promesa de futuro en el tiempo incierto de la migración mezquitalense contemporánea. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 43, 27-49. <https://doi.org/10.7440/antipoda43.2021.02>

Correa Urquiza, M., Silva, T. J., Belloc Márcio, M. y Martínez-Hernández, A. (2006). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 22, 47-68. (Antropología médica y políticas transnacionales. Tendencias globales y experiencias locales).

Cortés Rivera, D. (2012) La participación de las jóvenes hñähñu en contextos migratorios ¿Continuidad, flexibilidad y/o transformación de las estructuras comunitarias? En María Dolores París Pombo (Coord.) *Migrantes, desplazados, braceros y deportados: experiencias migratorias y prácticas políticas* (págs. 71-108). El Colegio de la Frontera Norte, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, UAM Xochimilco. México.

Cortés Rivera, D., Granados Alcantar, J.A., Quezada Ramírez, M.F. (2020) La migración internacional en Hidalgo: nuevas dinámicas y actores. *Economía Sociedad y Territorio*, XX (63), 429-456. DOI: <https://doi.org/10.22136/est20201557>

Cuche, D. (2002). *La noción de cultura en las ciencias sociales*. Nueva Visión. Buenos Aires (Colección Claves).

Cuevas, M. C., Malpica Jiménez, O.L., Vélez Aretia, E., Corona Reyes, H., Hernández Zambrano, J.A., Morales, M.L., Puig Ávila, J., Sanabria Vargas, P., Ramírez Silvestre, M., Chávez Reséndiz, N., Padilla, A., Cantera Romero, I., Lucio Serrano, R., Francisca Sánchez, R., Becerra, E., Lozada, J. (1992). *El encuentro de los pueblos. Fiestas del Estado de Hidalgo*. Instituto Hidalguense de la Cultura. México.

Cuevas, S. (1989) El estudio de la migración en relación con los procesos migratorios. Esbozo de un modelo. *Salud Mental*, 12 (1), 15-27.

..... (1994) Migración-estrés-salud mental. *Anales. Reseña de la IX Reunión de Investigación*, IMP (Ed.) (págs..50-54) México.

Cruz Cardón, T. M. (2010) *Acciones y estrategias para la revitalización del hñähñu del Valle del Mezquital Hgo.* Tesina para obtener el grado de licenciado en educación indígena. Universidad Pedagógica Nacional. Unidad Ajusco. México.

Cruz Santana, J. J. (2017). El concepto de experiencia en Victor W. Turner, E. P. Thompson y Anthony Giddens: Un diálogo entre antropología social, historia y sociología. *Sociología Histórica*, 7, 345-375.

De Certeau, M. (1993). El lenguaje alterado. La palabra de la posesía. En Michel de Certeau. Trad. Jorge López Moctezuma. *La escritura de la Historia* (págs. 237-256). Universidad Iberoamericana. México.

De Martino, E. (1985). *El mundo mágico*. Trad. Guillermo Fernández y Esther Cóhen. Universidad Autónoma Metropolitana. México. (Colección de Cultura Universitaria Serie/Ensayo 32)

..... (1999). *La tierra del remordimiento*. Trad. Jun Vivanco. Ediciones Bellaterra. España (Serie General Universitaria 2).

Del Barrio, V. (2009). Raíces y evolución del DSM. *Revista de historia de la psicología*, 30 (2-3), 81-90.

Devereux, G. (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barral Editores. Madrid.

Díaz Cruz, R. (1997). La vivencia en circulación. Una introducción a la antropología de la experiencia. *Alteridades*, 7(13), 5-15.

Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro: un análisis del concepto de contaminación y tabú*. Siglo XXI editores. Madrid. España.

..... (1974) "Contaminación". *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, vol. 3, Madrid, España.

..... ([1970] 1978), *Símbolos naturales. Exploraciones en cosmología*. Versión española de Carmen Criado. Alianza Editorial. Madrid, España.

Duero, D. G y Shapoff, V. (2009). El conflicto nosológico en psicopatología: notas críticas sobre el diagnóstico psiquiátrico. *Revista CES Psicología*, 2 (2), 20-48.

Echeverría García, J. (2012). *Los locos de ayer. Enfermedad y desviación en el México Antiguo*. Instituto Mexiquense de Cultura. México (Biblioteca de los Pueblos Indígenas).

Ehrenberg, A. (2009). The cerebral subject. *Psicología Clínica*, 21(1), 187-213.

Eisenberg, L. (1977). Disease and illness: Distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1 (1), 9-23.

Elferink, J., Flores, J. A. y Rodríguez, E.M. (1997). Las enfermedades mentales entre los nahuas. *Salud Mental*, 20 (3), 58-66.

Entwistle, Joanne (2002) *El cuerpo y la moda*. Paidós. Barcelona.

Eroza Solana, E. (2006) Las crisis convulsivas entre los tzotziles y los tzeltales. Del don sagrado al estigma. *Desacatos*, 20, pp. 77-108.

Eroza Solana, E. y Álvarez Gordillo, G. C. (2008). Narrativas del padecimiento "mental: arenas de debate en

torno a prácticas sociales y a los valores que las sustentan entre los mayas tzotziles y tzeltales del sur de México. *Revista de Antropología Social*, 17, 377-410.

Fabre Platas, D. A. (2004) *Una mirada al Valle del Mezquital desde los textos*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

Fitzpatrick, R. (1990). *La enfermedad como experiencia*. Fondo de Cultura Económica, México.

Foucault, M. (1976a). *Historia de la locura en la época clásica, I*. Trad. Juan José Utrilla. 2ª Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

..... (1976b). *Historia de la locura en la época clásica, II*. Trad. Juan José Utrilla. 2ª Ed. Fondo de Cultura Económica. México.

..... (1984). *Enfermedad mental y personalidad*. Trad. Emma Kestelboim. Paidós. Barcelona (Biblioteca del Hombre Contemporáneo; 75).

..... (2000). *Los anormales*. Trad. Horacio Pons. Fondo de Cultura Económica. Argentina.

..... (2006). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores. México.

Fournier, P. (2007). *Los Hñähñü del Valle del Mezquital: maguey, pulque y alfarería*. INAH-ENAH. México.

..... (2012) Los otomíes o hñähñü en la época prehispánica. En Lourdes Báez Cubero, Gabriela Garret Ríos, David Pérez González, Beatriz Moreno Alcántara, Ulises Julio Fierro Alonso y Milton Gabriel Hernández García (Coords.) *Los pueblos indígenas de Hidalgo. Atlas etnográfico* (págs. 101-121). Instituto Nacional de Antropología e Historia, Gobierno del Estado de Hidalgo, Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Hidalgo. México.

Franco Pelletier, V. M. (1992) *Grupo doméstico y reproducción social: parentesco, economía e ideología en una comunidad otomí del Valle del Mezquital*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.

Freidson, E. (1978). *La Profesión Médica*. Ediciones Península. Barcelona, España.

Galicia Gordillo, Ma. Angélica (2012) Tres cristos representativos en el Valle del Mezquital. En Lourdes Báez Cubero, Gabriela Garret Ríos, David Pérez González, Beatriz Moreno Alcántara, Ulises Julio Fierro Alonso y Milton Gabriel Hernández García (Coords.) (págs. 291-309). *Los pueblos indígenas de Hidalgo. Atlas etnográfico*. Instituto Nacional de Antropología e Historia, Gobierno del Estado de Hidalgo, Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Hidalgo. México.

Galinier, J. (1990). *La mitad del mundo: cuerpo y cosmos en los rituales otomíes*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

..... (2009). *El espejo otomí. De la etnografía a la antropología psicoanalítica*. INAH/CDI/CEMCA. México. (Etnografía de los Pueblos Indígenas de México, Estudios monográficos).

..... ([1987] 2012). *Pueblos de la Sierra Madre. Etnografía de la comunidad otomí*. Trad. Mariano Sánchez y Philippe Chéron. 3ª. Ed., INI-CEMCA. México [Clásicos de la Antropología].

García-Andrade, C., Medina-Mora, M. E., Natera, G., Juárez, F. (2006). Consumo de Alcohol en comunidades Nñahñü del Valle del Mezquital. Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas.

En *Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas* (págs. 36-42). Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones. México

García Canclini, N. (2004). *Diferentes, desiguales y desconectados*. Gedisa. México.

García López, J. E. y Gloria Hernández, L. E. (2005). *Principales causas de muerte en las etapas del curso de vida 1980-2002 Hidalgo*. Consejo Nacional de Población, Secretaría de Gobernación. México.

Garret Ríos, M. G. (2004) Comunidad étnica y comunidad religiosa. Apuntes para comprender la conversión religiosa entre los hñähñu de Ixmiquilpan, Hidalgo. En *Estudios de Cultura Otopame 4*. (págs. 127-154). Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas. México.

Garret Ríos, M. G. (2012). Recorrido histórico por las regiones otomíes de Hidalgo: El Valle del Mezquital desde la época prehispánica hasta el cardenismo y Revueltas indígenas en el Valle del Mezquital. En Lourdes Báez Cubero, Gabriela Garret Ríos, David Pérez González, Beatriz Moreno Alcántara, Ulises Julio Fierro Alonso y Milton Gabriel Hernández García (Coords.) *Los pueblos indígenas de Hidalgo. Atlas etnográfico* (págs. 47-61 y 137-143). Instituto Nacional de Antropología e Historia, Gobierno del Estado de Hidalgo, Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Hidalgo. México.

Geertz, C. (1973). *La interpretación de las culturas*. Trad. Alberto L. Bixio. Gedisa. España.

Gerber, Stanford N. y Carbaugh, D. C. (1964). Cross-cultural determination of abnormality and deviance: a preliminary note. *Kansas Journal of Sociology*, 1(1), 19-26.

Gobierno del Estado de Hidalgo. Plan Municipal de Desarrollo de Alfajayucan, 2016-2020 (PMD) México.

Gobierno del Estado de Hidalgo. Plan Municipal de Desarrollo de Cardonal, 2016-2020. (PMD) México.

Gobierno del Estado de Hidalgo. Plan Municipal de Desarrollo de Chilcuautla, 2016-2020.(PMD) México.

Gobierno del Estado de Hidalgo. Plan Municipal de Desarrollo de Ixmiquilpan 2016-2020. (PMD) México.

Gómez Cruz, J. E. (2020). *Migración internacional de hñähñús en California y Tennessee. Un análisis sobre las prácticas transnacionales y los efectos en las formas de organización de la comunidad en San Miguel Tlazintla, Hidalgo (1990-2020)*. Tesis de Doctorado en Estudios del Desarrollo. Universidad Autónoma de Zacatecas. México.

Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., Frenk, J. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, 53, (Suppl 2): s220-s232.

González de Rivera, J.L. (1998). Evolución histórica de la psiquiatría. *Psiquis*, 19 (5), 183-200.

González-Rey, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Revista Diversitas, Perspectivas en Psicología*, 4 (2), 225-243.

González Sobrino, B. Z. (2012). Locura y trastornos mentales. En Blanca Zoila González Sobrino (Ed.). *Entre tarahumaras, coras y huicholes. Algunos aspectos sobre la "locura"* (págs. 15-43). UNAM-IIA. México.

Good, B. J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Trad. Víctor Pozanco. Ediciones Bellaterra. España (Serie General Universitaria 25).

Gorbach, F. (2014). Locura moral y degeneración: los caminos de la biopolítica. México a finales del siglo XIX. En Hilderman Cardona Rodas, Zandra Pedraza Gómez (Comp.) *Al otro lado del cuerpo. Estudios biopolíticos en América Latina* (págs. 185-207). Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Lenguajes y Estudios Socioculturales. Ediciones Uniandes-Universidad de Medellín. Colombia.

Guarnaccia, P. J. y Martínez, I. (Comps.) (2003). *Revisión completa y análisis a fondo de asuntos de salud mental hispana. Con especial atención a los miembros de los siguientes grupos étnicos: cubanos, dominicanos, mexicanos y puertorriqueños*. New Jersey Mental Health Institute, Inc., Nueva Jersey.

Guarnaccia, P. J., Martínez I. y Acosta H. (2005). Chapter 2. Mental Health in the Hispanic Immigrant Community, *Journal of Immigrant y Refugee Services*, 3(1-2,) 21-46. DOI: 10.1300/J191v03n01\_02

Guerrero G., A. (2012) Diversidad lingüística en Hidalgo. En Lourdes Báez Cubero, Gabriela Garret Ríos, David Pérez González, Beatriz Moreno Alcántara, Ulises Julio Fierro Alonso y Milton Gabriel Hernández García ( Coords.) *Los pueblos indígenas de Hidalgo. Atlas etnográfico*. (págs. 33-45). Instituto Nacional de Antropología e Historia, Gobierno del Estado de Hidalgo, Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Hidalgo. México.

Guerrero Guerrero, R. (1977) *Alfajayucan, un pueblecito otomí y otros ensayos*. Casa Hidalguense de la Cultura. Pachuca, México.

..... (1983). *Los Otomíes del Valle del Mezquital. Modos de Vida, Etnografía y Folklore*, INAH-SEP, DIF Hidalgo, México.

Hacking, I. (2001). Locura: ¿biológica o construida? En Ian Hacking *¿La construcción social de qué?* (págs. 169-205). Paidós. Barcelona, España.

Hamel, R. E. (1987). El conflicto lingüístico en una situación de diglosia. En Muñoz Cruz, Héctor (Ed.). *Funciones sociales y conciencia del lenguaje. Estudios sociolingüísticos en México*. (págs. 13-44). Universidad Veracruzana, Xalapa.

Hernández Lara, O. G. (2008). *La metamorfosis de la política de salud mental en México*. Tesis de Maestría en Sociología Política. Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora. México.

Hernández Mayorga, A. (1964). *El Valle del Mezquital. Noticia histórica y estudio social y económico de la región*, Instituto Federal de Capacitación del Magisterio-SEP. México (Técnica y Ciencia).

Hofmann, B. (2002). On the Triad Disease, Illness and Sickness. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27(6), 651-673.

Huerta Mata, R. M. (2019). Jóvenes universitarias en el Valle del Mezquital: autonomía frente a la violencia. *Cadernos Pagu* (56), 2019:e195620.

Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatría ¿Por qué?, ¿para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, 1 (1), 9-36.

..... (2012). *Historia cultural de la psiquiatría. (Re) pensar la locura*. Catarata. Madrid (Colección Psicología).

Iacob, I. F. (2011). Narratives of Suffering A Look on Disease in Medical Anthropology-A case study-. *Philobiblon: Transylvanian Journal of Multidisciplinary Research in Humanities*, 16(2), 499-519.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)(2017). *Anuario estadístico y geográfico de Hidalgo 2017*. INEGI. México.

..... (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. Disponible en <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/hgo/poblacion/>

..... (2021). *Panorama sociodemográfico de Hidalgo*. Censo de Población y Vivienda 2020. INEGI. México.

Jacorzynski W. (Coord.) (2008). *Demonios y pastillas: una aproximación interdisciplinaria a la locura*. CIESAS. México (Publicaciones de La Casa Chata).

Jay, M. ([2005] 2009). *Cantos de experiencia. Variaciones modernas sobre un tema universal*. Paidós. Buenos Aires.

Jenkins, J. H. (2004) Schizophrenia as a Paradigm Case for Understanding Fundamental Human Processes. En Janis Hunter Jenkins y Robert John Barret (Eds.) *Schizophrenia, culture, and subjectivity: the edge of experience* (págs. 29-61). Cambridge University Press. United States of America.

Jimeno, M., Varela, D. y Castillo A. (2019) Violencia, comunidades emocionales y acción política en Colombia. En Morna Macleod y Natalia De Marinis (Coord.) *Comunidades emocionales. Resistiendo a las violencias en América Latina* (págs. 33-64). Universidad Autónoma Metropolitana, Instituto Colombiano de Antropología e Historia. México.

Kawa, S., y Giordano, J. (2012). A brief historicity of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice [Editorial]. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(2): DOI: <https://doi.org/10.1186/1747-5341-7-2>

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press. Los Ángeles, CA. (Comparative studies of health systems and medical care, 3).

..... (1987). Anthropology and psychiatry. The role of culture in a cross-cultural research on illness. *The British Journal of Psychiatry*, (151), 447-454.

..... (1988). *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. Basic Books. Estados Unidos.

Laborín Álvarez, J. F. (2008) *Adaptación psicológica de migrantes indígenas asentados en el Estado de Sonora*. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales. Universidad Autónoma de Sinaloa. México.

Lamas, M. (Comp.) (1996). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), Universidad Nacional Autónoma de México, Miguel Ángel Porrúa. México. (Serie Estudios de Género).

Langdon, E. J. y Braune Wilk, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino Americana, Enfermagem*, 459-466. Disponible en [www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es\\_23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf) (Consultado el 26 de enero de 2011).

Laplantine, F. (1979). *La Etmopsiquiatría*. Trad. Hugo Acevedo. Gedisa. España.

Lara M.A. y Salgado de Snyder, N. (1994). Las mujeres, la pobreza y la salud mental: Estudios hechos en México sobre la salud mental de las mujeres pobres del área rural (V). *Información Clínica, IMP*, 5(1), 4-6.

Lastra de Suárez, Y. (2006). *Los otomíes, su lengua y su historia*. UNAM-IIA. México.

Leader D. ([2008] 2011) *La moda negra. Duelo, melancolía y depresión*. Trad. Elisa Corona Aguilar, Editorial Sexto Piso, España.

López Aguilar, F. (1997). Las distinciones y las diferencias en la historia colonial del Valle del Mezquital. *Dimensión Antropológica*, 9-10, 27-70. Disponible en: <http://www.dimensionantropologica.inah.gob.mx/?p=1418>

López Sánchez, O. (Coord.)(2011a). *La pérdida del paraíso. El lugar de las emociones en la sociedad mexicana entre los siglos XIX y XX*. Universidad Nacional Autónoma Metropolitana, Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México.

..... (2011b). Los significados médicos de las emociones en las enfermedades psiquiátricas en México- La histeria y la epilepsia (1900-1930). En Marina Ariza (Coord). *Emociones, afectos y sociología. Diálogos desde la investigación social y la interdisciplina* (págs. 521-544). Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales. México.

..... (2019). *Extravíos del alma mexicana: patologización de las emociones en los diagnósticos psiquiátricos (1900-1940)*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

López Sánchez, O. y Velasco Alva, F. (2016) 1. De las pasiones a las emociones: causas de las enfermedades mentales. Siglos XIX y XX. En Oliva López Sánchez y Rocío Enríquez Rosas (Coords.) *Cartografías emocionales. Las tramas de la teoría y la praxis* (págs. 7-25). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. México (Colección Emociones e Interdisciplina Volumen II).

Lutz, C. y White, G. M. (1986) The anthropology of emotions. *Ann. Rev. Anthropol.*, 15, 405-436.

Macleod, M. y De Marinis, N. (Coord.) (2019) *Comunidades emocionales. Resistiendo a las violencias en América Latina*. Universidad Autónoma Metropolitana, Instituto Colombiano de Antropología e Historia. México.

Martín Contreras, D. y Gómez Barranco, V. V. (1991) *Breve historia del grupo hñähñu*. Gobierno del Estado de Hidalgo. Ixmiquilpan, Hidalgo.

Martínez-Hernández, A. (2006). Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (11), 2269-2280.

.....(2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Anthropos Editorial. España (Autores, Textos y Temas, Antropología, 43).

.....(2018). Suspende el mundo. Crisis de la presencia y reciprocidad en un caso etnográfico. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, (18), 131-157. DOI: 10.17345/aec18.p131-157.

Martínez Ramírez, I. y Fujigaki Lares, A. (2012). La fisicoquímica y el alma: relaciones entre “seres-planta” y nociones de locura en el noroeste de México. En Blanca Zoila González Sobrino (Ed.) *Entre tarahumaras, coras y huicholes. Algunos aspectos sobre la “locura”*. UNAM-IIA. México.

Mato, D. (2009). Contextos, conceptualizaciones y usos de la idea de interculturalidad. En Miguel Ángel

- Aguilar, Eduardo Nivón, María Ana Portal, Rosalía Winocut (Coords.) *Pensar lo contemporáneo: de la cultura situada a la convergencia tecnológica* (págs. 28-50). Anthropos, Universidad Autónoma Metropolitana. México (Pensamiento Crítico/Pensamiento Utópico 184).
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C. Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano Ruiz (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1773-1783.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñoz, C. L., Benjet, C., Jaimes, J. B., Bautista, C. F., Villatoro, J., Rojas Guiot, E., Zambrano Ruiz, J., Casanova Rodas, L., Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Menéndez, E. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. CIESAS. México (Cuadernos de la Casa Chata, 86).
- ..... (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Editorial Lugar. Buenos Aires, Argentina.
- Moreno Alcántara, B., Garret Ríos M.G. y Fierro, U. (2006). *Otomíes del Valle del Mezquital*. CDI. México (Pueblos Indígenas del México Contemporáneo).
- Muñoz, C. O., Restrepo, D., Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 166-173.
- Natera, G., Tiburcio, M., García, E., Valeriano, Y., Bernal P., R. (2007). Una visión antropológica de los desafíos para un programa de intervención relacionado con el consumo de alcohol en una comunidad indígena. En León B y Peña F. (Coord.) (págs. 329-348). *Antropología física, salud y sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos*. Programa de Mejoramiento del Profesorado, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Escuela Nacional de Antropología e Historia. México.
- Natera, G. Medina P., Callejas F., Juárez, F. Tiburcio M. (2011). Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena en México. *Salud Mental*, 34(3), 195-201.
- Natera, G, Callejas, F., Barker, S., Tariana V. L., Medina, P. (2012a). “Pa'qué sirvo yo, mejor me muero”: Hacia la construcción de la percepción de sintomatología depresiva en una comunidad indígena. *Salud Mental*, 35 (1), 63-70.
- Natera, G., Tiburcio, M., Arroyo, M., Vázquez, L. (2012b). “No lo perdonaría ni aunque la Virgen misma me lo pidiera”: mujeres de comunidades rurales que sufren violencia asociada con el consumo de alcohol por parte de su pareja. En Salazar M.L., Martínez K.I. y Tiburcio M. (Coords.) (págs. 101-135). *Alcohol y comunidades rurales: experiencias en investigación. Desarrollo y evaluación de programas*. Universidad Autónoma de Aguascalientes. México.
- Nesse M. R. (2007). La evolución es el fundamento científico del diagnóstico: la Psiquiatría debería utilizarla. *World Psychiatry*, 5(3), 160-161. (Edición en español)
- Nordenfelt, L. (2007). The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10, 5-10.
- Oliva, L., León D. y Rivera, E.A. (2007). La emigración del adulto como factor de riesgo en la autoestima de los adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12 (2), 359-366.

Oliver, B., Moreno, B., y Muñoz, S. (2003). Cambios y tradiciones. Estructuras y transformaciones sociales en el Valle del Mezquital. En Saúl Millán (Coord.) *Comunidad sin Límite* (págs. 105-142). Instituto Nacional de Antropología e Historia. México.

Ordorika, T. (2011) ¿De dónde viene la tristeza de las mujeres? En María Elena Olivera Córdova (Coord.) *Mujeres diversas. Miradas feministas* (págs. 114-124). Editorial Grupo Destiempos. México. (Colección Estudios 1).

Organización Mundial de la Salud (13 septiembre 2021) *Depresión. Datos y Cifras*. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

.....(2020) *Documentos Básicos*. 49a. Ed. Disponible en <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2011). *IESM-OMS Informe sobre el sistema de salud mental en México. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS)*. OPS/OMS. México.

Ortega, F. y Vidal F. (2007) Mapping the cerebral subject in contemporary culture. *RECIIS – Electronic Journal of Communication Information and Innovation in Health*, 1(2), 255-259.

Ortner, S. B. (1993). *La teoría antropológica desde los años sesenta*. Trad. Rubén Páez. Editorial Universidad de Guadalajara (Cuadernos de Antropología).

Osorio Carranza, R. M. (2007). La trayectoria de atención en las enfermedades infantiles. Una puesta en escena de las representaciones y prácticas sociales. En Mari Luz Esteban (Ed.) *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas* (págs. 151-166). OSALDE Asociación por el Derecho a la Salud, OP Asociación para la Defensa de la Salud Pública. España.

Paz Escalante, A. I. (2021). “No estamos juntas, pero estamos siempre unidas de corazón”. Mujeres indígenas, sororidad y vínculos afectivos entre México y Estados Unidos. *MILCAYAC. Revista Digital de Ciencias Sociales*, VIII(14), 115-136.

Peña Sánchez, E. Y. (2005). *Perfiles de mortalidad en población subadulta: jurisdicción parroquial de Santa María de El Cardonal, siglo XIX*. Instituto Nacional de Antropología e Historia. México. (Colección Científica / Serie Antropología).

Peña Sánchez, E. Y. y Hernández Albarrán, L. (2005). Principales padecimientos y enfermedades en preescolares del Valle del Mezquital, Hidalgo. En Carlos Serrano Sánchez, Patricia Olga Hernández Espinoza, Franco Ortiz, Pedraza (Eds.) *Estudios De Antropología Biológica, vol. XII* (págs. 257-276). Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Asociación Mexicana de Antropología Biológica. México.

Pérez Hernández, R.M., Ramírez Mejía, A. y Rivero Bravo, J. (1994). *Influencia del nivel de conocimiento del personal de salud y de las madres de familia en el cumplimiento del esquema básico de vacunación en los niños menores de 5 años, en los Módulos de Alfajayucan, Ixmiquilpan y Nopala de Villagrán de la Jurisdicción Sanitaria No. IV Ixmiquilpan, Hidalgo*. Tesis Licenciatura. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Pérez Tamayo, R. (1988). *El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia*. Tomo I y II. Facultad de Medicina, CONACYT, Fondo de Cultura Económica. México.

Quezada Ramírez, M. F. (2008). *La migración hñähñú del Valle del Mezquital, estado de Hidalgo*. CDI.

México (Antropología Social; 98).

.....(2018). Migración internacional y desarrollo local: la experiencia de dos localidades otomíes del Valle del Mezquital, Hidalgo, México. *Región y Sociedad, año XXX (73)*, 1-33.

..... (2022) *¿Hangu yä jäi gá müdi mehai 'bui rä hyodi Hñunthe?* Instituto, Hogä 'muj A.C.

Ramírez Guerrero, J. A. (1991). *Este es mi municipio, Ixmiquilpan, Hidalgo*. Instituto Hidalguense de la Cultura y las Artes. Gobierno del Estado.

Ramírez Torres, J. L. (2018). Cultura, Símbolos y Significados en la Etnicidad Otomí. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*, [S.l.] (17), 137-159. Disponible en: <https://convergencia.uaemex.mx/article/view/9537>

Read, J., Mosher, L. P. y Bentall, R.P. (2006) *Modelos de Locura. Aproximaciones psicológicas, sociales y biológicas a la esquizofrenia*. Trad. Núria Cañete, Marta Bonell y Anabel Martínez, Prol. Dorothy Rowe. Herder. España.

Ríos Molina, A. (2008). Locura y encierro psiquiátrico en México: El caso del Micomio La Castañeda, 1910. *Antípoda*, 6, 73-90.

..... (2009) *La locura durante la Revolución Mexicana: los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*. El Colegio de México, Centro de Estudios Históricos. México.

..... (2011) La psicosis del repatriado. De los campos agrícolas en Estados Unidos al Manicomio La Castañeda en la Ciudad de México, 1920-1944. *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, 27 (2), 361-384.

..... (2016) *Cómo prevenir la locura. Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*. Siglo XXI Editores. México (Salud y sociedad).

..... (Coord.)(2017a) *Los pacientes del Manicomio La Castañeda y sus diagnósticos: una historia de la clínica psiquiátrica en México 1910-1968*. Universidad Nacional Autónoma de México. México (Serie Historia Moderna y Contemporánea, 72).

..... (Coord.)(2017b) *La psiquiatría más allá de sus fronteras. Instituciones y representaciones en el México contemporáneo*. Universidad Nacional Autónoma de México. México (Serie Historia Moderna y Contemporánea, 73).

Rivas Castro, Francisco (2012) El maguey y sus productos en Hidalgo, México. En Lourdes Báez Cubero, Gabriela Garret Ríos, David Pérez González, Beatriz Moreno Alcántara, Ulises Julio Fierro Alonso y Milton Gabriel Hernández García (Coords.) *Los pueblos indígenas de Hidalgo. Atlas etnográfico* (págs. 205-221). Instituto Nacional de Antropología e Historia, Gobierno del Estado de Hidalgo, Consejo Estatal para la Cultura y las Artes de Hidalgo. México.

Rivera Garay, M. G. (2006). La negociación de las relaciones de género en el Valle del Mezquital: un acercamiento al caso de la participación comunitaria de mujeres hñahñus. *Estudios de Cultura Otopame*, 5(1), 249-266.

Rivera Garay, M.G. y Quezada Ramírez, M.F. (2011) El Valle del Mezquital, estado de Hidalgo. Itinerario, balances y paradojas de la migración internacional de una región de México hacia Estados Unidos. *TRACE. Travaux et Recherches dans les Amériques du Centre*, (60), 85-101.

Rivera González, J. G. (2002) Representación y significados actuales de la festividad del Carnaval de los Xhitas en Jilotepec. En Eduardo Sandoval Forero, Hilario Topete Lara y Leif Korsbaek (Eds.) (págs. 259-

286) *Cargos, fiestas, comunidades*. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública. México.

Rodríguez, A. ([1952] 2007) *La nube estéril. Drama del Mezquital*. Ediciones Mayahuel. México.

Rodríguez, J. J. (Ed.) (2007) *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. OPS. Washington, D.C.

Rodríguez de Romo, A. C. y Rodríguez Pérez, M. E. (1998). Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 5, 293-310.

Sacristán, C. (2001) Una valoración sobre el fracaso del Manicomio de La Castañeda como institución terapéutica, 1910-1944. *Secuencia*, 51, 90-120. DOI: <http://dx.doi.org/10.18234/secuencia.v0i51.751>

..... (2002). Entre curar y contener. La psiquiatría mexicana ante el desamparo jurídico, 1870-1944. *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, 2(2), 61-80.

..... (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 45, 163-189.

..... (2010). Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del Estado mexicano, 1861-1968. *Espaço Plural*, XI(22), 11-22.

..... (2011). Un estado sin memoria. La abolición ideológica de la institución manicomial en México (1945-1968). *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. XXII*, 314-317.

Rubio Badán, J. C. (2014). *Censos y población indígena en México. Algunas reflexiones*. Naciones Unidas CEPAL. Sede Subregional de la CEPAL México. México. (Serie Estudios y Perspectivas).

Salgado de Snyder, V. N. (1991a). La salud mental de las esposas de los migrantes. *Información Clínica, IMP*, 2(8), 44-45.

..... (1991b). Las que se van y las que se quedan: el estrés y la depresión en las mujeres migrantes y en las no migrantes. En Instituto Mexicano de Psiquiatría (Ed.) *Anales, Reseña de la VI Reunión de Investigación* (págs. 153- 159). México.

..... (2007) Migración México–Estados Unidos: consecuencias para la salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México

Salgado de Snyder, V. N. y Díaz-Pérez, M. J. (1999). Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental*, número especial, 68-74.

Salgado de Snyder V. N., Díaz-Pérez M. J. y Ojeda V.D. (2000). The prevalence of nervios and associated symptomatology among inhabitants of mexican rural communities. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24(4), 453-470.

Sánchez-González, A., Granados-Sánchez, D. y Simón-Nabor, R. (2008). Uso medicinal de las plantas por los otomíes del municipio de Nicolás Flores, Hidalgo, México. *Revista Chapingo Serie Horticultura* 14(3), 271-279.

Secretaría de Salud (2013) *Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012*. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México.

Serrano Guzmán, J. E. (Cronista local) (1999). *Chilcuautla en el siglo XX*. México.

Shepherd, G. Boardman, J. y Salde, M. (2008) *Making recovery a reality* [Hacer de la recuperación una

realidad] [Edición en Castellano] Trad. Cymbeline Núñez. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla.

Sierra, Ma. Teresa (1992) *Discurso, Cultura y Poder. El ejercicio de la autoridad en los pueblos hñähñús del Valle del Mezquital*. CIESAS. Gobierno del Estado de Hidalgo. México.

Solís, G. (2002). Notas para la construcción de una visión sociológica de la salud y la enfermedad. *Revista Universidad de Guadalajara*, 23, 45-50.

Somolinos D'Ardois, G. (1976) *Historia de la psiquiatría en México*. Secretaría de Educación Pública. Dirección General de Divulgación (SEP Setentas)

Soustelle, J. (1993) *La familia otomí-pame del México central*. CEMCA-FCE. México.

Stagnaro, J. C. (2015) Introducción: En torno al origen del primer alienismo. *Asclepio*, 67(2), 104. Doi: <http://dx.doi.org/10.3989/asclepio.2015.22>

Taussig, M. (1995) La reificación y la conciencia del paciente. *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente* (págs. 110-237). Gedisa. Barcelona.

Throop, C. J. (2003). Articulating experience. *Anthropological theory*, 3(2), 219-241.

Ticineto Clough, P. y Halley, J. (2007). *The affective turn. Theorizing the social*. Duke university Press. United States of America.

Torres-Lagunas, M. A. (2018). La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la Cobertura Universal. *Enfermería universitaria*, 15(4), 329-331.

Tranfo, L. (1974). *Vida y Magia en un pueblo otomí del Mezquital*. Trad. Alejandra Ma. A. Hernández. INI, Conaculta. México.

Turner, V. W. (2002) Dramas sociales y metáforas rituales. En Ingrid Geist (Comp.) *Antropología del ritual*, (págs. 35-70). Escuela Nacional de Antropología e Historia, Instituto Nacional de Antropología e Historia. México.

..... (1982) *From Ritual to Theatre*. PAJ Publications. Nueva York.

Turner, V. W. y Bruner, E. M. (1986) *The anthropology of experience*. Illini Books edition. United States of America.

Twaddle, A. C. (1994). Disease, Illness and Sickness Revisited. En Twaddle, A. y Nordenfelt, L. (Eds.) *Disease, illness and sickness: Three central concepts in the theory of health* (págs. 1-18). Linköping: Linköping University Press.

Urías Horcasitas, B. (2004) Degeneracionismo e higiene mental en el México Posrevolucionario (1920-1940). *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, IV(2), 37-67.

..... (2005) Locura y criminalidad: degeneracionismo e higiene mental en México posrevolucionario, 1920-1940. En Claudia Agostoni y Elisa Speckman Guerra (Ed). *De normas y transgresiones. Enfermedad y crimen en América Latina 1850-1950*. (págs. 347-384). Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas. México (Serie Historia Moderna y Contemporánea 43).

Uribe, C. A. (2000). La controversia por la cultura en el DSM-IV. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (4),

345-356.

Vargas, B. E., Heinze, G., García, J., Fernández, M. A., Dickinson, M. E. (2004). La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. *Rev Fac Med UNAM*, 47(5), 187-191.

Vargas Terrez, B. E. y Villamil Salcedo, V. (2016) La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*, 39(1), 3-9.

Vázquez-García, V., Pérez-Olvera, M.A., Muñoz-Rodríguez, C. (2014). Desarrollo, género y el derecho humano al agua. Un estudio comparativo en Hidalgo, México. *Agricultura, sociedad y desarrollo*, 11(3), 295-314.

Vicencio, D. (2017). "Operación Castañeda". Una historia de los actores que participaron en el cierre del Manicomio General, 1940-1968. En Andrés Ríos Molina (Coord.). *La psiquiatría más allá de sus fronteras. Instituciones y representaciones en el México contemporáneo* (págs. 31-88). Universidad Nacional Autónoma de México. México. (Serie Historia Moderna y Contemporánea; 73).

Vidal, F. (2009) Brainhood, anthropological figure of modernity. *History of the Human Sciences*, 22(1), 5–36. Disponible en <http://www.sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav>

Vilar Peyrí, E. y Eibenschutz Hartman, C. (2007). Migración y salud mental: un problema emergente de salud pública. *Revista Gerencia, Política y Salud*, 6(13), 11-32.

Villaseñor Bayardo, S. J. (2008a) *Apuntes para una etnopsiquiatría mexicana*. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. México.

.....(2008b). Mayaxiákame. El concepto de "enfermedad mental" entre los huicholes de Tuxpan de Bolaños, Jalisco, México. En Sergio J. Villaseñor Bayardo. *Apuntes para una etnopsiquiatría mexicana* (págs. 123-139). Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. México.

Vivien, Y. W.C. y Noor Azlan Mohd Noor (2014). Anthropological inquiry of disease, illness and sickness. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 9 (2), 116-124.

Wallace, A. F. C. (1963) *Cultura y personalidad*. Trad. Emma Kestelbolm. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Wikman, A., Marklund, S. y Alexanderson, K. (2005). Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health [Research Report]. *J Epidemiol Community Health*, 59, 450–454. Doi: 10.1136/jech.2004.025346

World Health Organization (2017). *Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Mexico, abridged version*. World Health Organization. Genève

Wright Carr, D. (2005a) Sobre el término otomí. *Arqueología Mexicana*, XIII(73),19.

..... (2005b). Lengua, cultura e historia de los otomíes. *Arqueología Mexicana*, XIII(73), 26-29.

..... (2009) Mixquiahuala en el siglo XVI: dominio y resistencia en un pueblo otomí. En Verónica Cipatli Ramírez Calva, y Francisco Luis Jiménez Abollado (Coords.) *Estudios de Antropología e Historia. Historia colonial*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, Hidalgo México.

Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

# ACTA DE DISERTACIÓN PÚBLICA

No. 00190

Matrícula: 2123800039

DE CÓMO HABITANTES DEL  
MEZQUITAL, HIDALGO VIVEN,  
RESISTEN Y NEGOCIAN EL MUNDO  
A TRAVÉS DE SUS PROCESOS DE  
ENFERMEDAD.

En la Ciudad de México, se presentaron a las 11:00 horas del día 27 del mes de febrero del año 2023 en la Unidad Iztapalapa de la Universidad Autónoma Metropolitana, los suscritos miembros del jurado:

DRA. ZENIA YEBENES ESCARDO  
DRA. MARIA FELIX QUEZADA RAMIREZ  
DRA. MARIA DE LOS ANGELES ERAÑA LAGOS  
DR. RAUL NIETO CALLEJA  
DR. PABLO CASTRO DOMINGO

Bajo la Presidencia de la primera y con carácter de Secretario el último, se reunieron a la presentación de la Disertación Pública cuya denominación aparece al margen, para la obtención del grado de:

DOCTORA EN CIENCIAS ANTROPOLOGICAS

DE: NATALIA BAUTISTA AGUILAR

y de acuerdo con el artículo 78 fracción IV del Reglamento de Estudios Superiores de la Universidad Autónoma Metropolitana, los miembros del jurado resolvieron:

*Aprobar*

Acto continuo, la presidenta del jurado comunicó a la interesada el resultado de la evaluación y, en caso aprobatorio, le fue tomada la protesta.



NATALIA BAUTISTA AGUILAR  
ALUMNA

REVISÓ  
  
MTRA. ROSALVA SERRANO DE LA PAZ  
DIRECTORA DE SISTEMAS ESCOLARES

DIRECTOR DE LA DIVISIÓN DE CSH

MTRD. JOSE REGULO MORALES CALDERON

PRESIDENTA

DRA. ZENIA YEBENES ESCARDO

VOCAL

DRA. MARIA FELIX QUEZADA RAMIREZ

VOCAL

DRA. MARIA DE LOS ANGELES ERAÑA LAGOS

VOCAL

DR. RAUL NIETO CALLEJA

SECRETARIO

DR. PABLO CASTRO DOMINGO