



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES  
EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

Narrativas, experiencias y significados de los padecimientos en  
indígenas nahuas y mixtecos residentes en la Zona Metropolitana de  
Monterrey

**T E S I S**

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAESTRO (A) EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

**P R E S E N T A**

**MÓNICA MINERVA MARTÍNEZ SEGURA**

**DIRECTOR DE TESIS**

**JOSÉ ALEJANDRO MEZA PALMEROS**

Monterrey, Nuevo León; mayo de 2021



**CENTRO DE INVESTIGACIONES  
Y ESTUDIOS SUPERIORES EN  
ANTROPOLOGÍA SOCIAL**



**MAESTRÍA EN ANTROPOLOGIA SOCIAL  
SURESTE-NORESTE**

PROMOCIÓN 2018-2020

---

**COMITÉ DE TESIS**

Título: Narrativas, experiencias y significados de los padecimientos en indígenas nahuas y mixtecos residentes en la Zona Metropolitana de Monterrey.

Alumna: Mónica Minerva Martínez Segura

DIRECTOR:

José Alejandro Meza Palmeros

LECTORES:

María Graciela Freyermuth Enciso

Enrique Eroza Solana

Sandra Elizabeth Mancinas Espinoza

A mis padres, Hortensia y Arturo, quienes son la luz y el impulso para salir adelante, por ser quienes me inspiran a lograr mis metas y a buscar siempre mi bienestar.

A las personas indígenas y migrantes, por ser un fuerte e importante ejemplo de lucha, de vida y de dignidad.

A Mayela, por su calidez humana y por su pronta aparición. Tu memoria permanece latente en mi corazón.

Quiero agradecer principalmente al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) por haberme otorgado una beca que me permitió ser parte de esta maestría que me ha marcado importantemente a nivel profesional y personal. Agradezco por enseñarme el compromiso y la importancia de la excelencia académica y por darme la oportunidad de crecer, de madurar y de estar consciente de lo mucho que falta por retribuir a nuestra sociedad. Extiendo mis agradecimientos a los directores Shinji Hirai y Alejandro Martínez Canales, quienes en todo momento fueron atentos, receptivos y procuraron que nuestra estancia en el CIESAS fuera lo más amena y gratificante posible. Asimismo con la planta de docentes tanto de la Unidad Noreste, Sureste e invitados externos por compartirnos sus conocimientos y por estar siempre con una actitud abierta y receptiva a retroalimentaciones, comentarios o dudas.

A mis compañeros y compañeras de maestría, especialmente a Jessika por su cálida compañía desde el día uno en aquel viaje de inmersión hasta la actualidad. A Saulo por su acompañamiento, apoyo y escucha a pesar de todos los momentos difíciles que sucedieron en el espacio de tiempo de nuestra convivencia y en nuestras vidas. A Raúl por su amabilidad, compañerismo, cariño y por hacer más amenos los días de sumo estrés en la maestría. A Esteban, por ser ese compañero incondicional que siempre te brinda la mano en todo momento. A Eugenia y Mónica por su sororidad y las risas que nunca faltaron. A Aldo, Fusca y Asael por sus conversaciones, apoyo y amistad.

Otro agradecimiento profundo va a mis amistades, a quienes me refiero como mi comunidad, mi red de apoyo, quienes han sido parte importante de este trabajo por haber estado pendientes en mi largo proceso de escritura de tesis, celebrando mis pequeños y grandes logros. Por su paciencia, cariño, por sus palabras de aliento, y por su compañía en algunos de mis momentos más difíciles. A Isaac, Francisco, Leo, Vicky, Saúl, César, Mista, Benjamín, Dalia, Brayan, Lily, Dinna, Norma, Pepe, Mariana y Caty. Gracias por alegrar mis días y levantarme los ánimos con sus palabras, compañía, escucha y apoyo. Tal vez no estén del todo conscientes de la importancia de su presencia en estos meses, pero ustedes han sido quienes me dieron principalmente esa energía y motivación para continuar en los momentos más difíciles emocionalmente. Valoro mucho tenerles en mi vida.

A mi director de tesis, el Dr. José Alejandro Meza Palmeros, quien fue la primera persona que creyó en mí profesionalmente, quien me impulsó para continuar con mis estudios a nivel superior, quien tuvo la paciencia y amabilidad de instruirme en el mundo de la academia. A él mi más profundo agradecimiento por haber estado siempre presente incluso en los momentos en los que más dudé de mis capacidades. Muchísimas gracias por fungir como impulso y apoyo que ha permeado hasta el día de hoy. Gracias por todas sus enseñanzas y por ser quien siempre ha estado para guiarme, animarme y contenerme cuando lo necesité.

A la Dra. Graciela Freyermuth, al Dr. Enrique Eroza y a la Dra. Sandra Mancinas por sus muy valiosas retroalimentaciones y ánimos en torno a este trabajo. Sus lecturas, comentarios y observaciones pertinentes y amables han fungido como un cimiento fundamental en esta investigación y sus trayectorias profesionales son un gran ejemplo para aspirar en mi formación.

A Ricardo, Josefina, Belén, Francisco, San Juanita y a todo el equipo de Zihuame Mochilla quienes muy amablemente me abrieron las puertas para la realización de esta investigación, especialmente en la etapa de trabajo de campo. Gracias por compartirme su tiempo y experiencias, por la confianza puesta en mí y por permitirme conocer y acompañarles en su muy admirable trabajo tan importante en esta región.

Mi más sincero agradecimiento va para todas las personas indígenas, nahuas, mixtecas y otomíes con quienes tuve el privilegio de convivir y conocer. Gracias por abrirme las puertas de sus casas y por permitirme conocer sus vidas de una forma que cimbró mi existencia.

Finalmente quiero agradecer a todo el personal administrativo y de planta del CIESAS; a Jorge, Lucy, Claudia, Gris y especialmente a Mayela Álvarez, pues fue el primer rostro que conocí al entrar a la institución. Ella fue la primera interacción cálida que me recibió con efusión, amabilidad y cariño en un lugar tan imponente como un centro de investigaciones. Maye, la esperanza de volverte a abrazar sigue aquí muy profunda en mí y en todos. Nos haces falta y no descansaremos hasta encontrarte.

# RESUMEN

## **Narrativas, experiencias y significados de los padecimientos en indígenas nahuas y mixtecos residentes en la Zona Metropolitana de Monterrey.**

Mónica Minerva Martínez Segura

La presente tesis de investigación trata el caso particular de los padecimientos vividos por las personas nahuas y mixtecas que migran a la Zona Metropolitana de Nuevo León en búsqueda de mejores oportunidades y condiciones de vida. Desde una perspectiva socio-antropológica, y especialmente, desde las teorías ofrecidas por la antropología médica, se expondrá qué es lo que significa padecer en un contexto migratorio, a través de las propias narrativas y experiencias de las y los interlocutores.

Se desarrollará el concepto de <<*padecimiento colectivo migratorio*>> a manera de esfuerzo para explicar la intrínseca relación entre migrar y padecer, debido a las diversas cargas emocionales, físicas y de cambios vividos en los procesos migratorios de las personas indígenas, mismos que tienen origen desde múltiples condiciones estructurales y de violencia cotidiana.

# ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b>  | <b>9</b>  |
| I. Posicionamiento reflexivo sobre cuestiones étnicas e indígenas y pertinencia del estudio.....  | 9         |
| II. Planteamiento del problema .....  | 13        |
| III. Preguntas de investigación.....  | 17        |
| IV. Metodología .....   | 17        |
| V. Inicio de trabajo de campo: retos y adecuaciones .....   | 18        |
| VI. Tabla de interlocutores entrevistados.....  | 21        |
| VII. Composición de la tesis .....  | 23        |
| <br>  |           |
| <b>CAPÍTULO 1. ESTADO DE LA CUESTIÓN Y MARCO</b>  |           |
| <b>CONCEPTUAL.....</b>  | <b>24</b> |
| 1.1 Estado de la cuestión.....  | 24        |
| 1.2 La salud en la población indígena de México.....  | 25        |
| 1.3 Migración, etnicidad y salud en el mundo .....  | 26        |
| 1.4 Marco Conceptual .....  | 30        |
| 1.5 Experiencias .....  | 30        |
| 1.6 Significados del padecimiento .....   | 32        |
| 1.7 Formas de atención .....  | 33        |
| 1.8 Narrativas del padecer.....   | 34        |
| 1.9 Violencia cotidiana.....  | 35        |
| 1.10 Emociones.....   | 37        |
| <br>  |           |
| <b>CAPÍTULO 2. SER INDÍGENA Y MIGRAR: CONTEXTO E</b>  |           |
| <b>INTRERPRETACIONES REFERENTES A LOS PADECIMIENTOS</b>   |           |
| <b>DESDE EL LUGAR DE ORIGEN A JUÁREZ, NUEVO LEÓN .....</b>  | <b>39</b> |
| 2.1 Introducción .....  | 39        |
| 2.2 El paecimiento colectvo migratorio: concepto de análisis.....   | 39        |
| 2.3 Definición del Padecimiento Colectivo Migratorio .....  | 40        |
| 2.4 Los lugares de origen: contextos socioculturales de San Andrés Montaña, Oaxaca y Chahuatlán, Veracruz y sus particularidades en torno a los padecimientos migratorios ..... | 41        |
| 2.4.1 Los migrantes mixtecos. Contexto sociocultural y migratorio de San Andrés Montaña, Oaxaca .....   | 41        |

|  |    |
|--|----|
| 2.4.2. Particularidades de la atención a la salud entre los habitantes de San Andrés Montaña .....   | 44 |
| 2.4.3 Migrantes nahuas de Chahuatlán, Veracruz: contexto sociocultural   | 47 |
| 2.3.1 Particularidades de la atención a la salud en Chahuatlán.....  | 49 |
| 2.5 Presentación de los interlocutores y sus trayectorias migratorias.....   | 51 |
| 2.6 Influencia de las formas de organización política y social en la atención a los padecimientos .....  | 55 |
| 2.6.1. La organización política mixteca y su influencia en el lugar de destino con la atención a los padecimientos .....                                     | 55 |
| 2.6.2 Grupos de apoyo social entre mujeres de Chahuatlán: Sobre la influencia de las formas de organización en torno a la atención de los padecimientos..... | 58 |
| 2.6.3 El grupo de mujeres nahuas bordadoras.....   | 59 |
| 2.7 La disyuntiva ante el cambio: apuntes sobre las trayectorias migratorias y del padecimiento: migrar a Nuevo León .....                                   | 62 |
| 2.7.1 Juárez, Nuevo León como entidad receptora .....  | 62 |
| 2.7.2 Mixtecos de la Esperanza, Juárez.....  | 67 |
| 2.7.3 Mujeres nahuas de Juárez, Nuevo León.....  | 69 |
| 2.8 Reflexiones finales .....  | 71 |

**CAPÍTULO 3. RECONSTRUYENDO TRAYECTORIAS AL MIGRAR:  
LA HETEROGENEIDAD DE LAS EXPERIENCIAS DE LAS  
PERSONAS INDÍGENAS Y LOS DIVERSOS SIGNIFICADOS DE SUS  
PADECIMIENTOS.....** 73

|  |    |
|--|----|
| 3.1 El papel de los cambios en la migración y su relación con los significados de los padecimientos - Narrativas de Salvador, Ramiro y Rosario.....  | 73 |
| 3.1.2 Introducción: el <i>cambio</i> como padecimiento y sus significados.....   | 73 |
| 3.1.3. Cambios motivados por el riesgo y la amenaza a la supervivencia   | 75 |
| 3.1.4 Cambios estructurales: relacionados al entorno ambiental, dificultades de acceso a alimentos y diversas condiciones del lugar de destino. .... | 79 |
| 3.1.5 Cambios agenciales: mejoras que responden a las posibilidades, recursos e identificación de otras formas de vida en la ciudad. ....            | 82 |
| 3.2 Las relaciones interpersonales y sus afectaciones como padecimientos.  | 87 |
| 3.2.1 Celos y brujería: Narrativa de Norvina .....   | 87 |
| 3.2.2 La narrativa de Norvina .....  | 87 |
| 3.2.3 El padecimiento de Norvina.....  | 89 |
| 3.2.4 Análisis del padecimiento de Norvina .....   | 92 |



|  |     |
|--|-----|
| 3.2.5 El abandono y miedo a la soledad – Narrativa de Úrsula .....                                       | 94  |
| 3.2.6 La narrativa de Úrsula .....   | 95  |
| 3.2.7 Análisis del padecimiento de Úrsula.....   | 100 |
| 3.2.8 El padecer ajeno: adicciones – Narrativa de María.....   | 102 |
| 3.2.9 La narrativa de María .....  | 103 |
| 3.2.10 Análisis del padecimiento de María.....   | 108 |
| 3.2.11 Padeciendo la incertidumbre y desconfianza: el caso de Martha†                                    | 110 |
| 3.3.12 Análisis del padecimiento de Martha .....   | 114 |
| 3.3 Los padecimientos emocionales: dolor, incertidumbre y pasmo .....                                    | 117 |
| 3.3.1 Introducción .....   | 117 |
| 3.3.2 El papel del padecimiento colectivo migratorio como hilo conductor<br>de los significados .....    | 117 |
| 3.3.3 El padecimiento de Florencia: dolor emocional, pérdidas y parálisis<br>.....                       | 121 |
| 3.3.4 La narrativa de Florencia .....  | 123 |
| 3.3.5 Análisis del padecimiento de Florencia .....   | 127 |
| 3.3.6 El pasmo y el miedo como padecimientos al migrar a la ciudad: el<br>caso de Ramiro y Rosario ..... | 130 |
| 3.3.7 Análisis de los casos de Ramiro y Rosario .....  | 134 |
| <b>CONCLUSIONES</b> .....  | 138 |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....  | 143 |
| <b>ANEXOS</b> .....  | 151 |

# INTRODUCCIÓN

La presente tesis de investigación pretende dar cuenta de los procesos por medio de los cuales las personas indígenas migrantes, residentes de la Zona Metropolitana de Monterrey significan sus padecimientos.

Utilizando la estrategia teórico-metodológica denominada narrativas de los padecimientos, se pretende realizar un acercamiento que permita conocer a profundidad y desde la perspectiva *emic*, es decir, desde las subjetividades, cómo entienden, significan y atienden diversos padecimientos en un lugar y contexto ampliamente distinto al de sus lugares de origen. Esto es importante para dar cuenta de aquellas decisiones, estrategias y contingencias que viven al buscar la atención de sus padecimientos, los cuales son entendidos como construcciones sociales que se significan a través de la socialización con miembros de su entorno. Uno de los términos empíricos a desarrollar en esta tesis y que forma parte del aporte substancial de la misma, es aquel que desarrollo como “padecimiento colectivo migratorio”, que da cuenta de la heterogeneidad de experiencias del padecer vividas al momento de migrar. Dentro de este concepto, integro en el análisis las inequidades sociales vividas por las personas indígenas ante diversas esferas de la salud-enfermedad, tales como la vivienda digna, la alimentación suficiente y el acceso a servicios de salud.

Se presentarán los estudios de caso de ocho personas de los grupos étnicos nahuas y mixtecos en capítulos empíricos divididos por ejes temáticos que explicarán los cambios a los que se someten al migrar, así como también se ahondará en los padecimientos emocionales y la relevancia de los conflictos en las relaciones interpersonales en el proceso de significación de los padecimientos.

## **I. Posicionamiento reflexivo sobre cuestiones étnicas e indígenas y pertinencia del estudio**

A modo de antecedente en torno a la forma en la que se fue gestando mi interés en el tema, considero imprescindible plasmar mis cuestionamientos y mi interés en el estudio de

la salud en la población indígena, buscando aclarar mi posicionamiento sobre las cuestiones étnicas e indígenas. Este interés de estudiar a las poblaciones indígenas es especialmente compartido desde la academia mexicana, pues en un escenario actual resulta llamativo y en ocasiones, polémico debido al hecho de que quienes lo trabajamos, lo hacemos sin ser personas indígenas. Es por ello, que considero primordial que este tipo de estudios –y también en diversas prácticas de carácter intercultural– vengán acompañados de un ejercicio reflexivo antropológico y autocrítico.

A finales de diciembre de 2017, luego de haber revisado todo el año diversas opciones de posgrado para continuar con mis estudios, decidí aplicar a la convocatoria de maestría ofertada por el CIESAS Noreste. Entre las líneas de investigación se encontraba aquella relacionada a los indígenas urbanos, y debido a que tuve una curiosidad previa respecto al tema de la salud en población indígena por experiencias que he tenido al relacionarme en mi vida personal y laboral con personas indígenas<sup>1</sup>, consideré que dicha línea era la más adecuada en relación con mis intereses teóricos y académicos para postular mi anteproyecto desde temas relacionados a la salud y grupos de poblaciones vulnerables.

En esos momentos tenía claro que no quería reproducir ninguna especie de posición de poder, o de condescendencia ante las cuestiones étnicas-indígenas, sin embargo, durante mi estancia como estudiante, diversas lecturas y comentarios de retroalimentación en torno al tema del estudio de las otredades, el etnocentrismo, el indigenismo y colonialismo, la sensación de impertinencia se reforzó debido al hecho de que yo no soy indígena, y es por ello que desde temprano, consideré que no podía prescindir de un apartado como este en mi tesis.

Esta discusión interna me recordaba a uno de los debates más grandes que se ha realizado dentro de las teorías feministas a las que estaba más familiarizada, la cual versa sobre el reclamo a los feminismos blancos racistas y su insuficiente consideración de la interseccionalidad y desapego ante las demandas y necesidades de las mujeres indígenas,

---

<sup>1</sup> Estas experiencias versan en torno a relaciones laborales y de amistad que he mantenido con personas indígenas desde años atrás, donde a partir de sus relatos, se vislumbra el problema en torno a que la atención a la salud en la ciudad en muchas ocasiones se ve atravesada por el racismo y discriminación, en especial desde ámbitos laborales informales donde se les imposibilita o incluso, se le niega, el derecho a la atención a la salud a pesar de padecer alguna enfermedad crónica e incapacitante.

negras o racializadas en general. Con ello, comencé a cuestionarme a mí misma: ¿qué estoy haciendo yo estudiando sobre personas indígenas?, ¿debería continuar haciéndolo? y ¿desde dónde debería estudiarlo y qué es lo que sí me corresponde hacer?

Estos fueron cuestionamientos que rondaron por mi mente en diversos momentos de mi estancia en la maestría, misma que desde un inicio también supone una posición privilegiada, pues indica que he tenido acceso al estudio y a recursos, mismos que son requeridos para poder cursarla. En contraparte, es necesario reconocer que estas oportunidades no siempre son accesibles para jóvenes indígenas que desean estudiar necesidades y temas de interés en sus mismos medios, en parte por la falta de acceso a la escuela, y en otras ocasiones, debido a problemas estructurales más profundos relacionados a la falta de infraestructura en sus comunidades, a la pauperización, a la discriminación y al racismo.

Encontrarse un *lugar* como futura antropóloga no-indígena que pretende realizar estudios sobre indígenas no es tarea fácil, sin embargo considero que abre un debate importante en el mismo estudio del tema, pues justo ejemplifica la existencia de estas fuertes desigualdades y distinciones se deben poner en discusión para futuras intervenciones: ¿Por qué una persona indígena no puede tener la misma facilidad de realizar investigación sobre sus pueblos?, ¿qué es lo que se necesita para cambiar ese panorama? Y, ¿por qué seguimos debatiendo con gran fervor sobre las categorías del indio, de lo indígena, del otro? Si bien estos cuestionamientos no pretendo contestarlos en ese estudio ya que corresponden a temas más amplios, mi objetivo al plasmarlos versa en torno a la consciencia que, como antropólogos, debemos tener al manejar estos temas.

Por ello, buscando no reproducir ninguna de aquellas cuestiones que han sido criticadas en relación con el etnocentrismo y las herencias coloniales o incluso ante la antropología clásica y colonialista que *exotizaba* al nativo, decidí enfocar mi estudio en las subjetividades de las personas indígenas, en su agencia y sus realidades en torno a los padecimientos. Desde esta perspectiva, busco alejarme de conceptos tales como cosmovisiones, usos y costumbres, o del nombrado “arraigo” a sus prácticas tradicionales, pues son temas que han sido cuestionados con perspectivas críticas por mismos antropólogos indígenas. Estos los consideran postulados infértiles y homogeneizantes, ya que suelen

negar su papel de productores de teorías propias y hacen que los estudios en población indígena se queden, de cierto modo, estancados, debido a la incompatibilidad de las miradas externas, no-indígenas con los problemas reales que las comunidades padecen (Ramos, 2018).

Por estos motivos, en campo estuve receptiva ante cualquier retroalimentación de las y los interlocutores ante los temas que buscaba abordar en este proyecto y en las formas propuestas para hacerlo, solicitando en un inicio sus opiniones al respecto y enfatizando en la importancia de que ellas y ellos se sintieran en libertad de decir si les parecía pertinente o no, estando abierta a modificaciones que consideraran necesarias. Gracias a sus retroalimentaciones y comentarios, comprendí que lo relacionado a la salud, a su acceso en la entidad, y a los padecimientos, son temas que consideran de suma importancia y que además perciben que no han sido suficientemente abordados.

Por tal motivo, esta investigación siguió su rumbo y con la metodología elegida logré distanciarme de una mirada etnocentrista, buscando reforzar el cuestionamiento sobre las condiciones que impiden que la población indígena goce de todos los derechos, incluyendo el de la protección a la salud. Considero que esto último apunta a lo distante que parece, hasta el momento, lograr un reconocimiento de las personas indígenas como parte importante y válida de la sociedad pluricultural del Estado. Forma parte de la razón por la cual desde la antropología seguimos estudiando e interesándonos por la población indígena que decide migrar a las ciudades en busca de mejores oportunidades que aun así pocos terminan por conseguir.

Por otro lado, considero que este estudio contribuye a reforzar estas otras formas de realizar antropología de las personas indígenas, considerándolas como colaboradoras y buscando partir siempre desde las propuestas de las necesidades identificadas por ellas, como solemos hacer con las autoetnografías u otros estudios propios de nuestras realidades cercanas. Sin embargo, debemos reconocer que un ideal sería que las y los indígenas puedan tener las mismas oportunidades que las personas no indígenas tienen de realizar investigación de los temas que les conciernen.

En un tenor similar al recién expuesto, tomé la decisión de dejar de lado la concepción de “informantes” para sustituirla por *interlocutores*, pues la primera noción da cuenta de un legado colonial intrínseco a las relaciones de poder, como Restrepo (2016) ha señalado. En cambio, el uso de la palabra *interlocutor* hace referencia a una estrategia de mayor horizontalidad, en donde dos personas son partícipes de un diálogo.

Finalmente, considero que es importante pensar en la antropología como pieza fundamental para el entendimiento de raíz de diversos problemas sociales y en consecuencia, en la mejora y creación de políticas públicas y planes de desarrollo. El conocimiento de estas realidades diversas abona a las luchas sociales y a las exigencias del cumplimiento de derechos, como es el del acceso a la salud. En este sentido, una tesis como esta suma a la exigencia del cumplimiento de tal derecho, así como también abona al respeto de las formas de convivencia en un Estado reconocido como pluricultural precisamente por la presencia de personas de diversos contextos étnicos con necesidades y formas de vida particulares.

## **II. Planteamiento del problema**

De acuerdo con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, (CDI, 2016) desde el año 2015 residen aproximadamente 80 mil indígenas en Nuevo León, aunque otras fuentes señalan que actualmente la cifra es cercana a 400 mil indígenas (Mendoza, 2016; Notimex, 2017). La inconsistencia en dichos números ha sido documentada previamente y obedece a ciertas dificultades para obtener cifras exactas en las encuestas intercensales así como a distintos factores de adscripción de identidad y otras inconsistencias censales (Durin y Moreno, 2008).

La entidad registra una tasa de crecimiento anual de personas indígenas de un 20% desde 1990 (CDI, 2016) y se destaca que esta entidad se ha convertido en una de las principales receptoras de grupos étnicos migrantes del país (CNN México, 2010), cuya característica principal es que son jóvenes que migran con el objetivo de encontrar mejores oportunidades laborales y educativas para así tener una mejor calidad de vida (Durin y Moreno, 2008; Vásquez, 2014), mismos que no siempre pueden cumplirse en sus lugares de origen.

La migración de la población indígena a Nuevo León comenzó en 1970, y aunque dicho dato no fue registrado en los censos, ha sido documentado en estudios como el de Durin, (2006) y Granados y Quezada (2018). Una cuestión de relevancia es el aumento de población indígena de prácticamente el doble del año 2000 a 2005. Los datos del INEGI (2018) indican que en el año 2000 existían 15,446 personas hablantes de lenguas indígenas en Nuevo León, cifra que ascendió a 29,538 en el año 2005. Posteriormente en 2010 se registraban 40,137 hablantes de lengua indígena, cifra que también ha quedado atrás ante el registro de 80 mil indígenas residentes en Nuevo León realizado por la CDI (2016) con base en las proyecciones del INEGI.

La encuesta intercensal del INEGI (2015) señala que la cifra de hablantes de lengua indígena en Nuevo León rondaba entre 59,300 personas, mientras que el criterio de la población que se autoadscribe como indígena era de 352,221. Estas dos cifras dan cuenta de las discrepancias mencionadas con anterioridad sobre la manera de obtener los datos censales de la población indígena, por lo cual queda claro que la cifra de población indígena residente en la entidad está lejos de ser documentada con exactitud.

Otra cuestión importante para mencionar es que, a pesar de que la población indígena es poca frente a los 5,119,504 de personas que constituyen la población total de Nuevo León (INEGI, 2015), las tendencias del INEGI (2018) señalan que la población indígena en Nuevo León es duplicada cada 5 años. Esto anterior, indica que la población indígena va en rápido aumento y que requiere la focalización de acciones dirigidas a garantizar la atención de sus necesidades, puesto que también es una población relativamente nueva que se ha insertado en la entidad, y que, además, puede no estar visibilizada debido a la aparente poca representatividad en términos absolutos, frente a la población total de Nuevo León.

En torno a las problemáticas relacionadas a la salud, existen pocos estudios que registren a profundidad sus características en Nuevo León. En general, desde el ámbito académico, el tema de salud en la entidad se ha abordado de forma periférica a otros fenómenos sociales y se destaca la inaccesibilidad que las personas indígenas tienen a los servicios de salud. De los pocos datos existentes, sobresale que una de las necesidades mencionadas por varias autoridades, especialmente por la Comisión Nacional para el

Desarrollo de Pueblos Indígenas<sup>2</sup> (CDI, 2016) y el Instituto Estatal de las Mujeres en Nuevo León (IEM, 2008) es la necesidad de cubrir la atención a la salud. Otros estudios destacan el tema de la derechohabiencia a servicios de médicos al informar que hay una gran cantidad de personas indígenas que no están afiliadas a algún seguro médico o social, cuestión que se explica por la cualidad informal de sus empleos. Esta situación refiere específicamente a las mujeres indígenas trabajadoras del hogar, así como también en las personas dedicadas a la venta de artesanías (Durin, 2009; 2012). Respecto al derecho a la salud a nivel nacional, es relevante señalar aquí que la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) declaró en una de sus recomendaciones desde el año 1969 la necesidad de incluir a la población indígena como beneficiaria de la seguridad social, cuestión que a partir del 2019 ha sido adoptada por el IMSS, instando a las personas empleadoras de trabajadoras del hogar a incorporarlas como beneficiarias del Seguro Social. Éste suceso debe ser una consideración importante a vigilar en próximos estudios relacionados a la salud de la población indígena en la región.

Por otra parte, se ha encontrado que aquellas personas indígenas que sí cuentan con seguro médico son obreros de empresas fabriles o laboran en el ámbito de la construcción. Estos trabajadores suelen ser hombres y por medio de dichos empleos, cuentan con prestaciones en el IMSS y suelen incluir a sus esposas y familia en este sistema de salud (Durin, 2009), sin embargo, se ha señalado que la utilización de servicios de salud por parte de los varones es muy poca o casi nula (Romero, A., Campos, R., Prado, E., Vaca, J. y Castro, K., 2011; Aguirre, 2014).

Datos de fechas recientes (INEGI, 2018) demuestran que gran parte de las personas indígenas que residen actualmente en Nuevo León cuentan con algún tipo de derechohabiencia a servicios de salud. Sin embargo, el porcentaje de las personas que no cuentan con derechohabiencia continúa siendo elevado, y aquellas personas que si cuentan con ella, hacen poco uso de los servicios médicos oficiales, como es observable en varios estudios (Durin, 2009; Romero, Campos, Prado, Vaca, y Castro, 2011).

---

<sup>2</sup> Hoy llamado Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI). Su nombre fue modificado a partir de la entrada del presidente Andrés Manuel López Obrador a finales de 2018.



A falta de opciones de afiliación a la seguridad social de dependencias como IMSS O ISSSTE, la mayoría de las personas indígenas optaban por adscribirse al Seguro Popular u otras ayudas ofertadas por el gobierno como el programa Oportunidades. Cabe destacar que, a partir del 29 de noviembre de 2019, se reformó la Ley General de Salud, estipulando en el artículo 77 bis 1 la nueva modalidad de atención a las personas sin seguridad social, denominado como Sistema de Salud para el Bienestar (INSABI). Este nuevo modelo reemplaza al Seguro Popular y al Programa Oportunidades, aunque, de acuerdo con el artículo, todos los servicios que las personas tenían garantizados al estar adscritas a estos se verán automáticamente cubiertos por este nuevo organismo de atención que pretende entrar en operación total a finales del año 2020.

Aquellas personas que no cuentan con acceso a alguno de estos servicios mencionados con anterioridad recurren a otras formas de atención asistiendo a médicos particulares, hospitales del sector privado o a la medicina popular, y los gastos de estos servicios suelen ser realizados gracias al apoyo económico de sus familiares o amistades (Durin, 2006).

Lo anterior muestra que la atención médica utilizada por la población indígena es independiente a la derechohabencia, y que, en general, como muestran los estudios señalados, buscan atenderse en servicios privados, en empresas como Farmacias Similares o Farmacias del Ahorro, en organizaciones como Cáritas u otras dedicadas a la beneficencia o caridad. Esto traduce que atienden su salud a partir de gasto de bolsillo, además de que se mantienen alejados de los programas de prevención y promoción que por lo regular no son ofertados en este tipo de servicios utilizados.

Estos datos afianzan la necesidad de conocer las formas de atención que utilizan, así como los motivos por los cuales las eligen. En este sentido me parece relevante considerar el trabajo de Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo (1997), en donde se muestra que los determinantes de la utilización de servicios médicos corresponden tanto a las características de la población, como a las características de su oferta. En el caso de las personas indígenas en la ZMM, esto se traduciría en que las características de la oferta de servicios públicos son insuficientes debido a la falta de empleos formales que permitan la

afiliación a los mismos, orillando, como ya ha sido demostrado, a que la población utilice servicios privados, lo que se traduce en un mayor gasto de bolsillo.

En este caso, como los autores señalan, una importante determinación de la utilización de los servicios de salud depende de la disponibilidad de estos, lo que también incluye el conocimiento, o percepción acerca de la compatibilidad de dichos servicios con las preferencias de atención de la población.

La antropología médica ha identificado la importancia de conocer la subjetividad de las personas en torno a sus padecimientos. Como he señalado, hacen falta estudios en Nuevo León que den cuenta de las experiencias y los significados de los mismos, pues, a pesar de que es importante documentar a fondo la situación que viven las personas indígenas en relación a las formas de atención a su salud, esto no es suficiente para el espectro amplio del fenómeno social intrínseco a los estudios relacionados a la salud. Por este motivo se hace necesario conocer los significados de los padecimientos y en el caso que nos atañe, articular el análisis con las experiencias migratorias de la población indígena a través de sus narrativas.

### **III. Preguntas de investigación**

- ¿Qué papel juega la experiencia de migración hacia la Zona Metropolitana de Monterrey en la configuración o adaptación de los significados atribuidos a los padecimientos?
- ¿De qué manera se articulan las narrativas del padecer con la experiencia vivida por parte de la población indígena migrante?
- ¿De qué manera la elección de determinadas formas de atención se relaciona con el entendimiento y significado de sus padecimientos?

### **IV. Metodología**

La técnica principal de obtención de datos fue la entrevista semiestructurada. Sin embargo, parte importante de la riqueza etnográfica de este estudio fue consolidada a través

la observación participante, técnica que me permitió acercarme paulatinamente a las personas interlocutoras para posteriormente, agendar entrevistas.

Como parte de actividades previas al campo y con el objetivo de entender el panorama actual de salud en personas indígenas, realicé entrevistas a cuatro personas que forman parte de las principales organizaciones que atienden a dicha población en la entidad. De estas entrevistas, confirmé la necesidad de la existencia de un estudio que se dedicara exclusivamente a hablar a mayor detalle sobre la salud de la población indígena que migra a la entidad, pues quienes trabajan el tema de la población indígena en Nuevo León reconocieron que en realidad existe muy poca información al respecto a pesar de que el acceso a la atención a la salud es complicado. Es llamativo que los encargados de las instituciones y organizaciones que dan atención a las personas indígenas afirmen que no cuentan con datos estadísticos específicos sobre cuantas personas acuden a sus instalaciones para solicitar algún apoyo relacionado a una situación de salud, incluso reconociendo que ese tipo de solicitudes son las que más se reciben.

Posteriormente, realicé dos entrevistas informales a una mujer y un hombre nahuas, quienes se habían insertado en Monterrey desde hace más de 10 años. Cabe señalar que, en un inicio, este estudio estaba pensado únicamente hacia el grupo étnico nahua, pues diversos estudios y estadísticas del INEGI muestran que es la etnia con mayor presencia en el estado de Nuevo León, sin embargo, durante el desarrollo del trabajo de campo se dio la oportunidad de visitar a personas de otros grupos étnicos que de igual manera representan de los mayores porcentajes de indígenas migrantes, por lo que, a pesar de que supondría un reto mayor para la realización de este trabajo, se decidió seguir adelante con la recaudación de datos de los otros grupos étnicos mixteco y otomí, aunque finalmente se decidió permanecer únicamente con los grupos de nahuas y mixtecos, como se relatará más adelante.

## **V. Inicio de trabajo de campo: retos y adecuaciones**

Una vez comenzando la fase de trabajo de campo, la cual inició en septiembre de 2019, tuve la oportunidad de participar en un diagnóstico intercultural organizado por la Secretaría de Desarrollo Social, donde se buscaba conocer los usos y costumbres de las personas indígenas residentes de la colonia Héctor Caballero, del grupo étnico mixteco en su mayoría.

Posterior a ello y gracias a la disposición de una persona que labora en la organización de Zihuame Mochilla, a quien realicé una entrevista en la fase previa a mi trabajo de campo, se dio la oportunidad de acompañarlos a la realización de un taller en curso que buscaba fortalecer los lazos comunitarios en personas indígenas de los grupos étnicos otomí, nahua y mixteco, mismos que han sido identificados por la organización como los de mayor presencia en la entidad.

El grupo otomí, ubicado en la colonia Lomas Modelo, está conformado por aproximadamente 15 participantes, en su mayoría mujeres jóvenes con hijos, sin embargo, debido a los tiempos —tres meses de trabajo de campo— no me fue posible continuar asistiendo a este último, por lo que se tomó la decisión de acotarlo únicamente a los grupos de mujeres nahuas y mixtecos. En ambos grupos étnicos, existe la característica de que son personas que llevan varias generaciones de migrantes, aproximadamente desde hace 10 o 15 años que ellos y sus familiares se han comenzado a insertar en la zona metropolitana. Esto, considero que fue compatible con mi objeto de estudio y mis preguntas de investigación, pues consideré que me permitiría conocer de manera más amplia los significados y su posible relación con la socialización y desarrollo de estos en sus lugares de origen.

Este último criterio sobre la obtención de significados suficientes, fue considerado al momento de descartar al grupo étnico otomí, pues al realizar dos entrevistas y tres visitas a los talleres como observadora participante, me percaté de que la búsqueda de los significados de los padecimientos no estaba fluyendo de la misma forma en la que sucedía con los grupos étnicos nahua y mixtecos, pues las familias que entrevisté eran personas muy jóvenes que básicamente crecieron en la ciudad, por lo cual muchos de los significados me eran bastante familiares debido a la carga biomédica regente en la región Nuevoleonesa, lo cual, a pesar de que también es interesante y pertinente, hubiera supuesto realizar adecuaciones mayores u otro tipo de estudio que fuese más compatible con dichos hallazgos de índole mayoritariamente local.

En total realicé trece visitas a los talleres dirigidos a personas indígenas, donde fungí como observadora participante y de ellos obtuve charlas informales, entrevistas y material etnográfico. A estos talleres se me invitó como parte de la organización Zihuame Mochilla,

y fui presentada como invitada de la organización, como psicóloga y estudiante de maestría en antropología social. Ante las asistentes de los talleres, aboné en mi interés por conocer a mayor detalle qué situaciones, experiencias y percepciones han tenido en relación con la atención a la salud en la entidad, sobre la forma en la que ellos perciben y dan significado a sus padecimientos, es decir, qué cuestiones sociales o culturales le atribuyen a los mismos y cómo buscan soluciones.

Las entrevistas semiestructuradas fueron elaboradas con base en el cuestionario diseñado por Grouleau, et. al (2006) titulado “McGill Illness Narrative Interview (MINI)”, mismo que está diseñado para obtener las narrativas de los padecimientos en investigación cualitativa relacionada con la salud. A esta guía de entrevista se le realizaron adaptaciones, agregando al inicio preguntas detonantes sobre el proceso migratorio y la atención a los padecimientos en la ZMM.

A pesar de que la técnica de entrevistas semiestructuradas podría sugerir una estrategia limitada, busqué acordar con los interlocutores desde el encuadre de las entrevistas, el hecho de que éstas fueran tomadas como una plática informal, más que una lista de preguntas y respuestas donde yo dirigiera. Las preguntas y la estructura de la entrevista siempre fue la misma, sin embargo, los contenidos de cada bloque de preguntas se estipulaban antes de comenzarlas y al contar con las preguntas memorizadas, busqué que se contestaran todas dentro de la narrativa de la persona entrevistada, de tal manera que sólo intervine en aquellas ocasiones donde detecté que algo faltaba. Esto facilitó el *rapport* y la libertad narrativa de los interlocutores, dando pie a que priorizaran aquellas cuestiones de mayor relevancia para ellos dentro de los bloques temáticos conformados por mis preguntas de investigación y marco teórico-conceptual.

Finalmente, debido a que parte de la propuesta de aporte de esta tesis incluye las trayectorias de padecimientos en su más amplio significado, se tomó la decisión de adaptar un apartado inicial en las entrevistas donde se les pidió a los interlocutores que platicaran sobre cómo llegaron a Nuevo León. Esto fue parte fundamental para este estudio debido a que dio pie a la creación del concepto empírico de *padecimiento colectivo migratorio*, pues se encontró que las trayectorias migratorias están intrínsecamente ligadas con muchos de los padecimientos, por ejemplo, al verse en la necesidad de salir de sus lugares de origen y

migrar a una ciudad para garantizar la atención de algún padecimiento que requiera una atención especializada debido a la complejidad del mismo.

A continuación presentaré a las y los interlocutores que fueron partícipes de la investigación. En total se entrevistó a 12 personas, sin embargo sólo se eligieron las narrativas de nueve debido a la profundidad conseguida en sus respuestas. De las personas de origen mixteco fueron tres personas, dos hombres y una mujer, su rango de edad consiste de 25 a 42 años. Ellos provienen de la localidad de San Andrés Montaña de Oaxaca y actualmente residen en la colonia La Esperanza, ubicada en el municipio de Juárez, Nuevo León.

En el caso de las mujeres nahuas fueron seis las entrevistadas, con un rango de edad entre 32 y 66 años. Todas son provenientes de la localidad de Chahuatlán, municipio Ilimatlán, Veracruz y residen actualmente en el municipio de Juárez Nuevo León. En este caso, por cuestiones de confidencialidad solicitada por ellas se omitió la colonia específica de residencia en Nuevo León. Los padecimientos expuestos en la tabla a continuación son aquellos identificados por ellas y ellos como los principales o más significativos, sin embargo durante los análisis realizados en esta tesis se podrán ver otros padecimientos subyacentes, los cuales no están verbalizados pero se hacen evidentes gracias a la profundidad y contenido extenso de las narrativas. Estos padecimientos serán los que conformarán en el análisis las dimensiones relacionadas a la violencia cotidiana y a las emociones.

## VI. Tabla de interlocutores entrevistados

| Nombre   | Lugar de origen                          | Estado Civil   | Grupo étnico | Edad | Sexo | Ocupación   | Padecimientos  | Notas    |
|----------|--|----------------|--------------|------|------|---|--|----------|
| Salvador | San Andrés Montaña, Silacayoápam, Oaxaca | Casado, 1 hijo | Mixteco      | 42   | M    | Artesano, realiza diversos artículos tejidos con palma. Un tiempo se dedicó a la música, amenizando fiestas | El padecimiento fue de su padre, que falleció por insuficiencia renal crónica (IRC) y fue atendido en el Hospital Universitario de Monterrey | Hermanos |

|           |                                 |                           |       |    |   |  |  |  |
|-----------|---------------------------------|---------------------------|-------|----|---|--|--|--|
| Ramiro    |                                 | Unión libre               |       | 30 | M | Artesanos, tallan y decoran alebrijes de madera de copal   | Padecimiento de su padre (IRC), padecimiento propio de pasmo o susto   |  |
| Rosario   |                                 |                           |       | 25 | F |  | Padecimiento de su suegro (IRC), padecimiento propio de susto  | Pareja de Ramiro   |
| Florencia |                                 | Unión libre, 2 hijas      |       | 32 | F | Ama de casa  | Padecimientos de su esposo (leucemia), de su madre (tumor en el ojo) y de su padre (tumor en el corazón). Su propio padecimiento lo refiere como parálisis, provocado por un fuerte dolor emocional  |  |
| Hilda     |                                 | Soltera, 1 hija           |       | 48 | F | Trabaja en una organización para la atención a personas indígenas y en situación de vulnerabilidad. Traduce talleres del español al náhuatl. | Padecimiento de Florencia (parálisis)  | Si bien a Hilda no se le realizó una entrevista individual, ella estuvo presente en la entrevista realizada a Florencia y compartió puntos de vista respecto a su padecimiento |
| Martha †  | Chahuatlán, Ilimatlán, Veracruz | Casada, 3 hijos, 2 nietos | Nahua | 46 | F | Ama de casa  | Padecimiento de diabetes de su esposo y padecimiento propio de VPH.  | Falleció en mayo de 2020, se desconoce la causa  |
| Úrsula    |                                 | Casada, 2 hijos           |       | 42 | F | Ama de casa  | Padecimiento de la columna y disco, a raíz de golpes propiciados por su esposo. Como consecuencia de ello, también ha desarrollado padecimientos emocionales, destacando el abandono y sentirse sola |  |
| Norvina   |                                 | Casada, 4 hijos           |       | 48 | F | Ama de casa  | Padecimiento propio de diabetes y padecimientos emocionales derivados de una infidelidad de su esposo y brujería   |  |
| María     |                                 | Casada, 3 hijos           |       | 66 | F | Vendedora ambulante de golosinas y servilletas bordadas  | Padecimiento de su hijo, quien es adicto a sustancias como el alcohol y marihuana  |  |

## VII. Composición de la tesis

Esta tesis está conformada de una introducción y 3 capítulos con sus respectivos subtemas. El apartado de introducción da cuenta de la problemática a tratar, los retos metodológicos y la reflexividad de la autora, además de presentar a los interlocutores con sus padecimientos iniciales que reportaron en las entrevistas.

El primer capítulo corresponde al estado de la cuestión y el marco conceptual. El objetivo del capítulo es delimitar los trabajos previos y similares que se han realizado en México y en el mundo, asimismo, se analizan investigaciones relacionadas al tema de salud indígena en general.

Por otro lado, se presentarán los conceptos que me ayudaron a dar sentido al análisis de los padecimientos y del contenido de las narrativas, siendo la violencia cotidiana y las emociones un eje central de la interpretación.

En el segundo capítulo, titulado “Ser indígena y migrar: contexto e interpretaciones referentes a los padecimientos desde el lugar de origen a Juárez, Nuevo León” se hablará desde una perspectiva contextual sobre la trayectoria migratoria que las personas indígenas emprenden desde el lugar de origen al lugar de llegada, así como también las características de ambos lugares y las percepciones que tienen de la migración. Aquí se hará uso del concepto propio llamado *padecimiento colectivo migratorio* al detectar que las principales motivaciones para migrar corresponden a padecimientos relacionados con la violencia cotidiana y estructural que viven en ambos lugares de origen y asentamiento, articulando así la relación entre el contexto, las experiencias en conjunto y la migración.

El tercer capítulo corresponde a las narrativas de las personas interlocutoras de esta investigación. Es el apartado con mayor densidad etnográfica ya que se analizarán los resultados obtenidos de las entrevistas a profundidad.



# CAPÍTULO 1

## ESTADO DE LA CUESTIÓN Y MARCO CONCEPTUAL

### 1.1 Estado de la cuestión

Las vías de búsqueda que utilicé para acotar el tema de estudio fueron diversas; intenté como primer paso, contextualizar la situación de las personas indígenas que migran al Área Metropolitana de Monterrey, con el objetivo de conocer con mayor profundidad su situación. Como segundo paso, me enfoqué en las cuestiones de salud, tema que finalmente ha sido poco estudiado en la región. Esta búsqueda ha sido la más exhaustiva debido a la importancia de conocer el contexto en el cual se realizará la investigación.

En primer lugar, se encontraron estudios de las disciplinas en antropología y sociología médica, los cuales estudian las cuestiones relacionadas a la salud desde las concepciones de prácticas, representaciones y significados, especialmente en torno a las generaciones entre población indígena y cómo difieren entre sí, se modifican o se mantienen (Freyermuth, G., 2003; Menéndez, E., 1977), procesos de aculturación y salud intercultural (Aguirre, G., 1994; Fernández, G., 2006) y sus planteamientos para reducir la brecha entre daños a la salud de las personas indígenas, así como también se habla de las dicotomías entre la medicina tradicional y medicina hegemónica y las resistencias ante la imposición del modelo médico occidental (Gallardo, P., 2003), por mencionar algunos de los enfoques más importantes. De estos estudios, puedo ver que entre todos se destaca un interés particular por emitir evidencia científica desde la trinchera de las ciencias sociales que busque mejorar la calidad de atención a la población indígena, buscando el reconocimiento y respeto de sus conocimientos, creencias, prácticas, representaciones y significados atribuidos. Orientada bajo esta perspectiva, considero importante documentar las formas en mis interlocutores conciben y dan sentido a sus padecimientos, con el objetivo de evitar caer en una redundante mirada etnocentrista u occidentalizada.

## 1.2 La salud en la población indígena de México

De los estudios realizados en otros estados de México sobre la población indígena se destacan aquellos que analizan un panorama de desigualdades y vulnerabilidad en distintos ámbitos, privilegiando cuestiones como educación, vivienda, servicios y salud (Torres J., et al, 2003; Juárez, C., et al, 2014). Del tema de salud específicamente, estos estudios atribuyen el rezago a la falta de capacidad del personal médico para atender a este grupo poblacional, a las barreras geográficas que imposibilitan el acceso a los servicios e incluso a la falta del reconocimiento de enfermedades y riesgo.

Una cuestión interesante es que algunos de estos estudios señalan que existe un rechazo por parte de la población indígena hacia los sistemas de salud “occidentales”, y que es por ello por lo que el acceso a la salud no se ve reflejado como tal, así como también sería parte de la razón por la cual tienen los indicadores en salud más bajos entre la población mexicana. Esto último puede indicar una desconexión entre las formas de atención utilizadas por las personas indígenas junto con la forma en la que los programas de salud dirigidos a la población indígena están siendo implementados, lo cual lleva a la poca adherencia terapéutica y, por lo tanto, a aquellos bajos indicadores en salud (Chávez, O. y Carpio, C., 2018). Sin embargo, considero que hay que cuestionar esto, puesto que también es conocido que las personas indígenas utilizan distintas formas de atención que van desde la medicina tradicional hasta la auto atención y medicina alópata (Freyermuth, 2003).

Por otro lado, se encontraron estudios enfocados especialmente en los procesos de salud, enfermedad y atención, que además reconocen la falta de estudios sobre los significados que las personas indígenas les dan a los padecimientos, así como también se considera necesario hablar sobre la percepción de riesgo, aunque esta última está vista siempre desde interpretaciones biomédicas (Caballero, M. y Carpio, L., 2016).

Son pocos aquellos estudios que trabajan el tema de salud y migración indígena desde la concepción *emic* y que, además, reparen en cuestiones relacionadas a los significados de los padecimientos. De aquellos destacados en México, la mayoría trabaja principalmente desde el entendimiento de las representaciones sociales y los procesos de salud, enfermedad

y atención para conocer las experiencias que las personas indígenas viven al buscar atender sus padecimientos en lugares de destino ciudadanos.

### **1.3 Migración, etnicidad y salud en el mundo**

Por otro lado, consideré pertinente buscar estudios que hablaran sobre las cuestiones de migración y salud en otros lados del mundo, para tratar de identificar tendencias y buscar otras perspectivas y maneras de abordaje que tal vez no conocía o que no había considerado. Estos estudios que tratan los temas sobre migración y salud en general hablan especialmente sobre los “comportamientos culturales” de las personas migrantes en el nuevo lugar de origen, lo cual conlleva a tener diferencias en la manera de entender la enfermedad (Zola, I., 1966). Además, consideran que la forma en la que aparecen los síntomas de los padecimientos y las maneras en las que se explican de acuerdo al contexto cultural y a la sociedad, devendrá asimismo en la forma que decidan para la atención que buscarán. Considera que el hecho de que algunas personas no perciben ciertos síntomas como necesidades terapéuticas y, por lo tanto, no acudan a atenderse, no se debe a una incorrección de su comportamiento, sino que tienen modos distintos de significar sus padecimientos. Esto indica que incluso para una misma enfermedad, existen modos diferentes de significarla, lo cual depende enteramente del contexto sociocultural. De igual modo, en un sentido similar están los estudios de Young, A. (1975) sobre las prácticas y creencias médicas culturales y sus componentes sociales, en donde menciona que dichos componentes pueden llegar a competir y convertirse en antagónicos en contextos geográficos diferentes, de no existir consciencia de aquella diversidad de saberes y significados de los padecimientos. Good, B. (1977) por otro lado, se encarga justamente de estudiar la semántica y categorización de las enfermedades en contextos interculturales, donde destaca especialmente que existen obstáculos en la comprensión de los significados que lleva a que los médicos occidentales realicen diagnósticos insatisfactorios. Cabe señalar que estos estudios sobre salud y migración constituyen el apartado en donde se puede encontrar mayor convergencia de la antropología médica y ciencias sociales en general junto con otras disciplinas como la filosofía y estudios sobre las relaciones médico-paciente.

Desde una perspectiva que combina la metodología cuantitativa con la cualitativa, se destaca que la salud en población indígena ha sido vista desde perspectivas que explicitan

las brechas e inequidades en su atención a la salud (King, M., Smith, A., y Gracey, M. 2009), proponiendo modos de interacción culturalmente apropiados que ayuden a disminuir las inequidades, así como también se enfocan en la restitución de la identidad de las personas indígenas, para no privilegiar la mirada occidental hacia este grupo poblacional y desde sus representaciones propias, atender su salud (Bartlett, J., et al., 2007).

Entre los estudios globales, existen otros que relacionan los padecimientos y la migración de personas racializadas hacia diversas ciudades. Uno de ellos es el de Goldberg (2003) quien trabaja el proceso de salud, enfermedad y atención en senegaleses que migran a Barcelona en búsqueda de mejores condiciones de vida, focalizándose especialmente en las condiciones laborales, pues estos migrantes se insertan en el comercio ambulante.

Goldberg destaca que las personas senegalesas que migran a Barcelona a trabajar se insertan en dinámicas de vida disruptivas y enfermantes, pues el hecho de migrar hacia un país muy diferente al de origen, que además los excluye socialmente partiendo desde el racismo y discriminación, supone un fuerte aislamiento a la cultura propia, al lenguaje, al afecto de la familia y círculos sociales cercanos. Estas condiciones los lleva a estar vulnerables en el lugar de destino, y los orilla a padecer dolencias de diversos orígenes, como, por ejemplo, desde la esfera emocional e incluso con padecimientos que desde un ámbito biomédico se reconocen como externos o “importados”, obligando a los migrantes a regresar a sus lugares de origen para tratarse con médicos tradicionales africanos o *marabout* debido a la imposibilidad de atenderse con la oferta médica española.

Los resultados expuestos por Goldberg y mi objeto de estudio tienen similitud en las condiciones en las que sus sujetos de estudio migran y la forma en la que son percibidos y tratados. Además, siendo ambas unas ciudades que son percibidas como sociedades individualistas por parte de los interlocutores de ambos estudios, se expone la incompatibilidad e incluso el choque que supone de salir de un lugar donde se acostumbra a realizar actividades colectivas para después llegar e insertarse en un lugar nuevo y muy distinto, lo cual indica que el padecimiento de migrar es una constante que comienza desde el trayecto migratorio y permea hasta la inserción en el lugar de destino. Goldberg lo enfatiza de la siguiente manera:

“Ser inmigrante no es una enfermedad. Pero ser trabajador inmigrante en el contexto sociopolítico actual de España supone también enfermar. Enfermar durante el trayecto migratorio y como consecuencia de las condiciones de vida y de trabajo en el país de destino. Enfermar en una cultura y una sociedad distinta a la propia de origen. Enfermar y estar lejos de su tierra, de su familia, de los seres queridos, angustiado, sin afectos y sin recursos. Enfermar y que el mal no pueda atenderse por la restricción de una ley. Enfermar y no poder comunicárselo al médico. Enfermar y que el médico no comprenda al “enfermo”, no interprete su padecimiento, malestar o dolencia como parte de un fenómeno sociocultural humano.” (Goldberg, 2003: 219)

Goldberg busca comprender el proceso de salud, enfermedad y atención, y aunque no se especializa en los significados de los padecimientos, da ciertas claves que ayudan a la comprensión más profunda de los mismos, relacionándolo con la situación estructural de España al momento en que realizó su estudio.

Otro estudio es el de Roldán, et al (2017) quienes analizan padecimientos como el susto, pasmo de sol, pasmo de luna y sereno presentados por migrantes bolivarianos insertos en España, encontrando que éstos se adaptan a las formas de atención ofertadas por el contexto de destino, sin embargo, también mantienen algunas explicaciones a sus padecimientos en el nuevo contexto, buscando curarlos a través de la autoatención. Los autores enfatizan en la necesidad de que los profesionales sanitarios reconozcan dichos padecimientos *folk* y que adecuen sus intervenciones hacia terapias que sean inclusivas con estos otros saberes independientes de la medicina científica.

Como es observado en los estudios citados, un común denominador son las causas de la migración, ya que todos reparan en que el contexto de migración se da en situaciones donde la persona elige emprenderla debido a la falta de oportunidades o condiciones dignas de la vida. Sin embargo, a pesar de ello, no se abona a profundidad en todo lo que implica el proceso migratorio como tal, debido a los diversos objetivos que los mismos estudios tienen, ya que versan en torno a las particularidades mayormente observadas.

En el contexto de Chiapas, en especial de las personas indígenas tzeltales y chamulas de la región cercana a Los Altos, quienes migran a la ciudad de San Cristóbal de las Casas en búsqueda de empleo y mejores oportunidades, están los estudios de Magaña (2002) quien analiza la explicación a los casos de enfermedad y la búsqueda de cura en un espacio social distinto al del origen, dando cuenta de los procesos de tratamiento y curación, analizando los discursos de los enfermos y sus familiares respecto a sus padecimientos (Íbidem: 196) y de

Eroza (2010), quien analiza las narrativas de los padecimientos entre los chamulas, donde existe una importante influencia de los procesos sociales vigentes que viven al momento de padecer. Este estudio parte del concepto analítico de drama social, implementado por Turner, para analizar cómo se posicionan en contextos específicos de interacción, como lo es el de la cercanía que tienen a la ciudad de San Cristóbal, debido a que suelen emplearse ahí, aunque también lo hacen en otros contextos urbanos como lo son la Ciudad de México, Villahermosa y Cancún.

Como resultado de esta revisión, destaca el hecho de que los estudios realizados sobre la salud de la población indígena en Nuevo León se han enfocado especialmente en dar a conocer datos sobre la utilización de los servicios de salud por parte de la población indígena de manera descriptiva y superficial, así como también hablan de la derechohabiencia. Sobre esto último, en la actualidad y con base en datos empíricos revisados por medio del INEGI (Martínez, M., 2018) es importante destacar que actualmente las afiliaciones y derechohabiencia de la población indígena a instituciones y programas en salud en la entidad ha aumentado, lo cual es distinto y difiere de los estudios realizados con anterioridad (Durin, 2009; Romero, A. et al, 2011). Sin embargo, como señalé en la introducción, dicho aumento no se ha reflejado en una mayor utilización de estos servicios, ya que las personas se atienden principalmente a partir de gastos de bolsillo, acudiendo a consultorios privados, aunque también se atienden en lugares como farmacias del ahorro, centros comunitarios o acuden a las organizaciones de beneficencia.

En el caso del presente estudio de Nuevo León, es notorio que la migración juega un papel primordial, debido a que, en varios de los casos estudiados, suele ser el destino final luego de haber intentado adentrarse en distintos lugares. Por ejemplo, en las personas mixtecas, algunos intentaron asentarse inicialmente en otras ciudades como Guadalajara, Tijuana o Ciudad de México y terminaron en Nuevo León debido a ciertas particularidades que ellos perciben favorables, por ejemplo, que aquí hay mayor aceptación a la artesanía. Y en el caso de las mujeres nahuas, la mayoría de ellas refieren haber migrado inicialmente a Tampico, ya que debido a la cercanía que tiene con Veracruz, algunos de sus familiares se insertaron ahí desde hace más de 25 años, sin embargo, en tiempos recientes han encontrado difícil la permanencia en dicho lugar, por lo que optaron por Monterrey y su Zona Metropolitana, donde han terminado por asentarse debido a las recomendaciones de sus

familiares y de otras experiencias de personas allegadas quienes les comentan que los trabajos son mejor pagados.

#### **1.4 Marco Conceptual**

Para la presente investigación se eligieron diversos conceptos teóricos que nos ayudarán a comprender los procesos de significación de los padecimientos por parte de las personas indígenas que han sido mis interlocutoras en esta investigación. Su definición nos permite una comprensión global sobre la subjetividad, en particular las vivencias, experiencias y significados que las personas otorgan a sus padecimientos. Se pretende que la construcción conceptual sea lo suficientemente flexible para articular elementos propios de la cultura, con aquellos derivados del proceso migratorio.

#### **1.5 Experiencias**

El entendimiento de las experiencias de las personas ha constituido parte importante de los estudios sociológicos y antropológicos que tratan temáticas sobre la salud y enfermedad de las personas (Lawton, J., 2003). Es una categoría que no se puede obviar, puesto que engloba diversas variables que permiten acercarse a comprender la subjetividad<sup>3</sup> de las personas y sus eventos significativos. Por esta razón, parto de la definición de experiencia que ofrecen Turner, V. y Bruner, E. (1986), quienes a su vez parten del filósofo Dithley, W. (1976), considerando la experiencia como “lo que ha sido vivido”. Según esta perspectiva, la realidad existe a partir de la consciencia, que antecede a la significación de diversas situaciones. Es decir, la experiencia consciente brinda un marco interpretativo para ordenar la realidad posterior.

La antropología de la experiencia trata cómo los individuos experimentan su cultura, es decir, cómo los eventos son recibidos por la consciencia, y además se preocupa por entender las experiencias de las personas en sus vidas (Turner, V., y Bruner, E., 1986:5-9). Esta perspectiva la considero compatible con lo que busco en mi objeto de estudio, puesto

---

<sup>3</sup> De acuerdo con Biehl, Good y Kleinman (2007) el concepto de subjetividad ha sufrido modificaciones históricas, sin embargo coinciden en que la definición actual es

que privilegia la mirada interna de las personas indígenas, así como sus vivencias y construcción de sus significados y creencias. Además, es relevante puesto que se diferencia de otros estudios como aquellos que parten de los comportamientos, cuya prioridad es indagar el significado de las experiencias desde una mirada externa. Desde mi punto de vista, lo anterior constituye una visión etnocéntrica que no privilegia las percepciones y experiencias que parten de la perspectiva de los interlocutores. Cabe señalar que, aun así, hay que reconocer que partir desde una postura propia sigue teniendo sus limitantes, puesto que las experiencias son individuales, es decir, de la vida de cada persona y cada yo consciente. Es por ello por lo que se debe tener en consideración que no siempre va a ser posible evitar realizar inferencias desde nuestra propia perspectiva y experiencia del mundo (Dietz y Mateos, 2011)

Dicho lo anterior, pretendo enlazar la experiencia con todos aquellos sucesos relacionados a la salud y enfermedad, como aquellos que configuran el conjunto de estrategias elaboradas por los sujetos para adaptarse a las contingencias de la vida, en este caso particular, de eventos asociados a la migración. Considerando que, con base en las experiencias vividas, los significados y el contexto sociocultural, es como el sujeto determinará la manera en la que atenderá sus padecimientos, así como también definirá cuál o cuáles formas de atención elegirá. En este sentido, Bendelow (1993) señala que las experiencias están fuertemente relacionadas a las influencias sociales, es decir, *el contexto* de la vida cotidiana en el que las personas se desenvuelven y sus relaciones con los otros, que delimitarán también los significados y formas de atención. Esto anterior está atravesado por sus normas, estereotipos y todas aquellas cuestiones culturalmente determinadas que tienen impacto en la experiencia de la persona enferma, incluyendo el género, la clase social e incluso el contexto histórico y sociopolítico.

De manera más amplia, se considera que las experiencias están permeadas por la *interacción* de la persona enferma y sus relaciones con su círculo social, como es entendido por autores como Bury, M. (1982), Charmaz, K. (1983) y Williams, G. (1984). Para estos autores, existe una interconexión entre el cuerpo, el yo y la sociedad al enfermar puesto que estamos en constante interacción. Estas relaciones interpersonales son aquellas que determinarán el curso de la enfermedad, así como también las formas de atención elegidas como curación y



los elementos que sustentan la efectividad de dichas formas, desde la perspectiva de los mismos sujetos involucrados.

## 1.6 Significados del padecimiento

Un concepto obligatorio para abordar es sobre los *significados de los síntomas o padecimientos*, perspectiva propuesta por Good, B., y Delvecchio, M. (1981), en donde se argumenta que todas las realidades de las enfermedades son fundamentalmente semánticas y están permeadas por la *cultura* del paciente, la cual afecta su experiencia y la expresión que realiza de los síntomas que presenta. Los síntomas<sup>4</sup> constituyen un medio obligado a analizar para darle sentido y explicación a la experiencia. Los significados también van a formar parte primordial de las expectativas que los pacientes tienen de la atención a los padecimientos.

En este sentido, se hace necesario hablar sobre los *modelos explicativos* identificados por Kleinman, A. (1980), que señalan que el sujeto atribuye una explicación a sus síntomas y por consecuencia, con base en dicha experiencia sintomática, elegirá la atención médica o terapéutica que se adecue a sus creencias y atribuciones de enfermedad. Por otro lado, es importante señalar que esta perspectiva de los significados también se hace pertinente en el estudio sobre salud y población indígena en contextos urbanos. En este sentido Kleinman, A., et al (1978) han encontrado una distinción entre los significados de las enfermedades para los curanderos tradicionales o chamanes, en contraposición con los médicos occidentales. Los primeros suelen brindar explicaciones de las enfermedades con base en problemas personales, familiares y de la vida cotidiana, mientras que los médicos alópatas están principalmente interesados en el reconocimiento y cura de la enfermedad, así como en los diagnósticos y prognosis. De esta manera se hace evidente que los diversos significados atribuidos a las enfermedades van a estar íntimamente relacionados con las experiencias y el contexto sociocultural tanto de las personas indígenas como pacientes, así como de quienes se encuentren en posición de médicos o curanderos. Esto se hace relevante puesto que de ahí es posible dar mayor sentido y explicación a las brechas en salud, así como también a las

---

<sup>4</sup> Síntoma manifiesta la experiencia corporizada de un padecimiento

posibles incompatibilidades en torno a las formas de atención elegidas por las personas en contextos urbanos.

### **1.7 Formas de atención**

Finalmente, con el objetivo de tipificar la elección de los sujetos sobre su atención y como parte de un componente empírico del estudio, es importante considerar las *formas de atención* que los sujetos elijen en su trayectoria para atender su salud o curar su enfermedad. Este concepto teórico es tomado de Menéndez, E. (2009), quien identifica cinco modelos distintos de formas en las que las personas se atienden, los cuales son: 1. de tipo biomédico, que reconoce como enfermedades a los padecimientos físicos y mentales y los atiende en diversas especialidades. 2. de tipo “popular” y “tradicional”, en donde se consideran a los curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, parteras empíricas, chamanes, espiritistas, y también comprende la curación por medio de santos o figuras religiosas. 3. de tipo alternativas, paralelas o “new age” que incluyen sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones comunitarias. 4. de aquellas devenidas de tradiciones médicas académicas como acupuntura, medicina adyuvérica, medicina mandarina. 5. los saberes y formas de atención expresadas a través de dos tipos básicos: de los grupos primarios “naturales”, especialmente en el grupo doméstico y de las organizaciones de autoayuda como alcohólicos anónimos.

Las formas de atención constituyen las maneras en la que las personas buscan abatir, reducir o curar sus padecimientos y reconoce que la población no sólo acostumbra a tener una forma específica de atenderse, sino que, al contrario, transita y se atiende a partir de distintas formas de atención que considera pertinentes en distintos momentos de su carrera de enfermo. Este concepto teórico se hace pertinente para el estudio, puesto que como Menéndez (2018) señala, diversos estudios antropológicos sobre la salud de las personas indígenas han encasillado a esta población dentro de una sola forma de atención, la cual es la medicina tradicional. Esto reduce y pasa por alto las posibilidades de agencia y pragmatismo que existen en las personas, quienes articulan la medicina occidental o biomédica, con modelos médicos que pueden estar entre los mencionados anteriormente.

## 1.8 Narrativas del padecer

De acuerdo con Bury (2001) las narrativas parten del lenguaje que culturalmente construimos como seres humanos. Dependen del contexto en el que nos criamos y también obedecen a nuestras propias vivencias simbólicas. En este estudio, la elección del concepto de narrativas se entiende desde la configuración que la propia persona le da a su padecimiento, es decir, la forma en la que recuerda lo sucedido y cómo lo vivió. Los interlocutores narran el evento significativo en una especie de recuento de los hechos a como los recuerda, y le agrega sus propias interpretaciones, emociones y significados, mismos que constituyen a una narrativa del padecer.

Sobre estas narrativas del padecimiento, Bury habla de la manera en la que el paciente ha ganado mayor poder en la actualidad, especialmente al tener al alcance herramientas que le permitan corroborar la información que los trabajadores de la salud ofrecen. Estas herramientas son principalmente de conocimiento público, mismas que pueden ser obtenidas del internet, de talleres, folletos, o incluso campañas de salud.

En oposición al modelo explicativo biomédico, la perspectiva narrativa cuestiona el autoritarismo médico, los pacientes adquieren una “nueva voz” que les permite resignificar, metaforizar y corporizar sus propias experiencias de padecimiento. Esto constituye las narrativas que ahora cobrarán significado e importancia desde la subjetividad de la persona que las vive.

Asimismo, como menciona Eroza (2016), es importante considerar que las narrativas toman en cuenta diferentes puntos de vista de un cúmulo de actores involucrados en los sucesos de interés, mismos que moldean sus relatos de acuerdo con la forma en la que lo vivieron, y esto constituye parte importante de una investigación cualitativa, pues nos brinda información sobre la forma en la que las personas entienden sus padecimientos, cómo los atienden o qué estrategias utilizan en el proceso.

Eroza (2016) ha trabajado con las narrativas del padecimiento desde una perspectiva que le permite llegar de una forma más íntima y profunda a la visión de sus interlocutores en torno a sus padecimientos. Esta herramienta metodológica le ha permitido conjugar

diversos elementos culturales y personales al momento de que ellos cuentan de propia voz sus narrativas. De forma similar es como se está planteando en esta tesis de investigación, pues coincidimos en que al momento de dar la apertura a que ellos hablen de sus percepciones, el resultado es un entramado de experiencias, infortunios y procesos sociales vistos y vividos desde la mirada de quien lo narra y desde su entorno inmediato.

Algunas críticas sobre esta perspectiva han sido planteadas en un sentido que cuestiona si son hechos o ficciones. Como Bury (2001) lo señala, los seres humanos en su búsqueda de identidad van modificando a lo largo de la vida sus formas de pensar y sus narrativas y pueden re-examinarlas y verlas de una forma distinta con el tiempo, especialmente bajo contextos de adversidad. A pesar de ello, considero que analizar estas narrativas de la mano con otros conceptos como lo son la experiencia, emociones y relaciones interpersonales, nos va a permitir tener un mayor entendimiento del contexto actual y de la situación que vive o vivió la persona en caso de presentar una narrativa de un evento sucedido hace tiempo, por lo que termina no siendo relevante el hecho de que sea algo “real” o “ficticio”, sino que importa más la forma en la que la persona y su entorno lo perciben.

## **1.9 Violencia cotidiana**

Una consideración llamativa en torno a las narrativas presentes es en relación con distintas violencias que las personas relatan haber vivido. Algunas de ellas, no están enunciadas desde el concepto de violencia, pero analizando la narrativa, éstas empatan con un marco de desigualdades, agresiones o experiencias que tienen que ver con discriminación racial. En un primer momento, consideré enmarcar todas estas experiencias dentro del concepto de la violencia estructural, misma que de acuerdo con Parra y Tortosa (2003), es definida como todas aquellas acciones indirectas que provocan daños en la insatisfacción de las necesidades básicas de las personas, como lo son la supervivencia, libertad, bienestar e identidad (pp. 57) y están relacionada al acceso, reparto o la posibilidad de que grupos poblacionales puedan hacer uso de diversos recursos cotidianos. Esta violencia se considera indirecta puesto que no es ejercida de formas explícitas, y suele ser normalizada a tal modo de que se vuelve invisible ante los ojos de quienes la viven. No niego que la violencia estructural se vislumbre y esté presente en este estudio, o que incluso algunos elementos se

puedan explicar desde una conjugación de múltiples tipos de violencias encarnados en diversas situaciones, sin embargo, para fines concretos durante el análisis, he decidido utilizar el concepto de la *violencia cotidiana* propuesto por Scheper-Hughes (1992). Es importante notar que, aunque estos dos conceptos se entrecruzan, el concepto de violencia cotidiana permite concebir violencias y conflictos que se generan en un mismo marco cultural y en las relaciones interpersonales, incluyendo entre miembros del mismo grupo familiar.

Estas consideraciones respecto a lo limitante del uso del concepto de violencia estructural utilizado como un elemento retórico y de análisis amplio, ha sido previamente cuestionado por Wacquant a Paul Farmer (2004) en su artículo titulado *An Anthropology of Structural Violence*, argumentando que es una categoría muy amplia para explicar las situaciones que pueden ocurrir en un ámbito médico de inequidad social, complejizando el entendimiento del aquí y ahora de su planteamiento (pp. 322).

Al estudiar los padecimientos inevitablemente resuenan temas relacionados al sufrimiento en situaciones ocurridas de la vida cotidiana. Una de las discusiones planteadas en esa investigación, abarca a aquellos padecimientos que se dan a partir de eventos como racismo, pobreza, marginalidad, mismas que corresponden a violencias estructurales que han sido narradas por las y los interlocutores. Farmer (1996) señala que la experiencia del sufrimiento no siempre puede ser medida en gráficas. Ésta, más bien, proviene de la experiencia individual y colectiva de las personas al narrar sus padecimientos, incluso si son de diferentes culturas, pero con circunstancias e inequidad similares.

Este sufrimiento proviene de mecanismos que históricamente han facilitado la opresión de ciertos grupos de personas, y atraviesan la toma de decisiones, pues se ven permeadas por el racismo, sexismo, violencia política y pobreza (pp. 262-263). De acuerdo con Scheper-Hughes (1992), existe una normalización de la violencia, especialmente aquella ejercida en contra de las personas pobres, marginales y de clase popular, quienes están propensos a recibir agresiones directas por parte de instituciones de índole policiaca o militar. Una de las legitimaciones por las cuales la violencia está normalizada ante este grupo de personas, es debido a que se encuentran en constante exigencia de necesidades, por lo tanto el Estado, los considera como peligrosos (pp. 219-221). Aunque en muchas ocasiones

la violencia no es ejercida de manera directa, si se observa con detenimiento se puede encontrar en la falta de oportunidades laborales, en la marginación y como en el caso de esta investigación, también se puede relejar en las dificultades para acceder a la educación, salud y vivienda dignas.

Finalmente, a lo largo del estudio podremos encontrar una asociación directa con el hecho de enfermar y estar inserto en una situación de violencia constante. Muchos de los padecimientos que son presentados por los interlocutores, tienen que ver con ese cúmulo de violencias a las que son indirectamente sometidos. Por ejemplo, es llamativo que el principal motivo de migración de algunos de ellos y ellas está relacionado con la falta de atención médica, que, en una emergencia de salud, les obliga a buscar otro lugar donde puedan salvar sus vidas y exista una mayor infraestructura o alguna forma de atención percibida de manera más completa a la que esté al alcance principal en sus lugares de origen.

### **1.10 Emociones**

Las emociones forman parte de esta tesis debido a que, desde mis primeras exploraciones al campo, pude constatar que conforman una dimensión en la experiencia vivida y la explicación de los padecimientos que han emergido a partir de la migración a la ciudad. De manera constante, mis interlocutores e interlocutoras refieren a padecimientos cuya fuente, según su interpretación reside en las emociones. Al mismo tiempo que, como psicóloga, he podido ubicar que muchas de las experiencias narradas señalan padecimientos que he ubicado como emocionales. Cabe señalar, que los padecimientos emocionales son complejos y dependen de la socialización y experiencia individual, elementos que como señala reiteradamente la antropología médica, se encuentran insertos en un entramado relacional que podemos denominar contexto.

Como ha sido señalado por Scheper-Hughes y Lock (1988), el análisis de las emociones permite relacionar las tres dimensiones corporales que, según su perspectiva se encuentran vinculadas con la experiencia del padecimiento: el cuerpo fenomenológicamente vivido (cuerpo del yo), el cuerpo social, que enmarca las relaciones sociales de un contexto y el cuerpo político, como las tecnologías dispuestas para establecer su control. De acuerdo con las autoras, estos tres cuerpos confluyen entre sí, constituyendo un marco interpretativo

fundamental en la significación de los padecimientos. Con esto las autoras pretenden superar las dicotomías reproducidas por la biomedicina: mente y cuerpo, racionalidad y emociones o naturaleza y cultura.

En este sentido, como señala Eroza (2016), las emociones las identificamos en relación con la afectación que provocan los diversos padecimientos, enfermedad y/o dolor vivido por la persona que narra su afección. Esto nos permite entender de mejor manera la forma en la que las y los interlocutores relacionan y/o lidian con estas convergencias sociales y políticas del padecimiento vinculadas a sus experiencias migratorias y de pertenencia étnica. La atención en las emociones me permitirá vincular la experiencia vivida construida por la persona en su narrativa, con un contexto social más amplio.

# **CAPÍTULO 2**

## **SER INDÍGENA Y MIGRAR: CONTEXTO E INTERPRETACIONES REFERENTES A LOS PADECIMIENTOS DESDE EL LUGAR DE ORIGEN A JUÁREZ, NUEVO LEÓN**

### **2.1 Introducción**

Como punto de partida para analizar y comprender las motivaciones que incitaron a las personas mixtecas y nahuas a tomar la decisión de migrar a la Zona Metropolitana de Monterrey, se pretende exponer en este capítulo las principales causas de migración, desde la perspectiva de los interlocutores, y su relación con los padecimientos. Las causas que detonan la migración son ocasionadas por la carencia de oportunidades laborales, de acceso a la educación, a servicios médicos y condiciones que contribuyan al desarrollo de su proyecto de vida en general. Estas situaciones devienen en la búsqueda de un lugar de destino que les brinde aquellos elementos percibidos como más favorables y deseables para vivir, y son motivados principalmente en torno a la mejora de su economía y condiciones materiales. Todos aquellos motivos obedecen a una valoración de la situación en la que viven, cuestión que es analizada, y estudiada por las personas antes de tomar la decisión de migrar. Asimismo, las características de sus lugares de origen nos permitirán comprender algunas dinámicas que se reproducen en el lugar de destino, por ejemplo, en relación con las formas de organización social y política y la influencia que estas formas tienen en torno a la atención a los padecimientos, especialmente en situaciones de contingencia.

### **2.2 El padecimiento colectivo migratorio: concepto de análisis**

El *padecimiento colectivo migratorio* (PCM) constituye un concepto propio que empleo para explicar cómo se da la vinculación de los significados de los padecimientos y las experiencias migratorias, pues varios de los motivos de este éxodo se encuentran íntimamente ligados a una violencia cotidiana padecida que afecta diversas esferas de la vida de los interlocutores, como lo son la falta de acceso a diversos servicios de salud,



alimentación, vivienda digna, economía suficiente para sustentar sus vidas y experiencias de violencia directa. Aunque el PCM es un resultado de esta investigación y lo acuñé para dar una explicación más detallada y ágil a la situación de migración emergente en salud que se presenta en esta investigación, considero que es importante definirlo en esta temprana fase de hallazgos puesto que forma parte de las vivencias de los interlocutores y nos servirá para entender la articulación entre migración, contexto, experiencias y finalmente, con un padecimiento muy particular que esto conlleva: el dolor que es encarnado al dejar un lugar de origen para someterse a vivencias inesperadas y difíciles en el trayecto y proceso de asentamiento en el lugar de destino. Por supuesto, como su nombre lo dice, éste dolor es compartido con paisanos y familiares; pues sus experiencias en conjunto forman una sola que se traduce en una violencia cotidiana constante relacionada con situaciones raciales, menosprecio, pauperización, entre otras.

### **2.3 Definición del Padecimiento Colectivo Migratorio**

Con el *padecimiento colectivo migratorio* pretendo caracterizar la manera en que las distintas experiencias de inequidad social vividas por gran parte de la población indígena de México detonan la migración interna, así como también estructuran una matriz de significación para que estas experiencias sean corporizadas como padecimientos. Retomo con este fin, los trabajos de Farmer (1996) y Scheper-Hughes (1992) respecto a la materialización de la inequidad e injusticia en el cuerpo. Es decir, que la enfermedad se materializa a partir de relaciones sociales inequitativas, causando graves disrupciones que configuran una experiencia dolorosa, que, en el caso que estudio, lleva a las personas a migrar. Es decir que esta corporización enfermante se intersecta con la experiencia migratoria para constituir una malla de significación a partir de la cual los interlocutores de esta investigación dan sentido y responden a la experiencia de padecer. Como intentaré mostrar más adelante en esta tesis, dichos significados devienen en padecimientos relacionados a los cambios socioculturales a los que se someten, así como también a las relaciones interpersonales y experiencias emocionales. Este padecimiento colectivo migratorio, engloba entonces la experiencia del dolor que se sufre al migrar; y me permite explicar cómo en la mayoría de los casos y narrativas se vislumbra la vivencia de una constante violencia durante la trayectoria migratoria que se reproduce aún en el sitio de asentamiento.

## **2.4 Los lugares de origen: contextos socioculturales de San Andrés Montaña, Oaxaca y Chahuatlán, Veracruz y sus particularidades en torno a los padecimientos migratorios**

A continuación se presentarán datos contextuales de los lugares de origen de las personas entrevistadas con el objetivo de aproximarnos a conocer la forma en la que vivían y algunas de las razones por las cuales permanecer en dichos lugares significaba cierta amenaza para el desarrollo de la vida.

Como se verá más adelante, a pesar de que la acción de migrar conlleva riesgos, duelos y situaciones complicadas, ésta es evaluada por las y los interlocutores como una mejor opción ante la permanencia en los lugares de origen, y, aunque se reconozcan los efectos colaterales de dejar estos lugares debido a experiencias previas de otros familiares que ya migraron, aun así se decide tomar la decisión de salir en búsqueda de mejores oportunidades de vida.

### **2.4.1 Los migrantes mixtecos. Contexto sociocultural y migratorio de San Andrés Montaña, Oaxaca**

Silacayoapam es el municipio donde se encuentra la localidad de San Andrés Montaña, ubicada en la región conocida como la “mixteca oaxaqueña”. Esta región se caracteriza por ser una de las mayores expulsoras de población de Oaxaca (Chávez, 1999; Reyes, et. al., 2002) y es una de las más afectadas por la pobreza en el estado, además de que es una zona devastada por la erosión de la tierra por causa humana y por desastres naturales (Mora, 1996; Farfán y Castillo, 2001). La cabecera municipal es Silacayoápam, y se encuentra a 15 km de San Andrés Montaña.

### Mapa 1. Ubicación de la región mixteca



Silacayoápam en morado, en relación con el distrito de nombre homónimo en verde, y a la región mixteca representada en rojo. Ilustración tomada del Instituto para el Federalismo y el desarrollo municipal el 7 de mayo de 2020 en:

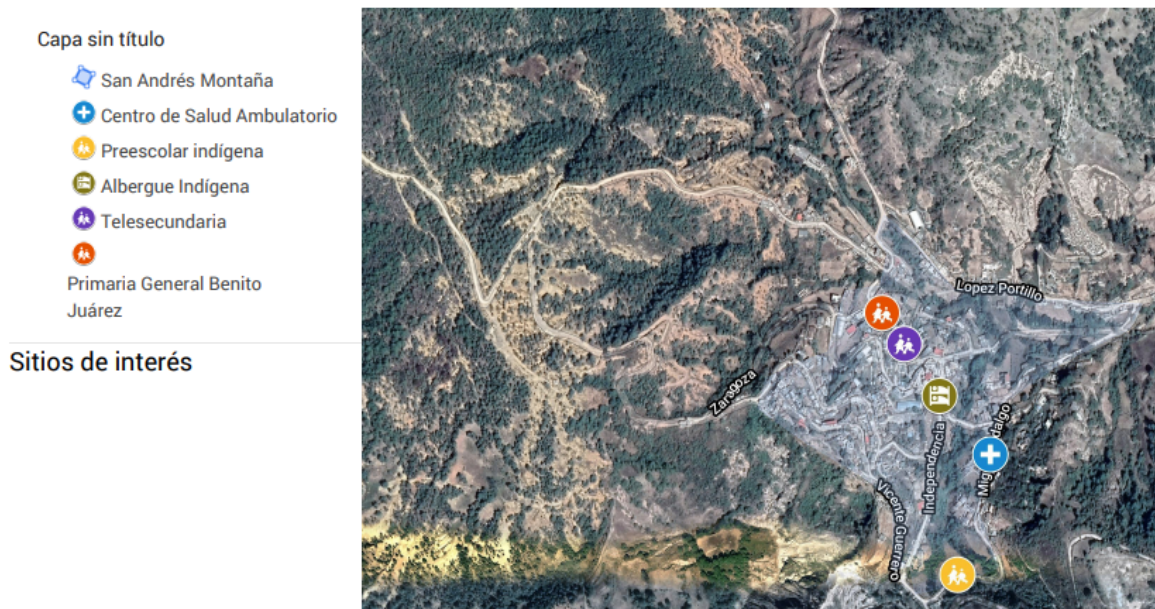
<http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM20oaxaca/index.html>

San Andrés Montaña cuenta con 282 habitantes, de los cuales 147 son mujeres y 135 son hombres (INEGI, 2010). Esta localidad tiene un grado de marginación “muy alto” de acuerdo con los registros de la CONAPO (2010). Las principales actividades realizadas por sus habitantes corresponden al campo; agricultura de baja producción y especialmente para consumo propio. Las actividades secundarias, de acuerdo con el INEGI (2010) son los trabajos de albañilería de instalaciones hidrosanitarias y eléctricas y de trabajos en exteriores, así como también la fabricación y venta de artesanías de baja escala, y la conformación de grupos musicales que amenizan las fiestas de la región.

En el año 2010, 103 personas se registraron como económicamente activas frente a 134 no activas, de estas últimas, 99 son mujeres, lo cual equivale a un 67.35% de mujeres sin actividad económica. Esto indica que en la localidad existe una baja inserción laboral de las mujeres en el mercado. El grado promedio de escolaridad al que llegan sus habitantes, es tercer grado de primaria. Esto se refleja también en el 39.01% de personas de más de 15 años que son analfabetas y, como se puede ver en el mapa 2, la oferta educativa se reduce a una escuela preescolar, una primaria y una telesecundaria.

## Mapa 2. Sitios de interés en San Andrés Montaña

### San Andrés Montaña, Silacayoápam, Oaxaca



Elaboración propia con base en INEGI (2020) Espacio y datos de México. Consultado el 8 de mayo en: <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espaciodydatos/default.aspx?ag=205370007>

En cuanto a las viviendas deshabitadas, se registraron 181 casas, mientras que las viviendas habitadas son sólo 63. Esto es reflejo del grado alto de migración que se presenta en la localidad, pues más de la mitad, es decir, 53.38% de las viviendas totales en la entidad, se encuentran vacías. Como algunos de los interlocutores e investigadores lo han expresado, esto es así debido a que en los últimos 20 años han tenido que salir del pueblo buscando asentarse en otras ciudades (Anguiano, 1997). Respecto a las características del entorno, no existe transporte público que lleve a los habitantes a la cabecera municipal. La ruta que conecta ambas localidades está hecha de terracería, aunque se menciona que el lugar se encuentra conexo a la carretera.

Sobre las condiciones de vivienda, se destaca que la localidad no cuenta con drenaje ni agua potable y no se tiene acceso a una mayor diversidad de alimentos fuera de los que se cultivan, crían y consumen. De acuerdo con Anguiano (1997), la primera oleada de migrantes provenientes de San Andrés Montaña a Nuevo León, se dio en el año 1995. Este

grupo, se insertó en el municipio de Benito Juárez en búsqueda de la supervivencia de sus familias.

Anguiano refiere que las principales necesidades que tenían en ese entonces eran la salud, educación, alimentación, educación, vestido y otras más relacionadas con la pobreza. Al dedicarse principalmente a la agricultura temporalera, los ingresos eran poco rentables, además de que la localidad se encontraba en gran rezago social, económico y en salud. En este último ámbito, destaca que, durante 1995, había 19 unidades médicas, de las cuales, cada una contaba solamente con un médico. Las enfermedades más comunes eran las respiratorias, infecciones intestinales y amibiasis (Anguiano; pp. 1-22).

Por otro lado, la forma en la que vivían era muy similar a la actual, pues de acuerdo con Anguiano, se dedicaban a la agricultura, al arado, a cuidar y criar animales y a las artesanías, como el tejido manual de palma. De estas artesanías ganaban aproximadamente 50 centavos la pieza o 10 por docena, vendiéndolas a mestizos de ranchos aledaños quienes las compraban para importarlas a otros estados de la república. Su organización comunal era la siguiente: los hombres se encargaban de la tierra y las mujeres atendían el hogar.

Es notorio que, de acuerdo con las estadísticas presentadas y las características de hace más de 20 años, la situación no ha cambiado mucho, pues San Andrés Montaña sigue presentando rezagos importantes en las diversas esferas ya mencionadas, es decir, pareciera como si las razones de migración fuesen las mismas en la actualidad.

#### **2.4.2. Particularidades de la atención a la salud entre los habitantes de San Andrés Montaña**

De acuerdo con la Dirección General de Información en Salud, consultado a través del portal de transparencia, existe solamente un centro de salud dentro de San Andrés Montaña, donde únicamente labora un médico, una enfermera, y como en todo centro de salud rural, se atienden exclusivamente padecimientos básicos o los correspondientes al primer nivel de atención, es decir los más prevalentes y que no requieren una atención especializada o manejo hospitalario. Por otro lado, los datos del INEGI (2010) indican que, del total de los 282 habitantes, sólo 100 cuentan con algún tipo de derechohabiencia a diversos servicios de salud, estando hasta el año 2010, 77 de ellos afiliados al Seguro Popular, programa que actualmente se encuentra en desaparición debido a la incorporación

del nuevo modelo de atención a la población sin seguridad social, denominado Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

En cuanto a la atención a la salud atendida fuera de los servicios denominados como “oficiales”, los interlocutores comentan que habitan en la localidad algunos curanderos que adquieren sus conocimientos de generación en generación y que también han formado una especie de escuela en donde se imparten conocimientos sobre formas de curar ciertos padecimientos. Dichos padecimientos corresponden a un rango amplio de categorizaciones, significados y modelos explicativos, como por ejemplo desde simple atención a resfriados, dolores estomacales, torceduras, golpes, hasta padecimientos de otras índoles como el denominado pasmo, el tener pesadillas fuertes luego de haber dejado el alma en algún sitio o hasta posesiones. Para cada uno de los padecimientos mencionados con anterioridad, se hace uso de diversas hierbas, plantas, saunas, rezos, o distintas formas de atención, como en el caso del pasmo donde el curandero explica que el alma se quedó en algún lugar y por ello es necesario acudir al dicho lugar y encontrar alguna fruta o planta cercana para ingerirla y recuperar el alma. A pesar de ello, los interlocutores enfatizan en que estos conocimientos no sólo son propios de las personas que se auto adscriben como curanderos, sino que dichos remedios y formas de atención son de igual forma aprendidos experiencialmente por miembros de la familia, en su mayoría por personas mayores, quienes después ponen en práctica sus conocimientos de curación al detectar a otros miembros que caen enfermos.

Otro de los temas referidos ha sido el relacionado con los embarazos. Las interlocutoras hablan de que éstos son atendidos por las parteras tradicionales. Ellas mencionan que allá se acostumbra a parir en casa con una ceremonia en la que se involucra la familia. Refieren que el acompañamiento de las parteras no se da únicamente por la inaccesibilidad espacial a las clínicas, sino también por cuestiones relacionadas al género, en el sentido de que los esposos en ocasiones no permiten que sus mujeres sean revisadas por médicos hombres, por desconfianza y por celos. Por dichas razones, los esposos prefieren que las mujeres sean atendidas por parteras, y ellas también se sienten más cómodas con ello. Algunas mencionan que eso ha cambiado poco a poco, sobre todo con el contacto con aquellas formas de atención que las mujeres identifican como propias de la ciudad, ya que algunas han tenido a sus hijos en hospitales de la Zona Metropolitana de Monterrey.

La posibilidad de atenderse en servicios de salud gratuitos, especialmente en aquellos de segundo y tercer nivel, se complica debido a la lejanía física de la localidad con la cabecera municipal, la cual se encuentra a 15 km, es decir, una hora y media de camino. En casos de emergencias donde alguna persona tiene que ser llevada a un hospital, los interlocutores mencionan que la situación es muy complicada, pues es difícil conseguir el medio de transporte. Como se puede observar en el Mapa 2 presentado anteriormente, sólo existe un centro de salud, el cual es ambulatorio y ofrece atención de primer nivel, dejándoles sin la posibilidad de ser atendidos al presentar un padecimiento que requiera mayor complejidad en la atención. De acuerdo con los datos proporcionados por la Plataforma de Transparencia<sup>5</sup>, en el año 2019 se atendieron a 749 personas. Estas son las causas principales de utilización de servicios de atención médica:

**Tabla 1: Principales causa de atención en el Centro de Salud ambulatorio de San Andrés Montaña**

| PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN EN SAN ANDRÉS MONTAÑA, UNIDAD MÉDICA OCSSA006124 |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 1   | RINOFARINGITIS                        |
| 2   | DIABTES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADA |
| 3   | GASTROENTERITIS                       |
| 4   | LUMBALGIA                             |
| 5   | COLITIS                               |
| 6   | DEFICIENCIAS DE VITAMINA              |
| 7   | CONTROL DE EMBARAZO                   |
| 8   | HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA       |
| 9   | CONTROL DE NUTRICIÓN                  |
| 10  | ENFERMEDAD PERIODONTAL                |

Elaborado por Servicios de Salud de Oaxaca, con base en los Cubos del SIS, 2019

En relación con las defunciones, se registraron las muertes de dos hombres en el año 2019. Uno de ellos falleció por diabetes mellitus tipo 2 y otras complicaciones no especificadas, mientras que el segundo falleció por un infarto agudo al miocardio.

---

<sup>5</sup> Se realizó la solicitud con número de folio 373320 para conocer los números de consultas y defunciones en el municipio de Silacayoápam y en San Andrés Montaña. Estos mismos datos fueron solicitados para el municipio de Ilamatlán y la localidad de Chahuatlán, sin embargo dichos datos no han sido entregados a la fecha de realización de este documento debido al paro de labores por la contingencia sanitaria de COVID-19.

De acuerdo con los datos presentados, podríamos caracterizar a la localidad como una unidad demográfica tipo *push*, en el modelo de *push and pull* planteado por Arango (1985) basado en el modelo de Ravenstein, donde es considerada como generadora de fuerza de trabajo o mano de obra barata para localidades-centrales de mayor desarrollo que “convocan” o “jalan” a las personas que viven en lugares similares a la mixteca oaxaqueña, comúnmente considerados como periféricos o marginales. Estas personas de la localidad que deciden emprender la migración, son personas jóvenes que, en su mayoría, gozan de bienestar físico y por lo tanto, se consideran en condiciones aptas para contribuir al desarrollo socioeconómico de la comunidad de origen, pero a su vez, muchos de ellos terminan aportando en el desarrollo de las ciudades receptoras. Esta es una dualidad muy interesante que se observa en los interlocutores de esta tesis: mientras que migran con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida, piensan también en formas de contribuir en el desarrollo de sus lugares de origen, con el objetivo de convertirlos en entidades de mejores oportunidades

### **2.4.3 Migrantes nahuas de Chahuatlán, Veracruz: contexto sociocultural**

Las interlocutoras nahuas con las que se trabajó en esta investigación son originarias de una localidad llamada Chahuatlán, propia del municipio de Iamatlán que se ubica en el noroeste de Veracruz y pertenece a la zona de la Huasteca baja.

Chahuatlán cuenta con un total de 903 habitantes, de los cuales 507 son mujeres y 396 son hombres (INEGI, 2010). En el año 2000 se registraban carencias relacionadas con servicios públicos como el drenaje, energía eléctrica, agua entubada, vías de comunicación, educación, salud y saneamiento entre otras (Ruiz y Blanco, 2000). Para el año 2005, contaba con un grado de marginación “muy alto”, y al año 2010, este grado pasó a ser denominado como “alto” (CONAPO, 2005; 2010). La principal actividad económica corresponde a la agricultura, y de acuerdo con el INEGI (2010), la segunda actividad económica mayormente realizada es en torno a la cría y explotación de animales. Además, se realizan artesanías como blusas, servilletas y manteles bordados. Las personas registradas como económicamente activas fueron 305 personas, de lo cual, destaca que la mayoría, es decir, 201 de las personas económicamente activas, son de sexo masculino.



El principal problema detectado en esta localidad corresponde a la falta de servicios y equipamientos para la realización de las actividades económicas. Al igual que en la localidad mixteca, en Chahuatlán no se cuenta con transporte que lleve a las personas a la cabecera municipal. Ésta se encuentra a 11 kilómetros y se hace aproximadamente una hora en llegar. También se indica que el suelo está conformado de terracería.

En cuanto a la situación escolar, se registra que Chahuatlán cuenta con una escuela preescolar, una escuela primaria y una telesecundaria dentro de la localidad y el grado promedio de escolaridad es de tercer grado de primaria, como lo podemos observar en el mapa 3. Por otro lado, se indica que 346 personas no fueron escolarizadas y 359 personas mayores de 15 años son analfabetas, lo que equivale al 39.76% de la población (INEGI, 2010).

**Mapa 3. Sitios de interés en Chahuatlán, Veracruz**

## **Chahuatlán, Ilamatlán, Veracruz**



Elaboración propia con base en INEGI (2020) Espacio y datos de México. Consultado el 8 de mayo en: <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/default.aspx?ag=205370007>

En relación con las viviendas, se registran 239 viviendas habitadas frente a 63 deshabitadas. En este caso, se puede observar que casi el 95% de las viviendas habitadas cuentan con servicios de luz, agua entubada y sanitario. Las características de servicios y

otros bienes a los cuales muy pocas personas tienen acceso, corresponden al teléfono fijo, internet, teléfono celular, automóvil, computadora y lavadora. Este panorama nos muestra que, si bien existen condiciones relativamente mejores en comparación a la localidad de las personas mixtecas, aun así, se perciben diversas carencias, en especial aquellas aquellas relacionadas a la salud y falta de transporte.

La relativa explicación que se le puede dar al posicionamiento económico de esta localidad, puede obedecer al hecho de que los partidos políticos han interferido en el desarrollo de Chahuatlán, en una lucha constante de poder, donde existen conflictos relacionados a las elecciones partidarias y la distribución de bienes o apoyos que estos ofrecen. De acuerdo con Ruiz y Blanco (2000), el municipio cuenta con una historia arraigada de cacicazgo mestizo en donde el ayuntamiento ha sido tomado por familias mestizas a pesar de que la población es más del 90% indígena, por lo cual los autores infieren que esto se traduce en las dificultades que este pueblo ha tenido al no tener la posibilidad de organizar un gobierno autónomo, como en el caso de otros pueblos indios en resistencia y con condiciones de vida similares. Este gobierno de herencia colonial se ha visto envuelto en una historia de corrupción, asistencialismo y compra de votos, aunque se menciona que poco a poco la gente, y en especial las mujeres, han logrado “despertar” al darse cuenta de abusos y humillaciones realizados por dicha forma de gobierno. Considerando este contexto, es posible identificar la manera en que estas condiciones estructurales configuran el padecimiento migratorio de las interlocutoras, mismo que permea en diversas esferas de la vida cotidiana al asentarse en el lugar de destino, como se abordará más adelante.

### **2.3.1 Particularidades de la atención a la salud en Chahuatlán**

En cuanto a las condiciones relacionadas a la salud, de acuerdo con la DGIS (2020), la localidad cuenta únicamente con un centro de salud, y, a diferencia de los datos de derechohabencia de la localidad mixteca, en Chahuatlán sólo 37 personas son derechohabientes a algún servicio de salud, siendo el IMSS-Bienestar el mayoritario con 24 personas. Es llamativo que, de éstas, solamente 5 personas estaban inscritas en el Seguro Popular. Sobre discapacidad, se registra que 70 personas cuentan con limitaciones en la actividad, siendo aquellas relacionadas a caminar, moverse, subir o bajar la más prevalente con el registro de 31 personas (INEGI, 2010).

Otro dato complementario es en torno al hecho de que en Chahuatlán el INEGI (2010), a diferencia de los datos en San Andrés Montaña, las estadísticas si registran la existencia de curanderos y parteras, y, a pesar de que no se indica el número de personas que se dedican a estas actividades, esto puede dilucidar la preferencia de estas formas de atención “tradicionales” ante las relacionadas a la biomedicina. Asimismo, puede estar relacionado al hecho de que algunas de las interlocutoras de Chahuatlán refieren haber emprendido la migración a partir de padecimientos de alta emergencia, como por ejemplo la leucemia y la detección de tumores malignos, mismos que no fueron posibles de atender, curar o controlar en el lugar de origen, obligándolas así a buscar atención médica en la ciudades, que, como en el caso que nos atañe, terminaron siendo atendidos en Monterrey. De ahí evaluaron la posibilidad de residir en la entidad. Esto nos indica que la búsqueda de atención médica, el *padecimiento colectivo migratorio*, constituye una de las causas principales de su migración al verse obligadas a partir para atender los padecimientos de sus familiares. En la mayoría de los casos, el inicio de este proceso migratorio es involuntario y se hace referencia a una disrupción, ya que las y los interlocutores hubieran preferido quedarse en Chahuatlán con sus familias.

No obstante, una vez viviendo de manera prolongada en Juárez, Nuevo León, refieren haberse adaptado a ciertas costumbres de la ciudad, especialmente en las cuestiones relacionadas a la atención a la salud, debido a la poca oferta encontrada en Chahuatlán, en comparación con la nueva situación una vez asentados en la Zona Metropolitana de Monterrey (ZMM). En el mismo tenor, se detecta que otro aspecto relevante corresponde a la identificación de otros servicios de salud que previamente no consideraban necesarios, como es el caso de la atención psicológica de gran oferta en la ZMM. Esta adopción de formas de atención que las interlocutoras identifican como urbanas, implica la construcción de nuevos modelos explicativos relacionados a los padecimientos mentales, que articulan concepciones biomédicas, lo cual se abundará más adelante.

## 2.5 Presentación de los interlocutores y sus trayectorias migratorias

A continuación me permito presentar a las y los interlocutores de quienes se hablará en este apartado inicial que nos ayudará a comprender la relación entre los procesos migratorios y el padecer.

Salvador y Ramiro son hermanos mixtecos originarios de San Andrés Montaña, Oaxaca. Salvador, de 42 años, llegó a Nuevo León hace 10 años con la idea de cruzar a los Estados Unidos, sin embargo, la situación de cruce se complicó, no logró pasar y se quedó en Reynosa. Mientras relata esto se queda callado para después mencionar “de buenas que no logré cruzar. Quien sabe que sería de mí si lo hubiera intentado, tal vez ya no estaría aquí... está muy fea la situación allá”. Después del intento fallido, comenzó a ver qué posibilidades tenía para salir adelante, pues la razón principal por la que salió de su comunidad fue para buscar mejores oportunidades laborales y de vida, en general. Nuevo León se le planteó como posibilidad, pues ya tenía un familiar asentado en Juárez, mismo que lo animó a irse a vivir con él, y la comunidad lo recibió invitándolo a un grupo musical, donde tocaba el clarinete y pudo obtener ingresos: “eran 800 pesos... al final me quedaba con 200, pues lo demás se iba al cuartito que rentaba”. Dada la situación económica complicada, se vio en la necesidad de buscar un lugar propio para evitar pagar renta. Consiguió un tejaban por medio de un traspaso que le salió en 5,000 y decidió vivir ahí mientras lo saldaba, en vez de perder su dinero en la renta del cuarto. Tiempo después, consiguió madera para hacer su casa más consistente, y de ahí buscó la posibilidad de traer a su familia: su esposa e hijo. Con el apoyo de su esposa comenzaron a realizar artículos tejidos de palma que importaron de Oaxaca, y poco a poco fueron mejorando su casa hasta cambiar el material del techo de lámina por concreto para vivir más cómodos, pues con la lámina el calor era insoportable. Comenta que su padre siempre buscó enseñarle a ganarse el dinero, en su caso, al inducirlo en la música porque le enseñó a tocar instrumentos, así como a tejer sillas con palma y pintar artesanías. Esto es algo que él le agradece mucho, pues le ha ayudado a conseguir sustento económico por medio de la venta de sillas y artículos de palma hasta la actualidad.

Ramiro, su hermano, de 30 años, fue el segundo de la familia en migrar a Nuevo León. Ramiro relata haber vivido su infancia y adolescencia en la comunidad, sin embargo, él sentía que se quedaba estancado, sobre todo en cuestiones educativas y laborales pues la telesecundaria a la que asistía era muy anticuada en contenidos y en ocasiones, no tenían

acceso a todas las clases, ocasionando que se atrasara. Por ello, al concluir la secundaria, decidió migrar a Guadalajara para hacer la prepa y buscar oportunidad de asentarse. Esto fue una decisión que resintió mucho al momento de estar allá, pues se topó con que los contenidos escolares estaban demasiado avanzados para lo que él conocía, además de que sufrió discriminación por ser indígena y hasta agresiones físicas y verbales por parte de un policía que no lo dejó vender sus artesanías.

Él tenía la idea de superarse, de poner un taller de alebrijes allá, pero al poco tiempo desistió, pues se percató de que la artesanía no era algo en la que la gente invirtiera. Al verse mermados sus planes, decidió salirse de la escuela y migrar a Juárez, junto con su hermano, pues tanto él como otras personas de la comunidad le habían comentado que acá la artesanía era más aceptada, y había mejores oportunidades por lo mismo. Al llegar, lo primero que hizo fue meterse como guardia en una empresa del municipio de Apodaca, laborando turnos “pesados”, sin embargo, consideró que era lo único en lo que podía trabajar, aunque fuese temporalmente, para juntar dinero y comenzar a realizar el plan truncado en Guadalajara: vender alebrijes y abrir un taller, actividad que en la actualidad desempeña junto con su esposa Rosario.

El caso de Rosario, de 25 años, es distinto. Pues a pesar de haber nacido en San Andrés Montaña, migró a Juárez junto con su papá cuando tenía entre 2 y 3 años, por lo cual creció aquí y sólo visita su lugar de origen en celebraciones conmemorativas, como las fiestas patronales. Ella menciona que antes de conocer a Ramiro, ella negaba todo lo relacionado a sus orígenes indígenas, pues aprendió a “despreciarlo” y no hablaba el idioma ni tenía interés por aprenderlo. Luego de conocer a Ramiro, empezó a ver que ser indígena “no tenía nada de malo”. La razón por la cual menciona haber estado alejada de lo mixteco, fue debido a que hace aproximadamente 20 años, es decir, cuando era niña, le tocó presenciar varias experiencias traumáticas donde autoridades policiacas llegaron a agredir físicamente a una de sus tías quien se dedicaba a la venta ambulante de dulces y cigarros en el centro de Monterrey. Comenta que su tía desapareció por varios días y como su familia no hablaba muy bien español, no supieron cómo comunicarse, hasta que ella les marcó y les notificó que estaba detenida. Rosario siente gran impotencia al recordar ese incidente, pues considera que los policías se aprovecharon de que ella no hablaba español para detenerla. Lamenta

mucho que nadie tenía conocimiento de derechos humanos en esos tiempos, pues eran situaciones injustas y denunciables que hoy en día no dejarían que sucedieran.

La situación referente a la salud, a la cual ellos se refieren como la más complicada que han vivido, es en relación con el papá de Salvador y Ramiro. El padre de ambos migró luego de que Ramiro se asentó en Juárez. El señor estaba diagnosticado con diabetes y estando en la comunidad no tenía problemas mayores de salud. Sin embargo, al llegar a Juárez, Salvador y Ramiro comenzaron a notar ciertos cambios alarmantes: el señor dormía más de lo normal siendo que era una persona acostumbrada a levantarse a las 5 o 6 am y comenzó a presentar hinchazón en la cara, después en los pies.

Ramiro y Rosario, al percatarse de ello, decidieron llevarlo al centro de salud La Esperanza, el cual se encuentra a unos cuantos pasos del lugar donde viven. Ahí, tras revisarlo, los médicos le indicaron que sus síntomas eran ocasionados por la diabetes y únicamente les recomendaron reducirle el consumo de refresco y tortillas. Ellos, convencidos de que los doctores le estaban indicando lo correcto, se limitaron a seguir las recomendaciones, sin embargo, el señor continuó con los síntomas y fue empeorando, por lo que lo volvieron a llevar y les indicaron que seguía siendo lo mismo y les recetaron pastillas.

Al no ver mejoría en esta segunda ocasión y al comenzar a tener la percepción de que en el centro de salud no estaban haciendo lo suficiente por curarlo, decidieron llevarlo al hospital metropolitano. Estando ahí, les dieron largas en la atención. Duraron 12 horas esperando, por lo cual decidieron moverse al hospital universitario, donde le hicieron estudios y lo diagnosticaron con insuficiencia renal crónica. A partir de ese momento, se vieron en la necesidad de posponer muchas de sus actividades para dedicarlas al cuidado del señor, pues su padecimiento ya era grave y requirió de hemodiálisis dos veces por semana, lo cual significó un gasto grande para toda la familia. Además de ello, los traslados eran complicados, pues al vivir en Juárez tenían que tomar varios camiones para llegar al hospital, lo cual, con la condición delicada del señor se complicó. Todos estos gastos y complicaciones, las afrontaban entre ellos y con el apoyo de su comunidad, quienes solían aportar económicamente.

En cuanto al caso de Florencia, una mujer nahua de 32 años, la situación de migración inició de manera repentina con el padecimiento de su esposo. Con una semblanza de preocupación y tristeza, Florencia comienza relatando que ella no quería venirse a Nuevo León, pero que se vio obligada a hacerlo a partir de que su esposo presentó un sangrado de encías que no cesaba con nada. Ella refiere haber buscado ayuda con un curandero de su comunidad en Chahuatlán, quien le solicitó licor y kilos de huevos para comenzar con el procedimiento para curar a su esposo, sin embargo, a pesar de sus esfuerzos, no mejoró y vio la necesidad de buscar atención por fuera de manera urgente. Habló con un familiar suyo que se encontraba en Tampico y éste le ayudó con los gastos de traslado, por lo que llegaron a un hospital de allá, pero al no poderlo atender ahí por no tener recursos suficientes, lo mandaron a Monterrey, que es donde finalmente le detectaron leucemia. Lo internaron en el metropolitano y lo transfirieron al Hospital Universitario donde finalmente se curó. Le dijeron que de haberse esperado más tiempo, su esposo hubiera muerto. Una vez asentada en Monterrey con su esposo y sus niñas, los padres de Florencia se mudaron con ella. Sin embargo, su madre comenzó a enfermarse del ojo y al llevarla al Hospital Universitario le detectaron un tumor, aunque en este sitio sólo le recetaban gotas, sin darle mayor explicación, a pesar de que, como supo posteriormente, necesitaba ser operada.

Su madre se desmayaba constantemente, por lo que la llevó de nuevo a que le hicieran estudios y le realizaron una cirugía donde le quitaron el ojo, pero refiere nunca haber sabido exactamente qué era lo que tenía porque los doctores eran muy herméticos en cuanto a su enfermedad. Después de la operación, se volvió a complicar, esta ocasión vomitando sangre. La llevaron de nuevo y le dijeron que tenía una úlcera en el estómago. En una ocasión, se llegó a desmayar en el baño del hospital y a pesar de que Florencia gritaba por ayuda, nadie las ayudó hasta media hora después. Después de ese incidente, su madre falleció. Tiempo después, su padre empezó a hincharse de los pies, de la cara y de todo el cuerpo, por lo cual volvió al Hospital Civil. En esta ocasión ella refiere ya haber ido más preparada, llevando libretas para que le apuntaran todo. A su papá le encontraron un tumor en el corazón, falleciendo al poco tiempo.

Después de estos incidentes, sin duda dolorosos para Florencia, ella ha empezado con su padecimiento propio. Refiere tener una sensación de no poder llorar por el dolor emocional y ciertas culpas que siente. Su padecimiento consta de episodios de parálisis que

se detonan al experimentar una emoción fuerte: si recuerda lo que pasó con sus padres, comienza a “sentir la cabeza grande y no poder escuchar nada”, luego de eso se queda “pasmada”, paralizada, se agrava su padecimiento cuando siente que alguien le habla fuerte. Fue a atenderse al centro comunitario con un psicólogo, sin embargo, éste se fue al poco tiempo y la refirió con una psiquiatra que le suministra medicamento que le ayuda a controlar un poco sus síntomas, pero continúa con episodios.

En los casos que describí, podemos notar similitudes en las situaciones que les orillaron a salir de sus lugares de origen, en el sentido en que los motivos se atribuyen a causas relacionadas con la inexistencia de condiciones dignas para la vida, lo cual hace la hace insostenible en el lugar de origen por diversos motivos con un fin interconectado: la detección de carencias. En estos casos particulares, fue la carencia de oportunidades laborales, escolares y de salud las que les orillaron a migrar.

## **2.6 Influencia de las formas de organización política y social en la atención a los padecimientos**

### **2.6.1. La organización política mixteca y su influencia en el lugar de destino con la atención a los padecimientos**

Una característica importante para destacar es la forma de vida y dinámicas de organización política con la que los mixtecos se socializaron en su lugar de origen, mismas que tienen trascendencia en el momento de la migración y al asentarse en el lugar de destino, que en este caso es la colonia Héctor Caballero del municipio de Juárez, Nuevo León.

Los mixtecos residentes en esta colonia son originarios de la misma zona de la mixteca Oaxaqueña, quienes tienen una forma de organización política y autónoma que ha sido denominada como *comunalidad* por diversos autores y antropólogos indígenas, originarios de Oaxaca (Rendón, 2003). Esta consiste en un modo de vida comunitario que considera la reciprocidad y participación comunitaria como regla, especialmente en actividades laborales, festivas y de poder. Misma que, además de ser una obligación, implica un importante sentido de pertenencia entre los miembros de la comunidad (pp. 14-15). Cabe señalar que, esta forma de organización resulta favorable al momento de tomar la decisión



de migrar puesto que, de acuerdo con lo observado, facilita la formación de estrategias de migración o redes de paisanaje al momento de realizar el desplazamiento, sorteando en conjunto las posibles dificultades que esto conlleva, como por ejemplo desde encontrar un lugar donde vivir hasta la atención de algún padecimiento.

De acuerdo con los interlocutores de esta investigación, algunos mantienen cargos importantes en San Andrés Montaña que tienen que cumplir a pesar de residir en Juárez. Esta cuestión les hace regresar al pueblo y mantener contacto constantemente para seguir siendo considerados como miembros de la comunidad y para conservar sus casas o terrenos. También mencionan la importancia regresar al pueblo durante las fiestas patronales y otras festividades como el día de los muertos. Dichas visitas ocasionales son planificadas con anticipación y se organizan relevos: mientras un miembro del grupo comunitario se retira a cumplir sus deberes al pueblo, otros se quedan en Juárez para llevar a cabo actividades laborales como la venta ambulante de artesanías en el Barrio Antiguo de Monterrey o con las labores de cuidado de los hijos o familiares.

Esto es relevante para los temas que se analizan aquí. Aunque no pretendo incorporar este concepto, considero que es importante señalarlo, puesto que se utiliza como una estrategia conceptual referente a relaciones interpersonales y solidarias organizadas. El contexto donde se utiliza hace alusión a la articulación del acervo de conocimientos heredado en relación a diversas actividades como fiestas patronales, cargos laborales o de responsabilidad, entre otros. Sin embargo, en este trabajo más adelante lo veremos bajo el nombre de relaciones interpersonales, pues abona de mejor manera a la discusión de los modelos de atención y búsqueda de significados de los padecimientos. En este trabajo, similar a como Eroza (2016) lo ha planteado, se problematizarán dos aspectos: las relaciones interpersonales sostenidas en la solidaridad para la atención a los padecimientos, y también las relaciones interpersonales erosionadas por conflictos.

Siguiendo con la línea de las relaciones interpersonales reflejadas en la atención a los padecimientos, tenemos un claro ejemplo planteado por Salvador: cuando algún miembro enferma en la ciudad, la comunidad residente de Juárez apoya de diversas maneras para los medicamentos o atención requerida, como sucedió con su padre, quien tuvo insuficiencia renal terminal y llegó a necesitar hemodiálisis dos veces por semana, lo cual fue difícil de

costear debido a la falta de trabajo fijo y a la dificultad en el traslado desde Juárez hacia el Hospital Universitario de Monterrey, entre otras situaciones:

“Nosotros si estuvimos como 2 años así y créeme que esa enfermedad si nos afectó mucho a todos porque, por ejemplo, en mi caso, tenía que pagar su medicamento y el kit que costaba como \$750 más aparte \$250 de la renta de la máquina, y lo bueno es que ya tenía mi carrito en aquel entonces y ya le ponía mi gasolina y eso se tenía que pagar una vez por la semana, ya después eran dos veces. Para nosotros fue difícil porque teníamos que cumplir con esos gastos, y nosotros pensamos [por cómo] nos educaron que no puedes dejar a alguien solo, así de lavarte las manos... por ejemplo en este caso [no podemos decir] "es tu bronca esta enfermedad" [...] para nosotros no ¿Por qué?, porque ahí estuvimos. Entonces, ahí fuimos poco a poquito porque la comunidad también aportaba, [nos decían] ¿Sabes qué? te apoyo con \$50, o incluso así en [la compra de] productos como en artesanías, y ya lo vendías y recaudabas fondos como todo eso para nosotros... y aunque hubo un tiempo en el que no sabíamos qué hacer, todo eso lo superamos [gracias al apoyo de la comunidad], y a la vez nos hizo más fuertes.”

Salvador, 42 años.

Como se aprecia en la narrativa, las contingencias y complicaciones son detectadas por la comunidad y las muestras de solidaridad recaen fuertemente en la familia. Farfán y Castillo (2001) sostienen que estos lazos solidarios se dividen en tres categorías detectadas en el caso de los mixtecos de Juárez: de parentesco —característica más fuerte y visible en los mixtecos de la colonia Héctor Caballero— así como también el paisanaje y la amistad. Esta forma de organización por medio de la cual ellos han sido educados, como es mencionado por Salvador, ayuda a amortiguar los diversos problemas causados por padecimientos fuertes como una insuficiencia renal provocada por una diabetes no controlada, y es una característica reconocida como importante por los interlocutores, ya que de no haber obtenido el apoyo de parientes, paisanos o amigos que se solidarizaron con su situación, se habría imposibilitado la atención médica que requería el padre de Salvador.

Asimismo, es evidente que esta característica de la comunidad permea desde el lugar de origen debido a la forma en la que solían organizarse en cuanto a la realización de trabajos en conjunto, lo cual hace que las contingencias económicas, de acceso o traslado de un familiar enfermo, sean menos pesadas.

## 2.6.2 Grupos de apoyo social entre mujeres de Chahuatlán: Sobre la influencia de las formas de organización en torno a la atención de los padecimientos

Una cuestión interesante sobre el contexto natal y la relación que tienen con sus paisanas en Juárez, es que, contrario al caso de los mixtecos, es notorio que ellas no han generado lazos similares a los que se describe aquí en términos de comunalidad. Esto se refleja en la manera en que significan sus padecimientos debido a que se perciben solas, sin apoyo, aisladas o incluso juzgadas por otras mujeres que son originarias del mismo lugar. Quienes logran detectarlo y se solidarizan con alguna paisana en necesidad, refieren notarlo en las demás y tratar de cambiar eso en sus relaciones, como es evidente en el caso de Florencia, quien comenzó a padecer de desmayos, parálisis y un fuerte dolor emocional tras el fallecimiento de su madre, padre y debido a las agresiones de su esposo. Mirna, quien es amiga cercana de ella y también es originaria de Chahuatlán, ha decidido acompañarla, escucharla y apoyarla en la búsqueda de atención a su padecimiento, haciendo notar la falta de apoyo por parte de otras paisanas:

“Yo me he ofrecido con ella [le digo] "si tú quieres sacar [lo que te hace sentir mal], tú dime, ¿Sabes qué, Mirna? yo quiero ir a platicar dos horas contigo, quiero sacarlo más o quiero platicar más” [...] pero también hay cosas malas en Chahuatlán, es que nosotras a veces [...] somos crueles, por ejemplo, ella dice que allá [en Chahuatlán] también les dan los apoyos de gobierno, pero como ella no sabe leer o no entiende el español, en lugar de que las otras personas que si saben leer o hablan bien un poquito el español... en lugar de que la ayuden, la humillaban, diciéndole “ah, pues a ti también te dan el dinero, tú también te lo gastas, y por qué tú no puedes contestar o no puedes hacer tal”, pero ellas no se ponen a pensar que ella no lo entiende. [Y acá en Monterrey también pasa lo mismo] e n lugar de ayudarnos a nosotras mismas a veces nos humillamos y aquí también ha pasado, hay una muchacha que durante años... que vive para allá abajo, decía que no era indígena porque nosotros éramos una vergüenza que andábamos para arriba y pa' abajo con lo de la organización de indígenas y en el centro comunitario participando y se llamaba que era mestiza, hasta que un día necesitó ser indígena por sus documentos entonces si decía que lo era. Ahorita ya entendió ella que más vale ser indígena que ser mestiza [...] Y, este, cosas así, pero nosotras mismas como indígenas en lugar de ayudarnos nos rechazamos y humillamos a alguien sin darnos cuenta. Este, como en el caso de ella y yo. En la comunidad ahorita ya es muy diferente, Chahuatlán ya es muy diferente, ahorita pues ya no hay pobreza, ahorita lo que veo que hay mucho son envidias, son egoístas, quieren ser como gente de ciudad, ya no hay valores, ya no hay respeto ni por los abuelos ni por los niños o los jóvenes. Saben leer, saben escribir, y la que no sabe se burlan de ellas entonces esas cosas a mí no me gustan [...] Yo a ella le digo, aquí no estás sola, le digo, cuando yo pueda pues tu nada más tócame la puerta y dime y te acompañaré, te ayudaré y... yo veo la situación de otras personas, y hay otras personas que tienen lo económico para moverse, para hacer... tiene carro, pues con ellos si que no me meto tanto, pues tienen con qué, pero con el caso de ellos... ella sabe, no la he dejado sola.”

Mirna, 48 años, hablando sobre su apoyo ante los padecimientos de Florencia, de 32 años.

Este caso se observa de manera similar en otras mujeres entrevistadas, ya que mencionan la percepción de abandono, desinterés o falta de apoyo por paisanas en la misma

colonia. Como en el caso de Úrsula, quien tiene más de cinco años con fuertes dolores en la espalda baja por una displasia de disco, o como en el caso de Norvina, quien tiene padecimientos emocionales y físicos que refiere, han sido provocados por una bruja que es paisana y quien le tenía celos y envidia por su marido.

Estos casos en particular, y sobre todo en relación con la falta de redes de apoyo entre ellas, se me presentaron evidentes desde el primer momento en el que entré a dicho grupo con el objetivo de conocerlas y conseguir entrevistarlas. Esta experiencia la relataré a continuación.

### **2.6.3 El grupo de mujeres nahuas bordadoras**

Las interlocutoras pertenecen a un grupo conformado por mujeres nahuas donde bordan y van platicando en su idioma sobre diversas ocurrencias cotidianas y, al haber entrado yo por medio de la organización que les da el espacio para tejer, noté de inicio cierta desconfianza y poco interés por participar, sin embargo, una de ellas se animó a darme una entrevista en ese momento debido a que consideraba necesaria otra opinión respecto a uno de sus problemas de salud. A partir de ahí, las demás comenzaron a mostrar más interés en darme entrevistas, reconociendo una necesidad de catarsis y con la intención de recibir también, mayor guía en torno a qué se puede hacer para atender sus afecciones, principalmente relacionadas a la salud mental. Al estar próxima a finalizar mi etapa de campo con ellas, una de las interlocutoras me reveló que inicialmente estaban desconfiadas porque pensaban que yo les iba a contar a todas las demás todo lo que ellas me habían confiado, lo cual era considerado como altamente indeseable debido a que en ocasiones previas se presentaron problemas de chismes, rumores y peleas ante situaciones personales reveladas sin discreción entre las mismas compañeras del grupo, cosa que buscan actualmente evitar a toda costa. Esta situación enmarca no sólo la ausencia de lazos solidarios requeridos para afrontar una contingencia de salud, como lo ha documentado Freyermuth (2002), sino que también contribuye a generar un entramado de relaciones de desconfianza que se significan como padecimientos, como lo podemos ver en torno a la brujería y conflictos interpersonales, similar a los hallazgos reportados por Eroza (2016) en los indígenas chamulas de Los Altos de Chiapas.

Evidentemente, hacen falta más estudios que hablen sobre las posibles repercusiones de la falta de solidaridad ante situaciones de padecimientos, sin embargo, en este caso y en

comparación con la situación de los mixtecos en el mismo contexto son notorias las afectaciones percibidas para atender su salud en las personas que no conforman ni generan redes de apoyo sólidas, como se observa en el caso de las mujeres nahuas. Se dilucida así la necesidad de generar propuestas de intervención al trabajar dichos temas con ellas y, además, obedece a una necesidad que ellas mismas han reconocido.

En este caso, así como en las situaciones de otros grupos étnicos que residen en la entidad, las mujeres nahuas dependen casi en su totalidad del apoyo de diversas organizaciones sin ánimo de lucro que fungen como intermediarias ante diversos servicios de atención a la salud y otras instituciones estatales. Estas organizaciones les brindan orientación e incluso apoyos económicos o de despensa ante las problemáticas relacionadas a la falta de recursos materiales ocasionada por las graves condiciones de inequidad en las que, aun viviendo en la ciudad, se ven insertas. Las organizaciones cumplen la función de llenar esos huecos estructurales del Estado, sin embargo, suelen realizarlo mediante la reproducción de actitudes asistencialistas que sigue posicionando a las personas indígenas en un lugar desfavorable y son vistas de forma paternalista, donde se suele dar “ayuda” a cambio de su asistencia a talleres y participación constante en diversas actividades gestionadas por las organizaciones. Esto ha sido señalado por otras autoras como Scheper-Hughes (1992) y Sy (2016) donde reflexionan el paternalismo desde sus propias experiencias de llegada al campo. Hablan en el sentido de que como antropólogas es fácil caer desde el primer acercamiento con la idea de querer ayudar o hacer algo ante situaciones complicadas que se llegan a presenciar, tal como lo realizan instituciones gubernamentales encargadas de dar atención.

Estas cuestiones asistencialistas a su vez pueden contribuir indirectamente a la erosión de las relaciones interpersonales, creando conflictos entre ellas al ver que una persona recibió un beneficio mientras otras no, o al detectar “favoritismos” y demás cuestiones que devienen de los apoyos otorgados. Actualmente, existen organizaciones que realizan informes desde perspectivas críticas en donde reconocen los problemas del asistencialismo y se encuentran en etapas donde buscan modificarlo, sin embargo, al ser un problema de larga data, se encuentran con la dificultad de que si no ofrecen esos apoyos, muchas de las personas indígenas ya no se interesan en asistir a las actividades o talleres que se realizan, complicando así la operatividad de las organizaciones. Esto sin duda es un gran reto al que se enfrentan ambas partes –tanto por parte de las personas indígenas como de las

organizaciones— aunque la situación, en realidad, obedece a cuestiones más complejas y de distintos frentes, especialmente relacionados al colonialismo, a las políticas indigenistas, a la conformación del estado-nación, entre otras relacionadas al papel del Estado ante las diversas situaciones relacionadas a la población indígena (Sy, 2016).

Uno de los intentos que se han hecho por salir de esta situación por parte de las organizaciones locales, ha sido la intervención por medio de talleres a grupos indígenas conformados en colonias. Se busca fortalecer los lazos comunitarios y autónomos mediante pláticas que pretenden crear consciencia de los efectos negativos que trae consigo el asistencialismo y las formas estructurales ya mencionadas anteriormente que posicionan a los indígenas como personas necesitadas de ayuda. Esta intervención pretende que las personas indígenas que residen en la entidad busquen en conjunto soluciones a diversos problemas relacionados a la falta de acceso a los servicios de salud, la regularización de los terrenos donde viven, conseguir servicios como agua potable, drenaje, luz y agua, entre otras situaciones que se lleguen a presentar en las comunidades.

Este tipo de intervenciones son realizadas por trabajadores no indígenas de la organización Zihuame Mochilla. Aunque reconocen dificultades en torno a la aceptación del programa de intervención tanto en personas indígenas como en otros miembros de la misma organización, que no están de acuerdo con la forma en la que se lleva a cabo, intentan recuperar y enmendar esos lazos interpersonales considerando en todo momento la agencia de las personas indígenas: qué es lo que desean, qué expectativas tienen y qué buscan conseguir. De esta manera buscan ser lo más horizontales posibles. Sin duda, aunque faltan estudios que profundicen en los efectos de la falta de lazos o redes de apoyo, este apartado da luz sobre la repercusión que esto tiene sobre los padecimientos, en el entendimiento de que, al no ser respaldados por una comunidad, una de las únicas opciones restantes es depender del apoyo de alguna organización, aunque para conseguir dicho apoyo, en ocasiones, se tiene que entrar a una lista de espera larga.

## **2.7 La disyuntiva ante el cambio: apuntes sobre las trayectorias migratorias y del padecimiento: migrar a Nuevo León**

### **2.7.1 Juárez, Nuevo León como entidad receptora**

Juárez, Nuevo León se ha caracterizado por ser uno de los principales municipios con mayor atracción de población indígena en la ZMM. De acuerdo con datos proporcionados por el CDI, fecha (actualmente INPI) y con base en el INEGI (2015), el municipio de Benito Juárez cuenta con 6,984 hablantes de lengua indígena, de las cuales predomina el náhuatl. La alta presencia de población indígena en dicho municipio ha llevado a que diversas organizaciones instalen centros comunitarios y/o culturales en asentamientos de población indígena, como es el caso de los mixtecos en la colonia Héctor Caballero. A pesar de que es un centro abierto para toda la población que reside cerca del mismo, existe un reconocimiento por parte de las personas que lo dirigen sobre la fuerte presencia de personas indígenas y la necesidad de atenderlos. Debido a ello, se suelen realizar eventos desde un enfoque multicultural, con el objetivo de que la población no indígena se acerque e interese por las artesanías y talleres dirigidos por la población indígena del sector.

Asimismo, existen talleres dirigidos especialmente para las personas indígenas, generalmente relacionados a la carpintería o manualidades, pues consideran que eso les ayudará a realizar artesanías de mayor calidad. Esto anterior nos puede indicar parte de la forma en la que las organizaciones institucionales suelen ver las necesidades de la población indígena: se les suele apoyar siempre lo *cultural*, significando que se les da énfasis a las artesanías que realizan y a las “tradiciones” de sus lugares de origen.

Si bien, a pesar de este interés por la atención a las necesidades de la población indígena residente en la región, la Secretaría de Desarrollo Social —institución que dirige los centros comunitarios— ha reconocido que hace falta conocer a profundidad las necesidades de la población indígena, debido a que no se ha formalizado como tal un área especial de atención o no se sabe cómo manejar la incidencia de personas indígenas en dicha zona. Es por ello que, en el mes de junio de 2019, arrancaron con un “diagnóstico sociocultural de centros comunitarios”, el cual incluía dentro de sus objetivos un análisis de las situaciones que viven, sus historias de vida y migración y sus características de vivienda.

Tuve oportunidad de participar como observadora y encuestadora en uno de los primeros recorridos de la colonia. Noté que había una dificultad al encontrar a las personas indígenas, por lo que el equipo de la institución decidió encuestar a cualquier persona, independientemente de si era indígena o no, pese a la instrucción de solamente aplicar las encuestas a personas indígenas. Esto se dio de tal manera debido a que existían dudas en torno a “qué significaba ser indígena y quienes se podría considerar que sí lo eran” y las personas encuestadoras se vieron en la dificultad de inferir la etnicidad basándose en personas que fenotípicamente les parecían indígenas. Otros, simplemente consideraban que era invasivo y hasta potencialmente grosero preguntar directamente: ¿Usted es indígena?, ya que habían tenido experiencias en donde las personas se molestaban, por lo que comenzaron a asociarlo como si fuera una especie de insulto y preferían no preguntar directamente.

Meses después, en una entrevista a un encargado de un colectivo no gubernamental que trabaja con población indígena, y quien además trabajaba también en la SEDESOL, me hizo saber que el diagnóstico se detuvo, sin fecha ni planes aparentes de reanudación. Esto sucedió por cambios de dirección, y movimientos administrativos internos, entre otras cuestiones. Este relato describe en buena medida la situación de las instituciones locales en torno a la atención hacia las personas indígenas: se tiene el reconocimiento y la intención de atender sus necesidades, sin embargo, no se han logrado concretar acciones puntuales, al menos no que sean claras o de larga duración.

Generalmente, quienes se encargan de brindar apoyo y atención, son instituciones u ONG's externas, como Zihuame Mochilla, Zihuakali, REDMIN, Xipaki, entre otras. Estas organizaciones cuentan con personas indígenas dentro de los equipos laborales, lo cual es notorio que ayuda al lograr mayor alcance y aceptación por parte de la población indígena, que, debido a malas experiencias previas, suelen preferir alejarse y desconfiar de las instituciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales. La desconfianza en las instituciones mestizas es parte de este entramado de relaciones interétnicas inequitativas que contribuyen a estructurar la serie de significaciones a los padecimientos. Esto ha sido documentado por Moliner, L., et al. (2010) y Rocha (2017) al hablar sobre la falta de personal sanitario que entienda del idioma y lo cultural en los contextos de atención a población indígena.



Tanto en el caso de los mixtecos de San Andrés Montaña como en el caso de las mujeres nahuas de Chahuatlán, Veracruz, la migración ha sido posible gracias a las redes familiares y de apoyo ya existentes en la zona metropolitana de Monterrey, o en lugares cercanos. Los mixtecos refieren haber llegado gracias a familiares que les ofrecieron un cuarto en renta mientras conseguían algo propio y privado. Así mismo, la decisión de migrar a Monterrey se dio debido a que otros paisanos referían haber experimentado mayor aceptación ante los productos que realizaban, como en el caso de Ramiro, quien migró inicialmente a Guadalajara para continuar con sus estudios e intentar conseguir trabajo, pero terminó decidiendo venir a Nuevo León tras conocer que aquí había más oportunidad de crecimiento para artesanos como él:

“Me vine acá porque había muchos paisanos que decían que en Monterrey era muy buena la aceptación a la artesanía. Ahí en Guadalajara no era así. Allá a la gente le gustaba, pero realmente no le llamaba la atención como para comprarla. Y me dijeron “No pues vente a Monterrey, allá la verdad [de] lo que tú haces no hay mucho y yo siento que si la vas a hacer.” Y ya pues me vine aquí a Monterrey y ya sabía yo a lo que me enfrentaba. De hecho, le había dicho a mi mamá y a mi papá que no me siguieran, que estuvieran ellos allá en el rancho. Yo iba a empezar a trabajar y ya después les iba a enviar dinero. Y ya pues ellos se quedaron, yo vine aquí y pues de inmediato no puse el taller [de alebrijes] sino que primero pues desgraciadamente no contaba yo con mucho dinero y me metí de guardia porque eso es lo más que puedes conseguir aquí. Y luego mi español pues no era muy bueno, y como lo de guardia es más fácil encontrar un trabajo pues luego luego me metí ahí. Estuve como un año y medio más o menos trabajando por el área de Apodaca. Ahí estuve en varios turnos y echándole ahí... la idea era juntar un capital para hacer mi taller porque yo ya sabía que sí iba a funcionar, que me iba al Barrio Antiguo o a otros lugares y había mucha gente que le interesara. Y ya me metí ahí y después empecé a hacer mi taller, empecé a contactarme con otros artesanos, con otros compañeros y es ahí donde conozco a Rosario y de ahí empezamos a hacer trabajos juntos, ya nos conocimos un poquito más y ya a partir de ahí empezamos a hacer el colectivo, así de poco a poco fuimos como que creciendo.”

Ramiro, 30 años.

Lo anterior nos indica que el tránsito por empleos precarios, de bajo sueldo y el desarrollo laboral en el comercio, sobre todo en el ámbito informal, van generando un contexto que ha excluido a los interlocutores de la seguridad social, particularmente la referida a la salud. Esto es relevante pues va conformando un contexto de inseguridad que se refleja en las formas de atención elegidas y la manera en que se intersecta la experiencia migratoria con la significación de los padecimientos, pues al no existir varias opciones para elegir al momento de estar en una situación donde evalúan la necesidad de la atención biomédica, deciden migrar para buscarla y solucionar sus padecimientos como se podrá analizar más adelante en el caso del papá de Ramiro.

Por otro lado, en el caso de las mujeres nahuas, la mayoría refiere tener familiares en Tampico, y las causas de la migración son relacionadas a las oportunidades laborales, como se ha señalado, aunque un hallazgo relevante que ha sido consistente en los interlocutores de la presente investigación es la migración motivada por cuestiones de salud.

El caso de Florencia lo ejemplifica en buena medida:

“Pues yo vine... yo no quería venir porque... tenía dos niñas chiquitas, la chiquita tenía 2 años y la grande tenía 4, pero mi esposo se empezó a enfermar, se empezó a sangrar de aquí [señala las encías] y, este... lo llevaron ahí cerquitas pero no le hallaron que es lo que tenía. Entonces me... me dijo su hermana que... su hermana de aquí, que lo trajera a Tampico, y en Tampico me quería quedar, pero no tenía apoyo, que me iba a ayudar [su cuñada], y yo, la verdad, nada... yo no podía hablar en español, nada. Entonces yo tenía miedo y luego fue mi cuñado por nosotros a Tampico y ya nos trajo para acá. Y luego lo internaron [a su esposo] en el Metropolitano y ya le hallaron lo que tenía, que tenía leucemia y ahí [estuvo] dos semanas en el metropolitano y lo pasaron al civil, y ahí duramos dos meses y gracias a Dios se curó. Batallando pero, este... pues ahí nos encontramos personas buenas y nos ayudaron mucho porque yo no sabía la verdad ni podía hablar en español. Yo nada más me dediqué a cuidar a mi esposo... donde estaba y... pues yo pasé ahí muy doloroso porque dejé dos niñas chiquitas y me dolió y pues ni modo, me aguanté unos años y de ahí... por eso me vine para acá. Entonces él se curó y yo empecé a trabajar, se puso bien y luego llegó mi mamá. Me trajo a mis niñas, ya tenía 9 meses aquí. Ya estaban grandecitas y pues ya me sentía feliz aquí.”

Florencia, 32 años.

Este tipo de situaciones ponen en evidencia algunas de las dificultades o carencias con las que se encuentran las personas en sus lugares de origen. Por un lado, detectan la falta de oportunidades escolares y de crecimiento laboral, así como también la inaccesibilidad a servicios de salud. Sin embargo, es notorio que, aun estando aquí, existen otras complicaciones a las que se tienen que enfrentar, como por ejemplo en cuestiones de derechohabiencia. A pesar de que perciben que en Nuevo León hay mejor atención a la salud por haber más opciones de hospitales, doctores, clínicas y consultorios, estos no siempre están al alcance de las personas recién llegadas que no cuentan con algún tipo de seguro que les ayude con una parte o la totalidad de los altos costos de las consultas o procedimientos necesarios. Debido a esto, tienen que recurrir de nuevo a redes familiares y de apoyo para lograr cubrir esos gastos, o en determinados casos en donde no cuentan con dichas redes, recurren al apoyo de personas desconocidas que les ayuden ya sea económicamente o incluso en explicarles cómo funciona la atención de los hospitales o de los procedimientos de cuidado de la persona enferma. Una barrera de atención importante es el idioma, puesto que llegan sin hablar español.

El padecer en una situación migratoria está configurado por diversas experiencias marcadas por la vulnerabilidad y la inseguridad. Esto establece a su vez, las respuestas y las formas de atención elegidas tanto en el lugar de origen como en el sitio de acogida. Sin embargo, el proceso migratorio también implica un conjunto de significaciones que son corporizadas y son analizadas por los interlocutores desde la interacción con otros conocimientos y aprendizajes que obtienen al insertarse en las ciudades, es decir, amplían su acervo de conocimientos previo.

Al respecto, es común la distinción latente entre lo natural y lo insalubre, en este caso, hacen referencia a que, al llegar a la zona metropolitana de Nuevo León, se perciben propensos a ciertos padecimientos que en sus lugares de origen no existían, como lo son el sobrepeso, diabetes, hipertensión y otros padecimientos relacionados a los cambios alimentarios. Los interlocutores suelen hacer referencia a que su alimentación es muy distinta en la ciudad, debido a la oferta mayoritaria de alimentos procesados. En sus lugares de origen, ellos cultivaban y consumían sus propios alimentos, basados principalmente en una dieta casi vegetariana, en donde, además, no se agregaban aditamentos como fertilizantes o transgénicos a los cultivos, o no se le inyectaban hormonas a los animales de los cuales se consumía la carne, y es por ello por lo que se percibían más sanos allá. Además de que también refieren no respirar aire contaminado como en la ciudad. Sobre la diferenciación entre los alimentos “naturales” y “procesados”, Atkinson (1983) refiere que esas preferencias sobre lo natural por encima de lo procesado tienen que ver con actitudes y valores sociales, mismos que también tienen sus significados o mensajes implícitos dependiendo de la configuración cultural. En su estudio, él habla sobre la preferencia de lo natural debido a que en el contexto estadounidense era una forma de cuidado que las mujeres amas de casa ofrecían a su familia e invitados, en el sentido de que los alimentos caseros, no comprados, involucraban mayor tiempo, esfuerzo, y por lo tanto tenían mejor sabor y quien lo preparaba resultaba elogiada.

En el caso de la población indígena y situándolo en un contexto migratorio, estas distinciones abren la discusión ante la percepción de riesgos a los que se ven obligados a tomar o sacrificar por otros beneficios. Por un lado, buscan mejor calidad de vida en sentido de subsistencia económica al percibir a Nuevo León como un lugar con mejores

oportunidades laborales, escolares y de atención a los padecimientos. Por otro lado, la migración los pone en riesgo de desarrollar más padecimientos que antes no reconocían y no tenían, debido a las condiciones estructurales y contextuales en las que viven en la ZMM. Asimismo, al adentrarse en la ciudad se acoplan a la disponibilidad de alimentos de mayor consumo, como lo son aquellos de fácil y rápida preparación, y generalmente, procesados. Estos hábitos de consumo también pueden ser leídos a partir de los tipos de empleo demandantes que dificultan la elaboración de alimentos caseros debido a restricciones de tiempo en horarios de comida o incluso por lo extenso de la jornada laboral (Meza, 2021).

### **2.7.2 Mixtecos de la Esperanza, Juárez**

La Esperanza es una conurbación que se encuentra dentro de la colonia Héctor Caballero en el municipio de Juárez, Nuevo León y es lugar de residencia de los mixtecos interlocutores de esta investigación. La colonia Héctor Caballero cuenta con un total de 5,812 habitantes, de los cuales 2,843 son mujeres y 2,969 son hombres (INEGI, 2010). El grado de marginación de la colonia está registrada con nivel “bajo” mientras que el grado de rezago social como “muy bajo” (CONAPO, 2010).

Los mixtecos residentes del lugar son varias familias que viven en cuartos y tejabanos detrás de la escuela secundaria José Clemente Orozco. No cuentan con regularización, por lo tanto, no tienen servicios de agua, drenaje y luz. Cuentan con el centro de salud La Esperanza a dos cuadras de sus casas y particularmente refieren atenderse ahí principalmente. Como se ha mencionado con anterioridad, particularmente ellos refieren ser una comunidad, ya que toman decisiones en conjunto al tomar acciones políticas, selección de autoridades y demás cuestiones como tequios y organizaciones para eventos, fiestas, ventas, terrenos, etc. Es bastante notoria la unión y desde un inicio hacen saber que, para ellos, el tener palabra es una cualidad muy valiosa, y es una razón por la cual refieren no confiar en ciertas instituciones gubernamentales de aquí porque ya han tenido problemas en donde no cumplen lo que dicen. Por este motivo han optado por solicitarles minutas, firmas y contactos para evitar que se cometan injusticias.

Sobre lo económico, ellos se dedican especialmente a vender artesanías, tienen un taller de alebrijes que se llama “del copal al arte” y también realizan muebles con palma

traída de Oaxaca y bolsas tejidas. Estas artesanías, al igual que en el caso de los otomíes, las venden en eventos gestionados por Zihuame, pero además también tienen páginas de venta en Facebook y venden cada domingo en el espacio que tienen del callejón del arte en Barrio Antiguo.

La ubicación donde residen actualmente les fue ofrecida hace aproximadamente 16 años, a partir de que residían cerca del río la silla, como en el caso de las personas nahuas. Sólo que en el caso de Juárez se les ofreció la col. Héctor Caballero y también Monte Kristal. Refieren que actualmente hay cierta preocupación puesto que algunas personas mixtecas se han estado aislando entre ellos, cuando siempre han considerado la unión como una de sus fortalezas, incluso también tienen discursos de una fuerte necesidad de preservar su lengua, que no se pierda entre ellos, ni entre los integrantes más jóvenes de la familia que ha nacido en Nuevo León. Cuando llegaron a Monterrey, tuvieron malas experiencias y malentendidos con ciertas instituciones como el CDI en ese entonces, y refieren que una parte de la población mixteca tiene desinterés y está cerrada a participar en talleres o eventos ofrecidos por instituciones. Tienen un centro comunitario de SEDESOL a unas cuadras de La Esperanza, pero asisten en pocas ocasiones, aunque mencionan que recientemente han sentido mayor apoyo y apertura de parte de las personas del centro. Ellos refieren no querer cerrarse a las enseñanzas que organizaciones y personas mestizas les pueden ofrecer, e incluso a pesar de las malas experiencias, tampoco están cerrados a seguir manteniendo o recuperar las relaciones rotas con el INPI (antes CDI).

A partir de mi interacción cotidiana con los interlocutores, puedo señalar que uno de los hallazgos significativos en este grupo en particular ha sido en torno al *cambio* de hábitos y de vida a partir de migrar de Oaxaca a Nuevo León. Por lo cual, el cambio para ellos es uno de los mayores significados y explicaciones que dan de los padecimientos. Hacen especial referencia a que, al migrar, han enfermado de diabetes y presión alta por el cambio drástico de alimentación y de ambiente, debido a la contaminación prevalente en la ciudad.

Asimismo, realizan fuertes distinciones sobre las diversas formas de atención que utilizan: para aquellos padecimientos que consideran no prevalentes, como la gripa, dolores de estómago o de cabeza, prefieren intentar curarse con hierbas, mientras que, para padecimientos que no saben cómo tratar o que han permanecido a pesar del uso de hierbas,

buscan la atención biomédica, aunque reconocen que debido a diversas experiencias previas que consideran negativas, ésta no es su preferida. Ellos tratan de mantener estrecho contacto con elementos de su lugar de origen, traen animales como gallinas, pollos, guajolotes y ciertas plantas como la palma, la hoja santa y otras similares que les ayudan a realizar preparaciones para atender ciertas afecciones.

### **2.7.3 Mujeres nahuas de Juárez, Nuevo León**

Las mujeres nahuas interlocutoras de esta investigación residen en una colonia ubicada en la vertiente nororiental del Cerro de la Silla<sup>6</sup>. Esta colonia ha sido clasificada con un alto grado marginación tanto por la Secretaría de Desarrollo Social (2008) como por el Consejo Nacional de Población (2005). Esta colonia surgió a raíz de la reubicación realizada por FOMERREY de personas indígenas que residían en predios irregulares a las faldas del cerro de la silla, del lado del municipio de Guadalupe en 2003. Cuenta con un centro comunitario y un centro de salud, así como también con organizaciones no gubernamentales que se encargan de atender las necesidades de la población indígena que reside en el lugar.

En el caso de las mujeres nahuas que residen ahí, los motivos de la migración van de la mano con el hecho de haber encontrado en Juárez una mejor calidad de vida, aunque, como ya se mencionó anteriormente, también he identificado migraciones para buscar atención a los padecimientos. Un miembro de la familia, o las mismas interlocutoras, enferman gravemente y valoran la necesidad de salir de su lugar de origen para buscar atención médica una ciudad.

La mayoría de las mujeres son amas de casa, aunque algunas mencionan que se dedican a la venta de semillas y dulces en la misma colonia, en el centro de Monterrey o debajo de estaciones del metro. Algunas de ellas son derechohabientes gracias a los trabajos de sus esposos o de sus hijos. Una de las particularidades más notorias además de la ya mencionada falta de solidaridad comunitaria, va en torno a la violencia de género que se presentó recurrentemente en las entrevistas con las señoras. Esto ha sido relevante debido a

---

<sup>6</sup> Debido a las particularidades con las que me encontré en campo en donde existe desconfianza hacia las personas externas y ante relatos de las mujeres preocupadas por que no se les ubique, se tomó la decisión de no explicitar el nombre de la colonia.

que generalmente está relacionada con los padecimientos, en cuestiones que van desde el abuso físico y padecimientos de índole emocional a raíz de lo vivido. Por esta razón, ellas refieren que actualmente han estado considerando la opción de atenderse dentro de la psicología, reconociendo que esto es algo que han aprendido estando en la ciudad: a identificar la violencia y cuando esta afecta tanto a nivel emocional que se requiere atención psicoterapéutica. Antes, refieren, estos padecimientos (llamados por ellas como el estar “loca” o “mal de la cabeza”) eran atribuidos a cuestiones de índole denominada como tradicional en donde se tenía la creencia de que, si alguien enloquecía, era porque la tierra le estaba llamando y se requería realizar un ritual que terminaba por darle un reconocimiento a la persona como curandero o chamán. Otras explicaciones comunes que se le dan al hecho de sentirse mal sin identificar un padecimiento físico se relacionan a los trabajos de brujería y a las envidias, cuestiones que terminan interfiriendo en la vida cotidiana de las personas que las padecen al mermar sus actividades diarias debido a ese malestar o problema de padecimiento no identificado.

Estos padecimientos particulares involucran más evidentemente al núcleo social interno de la persona (o endogrupo, de acuerdo con Schutz (2003) debido a que se les pide su opinión, o al momento de contarles el padecimiento. El endogrupo comienza a sugerir posibles explicaciones y formas de contrarrestar o solucionar el problema, por ejemplo, al ir a consultar con una “bruja” que sepa barrer o con un curandero que pueda ofrecer respuestas. Esto se podría considerar a la inversa de otros padecimientos (generalmente de índole localizado en lo físico, o en el cuerpo), mismos que primero se intentan contrarrestar con medicina tradicional y después con biomedicina. Las mujeres del grupo de bordado suelen ir primero con el médico al centro comunitario por un malestar general y si continúan con el padecimiento a pesar de que el médico les valide a través de pruebas de sangre o estudios que todo se encuentra bien a nivel físico, su familia o endogrupo identifica que todavía falta algo más para curarse. Esto sucede al notar a la persona con un semblante “triste”, “decaída” o con algún otro síntoma no común en ella y sugieren alternativas como consultar con una “bruja” o curandero, que son de difícil acceso en la ZMM, pero se accede a ellos bajo recomendación. A estos se les consulta de forma privada especialmente para evitar que personas no indígenas den con ellos y les discrimine por sus prácticas y por su origen, cuestión de ocurrencia común.

## 2.8 Reflexiones finales

Como ya ha sido mencionado en este capítulo, la decisión de migrar es correspondiente con un *padecimiento colectivo migratorio* al evaluar en conjunto las opciones de atención para un bienestar determinado, ya sea por padecimiento, como en la mayoría de los casos, o por una búsqueda de una mejor calidad de vida. Este padecimiento experimentado de manera colectiva, cohesiona múltiples significados relacionados con la salud y sus determinantes sociales en las personas indígenas. A partir de esta experiencia colectiva, los interlocutores identifican el *status* de las condiciones de vida en su lugar de origen y crean expectativas de mejora en el lugar de destino, y aunque estas últimas no siempre se desarrollan de la manera en la que esperaban, destaca que la forma de vida en el lugar de destino, a pesar de las dificultades que conlleva, sigue siendo percibida de manera mayormente favorable en comparación a la situación del lugar de origen, cuestión que determina la decisión de quedarse e incluso, de recomendar la migración a familiares y amistades

Finalmente, se destaca un concepto clave relacionado a la forma de atender los padecimientos en la ZMM: el de la generación de la solidaridad o incluso, el efecto que la falta de esta tiene en torno a la atención de los padecimientos. Por medio de este tipo de configuración social se aborda la manera en la que las personas indígenas hacen frente a las diversas dificultades que ocasionan la migración y las enfermedades propias o de algún familiar. Es evidente en esta tesis, especialmente al comparar los casos de las personas mixtecas y nahuas, que las redes solidarias o la falta de estas, modifican la dinámica de atención y percepción de los padecimientos aquí documentados. He pretendido explicar esta situación a partir de las dinámicas de convivencia en el lugar de origen y en el de destino, partiendo desde las particularidades de organización política de las personas en la comunidad y la trascendencia de las mismas en la ZMM.

Se destaca que diversos conflictos interpersonales permean en la atención a los padecimientos, los cuales, dependiendo de la situación, resultan en una atención más llevadera o complicada al emprender la búsqueda de atención a la salud. Estos conflictos que la imposibilitan, devienen de herencias coloniales y asistencialistas que erosionan la confianza y, por ende, la capacidad de relacionarse con personas del mismo origen, lo cual



termina por minar o complicar la capacidad de contención y apoyo que suele ser muy necesario en condiciones relacionadas a la dificultad de acceso a la salud, ya sea por dificultades económicas o de acceso físico al no tener los medios de transporte o incluso, al no hablar el idioma español, no saber a dónde acudir o qué pasos seguir, entre otros problemas.

# **CAPÍTULO 3**

## **RECONSTRUYENDO TRAYECTORIAS AL MIGRAR: LA HETEROGENEIDAD DE LAS EXPERIENCIAS DE LAS PERSONAS INDÍGENAS Y LOS DIVERSOS SIGNIFICADOS DE SUS PADECIMIENTOS**

### **3.1 El papel de los cambios en la migración y su relación con los significados de los padecimientos - Narrativas de Salvador, Ramiro y Rosario**

#### **3.1.2 Introducción: el *cambio* como padecimiento y sus significados.**

Cuando hablamos de migración, inevitablemente aparecen discusiones relacionadas a los diversos cambios, modificaciones, o adaptaciones que ésta lleva consigo inevitablemente. Los cambios relacionados a los procesos migratorios, han sido abordados desde distintos conceptos teóricos clásicos de la antropología –algunos más desarrollados que otros– como lo son la aculturación, el cambio sociocultural, la adaptabilidad y la asimilación, por mencionar algunos (Oehmichen, 2005; Fajardo, et. al, 2008; Zerga, 2015). Estos conceptos, se enfocan especialmente en hablar sobre los cambios, que, de manera general y heterogénea son observados en las culturas y en la organización social de las mismas. Involucran temáticas relacionadas a la temporalidad, a la radicalidad o trascendencia de los cambios, a las persistencias de ciertos rasgos en los comportamientos y acciones de las personas, entre otras relacionadas a cuestiones que caracterizan a diversas culturas (Oehmichen, 2005).

Pensar en los cambios nos invita a realizar comparaciones entre un escenario A y otro escenario B, entre un antes y un después, o un lugar y otro. Implican rupturas de rutinas o situaciones establecidas, así como también pueden devenir en duelos, mejoras, incertidumbres. Esto último conlleva a pensar los cambios en la migración desde la identificación de condiciones de vida dispares; es decir, desde sus características ligeras o radicales, o incluso en relación con sus magnitudes y alcances. Todas estas particularidades, a su vez, son evaluadas por las personas que se ven en la necesidad de migrar.

En tal sentido, es evidente que cualquier asunto relacionado al cambio nos acompaña siempre a lo largo de nuestras vidas. En ocasiones, nosotros somos quienes tomamos la

decisión de realizarlos, en otras, llegan sin preverlos. En el caso de las personas indígenas podemos observar que, a pesar de que la migración aparenta ser una decisión propia y consciente, el hecho de tener que abandonar un lugar de origen buscando la subsistencia, esconde sin duda diversos problemas subyacentes relacionados con las inequidades y violencias estructurales que en muchas ocasiones suelen estar relacionadas a la condición misma de ser indígena, o de haber nacido en lugares denominados como periféricos o remotos.

Después de realizar las primeras búsquedas de información contextual sobre el tema en Nuevo León, me percaté de la reiterada certeza de que las personas indígenas abandonan casi en su totalidad sus diversas tradiciones culturales que “traen” de sus lugares de origen, o, por el contrario, se señala que se “arraigan” a aquellas tradiciones, cosmovisiones o usos y costumbres. De acuerdo con Gómez (2005), estas perspectivas analíticas encasillan a las personas indígenas en orígenes prehispánicos estáticos, esencialistas y fallan al identificar que llevan consigo cambios que en ocasiones intentan deslindarse de relaciones sociales dañinas, especialmente heredadas del colonialismo.

Estas polarizaciones sobre el arraigo y lo estático de las “costumbres indígenas” las noté inflexibles y poco prácticas, lo cual me obligó a repensar en el enfoque de mi proyecto ya que yo también estaba priorizando cuestionamientos en tenores similares, en especial sobre la medicina tradicional. Debido a ello, tomé la decisión de deslindarme de poner todo el énfasis en los *cambios* relacionados con las formas de atención, por lo que preferí adoptar otras perspectivas teóricas y conceptuales que permitieran ver la heterogeneidad de subjetividades, y me orienté a estudiar los significados atribuidos a los padecimientos en torno a los procesos migratorios y las experiencias en las trayectorias de las personas indígenas.

No obstante, y para mi sorpresa, al realizar las primeras entrevistas sobre las narrativas de los significados de los padecimientos, el tema del cambio fue surgiendo de manera espontánea por los interlocutores al momento de hablar de la migración. Esto me llevó a retomarlo como concepto, encontrando que las dificultades relacionadas a las diversas transformaciones que las personas atraviesan al migrar van condicionando el modo en que ellos responden y actúan ante los padecimientos que se presentan. En este sentido, sostengo

que, cuando las personas se someten a cambios, éstas se ven en la necesidad de elaborar estrategias que les permitan continuar con sus planes de mejora de vida, y dichas estrategias son generadas a partir de las contingencias presentadas en los procesos de transformaciones. Sin embargo, es también destacable que ellos mismos van administrando qué características deciden mantener y modificar de acuerdo con sus experiencias. Esto puede observarse desde las cuestiones de cambios radicales como lo es la decisión inicial de dejar sus lugares de origen y llegar a la ZMM buscando mejores condiciones de vida, hasta la decisión de seguirse tratando ciertos padecimientos con hierbas, o ante el hecho de intentar mantener ciertas tradiciones del lugar de origen que ellos consideran importantes y que, en cierto modo llegan a añorar al insertarse en la ciudad. Esto último se observa especialmente en el intento de consumir lo más posible ciertos alimentos naturales de fácil acceso en sus lugares de origen, pero de difícil alcance u oferta en la ZMM, donde refieren haber tenido que adaptarse a comidas mayoritariamente procesadas.

Con el objetivo de facilitar la comprensión de los hallazgos empíricos, he decidido categorizar los diversos cambios de acuerdo con las experiencias mencionadas por las personas indígenas interlocutoras, mismos que se presentarán a continuación como subtemas.

### **3.1.3. Cambios motivados por el riesgo y la amenaza a la supervivencia**

La identificación de los factores de riesgo nos ayuda a comprender la decisión inicial de emprender el proceso migratorio. Analicemos el riesgo desde los siguientes indicadores que los interlocutores consideraron como razones de peso para tomar la decisión de migrar:

1) Si permanecen en sus lugares de origen, detectan que padecerían limitaciones recurrentes que giran en torno a las oportunidades laborales, lo cual imposibilitaría el crecimiento eventual de su economía puesto que no hay empleos que les permitan obtener mejores ingresos. Por lo tanto; 2) decidir quedarse en sus lugares de origen significaría un peligro que amenaza constantemente la supervivencia. Por ejemplo, si se detecta que no existe una buena oferta laboral que permita cubrir necesidades básicas propias y de la familia, si no hay buena variedad de alimentos que aporten los nutrientes suficientes y si no se cuenta atención médica en casos de emergencias, no es viable continuar ahí. Por ende, 3) sienten

inseguridades persistentes que distinguen como insuficientes para el desarrollo de la vida. Entre ellas se encuentran las relacionadas a la falta de infraestructura, servicios básicos, salud y escuelas.

A pesar de que estos indicadores no siempre son conscientes o explícitos en su totalidad, pueden ser fácilmente identificados de manera general en las narrativas de los interlocutores. Dichos indicadores conforman a su vez lo que llamamos en esta tesis como *padecimiento colectivo migratorio* del cual se habló en el capítulo anterior. Este concepto nos permite sostener que la identificación de los peligros y riesgos que se corren al quedarse en el lugar natal y en específico, constituye un incentivo fundamental en la toma de decisión de emprender la migración hacia un lugar de destino que se considera como más favorable. En este sentido, la migración corresponde a respuestas y tomas de acción ante la búsqueda de mejora de diversos padecimientos colectivos ocasionados por la falta de condiciones dignas para el desarrollo de la vida. A continuación, se presentarán algunas particularidades de las narrativas que mejor lo ejemplifican.

Una de las nociones más significativas encontradas en las narrativas de Salvador, Ramiro y Rosario ha sido aquella en relación al riesgo percibido que existe al migrar y, por lo tanto, a las diversas adaptaciones no previstas en el proceso migratorio una vez llegando al lugar de destino. Estas adaptaciones o *cambios*, como ellos les han llamado, corresponden a dificultades a las que se enfrentan al llegar a la Zona Metropolitana de Monterrey, las cuales van desde cuestiones relacionadas al idioma; al tener que aprender a hablar en español, hasta situaciones donde sufren racismo, discriminación, xenofobia, negación de servicios de salud o incluso vulneración de derechos básicos como acceso al agua potable, vivienda, entre otras.

Dichas dificultades corresponden también a ciertos *riesgos* a los que se someten a migrar, sin embargo, estos daños y los inconvenientes que ocasionan se sopesan y terminan siendo percibidos como menores ante el peligro de supervivencia que detectaban en el lugar de origen, llevando a cabo una *priorización de riesgos* que deciden tomar. Esto podemos considerarlo también como una especie de resiliencia, que incluso, cobra fuerza al superar aquellas adversidades de manera colectiva. Todos estos inconvenientes son paliados por la posibilidad de tener mayores ingresos económicos, lo cual permite la supervivencia

constante, mejores oportunidades de educación para los más pequeños e incluso, la gran oferta y mayor cercanía a hospitales y servicios de salud.

Todas estas características se ejemplifican en los casos de Salvador y Ramiro, quienes son dos hermanos indígenas mixtecos originarios de San Andrés Montaña. Ambos se vieron obligados a migrar en distintos momentos de sus vidas en respuesta a la falta de oportunidades laborales y educativas del pueblo, lo cual percibían como un estancamiento que imposibilitaba el futuro desarrollo de sus vidas. Esta narrativa ejemplifica ampliamente la valoración de aquellos riesgos mencionados ante beneficios que consideran primordiales:

“En mi comunidad en cuestión de estudio, yo siento que es muy bajo, no es como acá, eso es lo bueno que tiene Nuevo León o la ciudad, ¿por qué? porque aquí los niños están... salen más preparados, porque le digo, mi niño cuando lo teníamos allá, eh, bueno, prácticamente a diferencia de otros niños de que van... supongamos en 3ero de primaria, acá ya saben leer, [mientras que] allá todavía no [...] Entonces yo entiendo a los jóvenes que vienen, por ejemplo, de los ranchos o las comunidades [y batallan para estar al corriente en la escuela], porque este es otro tipo de enseñanza, y yo siento que hay que aprovechar esa educación. Entonces la idea de nosotros es tener, eh... [como] en mi comunidad hacen falta médicos, personas preparadas ¿Por qué no preparar a alguien acá y después llevarlo a la comunidad? por ejemplo esa es la idea que tengo yo con mi niño, que es lo que hace falta allá.”

Salvador, 42 años.

En esta narrativa podemos observar que incluso se generan planes a futuro para el desarrollo de la comunidad, aprovechando la oferta educativa de la ciudad —que allá sería imposible de obtener— con el objetivo de generar capital humano que pudiera llegar a cubrir necesidades básicas en el lugar de origen. Por otro lado, su hermano Ramiro refiere haber abandonado sus estudios al poco tiempo de migrar a Guadalajara debido a “*que muy apenas pasaba de semestre*”, puesto que, de manera similar a lo relatado por Salvador, allá se enseñaban contenidos *demasiado avanzados para lo que él conocía en la telesecundaria*.

Para él, ese cambio fue inesperado, a tal grado de que no sabía qué hacer, ya que, aunado a no poder llevar el ritmo de los contenidos escolares, sufría racismo por parte de sus compañeros y tenía dificultades para sostenerse económicamente ya que dedicarse a los estudios no le permitía mantener paralelamente un trabajo. Por dichos motivos, él decidió

abandonar sus estudios y elaborar su plan inicial para migrar a Monterrey debido a que le comentaron que aquí la artesanía dealebrijes que él realiza es muy bien aceptada y pagada.

Estas cuestiones del riesgo han sido planteadas por Douglas (1986) y son aplicables en los casos aquí expuestos, puesto que, como ya se ha mencionado, los interlocutores van sorteando y evaluando los riesgos que deciden tomar. Es decir, ellos reconocen los diversos peligros a los que están potencialmente expuestos y realizan valoraciones entre lo que consideran elemental para llevar a cabo sus vidas y se decantan por aquellas cuestiones que consideran convenientes, incluso aunque ello les implique vivir otras dificultades e incertidumbres. En el caso de Ramiro, él menciona incluso haber recurrido a la opinión de su familia, y especialmente decidió migrar gracias a la experiencia de su hermano Salvador y de otros amigos conocidos quienes migraron previamente a Nuevo León, lo cual influyó fuertemente en su decisión final de establecerse en Nuevo León.

En este sentido, es pertinente puntualizar que los interlocutores hacen uso de las experiencias previas de sus allegados para la toma de decisiones, mismas que serán a su vez, recolectadas en un acervo de conocimientos (Schutz, 2015) que les permite saber cómo actuar en futuras ocasiones, o incluso, al ellos mencionar que pretenden enseñar dichos conocimientos a otros familiares y paisanos que deseen migrar a la Zona Metropolitana de Monterrey. De esta forma mantienen la red de paisanaje y solidaridad de la que se habló anteriormente. Asimismo, ellos refieren que todo lo aprendido a partir de estos riesgos y cambios que toman, tratan de explicarlos a otras personas de la comunidad mixteca de Juárez, especialmente a sus vecinos de la colonia Héctor Caballero, para que tomen también las decisiones que sean mayormente convenientes para ellos.

### **3.1.4 Cambios estructurales: relacionados al entorno ambiental, dificultades de acceso a alimentos y diversas condiciones del lugar de destino.**

Este tipo de cambios corresponde a aquellas situaciones a las que las personas indígenas se enfrentan en la ciudad, mismas que llevan a comparaciones en relación a las condiciones ambientales y alimentarias del lugar de origen, y, especialmente se abordará desde las concepciones de lo denominado como “rural” y “urbano”. Aquí, las narrativas destacan situaciones inevitables, o en cierta medida, de las que poco se puede hacer debido a que obedecen a situaciones estructurales de la ciudad, relacionadas a lo laboral, a lo material, y a las condiciones ambientales como en el caso de la contaminación. Otra de las circunstancias corresponde a la gran oferta de alimentos procesados que en su mayoría son baratos y a la imposibilidad de costear el alcance a comidas más “saludables” debido a la precarización laboral.

Comenzando con la situación de los alimentos, la cual es una de las realidades mayormente discutidas y, por lo tanto, de importancia para los interlocutores, comienzan haciendo referencia al hecho de haber subido de peso y talla a partir de los cambios en su alimentación ante la oferta mayoritaria de la comida “chatarra” y procesada en la ciudad, en comparación a los alimentos frescos y naturales que consumían previo a la migración. Esta concepción revela el significado que le dan a la alimentación y a cuestiones relacionadas a lo rural y a lo urbano, que, como Atkinson señala, se suele tener la concepción de que lo natural es lo “puro”, lo sano, el alimento completo, mientras que lo procesado equivale a lo adulterado y carente de nutrientes. (1983; pp. 15-16). Para ellos, esto anterior está intrínsecamente ligado con los padecimientos, en el sentido de que reconocen especialmente que, una alimentación deficiente, insana, llena de productos procesados y carente de alimentos naturales como verduras y frutas, hacen que eventualmente las personas caigan enfermas, lo cual vendría siendo también un riesgo al que se enfrentan en la ciudad: existen mejores oportunidades laborales, pero a su vez, aumenta la posibilidad de desarrollar alguna enfermedad.

Esto puede identificarse en la narrativa de Salvador, quien asocia el consumo de cigarrillos como algo propio de la ciudad y es percibido como mayormente dañino frente al consumo de tabaco natural y cultivado en la comunidad. Salvador lo relaciona incluso al padecimiento



de su padre, quien sufría dificultades para respirar debido a la insuficiencia renal crónica que ocasionaba que sus pulmones se llenaran de líquido que no podía drenar por sí mismo:

“No sé, yo digo que mi papá fumaba mucho, entonces por una parte yo pienso... porque al menos en mi comunidad hay personas adultas que fuman, pero siembran su propio tabaco o sea que no es como acá pues, que hay de sabores cereza y que no sé qué [...] Allá no, porque tú lo siembras, van y lo cortan y empiezan a fumar, pero tabaco, pues. A lo mejor por eso, bueno, yo siento que sí te afecta, no sé qué tanto, pero no mucho como los cigarros normales.

Mónica: ¿y su papá fumaba los tabacos de aquí?

Salvador: sí, los de acá. Fumaba mucho en aquel entonces. Le hallaba yo unos faros, entonces, eh, el salía a veces a Culiacán, iba mucho al corte de tomate, entonces ya tenía esa visión de los tabacos, allá empezó [...] A veces son hábitos que aprendes en la ciudad, y... le digo, hay cosas buenas y malas.”

Salvador, 42 años.

Es llamativo como Salvador basa su modelo explicativo a partir de la artificialidad de los cigarros adulterados y sobre el hecho de que éstos son conseguidos en la ciudad, aunque este consumo se realice principalmente por la falta de disponibilidad de tabaco natural. En general, en ellos está la concepción de que se resiente el cambio de transitar del consumo de alimentos naturales hacia los artificiales. Es frecuente escucharles decir que, al llegar a Juárez, una de las primeras cuestiones de padecimientos que experimentaron fueron malestares estomacales que asocian con el cambio de alimentación, lo cual incluso hace que rechacen las comidas empaquetadas como embutidos y carnes, al menos hasta que se acostumbran. Tal es la añoranza y preferencia por las comidas naturales que refieren traerse plantas de sus lugares de origen para intentar hacer un pequeño huerto con verduras y hierbas frescas, así como también se traen gallinas y guajolotes que después utilizan para consumo.

Por otro lado, retomando a Atkinson (1983), quien realiza una analogía sobre el “caos” de la ciudad ante el “orden” en lo rural, podemos observar claramente que estas acepciones pueden ser aplicadas a los significados que los interlocutores dan a la contaminación de la ciudad como causante de diversos padecimientos. Además de los químicos que contienen los alimentos de ciudad, como Rosario, la esposa de Ramiro, identifica al hablar de las causas por las cuales ella considera que otras personas indígenas se enferman al migrar a Juárez:

“Porque como les digo, tiene mucho que ver la comida, o sea por decir yo crecí aquí entonces yo siento que mi cuerpo ya está acostumbrado, pero llega una persona que la mitad de su vida la vivió en una comunidad en donde no tenía acceso a esa comida procesada, entonces si es un cambio realmente impactante porque... O sea, tú llegas buscando algo y no lo encuentras y tienes que comer ¿no?, entonces ya le estás metiendo a tu cuerpo mucho químico que en su vida había consumido. Entonces si sentimos que es una de las enfermedades [la insuficiencia renal crónica] que ahorita está atacando mucho a nuestra comunidad más que nada es por la alimentación y también un poquito de la

contaminación, porque pues siento que todo va de la mano, o sea la comida, la contaminación, el ambiente.”

Rosario, 25 años.

Rosario es mixteca, sin embargo, ella creció en Nuevo León debido a que migró junto con su papá a la edad de tres años, por lo cual refiere ya estar acostumbrada a los alimentos de la ciudad. Ella realiza una comparación de su caso frente al de las personas que migran a edad más avanzada, en donde no han estado expuestos al consumo de alimentos “contaminados”. Rosario relaciona esto anterior como una de las causas del padecimiento de su suegro, aunque también refiere pensarlo así porque está al pendiente de los padecimientos que adquieren otras personas adultas mayores de su comunidad al poco tiempo de llegar a la ciudad, y refiere que comúnmente ellos tienen la concepción de que al migrar se está más propenso y en riesgo a enfermar debido al estilo de vida nuevo que adoptan y a lo que consumen, e incluso, al aire que respiran. La impureza del aire, ocasionado por el caos vial, el transporte público y los contaminantes que éstos últimos emiten, son los elementos “impuros” que existen en la ciudad y que no se encuentran en los pueblos.

Por otro lado, Ramiro de igual modo identifica que existen ciertos elementos “impuros” o ciudadanos que se han hecho presentes en el pueblo desde los años 90’s, como lo fue la introducción de la Coca-Cola a San Andrés Montaña, razón por la cual él atribuye que el consumo del refresco es el inicio de los padecimientos de diabetes e insuficiencia renal crónica las personas que migran y que llegan a empeorar una vez viviendo en Juárez. Ramiro comenta que las personas de antes tenían un consumo elevado del refresco debido a que lo asociaban con tomar vitaminas, ya que percibían que les aportaba mucha energía y fuerza para realizar trabajos pesados bajo el sol, como lo es la agricultura.

Evidentemente existe la concepción generalizada de que los cambios en los estilos de vida al migrar se devienen en padecimientos que antes no se veían. A pesar de ello, se hace mucho énfasis en que los alimentos que consumen son especialmente altos en grasas, como por ejemplo los tacos que se venden en cada esquina, los pollos rostizados que ven con desconfianza por presuntamente contener hormonas, al refresco, entre otros. Estos alimentos son los de mayor accesibilidad en una gran parte de la Zona Metropolitana de Monterrey, y, a pesar de que existen muchas otras opciones, en la mayoría de las ocasiones

se opta por consumir esos y no otros alimentos debido a la rapidez con la que se preparan y disponen y en ocasiones, debido al bajo costo que tienen.

Una consideración importante y relacionándolo con lo expuesto anteriormente sobre las condiciones estructurales de Nuevo León, es en torno al contexto de la ciudad y las jornadas laborales. La preparación de alimentos “sanos” suelen ser imposibles de realizar a causa del ritmo apresurado y ante los horarios restrictivos característicos de los centros laborales. Por otro lado, en el caso de las personas indígenas que residen en la ZMM, se tiene que tomar en cuenta que la mayoría no tiene servicios como gas o agua potable, y tampoco con electrodomésticos como estufas, refrigeradores o microondas, como es el caso de los mixtecos residentes de La Esperanza. Estos cocinan sus alimentos con leña y comal o prefieren comprar aquellos previamente cocidos o elaborados.

Estos cambios generalmente vienen acompañados de intentos por aminorarlos, aunque se reconoce también que, de momento no se puede hacer mucho por modificarlos a profundidad. A pesar de que son considerados como importantes, ellos focalizan otras prioridades en relación con la subsistencia económica, ya que muchos de ellos viven al día y consumen lo que esté a su alcance monetario.

### **3.1.5 Cambios agenciales: mejoras que responden a las posibilidades, recursos e identificación de otras formas de vida en la ciudad.**

Sobre estos cambios, se pretende destacar el papel de la agencia al evaluar qué cuestiones de sus culturas prefieren conservar, cuáles abandonan y qué estilos de vida nuevos deciden adoptar. Estas decisiones se dan conforme van adaptándose a los cambios y a la vez, son correspondientes a las experiencias que agregan a sus acervos de conocimiento. Esto incluye especialmente la discusión que realizaba al inicio de este capítulo sobre cómo se mantienen o modifican las formas de atención a los padecimientos al migrar a la ciudad, retomando aquellas inquietudes con las que inició este proyecto de investigación.

No está de más destacar que, en general, la academia, al estudiar a las poblaciones indígenas, por mucho tiempo ha pecado de romantizar lo “tradicional”, así como también ha abusado de los conceptos relacionados a los usos y costumbres y cosmovisiones que,

considero, hacen que el análisis se estanque en concepciones heredadas de épocas coloniales, que actualmente se lucha por erradicar de los análisis en diversos estudios similares a este. Sobre esto último en torno a los “usos y costumbres”, término que generalmente se acuña a aquellos temas relativos a los roles género, se encuentra en la narrativa de Salvador y su esposa Irasema, quienes refieren *haber batallado* al llegar a la ciudad y encontrarse con otras formas de vida urbanas:

“Este, eh, ahorita, mi esposa trabaja, entonces yo soy el que se encarga más del niño, a veces de lo que vamos a comer y cosas así, entonces mi rol ahorita es lo contrario. Entonces es donde la comunidad no lo acepta muy bien, por ejemplo [dicen] el hombre es el que trabaja, es el que tiene que hacer las cosas, es el que tiene la última palabra. Entonces así lo manejan en la comunidad, porque todavía, de donde yo soy, este... ahorita hace dos años o tres<sup>7</sup>, ya pueden votar las mujeres, antes no podían porque ahí es como usos y costumbres, y ya hace dos años ya empezaron a votar... por ejemplo yo si digo hmm... llevo a mi esposa vamos a votarle, ya dices tú que llevas a la señora y ya puede levantar la mano, ya entonces tú le das ese permiso, y así funciona, a lo mejor se escucha... ahorita viendo las cosas es triste, pero en las comunidades así pasa. Entonces te llegan y por ejemplo ahorita para elegir a alguien ya ahorita ya se van incluyendo más las mujeres, igual en ese lado, y es lo que pasa por ejemplo el rol que estoy haciendo, a veces, este, eh, le estoy dando esa oportunidad o simplemente de cambiar los papeles totalmente. Y yo quiero simplemente que eso sea como un ejemplo para las otras de que sí se puede, que no pasa nada, que no es tan complicado de que diga no pues tu mujer trabaja y tú en la casa, ¿no? pero lógico que dices, igual yo también estoy haciendo lo mismo, la idea es que ella se sienta eh... que diga ¿sabes qué? yo también puedo traer ingreso, o yo también lo puedo hacer. [...] entonces hace un año, creo, ya lo hicimos. Y en lo personal dimos ese paso porque es difícil al ser uno de comunidad, de que dicen “no pues este señor que se queda en la casa” y como que te señalan, y eso es... una parte es incómodo y a la vez es que dices no pasa nada, simplemente con que yo esté bien en la casa con mi familia y mi comunidad, entonces te da ánimo y dices no, adelante, si se puede. He pasado cosas peores antes de hacer este cambio, entonces la idea es esa que las mujeres participen, en eso estamos luchando a ver a futuro.”

Salvador, 42 años.

Esta narrativa ejemplifica la adaptación social que realizan a plena consciencia al llegar a la ciudad, especialmente al haber estado en contacto con talleres y pláticas ofertadas por organizaciones locales relacionadas a la violencia de género, cuestión que les ha hecho identificar formas de ser violentas que antes normalizaban y que ahora, en contraste, identifican como dañinas, motivo por el cual deciden modificarlo. En el caso de las mujeres nahuas también es bastante evidente, puesto que muchas de ellas, al momento de mi intervención en su grupo de bordado previamente conformado, me hicieron saber ciertas situaciones de violencia de género ejercidas por su parejas o esposos, cuestión que habían identificado de igual modo a partir de haber recibido pláticas del tema. Este acervo de conocimientos adquirido de manera reciente promueve reconocer en ellas la necesidad de

---

<sup>7</sup> En el año 2016 aproximadamente.

acudir a terapia psicológica por situaciones de violencia que normalizaron por años y que por consecuencia, no sabían que les afectaba de manera muy directa en cuestiones emocionales. A pesar de ello, es necesario enfatizar que esta no es la situación de la mayoría de las personas indígenas de la ZMM, debido a que hay muchas que no tienen la confianza de acercarse a las instituciones debido a malas experiencias previas que les han hecho preferir mantenerse al margen. No obstante, cabe destacar que en estas situaciones los interlocutores de igual modo realizan uso de su agencia en todo momento, tomando lo que consideran bueno o de utilidad y descartando aquello que no sea de su interés o utilidad.

Otro ejemplo se da en relación con la alimentación y la detección del aumento de peso y las consecuencias en la salud de lo cual se habló en el subtema anterior. A pesar de que se reconoce que las situaciones estructurales e incluso, infraestructurales, imposibilitan estilos de vida reconocidos como “saludables”, ellos buscan llevar a cabo estrategias que ayuden a combatir, como lo es la implementación de actividad física por medio de la creación de torneos de fútbol:

“Y lo que estamos haciendo, este, por decir, para combatir un poquito la diabetes y otras enfermedades que están así como asociadas, es hacer ligas de futbol [...] las tardes se juegan mucho, los jóvenes, todos los jóvenes, las muchachas, los chicos se ponen a jugar, y lo que se busca es hacer un poquito más de ejercicio, porque una cosa que es cuando estás en la comunidad, ahí prácticamente trabajas todo el día, vas por leña, vas acá, vas allá, y es mucha actividad física, y realmente cuando estás allá la vida es mejor, pero cuando uno cambia a la ciudad, se cambian muchas cosas, por decir, se utiliza mucho el transporte público, ya no te mueves tanto como antes. O sea allá en las brechas te avientas una hora caminando, yendo por leña quien sabe hasta dónde y de trayecto igual, te ejercitas mucho, y luego en las tardes también juegan mucho allá. Y aquí no, aquí te cambia todo, cambia todo e igual aquí hay otras cosas como la televisión, los teléfonos, celulares... muchas cosas que [hacen que] ya no te pones a caminar, te quedas ahí sentado ya no haces más actividades físicas que te hacen como que... sea más fácil que te de diabetes, o que te den otras enfermedades por la falta de actividad física.”

Ramiro, 30 años.

Aquí podemos observar esa evaluación dentro de las posibilidades de poder realizar algo para prevenir ciertos padecimientos detectados por ellos como prevalentes entre las personas de su comunidad. A pesar de que son detectadas como ocasionadas por las condiciones estructurales de Nuevo León, se comienzan a adoptar también ciertos discursos propios del modelo biomédico en torno a la actividad física, sin embargo es llamativo que esto en la comunidad no era común, debido a que de igual forma, las condiciones estructurales de allá obedecen a otro tipo de actividad, como lo es el trabajo físico excesivo

que hacía que no se tuviera la necesidad de pensar en relación al peso corporal y a los padecimientos asociados al sobrepeso.

Finalmente, relacionando lo anterior y con el objetivo de profundizar en los temas de los padecimientos, se detectan diversos cambios en relación con las formas de atención y a la manera en la que significan y dan sentido a sus padecimientos estando en la ciudad, por medio de los modelos explicativos. Es destacable que los interlocutores mixtecos atienden sus padecimientos haciendo uso de diversas formas, en particular, refieren preferir la utilización de hierbas antes que pastillas o inyecciones, ya que consideran que a la larga éstas últimas son dañinas, y de nuevo, se vislumbra la preferencia por lo natural.

En este sentido, ellos refieren hacer uso de plantas o hierbas medicinales de las cuales tienen conocimiento que sirven para dolores de cabeza, malestares estomacales, gripas o incluso, contracturas musculares. A pesar de su preferencia, ellos reconocen que no todos los padecimientos pueden atenderse así, por lo cual realizan distinciones propias entre qué padecimiento es lo suficientemente simple o grave como para ser atendido con alguna forma de atención denominada. En esto, es evidente que el cambio existente es en torno a la disponibilidad mayor que perciben de diversos servicios de salud, y también se da en cuanto al uso de tecnicismos o palabras médicas que ellos antes no utilizaban. Parte de la falta de implementación de los términos médicos se debe a que antes de migrar no conocían ciertas enfermedades ya que simplemente no ocurrían en sus lugares de origen, como se puede observar en las siguientes narrativas:

“Salvador: pero si es la enfermedad más rara que yo he visto, eso no pasaba en mi comunidad

Mónica: ¿Por qué rara?

Salvador: porque a veces te... por ejemplo, hay personas adultas y a nadie la ha pasado eso, nadie se ha enfermado de que te pongan un tubito, que andes ahí con una bolsita. entonces yo lo vi raro porque nunca había visto ese tipo de enfermedad en mi comunidad, no.

Mónica: o con ese tratamiento

Salvador: ajá, eso. Entonces lo vi raro, lo vi, este... algo muy malo, que a veces este... más que nada incluso lo vieron como eh... incluso como un mensaje de que al estar mucho en la ciudad esto es lo que pasa, que la ciudad es mala, atraes enfermedad.”

Salvador, 42 años.

“Ramiro: o sea son más básicos en la comunidad, todo lo que hay es que se ha experimentado allá pero como lo repito, la insuficiencia renal nunca había pasado allá. Si está pasando ahorita pero por las personas que están migrando a las grandes ciudades y cambian su estilo de vida, en la comida.

Rosario: Sí pues la verdad es que en la comunidad había gente de hasta 100 años, viviendo una vida muy longeva ahí, se movían hacían muchas actividades por lo mismo por la comida que se come allá es

muy diferente como la dieta es más de maíz, nomás de atole, pero sin grasas, sin azúcar y todas esas cuestiones.”

Ramiro y Rosario, 30 y 25 años.

Como se puede ver, el hecho de adquirir un padecimiento al estar en la ciudad está intrínsecamente relacionado con el hecho de haber migrado, de haberse venido a la ciudad. Esto puede ser considerado dentro de la percepción de riesgos por medio de la cual sortean la posibilidad de tener una mejor vida, conociendo aun así que están propensos a padecer algo en algún momento, como una especie de castigo por haber dejado la comunidad. Esto es muy común verlo también en otras comunidades o poblaciones de personas indígenas. Se castiga o aísla socialmente a quien consideren que ya es “de ciudad”, o se le cuestiona por haber dejado su lugar de origen, teniendo fuerte relación con la tierra, como el padre de los interlocutores, de quien su último deseo fue morir en su tierra y así fue como sucedió.

Por otro lado, los mixtecos mencionan creer cada vez menos en curanderos o charlatanes, como ellos les llaman, debido a que reconocen los tratamientos biomédicos para la mayoría de las enfermedades no tipificadas en su previo acervo de conocimientos, como podemos observar aquí:

“Rosario: bueno es que eso más que nada es como que opcional creo yo. antes, mucho antes sí, o sea por decir, mi suegro con lo de su enfermedad si había mucha gente que decía no, este no es cosa de doctor, tienes que ir con tal persona, pero tu realmente dices, o sea, si un doctor te da una pastilla y no se cura, como una persona haciéndote limpias o así, lo va a hacer? O sea, entonces, realmente yo siento que ahí ya entra más como que la consciencia de cada persona. O sea que es lo que úu crees realmente que es más viable, si el doctor o un curandero.

Mónica: ¿y tu suegro no tenía esa tendencia a lo mejor a probar con un curandero?

Ramiro: sí [lo dice con cierta duda].

Rosario: pues el cómo por decir ya es una persona grande que en su niñez el vio eso, pues si a veces si nos decía no pues a lo mejor vamos con tal persona o preguntar por gente que se dedique a eso y a lo mejor yo me voy a curar. Y a veces si lo haces, pero más que nada para darle el gusto, porque realmente pues tu sabes que no va a funcionar, entonces yo siento que sí, nuestra comunidad hay gente que todavía cree en eso, pero por decir del 100% que creía en eso, un 60% ya no cree en eso. Entonces pues es más que nada tienes que lidiar con la gente mayor, que creció con eso, a cambiarle el pensamiento, que claramente pues no lo vas a lograr, ¿verdad?, pero si o sea tratas de... cuando es algo que realmente necesite de un hospital pues es mejor ir a un hospital que a ir con un charlatán o caer en manos de un charlatán porque muchas veces sucede, entonces. si tratamos de... como que dar pláticas en nuestra comunidad sobre eso, o sea como de concientizar más que nada.”

Ramiro y Rosario, 30 y 25 años.

Estas narrativas nos indican precisamente la capacidad de agencia en relación con las formas de atención que deciden utilizar. A este punto, no nos es útil pensar en términos de elección de una u otra forma de atención, biomédica o tradicional, sino que las personas con

base en su experiencia van haciendo uso de distintas formas que consideren convenientes y van descartando otras que han experimentado como no efectivas.

### **3.2 Las relaciones interpersonales y sus afectaciones como padecimientos**

#### **3.2.1 Celos y brujería: Narrativa de Norvina**

Norvina es una mujer nahua de 48 años quien es parte del grupo de bordadoras. Desde nuestro primer encuentro, que se realizó en el taller de bordadoras, me pareció una mujer amable y jovial, pues era de las primeras que se animaba a contestar alguna pregunta que realizaba al azar. Comenzamos a tener mayor interacción durante la segunda visita que tuve, especialmente mientras hablábamos en el grupo sobre música, pues afuera del establecimiento dio la casualidad de que estaba sonando una cumbia de Celso Piña, quien recientemente había fallecido y de quien ella comentó que disfrutaba mucho su música.

Norvina siempre acude a las sesiones de bordado acompañada de su nieta Sandra, de 7 años, quien es una niña bastante curiosa que, además, escuchaba con atención y participaba mucho durante la entrevista que tuve con su abuela en el cubículo de terapia individual del establecimiento donde se llevan a cabo los talleres de bordado, aunque de pronto la niña se salía del cubículo a jugar con otros niños. En esos lapsos donde ella se salía, su abuela aprovechaba para comentarme la situación que padece con su esposo, quien la engañó con una *bruja*, quien es vecina suya.

#### **3.2.2 La narrativa de Norvina**

Norvina vivía en Chahuatlán, Veracruz y se vio en la necesidad de migrar a raíz de que a una de sus hijas que tenía aproximadamente un año y cinco meses de edad, se enfermó de fiebre al infectársele el brazo luego de la aplicación de una vacuna. Ella comenta que cuando se enfermó, en el rancho no había ningún doctor disponible, pues quien les ponía las vacunas iba desde la Ciudad de México y para cuando la niña enfermó, el médico ya se había ido. Al preguntarle sobre qué fue lo que le pasó a la niña, comentó que cree que le inyectaron cerca del hueso:



“[Sobre lo que le pasó a mi hija] es que ya no me acuerdo. A lo mejor mi esposo si se acuerda, pero yo ya no me acuerdo. Pero se inflamó cuando la trajimos acá a Tampico. A lo mejor la vacunaron cerca del hueso o no sé, pero así le pasó. Tiene como un hoyito.”

Norvina, 48 años.

Por ello fue por lo que decidieron irse a Tampico para buscar atención médica. En ese entonces, Norvina estaba embarazada de su segunda hija, quien actualmente tiene 18 años. Ella consideró que Tampico era mejor opción para tener a su hija, pues su primer parto lo tuvo con una partera del rancho y ella comenta que le dio mucho miedo, pues sólo le acomodaba al bebé y consideraba que “no sabía bien lo que estaba haciendo”. Después de vivir ocho años en Tampico, ella decidió venir a Monterrey, pues aquí se encontraban residiendo sus papás. Su esposo encontró trabajo de jardinero, además metieron a los niños a la escuela y se sintieron cómodos como familia y decidieron quedarse. Norvina comenta que, aunque ella no trabaja actualmente, es ama de casa y sólo se dedica al bordado y a la venta esporádica de servilletas, un tiempo vendió chicles por las colonias. Su nieta se sorprende de ello y comenta que es justo igual que su mamá, pues ella también un tiempo se dedicó a la venta ambulante de dulces.

Parte de la razón por la cual Norvina comenta que no trabaja, es porque no sabe leer, pues menciona que antes en el rancho no se acostumbraba a meter a las mujeres a la escuela. Se consideraba que no lo necesitaban, pues estaban destinadas a dedicarse a las labores del hogar. Posterior a esto, Norvina hace hincapié en los embarazos de sus hijos y menciona que tuvo uno en Chahuatlán, dos en Tampico y el último en Monterrey, del cual menciona que fue peligroso puesto que su hijo *venía atravesado* y ella no lo supo hasta el momento del parto, pues no fue antes a hacerse un eco. Para ella, fue una experiencia muy preocupante puesto que le empezó a dar un dolor muy fuerte y hubo mucho sangrado, por lo cual le tuvieron que realizar una cesárea de emergencia, donde ella sólo recuerda que la inyectaron y le dijeron que si no se atendía ya, había peligro de que su hijo muriera. A pesar de esa experiencia, ella menciona que la atención médica ha sido la mejor que ha tenido, especialmente haciendo una comparación a las formas de parto tradicional donde ella considera que ahí si se hubiera muerto su hijo al tener esa complicación.

### 3.2.3 El padecimiento de Norvina

Norvina relata varios padecimientos. El primero, es en torno a la diabetes que tiene desde hace aproximadamente 7 años. Se la detectaron luego de que, al estar acostada, empezó a sentir un dolor muy fuerte en la espalda, además de mucho cansancio, sueño y sed. Ahí fue donde decidió ir a hacerse estudios y al tener 550 de glucosa le dieron unas pastillas. Comenta además que se asustó mucho, pues una de sus hermanas falleció por diabetes y su mamá también está enferma y con una diabetes complicada, al grado de que le han cortado los dedos de sus pies. Al preguntarle sobre cuál fue la razón por la cual ella cree que le dio diabetes, menciona que fue porque un día tuvo mucha preocupación.

Comenta que tuvo un susto muy grande, pues acá en Monterrey, a su hijo lo habían “secuestrado”. Un día, luego de que su hijo se casó, llegaron a su casa unos ministeriales preguntando por él y ante la negativa de la señora, de no saber dónde se encontraba, los policías le dijeron que ya sabían en qué escuela estaban así que iban a ir a *levantarlo*. Norvina comenta que se la llevaron detenida tanto a ella, como a su esposo y una de sus hijas, y les pidieron 10,000 pesos para liberarlos, pero ellos en ese momento no tenían ese dinero y los ministeriales le fueron bajando a la cantidad hasta aceptarles 2,000 pesos que juntaron entre todos. Días después de ese incidente, se empezó a sentir mal. Acudió nuevamente al hospital debido a que comenzó a sentirse mal. Norvina refiere que fue otro día que la operaron de la “vesícula”. La señora no quiso decirlo enfrente de su nieta, pero al parecer, le quitaron un tumor cerca de la matriz o le hicieron una operación similar:

Sí, fue hace cinco meses, pero yo a nadie le digo eso, porque es que la gente de mi comunidad... piensa como nosotros, no como ustedes.

Mónica: y ¿qué le podrían decir ¿la juzgarían?

Norvina: Sí. Y te dicen cosas. Por eso yo les digo que me operaron de la vesícula. Nadie sabe de esa operación. Nada más mis hijos, pero los demás son muy chismosos.

Norvina, 38 años.

Norvina comenta que primero le dijeron que no podrían operarla porque traía el azúcar muy alto y tenían que esperar a que bajara. Al siguiente día bajó un poco y ya pudo entrar a quirófano, sin embargo, al despertar se llevó otro susto, pues ella no sentía sus pies por la anestesia y le empezó a dar mucho miedo y no podía respirar bien, aunque intentaba tranquilizarse. Sus pies tardaron en reaccionar cinco horas, y después de ello, la dieron de

alta, aunque los dolores fuertes seguían y su preocupación y miedo aumentaban, pues en otra ocasión, cuando le removieron la matriz y despertó de la operación, sintió mucho dolor y no la dieron de alta si no hasta una semana después:

“Norvina: yo tenía miedo de la anestesia.

Mónica: ¿Era más que nada el miedo a la anestesia?

Norvina: Sí, porque una vecina se murió. Yo hablaba mucho con ella y tuvo una operación muy peligrosa y cuando me operaron me desperté un ratito y luego como me daba sueño y yo le dije a mi hija, porque ya no quería dormir ni tener sueño, y mi hija le dijo al doctor, pero le dijeron que era bueno que descansara. Toda la noche yo estaba dormida. Me quedé ahí como una semana cuando me quitaron la matriz. Cuando ya amaneció me dolió mucho mi panza, como si estuviera inflamada. Me dieron pastillas para que se calmara y me dijeron que no me iban a dar de alta porque todavía no estaba bien, porque me dolía mucho. Por eso es lo que estoy pensando. Pero eso, cuando ya te dejan la anestesia, duele mucho. Duele mucho la operación.”

Norvina, 48 años.

Sin embargo, el padecimiento que más le preocupa es uno relacionado a un *embrujo*, pues al hablar sobre ello, su semblante cambió por completo. De estar tranquila contando lo que le sucedió, en su rostro se comenzó a vislumbrar una expresión de preocupación. Relata que hace poco tiempo, se comenzó a sentir mal, sentía un *calor* muy fuerte, así como cansancio y ganas de vomitar. No podía respirar bien y no comía nada, por lo que decidió acudir a un médico quien le mandó a hacer estudios de sangre y le dijo que no sabía lo que podría tener, pues los estudios habían salido bien y el nivel de su azúcar estaba estable. Tras ver al doctor, ella comenta que le dijo a su nuera que mejor la llevara con la madrastra de su esposo, pues ella sabía barrer y la curó con hierbas: pirul y albahaca.

“[La señora] me dijo que yo tenía un embrujo. Me habían embrujado. Me puso un huevo y como ella le sabe lo puso así en un vaso con agua y se hizo como manteca y me dijo "Mira, este trabajo que te hicieron es con otro santo, con la Santa Muerte". Es que yo tengo dos años que... Cuando teníamos la parte de arriba de la casa sola veíamos que había un huevo en un cuarto y en varias partes. Yo lo veía y les preguntaba a mis hijos si alguien lo había puesto ahí, pero nadie lo había hecho. Y luego me dijo la señora que tenía el embrujo desde hace dos o tres años. Atrás vive la señora, dicen que es bruja, tiene muchas santas muertas. Donde yo vivo, justamente atrás. Así me dijo.”

Norvina, 38 años.

Después de esto relata que hace aproximadamente 4 meses, ella se enteró que su esposo le fue infiel con la bruja que vive atrás de su casa, y que, a su esposo, le había *hecho un trabajo* para que anduviera con ella, es decir “lo amarró”. Norvina se enteró porque vio en su celular las conversaciones con ella, y aunque no sabe leer, se dio cuenta de las llamadas

que le hacía. A partir de ahí se sintió muy mal, y ha considerado la opción de ir con un psicólogo para tratar todo lo que siente.

Del engaño, se ha enterado su hija, y un día que su esposo dejó su celular en casa, ellas se pusieron a revisar los mensajes y llamadas. Su esposo le había dicho que si sonaba no les contestara, pues eran del banco, pero su hija revisó el teléfono y era un celular local, no de banco. Después de que el señor llegó a su casa lo confrontaron, negó todo y su hija del enojo le rompió el celular. Tiempo después, a Norvina le dicen que revise la mochila de su marido, y al hacerlo, se dio cuenta de que ya tenía otro celular nuevo. Su nuera estaba en casa cuando vio que ella tiró el celular a la basura y le cuestionó al respecto. Norvina le comentó que lo tiró porque no servía, pero la nuera lo recogió y lo prendió y empezaron a ver el registro de llamadas. Uno de ellos tenía muchas llamadas, y era el mismo número que había guardado del celular anterior, así que marcaron y respondió la señora, “la bruja” con la que la engañó.

Cuando el esposo llegó a la casa y se dio cuenta que no tenía su celular, le pidió a Norvina que se lo diera y ella se negó. Le dijo que no se lo daría hasta que hablara con ella sobre la situación del engaño y el siguió negándolo todo. Después de ello, el hijo de Norvina intervino y le pidió a su papá que por favor dijera la verdad, pues ya lo habían descubierto, pero lo seguía negando. No fue hasta que llegó su madrastra y le dijo que ella también ya sabía lo que estaba pasando, cuando finalmente lo aceptó. Después de esa intervención familiar, el señor le pidió perdón a Norvina, pero ella le dijo que, si iba a seguir engañándola, que mejor se fuera de su casa y que se quedara en la calle. Él se arrepintió, dijo que, si lo perdía todo, era su culpa, pero que no se iba a resignar a perder a su familia y también le pidió perdón a su madrastra.

Norvina relata esto último mientras solloza y comenta que tiene miedo de que la señora le vaya a hacer otro trabajo para matarla, pues está muy aferrada a su esposo. Ella tiene miedo también de que vuelva con ella, se cuestiona mucho si realmente ya no la ve, pues duró más de un año con ella sin que se enterara ni sospechara, pues todo se veía normal. Actualmente el señor se fue a vivir a otro departamento, pues sus hijos no lo han perdonado por haberle fallado a su mamá. A raíz de esto, ella ha ido a atenderse con un psicólogo que

le dice que si lo quiere, que regrese con su esposo. Pero ella tiene mucha sospecha y desconfianza, pues ya le falló una vez.

Norvina comenta que sus compañeras de bordado y amigas le han ayudado mucho a sentirse mejor. Ellas le recomiendan que trate de distraerse y reírse mucho para que se olvide de lo que está pasando y se alivie. En este caso las relaciones interpersonales con el grupo se conforman como parte de una terapéutica basada en las redes sociales.

### **3.2.4 Análisis del padecimiento de Norvina**

Sin duda, el padecimiento principal de Norvina es aquel que involucra la infidelidad de su esposo con su vecina que además es bruja y percibe que le mandó a hacer un *trabajo* que hizo que se comenzara a sentir mal física y emocionalmente. A continuación, recalcaré varios puntos importantes en relación con otras categorías de análisis, mismas que se presentaron a lo largo de su narrativa.

En un momento inicial, al narrar su primera experiencia relacionada con la inyección que un doctor le aplicó a su hija Norvina repara en lo que podemos observar como una fuerte desconfianza hacia un médico externo que llegó a aplicar vacunas probablemente sin explicar el proceso. Ella no sabía qué le estaban aplicando a su hija, y aunque tuvo que haber confiado en que era “bueno” aplicársela, posteriormente lo cuestionó debido a la infección que la vacuna le causó. Ella lo significa como que la vacuna se le inyectó de forma muy profunda, “llegándole al hueso”, y a partir de ahí le da coherencia a la infección. Sin embargo, más allá de esto, Norvina está mostrando una especie de recelo hacia el personal biomédico, pues hace referencia a que eran personas que “llegaban y se iban”, y esto generalmente es debido a que son médicos brigadistas que tienen campañas de vacunación y que no se quedan por mucho tiempo a atender otras situaciones de la comunidad. Esto puede ser interpretado como un *primer contacto* con el sistema de la biomedicina, mismo que puede determinar la forma de percibir encuentros posteriores con otros médicos del sistema hegemónico, y también podría causar cierto recelo debido a la experiencia “negativa” de haberse infectado luego de que un externo llegara a vacunar a la población y posteriormente se retirara sin dar instrucciones de cuidados posteriores. Finalmente,

podemos considerar que termina erosionando o enmarcando posibles vínculos de confianza que en este y en otros casos de distintos interlocutores, han sido percibidos como negativos.

Posteriormente, Norvina hace una comparación entre distintas formas de atención al tener una experiencia distinta al llegar a una ciudad, donde le atienden su parto en lo que ella considera de una forma más “adecuada”, y es muy significativo, pues determina el hecho que considera la atención biomédica como la mejor atención recibida al estar en la ciudad. Valora además de manera negativa otras formas de atención previas que pudo tener, por ejemplo, al hablar sobre las parteras quienes a su parecer “sólo sabían acomodar al bebé”. Esto muestra una clara articulación entre distintos modelos médicos como lo ha señalado Menéndez (2009). Además de una profunda contradicción para evaluar a la biomedicina.

En relación con el hecho de que ella no pudo hablar explícitamente sobre su padecimiento de la matriz, habla de como muestra en la narración los eventos relacionados con la sexualidad, mismos que son objeto de censura por parte de la población de donde proviene Norvina. Esto explicita la incomodidad que siente de hablar libremente ante la comunidad de algunos temas. Por supuesto que esto se enmarca en relaciones comunitarias con una profunda desconfianza que ella misma observa al referirse a las personas que la rodean como “chismosos”, debido a posibles prejuicios implantados que tengan en relación a enfermedades sexuales, en este caso, específicamente a aquellas padecidas por mujeres. Esto puede ser considerado parte de violencia de género que vivimos en general, ya que el ocultamiento de síntomas relacionados con la sexualidad de las mujeres es objeto de sanción social. Esto comúnmente hace que los diagnósticos sean tardíos y forman parte de una violencia cotidiana a las que estamos expuestas.

En otra ocasión, al hablar sobre su miedo a la anestesia, toma como referencia a una vecina que, según su narrativa, falleció al someterse a una cirugía con anestesia. En este caso vemos una socialización de la experiencia de un allegado que la articula como parte de su modelo explicativo. Por supuesto que esto se enmarca en otro tipo de relación de desconfianza con el personal de la biomedicina.

En torno a las relaciones interpersonales, la forma en la que lo podemos observar es cuando socializa su padecimiento con sus familiares inmediatos, por ejemplo, al comentarle

a su nuera sobre su deseo de ser atendida por la suegra *bruja* quien es la madrastra de su esposo. Nuevamente vemos que articula distintas formas de atención. En este caso, vemos un modelo explicativo popular basado en la brujería. Es muy claro que este padecimiento pone de manifiesto relaciones de desconfianza, ya que tiene la sospecha a que alguien le ha hecho daño indirectamente. Como señalan tanto Eroza (2009) y Douglas (1976). La brujería señala conflictos interpersonales no resueltos, así como desconfianza que incluso puede darse entre la misma familia, en este caso, la sospecha estaba vertida ante una deslealtad de su esposo.

Este caso también puede comprenderse a través de relaciones interpersonales de Chahuatlán, donde en varias narrativas se ha hecho evidente que la figura más importante es la materna, quien les aconseja cómo deben llevar a cabo las relaciones del ámbito doméstico. Por otro lado, es evidente cómo se involucran todos los miembros de la familia quienes se posicionan ante la traición cometida por el esposo de Norvina. Esto muestra que existe un comportamiento que es sancionado, en este caso, como lo es la infidelidad, cuyo rompimiento se configura como causante del padecimiento. En este caso todos los miembros de la familia se ven afectados, es decir, que existe un *padecimiento colectivo* generado por una erosión de las relaciones interpersonales, cristalizadas en la confianza.

El modelo explicativo que en apariencia es emocional, se encuentra enmarcado en relaciones interpersonales de desconfianza. Como muestra Eroza (2016), las explicaciones formuladas se insertan en un entramado relacional configurado en el contexto de vida. En este caso, es muy claro como la desconfianza es una constante que se dirige tanto a los vecinos, como al personal de salud e incluso, a la familia misma. Finalmente, es muy importante la manera en que se articulan distintas formas de atención enmarcadas en un proceso de socialización. En este sentido es la experiencia de la persona y sus familiares que orienta la forma de atención elegida y aquellos elementos que se consideran como terapéuticos.

### **3.2.5 El abandono y miedo a la soledad – Narrativa de Úrsula**

Úrsula es una mujer nahua de 42 años, quien es un poco tímida y retraída, pero atenta cuando la tratas de manera más personal. Úrsula tiene dificultades para caminar, desde la

primera vez que la vi, comenzó a hablar sobre unos dolores muy fuertes que le dan en los huesos y extremidades. Al pasar al cubículo para realizarle la entrevista, me comenta que al sentarse sintió un fuerte tirón en una de sus piernas, y se disculpa de antemano si se mueve mucho, pues tiene que hacerlo para que se le quite la molestia.

Úrsula, además de los padecimientos físicos, presenta otros padecimientos que son de índole emocional, que, aunque no comenta específicamente que los tiene, es notorio que le duelen pues su expresión de desolación y de poca esperanza invade su narrativa. Temas como el abandono propio por cuidar o atender a los demás y que esto no sea recíproco por parte de su familia, son unos de los padecimientos que ella presenta al hablar sobre su vida y las situaciones que le han ocurrido. Constantemente menciona la frase “¿cómo lo hago?” o “¿yo cómo le voy a hacer?” al hablar sobre la necesidad de atención médica y emocional que considera necesaria y de diversas situaciones de las cuales ella siente que no recibe el apoyo de su pareja, a pesar de todo lo que ella ha hecho por él cuando la ha necesitado.

### **3.2.6 La narrativa de Úrsula**

Úrsula nació y creció en Chahuatlán, Veracruz. Vivió ahí hasta los 14 años, donde vio la necesidad de irse a trabajar a la Ciudad de México para ayudar con gastos familiares. Una de las cosas que más le ilusionaba sobre ir a la ciudad era trabajar para sus tíos y poder comprarse cosas, ya que en su familia había muchas carencias económicas, y menciona que sus padres nunca le hicieron regalos como ella veía que a otros de sus vecinos sí les regalaban cosas sus padres. Al parecer, para ella y para su familia, el hecho de retribuir al regalar cosas es actualmente muy importante, pues durante su narrativa hace hincapié constantemente en que tanto ella como su familia se esperan reciprocidad en la compra de artículos, aunque no especifica exactamente qué tipo de artículos aparte de lo relacionado al alimento.

Tiempo después ella se regresó a su pueblo y sus padres la recibieron con tal de que les trajera algo, ella compró comida y les llevó, pero en cuanto se le acabó el dinero que había ahorrado trabajando, sus padres la mandaron de nuevo a Ciudad de México con su tía para que le buscara trabajo de nuevo y para que les mandara dinero, sin embargo su tía ya no la quiso recibir y se quedó sin trabajar:



Posterior a ello, y aunque fueron tiempos difíciles por la hostilidad tanto de sus tíos como de sus padres, Úrsula decidió no regresar a su pueblo y mudarse a Tampico tras la recomendación de su tía, pues ella se encontraba embarazada y tenía aparte dos hijos más, por lo que ya no la podían tenerla en casa. Se quedó en Tampico porque se sintió más cómoda y consiguió un trabajo, pero al poco tiempo su padre enfermó y ella tuvo que cubrir los gastos, pues era la única de su familia que se encontraba trabajando y mandando dinero.

“Tenía algo en el corazón, pero ya se me olvidó qué. Lo operaron en Tampico y me cobraron mucho dinero, entonces yo tuve que trabajar para pagar el hospital y para ayudar a mis hermanos, eso fue lo que luché. Yo pensé "¿Quién tiene mayor responsabilidad? Si yo soy la mayor" me puse a trabajar y así, difícil. No me compraba nada, el dinero lo gastaba en mis hermanos y mi papá porque queríamos que se curara y que estuviera con nosotros ya que estábamos muy chiquitos todavía. Así estuvimos. Entonces se curó mi papá y le dijeron que se cuidara por un año. En el rancho se cuidó nada más un año. Yo trabajaba y mandaba dinero para que le pagaran a alguien que trabajaba la milpa en lo que se aliviaba mi papá.”

Úrsula, 42 años.

Llegó a Monterrey tiempo después de la operación de su padre, pues una de sus tías de Tampico decidió residir en dicha ciudad y Úrsula la siguió. Consiguió un trabajo en casa. Al poco tiempo, uno de sus hermanos se accidentó, para lo cual tanto su papá como ella, consiguieron que lo operaran en Monterrey y de nuevo tuvo que pagar mucho dinero, trabajando de *quedada*<sup>8</sup>. Así pasó años, mandando dinero y apoyando en lo que se necesitara. Sus papás, menciona, se enfermaban muy seguido y ella era quien se encargaba de cubrir los gastos siempre, recibiendo a sus papás en Tampico o en Monterrey, dependiendo de donde les dieran el precio más económico para la atención médica o las operaciones que requerían.

Úrsula sufrió mucho con el papá de sus hijos, con quien se casó a pesar de no conocerlo bien, pues era una relación a distancia. Mientras ella estaba trabajando en Monterrey, él estaba en Tampico. Aunque ella decía que no se quería *juntar* porque tenía que seguir trabajando para ayudar a sus papás y hermanos. Finalmente él la convenció y se casaron. A partir de que se juntó, a los 22 años, ella ya no ayudó a sus papás, pues le decían que ella malgastaba su dinero.

---

<sup>8</sup> Este término es utilizado para referirse a las trabajadoras del hogar que se emplean por un tiempo prolongado y tienen su propio cuarto dentro de la casa de sus empleadores. Ver Durin (2017).

Posteriormente comenta que le fue mal con su esposo, pues a pesar de que trabajaba, él nunca quiso reconocer ni hacerse cargo “como hombre” de los hijos que tuvieron juntos, además de que también recibía violencia por parte de él:

“Él nunca se ha encargado de nada, yo me encargué de todo. Yo trabajaba y cuando no había dinero tenía que salir a pedir prestado para que comieran los niños o cuando entran a la escuela yo pido dinero para comprarles los útiles o para pagar la escuela. Yo lo acostumbré a él. Siempre hemos vivido así. Porque con tal de que mis hijos coman algo, ellos no saben si tienes dinero o no, te piden que les compres todo. Como quiera mis papás y mis hermanos si me ayudaron o cuando no tengo nada, porque los niños se me juntaron y sufrí de ahí. Yo salgo a vender a veces y me pasaban muchos accidentes, incluso a mi hijo, Mi hijo me preguntaba porque él tenía que salir a vender como si no tuviera papá. Yo lo tenía que llevar, con tal de que coman ellos. Le decía “¿Cómo le hago? si tu papá es un borracho y no trabaja”. Me maltrataba y todo. Muy mal. Me trataba mal. Me pegaba y me golpeaba y todo. Me decía muchas cosas. Cuando se iba a tomar y regresaba borracho yo me movía con miedo. Yo no me defendí y lo acostumbré. Ya llevo 20 años con él. Ya no me maltrata como antes, antes sí.”

Úrsula, 42 años.

Su mamá, al saber que su esposo golpeaba a Úrsula, la regañaba y le decía “es que eso fue lo que tu quisiste, ahora te aguantas”, y dice que así es como piensa que la mayoría de las personas del rancho, especialmente a quienes desobedecen y se consiguen a una persona que “no conocen”, es decir, cuando ellas eligen pareja y no se casan con quien la familia les recomienda.

Tras amenazas, golpes y maltratos, se separaron por ocho meses luego de que nació uno de sus hijos. El esposo le decía que, si la veía, la iba a matar y se iba a quedar con el niño. Ella le tenía mucho miedo, así que se fue con sus papás un tiempo, pues comenta que ella no sabía qué decirle o cómo defenderse. Sus amenazas siguieron y él fue a su casa en Chahuatlán y frente al niño, la amenazó con un cuchillo. A partir de ahí, y de otros golpes que su esposo le ha propiciado, ella ha tenido lesiones de disco y múltiples huesos rotos que han tenido que ser intervenidos con placas y tornillos, especialmente en los tobillos.

Después, en el tercer embarazo de su hija, hace doce años y una vez estando en Juárez, él la siguió maltratando a tal grado de que vecinas suyas se dieron cuenta y la llevaron al un centro comunitario de Juárez y de ahí a un doctor, pues la vida de su bebé corría peligro.

En el centro comunitario la ayudaron y levantaron un acta para demandarlo en el Ministerio Público, pero él se escapó. La demanda se desechó, y la familia de él comenzó a tratar muy mal a Úrsula, ya que le gritaban y maltrataban.

Sobre su padecimiento, ella refiere que siente que le duele todo. Tiene la sensación de no poder estar bien en ningún lado. Un tiempo se fue a vivir con su familia, pero decidió retirarse porque todos sus hermanos estaban viviendo ahí con sus hijos y ya no cabían en la casa, y su mamá la regañaba y presionaba constantemente para que se fuera, incluso llegó a maltratar a sus hijos. Uno de ellos se quedó a vivir allá con su abuela y su tía, y eso es algo que le duele mucho, pues su hijo ya no quiere regresarse a Juárez con ella. Siente que no puede hacer nada:

“Me sentí mal porque solté a mi hijo con mi mamá y mi hermana, pero ya se quedó ahí, no quiere venir para acá. Haz de cuenta que yo me siento mal porque yo lo solté y dije "¿Cómo le hago?" y ahora ya no pudo recuperarlo porque mi hijo ya no quiere venir para acá. Casi no quiere estar conmigo, pero le duele lo que me pasa. Él me habla y así, porque él sabe cómo es su papá. Así estoy hasta ahorita. Estoy drogada de todo por las deudas que tengo porque él no me ayudó. Y luego con esta enfermedad a él [a mi esposo] no le importa.”.

Úrsula, 42 años.

Ella considera que no valoran todo el dinero que les ha mandado, incluso uno de sus tíos una vez se molestó con la familia de ella y estando borracho le dijo: *"Mira lo que le hicieron, ustedes se aprovecharon de ella porque era mucho dinero que mandaba, de perdido que guardarán el dinero y no lo gastarán, pero tu mamá no sabe cuidar nada, todo lo malgastó y no lo guardó"*. Y comenta las agresiones dirigidas a su persona han sido constantes. También considera que parte de la razón por la que la desprecian, es debido a que le tienen envidia, pues ella siempre trabajó y salió adelante a pesar de todas las dificultades que le ha tocado vivir.

Sobre su padecimiento físico, refiere lo siguiente:

“Este diciembre cumpla 5 años [de estar enferma de los huesos], ya estaba mala pero no me atendí nada. Cuando ya me atendí me dieron el pase en el Metropolitano, pero me dijeron que ya no había ahí y me dieron pase para que me llevaran al Civil para ir a traumatología y ahí saqué cita y me

atendieron. Pero los medicamentos eran bien caros y a veces los medicamentos no los tenían en las farmacias. Me hicieron muchos estudios. Y me recetaban medicamentos y les decía donde me dolía. Porque yo iba sola. Nadie me acompañaba. Nadie de aquí y nadie de mis hermanos o, aunque vayan a escuchar lo que me decían. No, yo iba sola [...] ya quisiera que me quiten este dolor, pero cuando empieza el dolor fuerte, pero fuerte, duele el hueso. Y es que estoy mala de la columna. Cuando camino mucho me duele todo. Desde arriba hasta abajo. Es esto lo que me duele.”

Úrsula, 42 años.

A Úrsula le dijeron que se tenía que operar lo más pronto posible. En el hospital universitario, le dieron una orden para sacarse unas placas aunque no le explicaron a dónde tenía que ir a hacérselas. Le dijeron que la operación la tendrá que costear ella, pues no la cubre el seguro popular, y son más de 120,000 pesos lo que le piden, más el costo de otros estudios que se tiene que realizar. Ha ido al DIF, a y a otros lugares, para pedir apoyo, pero no ha tenido suerte, pues no le han podido arreglar nada, y entre más tiempo pasa, más aumenta el precio de la operación y los gastos, por lo cual básicamente se ha rendido. Ella no sabe exactamente por qué le dio lo de los huesos y lo del disco, lo atribuye a “tener muchos nervios” en relación a las angustias que ha pasado. Sin embargo es evidente que sus padecimientos han sido provocados por los golpes y maltratos que su esposo le propiciaba.

Otra de las causas que menciona, es debido a la anestesia de su último hijo, pues menciona que no se podía levantar, y siente ella que eso le afectó al dolor y la movilidad de sus pies. Evidentemente otro de sus padecimientos es la soledad y el abandono, como lo refiere ante el miedo de operarse y que nadie esté para cuidarla:

“Aparte la anestesia me da miedo. Tengo miedo porque yo sufro mucho y no tengo a nadie. Ahorita ya están grandes los niños, pero como quiera. Me dicen que [si me opero] me voy a ir recuperando poco a poco. Me dicen que no me voy a poder a levantar a caminar luego, luego. Tendrá que ser poco a poco. Meses o años voy a tener que estar en silla de ruedas. Me puse muy mal cuando me lo dijeron porque yo estoy sola y me asusté. ¿Qué digo o qué voy a decir? Como quisiera que estuviera alguien conmigo, que me apoye. Que me digan que está bien. Pero no, estoy sola. Ni con mi hermano, ni con mi mamá. Solo me decían que me iban a ayudar, pero no sabían cuánto era. Si me hubieran dicho que me apoyaban, no sé qué me hubiera pasado. Tal vez ya me hubieran operado o no sé, pero tengo miedo de la operación. La mayoría dice que ya no quedas bien, dicen que de ahí ya no me voy a levantar. Primeramente, Dios sabe. Pero poco a poquito ¿Quién me va atender? Porque en ese tiempo no me puedo mover sola. La primera vez si te van a apoyar, pero después te van a dejar atrás y vas a estar sola, aunque tenga hijos, pero comoquiera me van a regañar.

Desde ese día me lo dejé así. Me siento muy mal porque yo tengo eso. ¿Por qué a mí me pasó esto? ¿Por qué estoy así? la mayoría está bien y yo no. Le digo a Dios que me perdone porque no es justo. Es lo que me duele mucho, aunque estén mis papás y mis hermanos ellos como que no piensan o sienten ningún dolor, aunque mi hermana ahora está enferma, pero ella a lo mejor se va por una operación o así y se va a curar, pero mi problema es muy grave. Es el hueso lo que está muy mal. Aunque no haga frío, pero como que está muy frío.”

Úrsula, 42 años.

Comenta que todo lo malo que le ha pasado en relación a su enfermedad es porque ella no se atendió cuando recién estaba empezando. Lo dejó pasar hasta que empeoró tanto, a tal grado de que ahora está muy deteriorada:

“Yo ya tenía dolores aquí cuando caminaba. Hasta me paraba por el dolor que tenía y nunca fui a atenderme por el dinero. No como los demás que les duelen y se van a atender, pero yo no. Yo he sufrido tanto. A veces hay o no hay. Los niños lloraban cuando tenían hambre y por eso ya no me atendí.”

Úrsula, 42 años.

### **3.2.7 Análisis del padecimiento de Úrsula**

Úrsula ha sufrido diversos padecimientos a lo largo de estos últimos 20 años en los que ha comenzado su proceso migratorio. Es evidente que no solamente ha vivido violencia, malos tratos y abandono por parte de su familia, sino también ha sido así por parte de sí misma, pues a pesar de todo lo que ha vivido, ella ha adoptado una actitud de sumisión ante las vejaciones de su familia, y en especial, de su esposo.

Se pregunta por qué nadie de su familia la apoya, siente que, si ella les comenta la gravedad de sus lesiones, ella no sería apoyada, y sería revictimizada, pues esto ha sido una constante que ha estado permeando desde su infancia. A pesar de sus esfuerzos por ser aceptada o admirada en su familia, al enviar dinero y apoyarles en las emergencias y en todo lo que se necesite, ella no ha logrado mantener una relación sana con sus familiares, y en el momento en el que deja de aportar a la casa, las agresiones y reclamos se vuelven más fuertes.

Este patrón también es observado en otras familias de Chahuatlán, al hablar de la envidia, de la relegación de la familia ante una persona que consideran, hizo algo que no

debería. En el caso de Úrsula, es evidente cuando deja de ser recibida por su tía en Ciudad de México, y también en su casa al no cumplir con las expectativas de proveer por la familia. Como ella menciona, esto puede darse así debido a que es la mayor de los hijos. Es probable que, culturalmente, en Chahuatlán se tenga la idea de que el hijo o la hija mayor, es quien debe cubrir con los gastos y las necesidades de la familia cuando ésta no tiene trabajo o no puede conseguir satisfacer las necesidades de alguna u otra manera. Este papel, al menos en su familia, es el que Úrsula ha tomado, y en cuanto los “defrauda” al no poder cubrir los gastos, ella básicamente es relegada o devaluada por los miembros de la familia.

Para Úrsula el marco de significación del padecimiento está relacionado con la reciprocidad, y claramente esto ha sido impuesto por los valores familiares existentes en su entorno. Es percibido en ella una sensación de culpa, relacionada con una insatisfacción expresada por sus familiares al hacerle saber que no está cumpliendo con su rol de retribuir de formas económicas, aunque ella refiera trabajar para cubrir lo que ellos necesiten. Asimismo, ella también identifica que a pesar de su esfuerzo por retribuir lo más que pueda, ellos no la apoyan como ella quisiera, especialmente es notorio cuando habla de una falta de apoyo moral y de cuidados respecto a la operación de disco que necesita realizarse.

Claramente aquí podemos observar que la mayor parte de sus experiencias están vinculadas a una violencia cotidiana, pues tanto su familia como su esposo ejercen maltratos físicos, verbales, psicológicos y de manipulación hacia ella. Llama mucho la atención que Úrsula pareciera aceptar esa violencia y la percibe desde la soledad e incertidumbre al preguntarse reiteradamente “¿cómo le voy a hacer?” y “¿por qué me pasa esto a mí?”. Esto claramente refiere una búsqueda existencial del sentido de un infortunio, como lo ha hecho notar el trabajo de Taussig (1992).

Una teoría relacionada a esta situación la podemos encontrar desde la reciprocidad, planteada por Mauss (2009), quien habla sobre la expectativa familiar y de las culturas respecto al dar y recibir. En el caso de Úrsula esto es relevante puesto que la falta de reciprocidad constituye el centro del modelo explicativo que emplea para su padecer. Su padecimiento y la forma en la que decide no atenderlo, se basa especialmente en la sensación de no ser retribuida ni apoyada por su familia, misma que la percibe como erosionada. Esto,

a su vez, forma parte de su acervo de conocimientos y experiencias, pues claramente ha marcado sus relaciones personales posteriores.

Una señalización importante es que, a pesar de estar en el grupo de bordado que a su vez funge como un grupo de apoyo, ella ha decidido no tomar la ayuda que sus compañeras, vecinas y conocidas le ofrecen respecto a su enfermedad y la operación que requiere. Pareciera como si ella evaluara su propio bienestar y atención a la salud basándose principalmente en la forma en la que se encuentran sus relaciones interpersonales, especialmente las familiares debido a que estas están insertas en un marco de violencia cotidiana. Úrsula refiere sentirse sola a pesar del apoyo que sus compañeras le brindan cuando ellas se han ofrecido a acompañarla, llevarla a sus citas o han estado pendientes de los momentos donde ella se ha sentido debilitada. Se puede observar aquí un claro estoicismo, o una resignación al decidir no atenderse y postergar las citas a pesar del apoyo tanto moral como económico que se le ha ofrecido.

Para concluir, podemos observar que la decisión de no realizarse la operación que necesita también forma parte de una forma de atención, y a su vez, lo podemos explicar desde el concepto de emociones, pues en este caso la sensación de soledad influye fuertemente en la toma de decisiones respecto a un padecimiento identificado metafóricamente desde un abandono tanto propio como por parte de la familia cercana por la sensación de una falta de retribución.

Esta sensación de abandono la podemos explicar desde Kirmayer (1992) cuando habla sobre la opresión corporizada como padecimiento social. Esto remite a la articulación entre el cuerpo físico, reflejado en la experiencia de sufrimiento, con las relaciones sociales materializadas, es decir, el cuerpo social y el control corporal que se ejerce sobre ella insertado en relaciones de género, en este sentido el cuerpo político.

### **3.2.8 El padecer ajeno: adicciones – Narrativa de María**

María es una mujer nahua de 66 años, aunque aparenta mayor edad. Ella se ha mostrado siempre alegre, abierta y platicadora, pues desde las primeras veces que las

visité, comenzó a hablar abiertamente de algunos de sus padecimientos. Uno de ellos estaba relacionado a “sentir clavos o piquetes en los pies” y en la cintura, pues es una mujer muy activa que camina mucho entre colonias ya que vende dulces de casa en casa y ofrece las servilletas que borda. Seguido, acompaña a Amparo, otra de las integrantes del grupo de bordado, a cortar leña en un terreno cercano donde están cortando árboles para hacer casas en Juárez.

María llegó a Nuevo León hace aproximadamente 15 años, aunque como muchas de sus compañeras y vecinas de Chahuatlán, primero llegó a Tampico y al ver que en Monterrey se decía que había trabajos mejor pagados, decidió mudarse junto con sus tres hijos y su esposo, quien trabaja de maestro albañil.

A pesar de sus padecimientos físicos, lo que actualmente más le duele es la adicción de su hijo al alcohol y a la marihuana. Esta adicción le ha llevado sustos muy grandes, pues este se ha peleado a golpes con sus amigos, situación que una vez lo llevó directo al hospital tras haberse fracturado un brazo y haber quedado inconsciente por los golpes.

### **3.2.9 La narrativa de María**

A María la entrevisté durante mi último día en campo. Era diciembre de 2019 y ese día sería el último que irían al taller de bordado, pues pronto el establecimiento cerraría porque ya se venían la siguiente semana las fiestas navideñas y de fin de año. La entrevista fue más bien una plática informal que se llevó a cabo mientras íbamos camino a su casa a recoger unas servilletas bordadas que anteriormente yo le había encargado para regalar a mis familiares.

María accedió a ser entrevistada, aunque pidió no ser grabada de voz. En el trayecto, ambas nos íbamos quejando del frío, pues en esos días la temperatura había bajado drásticamente tras haber tenido días bastante soleados, nadie se lo esperaba. Ella comienza contándome que sus papás están en Tampico, pues les gustó más allá que en Chahuatlán e incluso, que Nuevo León y han decidido vivir ahí, donde tienen su casa.



Al preguntarle sobre por qué no les gustó Monterrey, María entre risas comenta que más que nada fue por la comida, especialmente por las tortillas que a su mamá no le gustaron, además de la contaminación y lo poblada que está la ciudad.

Su madre tiene 83 años mientras que su padre 88. Comenta que ha querido ir a visitarlos porque teme que alguno de los dos pronto fallezca. Su padre está enfermo del corazón y le dan fuertes dolores en la espalda y cintura, cuestión que le ha provocado varias caídas de la cama al no poder moverse. María comenta que a pesar de que su papá se ve sano, se enferma muy seguido. En el caso de su madre, dice que ella es muy fuerte y que no se enferma más que de gripa o calentura de vez en cuando, pero constantemente está cuidando a su esposo y eso a María le preocupa ya que le da miedo que un día lo vaya a tener que cargar o llevar a todos lados cuando ya no se pueda mover.

Sobre la atención médica que ha recibido en Juárez, justo cuando íbamos caminando cerca de un centro de salud, ella comenta que le han tocado muy malas experiencias. Ella vive a dos cuadras del centro de salud y cuando necesita consultar, se levanta a las 5:40 am para ir a recoger una ficha, pero que a veces sucede que al final no la quieren atender porque ya llegó la hora de comida de los doctores o la hora de salida. Es por eso por lo que ella prefiere ir a un consultorio privado, con una doctora que le cobra 350 pesos por consulta y le incluye los medicamentos. Este centro tiene convenio con la organización del lugar donde ella borda, pues les da facilidades de pago si no pueden costear las consultas de contado y esto, para ella es la mejor opción, pues incluso no tiene que estar esperando mucho tiempo para ser atendida. Llega al consultorio, le marcan a la doctora y al cabo de 30 minutos esta llega al consultorio, no como en el centro de salud o en el IMSS -donde está asegurada por parte de su esposo-, y donde tiene que esperar todo el día para que al final la atención no esté asegurada y le digan que vaya al día siguiente. Esto último, María se lo toma con humor, pues al preguntarle sobre el IMSS se ríe y me dice “no, ese ni me lo menciones porque ya fui una vez y no me gustó nada”.

Sobre su vida en Juárez, ella comenta que se ha sentido muy bien viviendo aquí y asistiendo a los talleres. Va a dos grupos de bordado diferentes, pero el actual, el de la organización, es el que más le gusta porque es donde les ofrecen talleres de otros temas

relacionados a la salud o a la vida libre de violencia, y considera que eso le ha servido mucho, pues ella en Chahuatlán no tuvo educación ni oportunidad de aprender otras cosas:

“Es que la verdad a nosotros falta mucho para platicar, para pedir o dar un consejo, porque la verdad nosotros venimos del rancho, y allá en el rancho casi no dan algo, pláticas o... talleres, no. Allá no, puro dedicarnos a la cocina, a lavar ropa, a traer maíz de la milpa, sólo eso. Incluso muchas de nosotras no te sabemos escribir ni leer porque allá no había educación. Ahora si hay escuela para los niños, pero no es lo mismo que acá. Los niños aquí están más despiertos, te saben más cosas.”

María, 66 años.

Menciona, además, que fue difícil para ella cuando se vino a Monterrey, pues no entendía nada de lo que sus vecinas u otras personas le decían debido a que no sabía español. Poco a poco lo fue aprendiendo, aunque aún le cuesta decir o entender algunas palabras, y con su familia prefiere hablar en náhuatl, idioma del que está muy orgullosa que sus hijos también sepan y que lo hablen aparte del español.

Al preguntar sobre sus padecimientos, ella menciona que generalmente no se enferma mucho, pero que algo que si ha estado constante es en relación a dolores localizados, especialmente en las extremidades, en la cadera y espalda. Esto último menciona que es porque últimamente ha ido a cortar leña para cocinar, pues ella prefiere realizar su comida en una chimenea antes que en la estufa, que no le gusta. Ella es la que va a cortar y cargar la leña, y junto con su amiga Amparo, que también es de Chahuatlán, aprovechan que están cortando árboles en un terreno cercano a donde vive. Su esposo le dice que “quien le manda” ir a cortar la leña, ella le responde que de no ser por ella no tendrían donde cocinar y es por eso que continúa yendo a cortar madera, a pesar de los dolores pesados que le provoca.

Cuando habla sobre sus hijos, los cuales son dos mujeres y un hombre, ella se nota feliz y orgullosa, pues una de sus hijas se acaba de casar. Sin embargo, al hablar sobre su hijo, la tristeza la inunda, se nota preocupada y cambia su tono de voz a uno más apagado y serio. Comienza a decir que su hijo es la razón por la cual desea acudir a terapia con la psicóloga nahua que recién se había presentado en el grupo, debido a que ya no sabe qué hacer y necesita que le orienten con la situación de su hijo.

Ella comenta que hace dos años, durante fiestas navideñas, su hijo salió de fiesta con unos amigos y tomó mucho, se peleó con ellos y éstos lo golpearon gravemente, a tal grado de romperle un brazo y safarle el codo por completo, dejándolo inconsciente. Cuando sucedió esto, María se encontraba fuera de la ciudad, ya que había ido a Tampico a visitar a sus papás como acostumbra a hacerlo a finales de año. Una sobrina suya se comunicó para conminarla a que regresara urgentemente a Monterrey porque su hijo Efraín se encontraba internado y muy grave.

Al regresar, acudió inmediatamente al hospital. En este, su hijo duró 3 meses para recuperarse por completo.

Actualmente ella está muy preocupada, pues a raíz de su adicción al alcohol y marihuana, la esposa de su hijo lo dejó porque se ponía muy violento, y también le duele que sus hermanas no quieran saber nada de él por lo mismo.

Sollozando, comienza a decirme:

“Y luego él me dice: “no ma, yo quiero entregarme allá a la rehabilitación mejor, me voy a entregar porque de verdad yo quiero cambiar, ma’.” Le digo, no, pues tú sabes pa', piénsalo tú, porque, ya sea que vayas a terapia, o a rehabilitación pa', pues si tu quieres cambiar, no es necesario. No es necesario, está todo en tu cabeza, pa'.

Yo hasta lloro miya, no creas que no. Yo de verdad los quiero mucho a mis hijos. Le digo: yo te quiero mucho pa', no quiero que te pase nada, ya te han pasado cosas feas pa', ya sufrí contigo y yo quiero que te recuperes ya, yo no quiero más daño (comienza a llorar).”

María, 66 años.

María dice que si bien considera la terapia y la rehabilitación como opciones para el tratamiento de su hijo, ella sabe que no podría costearlas, pues no tienen el dinero suficiente para cubrir con los gastos que les piden. Además de ello, otro dolor que siente es que sus hijas no la quieran apoyar con lo de su hermano. Ellas están muy resentidas con él y piensan que su madre hace mal al solaparlo. Le sugieren que lo deje solo, que no lo tenga en su casa, pues más daño le hace al tenerlo sin hacer nada:

“Yo les digo ¿tú crees que yo no le voy a dar de comer? Y ellas me dicen: “no, ya no le dé de comer porque mi hermano así es ya... no va a cambiar” y yo le digo ya lo sé, yo lo conozco a tu hermano.

Yo quisiera no darle de comer pero a mí... me duele, pues, ¿por qué no le daría? si yo soy madre, a mí me da dolor, y donde yo como, él también come. Yo la verdad, yo les digo: si se enojan ustedes con él y no lo apoyan, ¿cómo lo voy a dejar solo mi hijo?, no lo puedo dejar solo, es lo que yo le digo, pero no... mi hija se enoja y se enoja dice “no sé por qué pides consejo si tú no quieres tomarlos... lo estás solapando, que tú le das de comer, a él no le falta nada en tu casa, mamá”. Y yo le digo a mis hijas, sí, sí comprendo todo lo que tú dices. Yo quisiera hacer más, ya le dije a tu hermano, pero yo no sé si cambiará o no cambiará... solamente yo lo veo en Dios, a ver cómo le va a hacer.”

María, 66 años.

María siente que ella no está capacitada para darle consejos a su hijo sobre cómo cambiar o qué hacer para evitar los enojos que le dan y para que deje las adicciones. Considera que la única opción que tiene actualmente, es dejarlo en manos de Dios, y esperar a que su hijo decida cambiar. Dejó en claro que para ella, dejarlo meses en rehabilitación no es una opción viable, puesto que no lo vería, no sabría cómo está y además, se le hace un tratamiento caro que no puede costear.

Ella refiere no poder dejarlo solo, pues su hijo actualmente se encuentra separado de su esposa y sus hijos y a ella le da mucha pena verlo así. Siente que como madre hizo mal al haber sido muy condescendiente con él desde niño, y le duele también que su esposo no se involucre actualmente en la situación. Ella menciona que ha escuchado que ellos conversan, pero a su parecer, no lo corrige ni le da consejos que le puedan ayudar.

Por otro lado, refiere sentir que su esposo minimiza la situación y también los padecimientos físicos de María. No siente suficiente apoyo de su parte, pero también considera que es una situación que los sobrepasa a ambos y que sólo la ayuda profesional podría ser de utilidad, así como también la voluntad de su hijo y de Dios:

“María: [yo le digo] Efraín, si tú quieres estar conmigo, pos quédate pa', porque ya se fue tu esposa... comoquiera al rato se regresa pa', no se preocupe, yo lo dejo en manos de Dios. Si tú quieres cambiar pa', no me busques problema, a mí de verdad me duele mucho ver que estés solo en tu casa, ¿quién te da de comer pa'? yo no voy a ir todos los días a tu casa porque me duele mucho mi pie, mejor quédate aquí pa', aquí no te va a faltar nada de comer, le digo. Y él me dice, este, “sí mami, no se preocupe ma', comoquiera voy a cambiar, yo quiero ir a entregarme en rehabilitación, mejor ahí voy a estar.”

Le digo, sí, sí, pa', te vas a entregar, pero hay algunos donde se paga, algunos cobran, ¿de dónde vamos a ganar el dinero?, si tú quieres cambiar [hazlo] tu mismo, solo, pa', ya no te irrites, ya no te enojas, cualquier cosa no te estés enojando pa'.

Yo de verdad, me falta mucho para darte consejo, porque yo no sé, pa'. Yo lo que sé, o lo que supe, es lo que me dicen allá a donde vamos [a las pláticas de la A.C.] ahí he ido aprendiendo, ahí agarró lo que me dice la gente, los que vienen, ¿verdad?, yo le digo a él, a mi hijo. Me dice, "sí ma' yo como quiera voy a cambiar".

María, 66 años.

Al finalizar la plática con María me agradece el haberla escuchado y habla de que va a ir con la terapeuta nahua que se presentó ese día en el grupo, pues sintió confianza con ella por hablar el idioma y tiene la percepción de que la va a comprender mejor gracias a ello.

### **3.2.10 Análisis del padecimiento de María**

El padecimiento de María se relaciona claramente con los problemas de su hijo, quien sufre de alcoholismo y quien también tiene dificultades para el control de la ira. En este caso, así como en el de Norvina, llama la atención lo involucrada que está la familia en la búsqueda de solución ante el padecimiento, pues sus hijas son quienes aconsejan a su madre sobre qué hacer con problema de Efraín. Esto hace evidente que el padecimiento de un miembro familiar no se afronta de manera individual, sino que involucra a distintos miembros del grupo, lo que hace que la experiencia se torne en una vivencia del orden del colectivo.

Este caso tiene similitud con las narrativas de Úrsula, Florencia y Norvina donde la familia evalúa la situación en conjunto y sugiere una acción o toma una decisión respecto a la persona de la que perciben un comportamiento errado de acuerdo con sus normas sociales. En la presente narrativa las hijas de María le recomiendan dejar de apoyar su hijo, como una medida de sanción con el objetivo de corregir el mal comportamiento de su hermano, pues notan que su madre ha sido muy laxa respecto a ello.

Esta abnegación que detectan también parece estar asociada a una cuestión de género, pues en su contexto la violencia de género constituye parte de la violencia cotidiana que ella concientiza al migrar a la ciudad.

Refiere que en Chahuatlán ella no recibió educación porque su rol social era fungir en las labores del hogar y de cuidado de los hijos, por lo que se consideraba que no era necesario que estudiara, y en este caso, el hombre si tenía más posibilidades de recibir una educación y dedicarse más tiempo a labores más pesadas como la milpa y la ganadería. Sobre la cuestión de género también se puede vislumbrar que aparentemente en el caso de esta familia, existe una menor exigencia hacia las problemáticas que los hombres puedan tener. Esto es especialmente puntualizado por las hijas, ya que son las más severas al sugerir que su hermano no aporta como ellas lo han hecho a la familia, y por ello recriminan esta “actitud benevolente” de María con él.

Esto, también puede estar ligado a una especie de competencia o envidia fraternal, pues ellas consideran injusto que él no batalle para conseguir casa o alimento a pesar de que su comportamiento daña a toda la familia, y en especial, a su madre, que es la persona que aparentemente está más involucrada en el padecimiento de su hijo. El padre pareciera estar ausente en este caso, pues María menciona que su esposo no le da *consejos* que le ayuden a ver qué es lo que se puede hacer en torno este padecimiento que afecta no sólo a Efraín, sino a toda la familia, demostrando una vez más la forma en la que los padecimientos son evaluados por medio de las relaciones interpersonales.

Otra situación a destacar corresponde a las formas de atención a las que María hace referencia. Para ella, la mejor opción para atenderse es la biomedicina, sin embargo, enfatiza que, de esta, elige sobretodo el modelo privado. A pesar de que tiene cobertura de salud en el IMSS, María no la considera como opción viable debido a que su subsistencia depende de la venta diaria de productos y la rapidez del servicio es un elemento clave en lo que ella evalúa como una “buena atención”. Ir al IMSS tendría que significar un día perdido por la falta de certeza en que le vaya a tocar su turno de atenderse y considera que no valdrá la pena, de acuerdo con sus experiencias previas donde los trámites burocráticos son bastante tardados.

Por otro lado, al momento de evaluar las opciones de atención para el padecimiento de su hijo, ella identifica como opción la terapia psicológica gracias a que ha recibido pláticas o talleres donde se toca el tema y sus posibles tratamientos. Esto nos habla de una

articulación de nuevos modelos de atención, que, en su caso, los ha adquirido al migrar e insertarse en la ciudad, mismos que forman parte de un nuevo acervo de conocimientos que adopta conforme los va aprendiendo de su entorno.

Esto abona al argumento de que las formas de atención no están exclusivamente relacionadas con una cosmovisión, sino que fluyen. Como ha sido documentado por Muñoz (2020) con su concepto de *nomadismo terapéutico*, la población es capaz de adoptar fácilmente otras formas de atención ajenas y aprendidas en un contexto nuevo que le hacen sentido ante ciertas situaciones que se presenten.

Sin embargo, es llamativo como este conflicto interpersonal se encuentra enmarcado en un contexto de precariedad. La familia no puede costear una terapia que es reconocida por la madre y demás miembros, como la forma de atención más acertada. Es así que recurren a la religión no por una preferencia o devoción, sino como una consecuencia de su situación precaria, como ha documentado Meza (2020) en el caso de la percepción de riesgos.

El caso expuesto plantea de manera clara en que la elección de formas de atención, no se incluyen exclusivamente en un ámbito racional, ni en oposición a una explicación culturalista como podría ser la cosmovisión. El contexto social constituye una matriz de significación, que incluye las experiencias y las valoraciones propias y ajenas, es decir, las formas de atención elegidas están determinadas por relaciones sociales. Dentro de estas, la dimensión emocional juega un papel fundamental, por lo que en la próxima sección se abundará en ella.

### **3.2.11 Padeciendo la incertidumbre y desconfianza: el caso de Martha†**

Martha fue una mujer que formaba parte del grupo de bordadoras de servilletas. Ella fue una de las primeras mujeres en asistir al grupo desde su formación y nunca faltaba a las sesiones de cada miércoles. Al conocer a Martha me dio la impresión de que era una mujer de carácter un tanto duro, era alegre y bromeaba con sus compañeras constantemente, pero a las personas externas nos miraba seria y con desconfianza, aunque también se asomaba en ella cierta curiosidad. Recuerdo que durante las entrevistas que tuve con sus compañeras en el contenedor/cubículo –el cual tenía una puerta

completamente transparente— en varias ocasiones y viendo de reojo, la encontraba parada afuera del mismo, asomándose directamente hacia adentro del cubículo donde llevaba a cabo las entrevistas.

Ella fue de las últimas mujeres que entrevisté, pues a pesar de su curiosidad, no se animó a platicar conmigo hasta el momento donde mencioné que ya iban a ser las últimas veces que las visitaría y entrevistaría.

Al entrar al cubículo se sentó con una postura relajada y seria. Mi impresión sobre ella era de que era alguien joven, activa y sana. Su reciente fallecimiento tomó por sorpresa a quienes llegamos a convivir con ella.

Martha era una mujer nahua, originaria de Chahuatlán, Veracruz que tenía 46 años y era ama de casa. De su familia, el primero en encontrar una mejor oportunidad fuera del rancho fue su esposo, ya que consiguió trabajo como maestro albañil en Tampico. Ella relataba que en Chahuatlán no había muchas oportunidades de crecimiento, pues una de las únicas opciones que tenían era trabajar en la milpa y el dinero no alcanzaba para cubrir los gastos familiares. Su esposo, al irse a trabajar a Tampico, mandaba dinero intermitentemente, por lo que su suegra<sup>9</sup> les sugirió que mejor buscaran trabajo en Monterrey ya que sabía que era mejor remunerado. Le hicieron caso y pronto ellos y sus dos hijos se asentaron en Juárez, hace 24 años. Martha consideraba que les fue bien, salieron adelante y estaba orgullosa de que dos de sus hijos estuvieran casados, pues ya le habían dado nietos.

Martha estaba preocupada por la salud de su esposo, pues desde hace 14 años le detectaron diabetes. Para ella fue inesperado, pues un día su esposo no se podía levantar de la cama ni podía moverse y fueron a consultarlo y le detectaron 400 mg de glucosa en la sangre y le dijeron que era diabetes. Ella atribuía la diabetes de su esposo al hecho de que un día antes de que se lo detectaran, había tomado mucho alcohol, por lo cual lo sitúa como el detonante, aunque también reconoce que en ocasiones no se cuidaba de su

---

<sup>9</sup> De acuerdo con Martha y con otras informantes, en Chahuatlán las suegras tienen un peso muy importante en la toma de decisiones de las parejas. Generalmente es la madre del hombre quien sugiere lo que la pareja debe hacer y en ocasiones, decide por ellos. Esto de igual forma está relacionado con los matrimonios arreglados por los padres.



alimentación al tomar coca y pan dulce, lo que ocasiona que le subiera el azúcar y se comenzara a sentir cansado, cuestión por la cual dejaba de ir a trabajar.

A pesar de que Martha relató que su esposo asiste a todas sus consultas periódicas en el centro de salud cercano a su domicilio, ella decía que no siempre contaban con los medicamentos que su esposo requiere, por lo cual tienen que comprar aquellas pastillas por fuera. Ella se preocupaba, porque esa medicina no era suficiente para controlar su azúcar, ya que los doctores le han dicho que necesitaba inyectarse insulina, sin embargo, el señor se niega a que lo inyecten porque no confía en las inyecciones y le da miedo que la insulina le haga más daño. Este pensamiento era compartido por Martha, pues mencionaba haber escuchado de parte de otras personas que las inyecciones, e incluso las pastillas, pueden hacer que las condiciones de salud empeoren:

“Pues por ahí escucho lo que algunos hablan [de lo dañino de las pastillas] como ahorita que acabábamos de terminar de hablar de esto, ahorita me acaba de decir mi comadre Juana, que su hermana también falleció con esta enfermedad [diabetes] y también es eso lo que le hizo daño, los medicamentos. Eso es lo que les dijeron, que fue lo que le hizo daño, porque tomaba puro de eso, y yo creo que sí es cierto, porque están muy amargas esas pastillas.”

Martha, 46 años

Es llamativo que, a pesar de contar con las pastillas, Martha mencionaba que no siempre se las daba a su esposo por el mismo miedo de que le hicieran más daño que bien, sin embargo, a la vez también se preocupaba porque no se quería inyectar la insulina, como una especie de dicotomía entre lo bueno-malo, lo sano o lo que enferma.

Pareciera dar un reconocimiento parcial a la eficacia de las pastillas, pero a la vez se las administraba con cautela como una medida de reducción de daño, por las percepciones negativas que tenía en relación a la medicina a partir de las experiencias de personas en las que confía.

Por estos motivos, otra de las acciones que realizaba y que consideraba como una mejor opción por ser más natural, era la de hacerle a su esposo licuados de nopal y moringa, pues también escuchó que eso controla la diabetes.

Al preguntar sobre otros padecimientos, Martha contó que, debido al trabajo pesado, otro padecimiento que su esposo había desarrollado fue una hernia de disco, ya que trabaja vendiendo elotes en un triciclo. Menciona que fueron al hospital civil y le hicieron

una radiografía en donde se lo detectaron y le recetaron medicamento, mismo que en ocasiones no se tomaba y le empezaban a dar los dolores insoportables.

Debido a estos padecimientos, Martha relataba que le preocupaba mucho la salud de su esposo, pues él era quien proveía y en dado caso de que él llegase a faltar, ella no sabría qué hacer, pues nunca en su vida trabajó y le sería muy difícil empezar de cero:

“Yo le digo: es que tú te tienes que cuidar si quieres estar todavía, o sea, pues... a mí me interesa que esté todavía, pues es mi compañero y no me gustaría que me dejara a mí sola con mis hijos, con los problemas... como estamos los dos pues nos apoyamos con los problemas de los hijos, y le digo: eso es lo que yo quiero, por eso quiero que te cuides, por eso yo no te dejo solo cuando te toca la cita, yo voy contigo, te estoy cuidando también porque... es que la verdad no quiero que partas de mi lado, le digo, pues si, tal vez vas a faltar algún día pero... ya cuando no se puede hacer nada, le digo, ahorita pues lo que quiero yo... tu eres mi apoyo, yo no trabajo, pues la verdad toda mi vida no he trabajado, no sé qué voy a hacer el día que tu faltes, tal vez de ahí si voy a trabajar, a ver qué [...]”

Martha, 46 años

La incertidumbre que los padecimientos de su esposo le dejaban a Martha, eran tantos que ella básicamente se dedicaba a procurarlo y era quien estaba pendiente de sus citas y medicamentos porque él parecía no hacerlo, además de no cuidarse lo suficiente en la alimentación. Como se puede ver en la narrativa pasada, no solamente era una incertidumbre relacionada a la situación del padecimiento, sino también estaba ligada a la supervivencia, pues él era el único sustento para ella tanto económico como emocional. A pesar de que no ahondó sobre los problemas de sus hijos, era evidente que tenerlo de compañero ayudaba a paliar las dificultades.

Martha habló poco sobre su propio padecimiento. Ella relató que en febrero de 2019, le hicieron una cirugía llamada *cono*, a partir de que fue al centro de salud cercano a realizarse un papanicolau, y le comunicaron que en sus resultados salió algo que preocupó a los doctores. A partir de ahí, programaron la cirugía para hacérsela en el Hospital Materno. Como ella estaba afiliada al Seguro Popular, cuenta que la cirugía fue gratuita y lo único que tuvo que pagar fue el traslado. Ella no sabía exactamente qué era lo que le habían hecho, lo único que recuerda que le dijeron fue que todo había salido bien y que se

lo habían detectado a tiempo, pues de haber avanzado, le hubiera dado cáncer. Martha tenía cita de seguimiento para diciembre del mismo año.

De su fallecimiento supe debido a que aún mantengo contacto con Viridiana, la encargada de la organización donde Martha se juntaba a bordar junto con otras mujeres nahuas. En mayo del año en curso pregunté cómo la estaban pasando con la contingencia de la epidemia Covid-19. Viridiana al contestar, me dio la triste noticia de que Martha había fallecido dos semanas atrás, y sin dar detalles respecto a la causa de su fallecimiento, únicamente mencionó que sus compañeras estaban consternadas y se habían organizado para colaborar con los gastos funerarios de su familia.

### **3.3.12 Análisis del padecimiento de Martha**

Martha tenía una clara sensación incertidumbre relacionada con los padecimientos de su esposo y detectaba que existía cierto riesgo de que cayera enfermo de gravedad. A pesar de que no ahondó mucho en su preocupación, tal vez por su naturaleza confusa, ésta es notoria al momento en que expresaba con sentimiento que no quería perderlo, pues eso significaría no tener sustento emocional ni económico.

En similitud al caso de Florencia, Martha también asumió el rol de cuidadora de su esposo, dejando de lado sus propios padecimientos, pues la detección de las lesiones que tenía en el cuello uterino no parecía ser de su preocupación, ya que no detectaba riesgo mayor en ello.

Como Waitzkin (1984) señala, la situación con los cuidados feminizados también se puede analizar bajo una lógica capitalista de producción: las mujeres están determinadas desde el discurso de lo “sano” a cuidar de los esposos enfermos, para garantizar su producción laboral dentro de un sistema económico. Es claro que esta interpretación puede ser altamente compatible con un impacto simbólico introyectado por una ciudad que da gran valor al trabajo, como es el caso de Monterrey y su zona metropolitana<sup>10</sup>, lo cual ejemplifica lo planteado por Waitzkin, donde el discurso biomédico regente está

---

<sup>10</sup> Lugar donde incluso, dos de los *slogans* que en campaña electoral fueron los responsables de disparar la popularidad de su actual gobernador Jaime Rodríguez Calderón, mejor conocido como “El Bronco”, hacen alusión a la fuerza laboral y adquisitiva: “a *jalar* que se ocupa” y “la raza paga, la raza manda”, reforzando ese imaginario colectivo de gran parte de la sociedad Nuevoleonesa aspiracional.

relacionado a la salud como sinónimo de la capacidad productiva de una persona: “la persona sana es aquella que produce”.

Más allá de la preocupación inicial de Martha, quien probablemente también recibiría sustento por parte de sus hijos quienes se encuentran en esa etapa productiva de la vida de la cual se habló en la introducción de este capítulo, es evidente que ella había adoptado también este discurso medicalizado que está relacionado a la fuerza laboral, pues ella misma señalaba que “no podía quedarse sin hacer nada” luego de haber sido sometida a la cirugía de conización.

Aquí es llamativo que, a pesar de que tenía ese “permiso” y mandato por parte de los médicos en torno al hecho de guardar reposo absoluto, ella decidió no seguir esas indicaciones y salir a hacer sus actividades diarias, pues comentaba que se aburría y se cansaba de estar acostada. Esto nos habla de que el impacto simbólico de la productividad puede llegar a permear más allá de los ámbitos médicos generadores de estos discursos, causando fuertes impactos en una familia que lleva bastantes años asentada en la ciudad.

Otro aspecto interesante es la dicotomía entre su posicionamiento ante la medicina alópata: por un lado, reconoce que su esposo debería tomarse las pastillas recetadas, o en su defecto, inyectarse insulina, pero por otro, parecía tratar de buscar un balance entre lo alópata y la medicina natural, sugerida y aprendida por otras personas de su misma comunidad. Estas formas de atención, como fue mencionado, corresponden a una reducción de riesgos que sería interesante analizar a profundidad en próximos estudios, pues forma parte de esta agencia entre el amalgama de significaciones y modelos explicativos tradicionales y biomédicos, sin que necesariamente estos se contrapongan o sean vistos como incompatibles por las personas indígenas, cuestión que la medicina alópata siempre ha intentado antagonizar.

En el caso de Martha, claramente podemos ver que las emociones estaban vertidas a la incertidumbre, a la falta de sentido respecto al padecimiento de su esposo. Como Taussig (1995) señala, cuando una persona acude a consulta médica, ésta espera que el personal de salud le dé una explicación a su padecimiento, es decir, quitarse la incertidumbre y poder seguir haciendo sus vidas o atender a tiempo el tratamiento correspondiente. En este caso, los médicos se encargaron de situar su padecimiento en

relación a la producción económica, dando paliativos para que ella pudiera continuar con su vida laboral y familiar, pero sin ahondar en qué se puede hacer para curarla por completo, haciendo que permanezca en ese estado de incertidumbre incluso con su mismo cuerpo.

Esta situación podemos observarla también desde la reproducción de la violencia cotidiana, ahora instaurada desde la relación médico-paciente al cosificar a Martha, quien corporizó su padecimiento en un dolor emocional al plantearse la pérdida de su esposo y ver formas de sobrellevarlo en caso de que sucediera.

En este caso, es notorio que los modelos explicativos de Martha fluctúan entre lo biomédico y popular. Por un lado, Martha acepta el modelo biomédico al llevar a su esposo a atenderse en la clínica y al darle las pastillas que le recetan, sin embargo estas acciones están siempre marcadas por la desconfianza, pues ella dudaba si esas pastillas *amargas* realmente le harán más beneficios que daño colateral al padecimiento de su esposo.

Esto anterior, lo podemos leer desde la dicotomía natural/procesado, pues Martha refería contrarrestar lo malo de las pastillas de su esposo con algo natural como lo eran los smoothies y moringa que le daba cuando decidía no darle las pastillas. Al hablar sobre esta combinación de formas de atención, podemos observar que Martha sitúa el tratamiento de su esposo en los conocimientos y experiencia que ella adquirió previamente en su acervo de conocimientos. Ella sigue las recomendaciones y experiencias de otras personas de la comunidad al utilizar los remedios naturales y al darle sentido a ese contrarresto del daño que pudieran estarle haciéndole las pastillas, que incluso también puede ser visto como un agente contaminante, y por ende, peligroso, como ha sido señalado por Douglas (1973) cuando habla sobre cómo los elementos ajenos al contexto y a las experiencias pueden ser percibidos como una amenaza. Martha cuestiona y ve de forma suspicaz lo recomendado por los médicos.

Por otro lado, es llamativo como Martha habla poco sobre su padecimiento propio. Al relatarlo, se encuentra algo confusa sobre el procedimiento que le realizaron debido a que ella sentía que no estaba segura de haber entendido del todo qué era lo que le hicieron y por qué. Esto nos habla de una erosión en el intercambio médico-paciente, ya que percibe que el personal médico no hizo lo suficiente por darle sentido o por ayudarla a comprender

qué era lo que estaba pasando con ella, y esto pudo haber hecho que la desconfianza aumentara.

En este caso, aunque no lo mencionara tal cual, es notorio que ella lo pudo haber vivido como una experiencia de violencia, donde su cuerpo estuvo a sometimiento de la opinión médica sin considerar del todo su voluntad, pues narró su intervención quirúrgica como algo obligado a realizarse debido a la gravedad de las lesiones que se le encontraron en el cérvix, aunque ella refirió no haber entendido del todo el porqué de la operación.

### **3.3 Los padecimientos emocionales: dolor, incertidumbre y pasmo**

#### **3.3.1 Introducción**

Este capítulo abundará en la dimensión emocional de los padecimientos relatados por las y los interlocutores. Estos padecimientos son necesarios de explicar a partir de la reconstrucción de las narrativas de los mismos, debido a la relación intrínseca que guardan con los significados, especialmente desde el lugar de origen, el proceso de migración y finalmente la inserción en el lugar de destino. Por esta razón, se torna necesario explicitar el papel del padecimiento colectivo migratorio como un hilo conductor de este entramado de significaciones.

#### **3.3.2 El papel del padecimiento colectivo migratorio como hilo conductor de los significados**

Como ya se ha mencionado en capítulos anteriores, identificamos que cuando una persona se ve en la necesidad de migrar ya sea sola o con miembros de su familia o comunidad, lo hace a partir de la percepción de que, si permanece en dicho lugar, esto supondría vivir en un contexto que amenaza constantemente su subsistencia o debido a la dificultad de obtener alimentación suficiente, sustento económico, vivienda digna, atención a la salud, escolaridad y oportunidades de crecimiento o mejoras por mencionar las principales.

Este entramado de condiciones de subsistencia que se ven mermadas al residir en un lugar golpeado por una violencia cotidiana que dificulta el desarrollo de la vida, lleva a las personas indígenas a emprender una migración de cierto modo forzada, y ahí es donde

comienza un primer padecimiento, debido a los obstáculos para subsistir en sus lugares de origen. En este capítulo se retoma este conjunto de experiencias, como padecimiento por el hecho de que las y los interlocutores, en su mayoría, viven con profunda indignación e impotencia tener que dejar sus lugares de origen. Es habitual que muchos hablen con nostalgia de todos los elementos que disfrutaban en aquellos lugares: las celebraciones patronales, la comida, la naturaleza, la familia y diversas prácticas socioculturales.

El hecho de migrar a una ciudad en búsqueda de subsistencia, en muchas ocasiones implica dejar de lado o desconectarse de aquellos elementos positivos del lugar de origen, así como también implica dejar atrás a familiares entrañables que por decisión propia o por otras condiciones, no quieren o no pueden dejar sus pueblos. En su mayoría —como es el caso de muchos de los interlocutores de esta tesis— quienes emprenden la migración lo hacen en un momento de su vida que coloquialmente se le conoce como “etapa productiva”, lo que equivale a personas jóvenes de entre 15 y 45 años. Aquellas personas mayores como por ejemplo los padres, madres, tíos, abuelos, son quienes se quedan en los lugares de origen, y reciben remesas de sus hijos o familiares jóvenes que migran a la ciudad. Posteriormente, una vez asentados los hijos en el lugar de destino, éstos ven la posibilidad de traer a vivir al nuevo lugar de asentamiento a aquellos familiares mayores, ya sea porque necesitan de cuidados especiales debido a alguna enfermedad o por otras razones relacionadas a la distancia o a las carencias estructurales del lugar de origen.

Estas cuestiones relacionadas a la falta de infraestructura, empleos y oportunidades en dichos lugares hacen que las personas que migran reflexionen sobre sus deseos de vivir en sus lugares de origen con las mismas oportunidades que se dan en la ciudad. Es común escuchar narrativas como la siguiente:

“Yo tengo el deseo de regresar a mi comunidad y mejorarla, de traer jóvenes que se formen en la ciudad, por ejemplo, como maestros o doctores y luego llevarlos de vuelta a la comunidad para ver la manera de hacerla crecer, pues de tener las oportunidades que hay aquí [en la ciudad], sin duda muchos preferiríamos quedarnos allá porque es un lugar muy agradable y en donde nos sentimos cómodos y bien, pero lamentablemente es imposible estar ahí porque es un lugar donde no hay mucho que hacer más que dedicarse a la milpa, a la ganadería, a las artesanías, no hay escuelas, hospitales ni mayores cosas que te permitan estar mejor. Es muy difícil y es triste estar viviendo con esas carencias.”

Ramiro, 30 años. Extracto de una plática informal.

Otras personas ven la migración como algo deseable, positivo, pues ven a la ciudad simbólicamente como un mundo nuevo donde hay elementos llamativos y diferentes al alcance, sin embargo aquellas realidades relacionadas a la discriminación por fenotipo, a la falta de empleos en sectores formales, a dificultades iniciales por no poder hablar el español, entre otros elementos con los que se topan en el proceso de inserción, forman parte de una segunda etapa del padecimiento colectivo migratorio que continúa sumando condiciones de vida complicadas aún en los lugares de destino.

Además de esto, el proceso del padecimiento colectivo migratorio también puede ser observado al momento de analizar las significaciones que las personas dan a sus enfermedades o condiciones de salud, pues la vida en el lugar de origen, el trayecto a una nueva ciudad y la inserción dentro de la misma, van moldeando nuevas formas de entender los padecimientos propios: las personas van creando nuevas significaciones y modelos explicativos que permiten dar sentido a sus afecciones, justo como se ejemplificará aquí en estos casos relacionados a los padecimientos emocionales. En este caso, tal y como lo plantean Scheper-Hugues y Lock (1989), las emociones permiten articular la experiencia vivida, con el contexto socio político en el que dicha vivencia se desenvuelve.

Las personas indígenas parten de un acervo de conocimientos de padecimientos previo, que generan a partir de la socialización primaria y secundaria en sus lugares de origen, y al momento de migrar y estar en contacto con un nuevo contexto, van adoptando nuevas formas de entendimiento de aquellos padecimientos previos, por ejemplo, nombran vivencias dolorosas que sufrieron en el pasado como es el caso de la violencia de género, o adoptan nuevos términos y explicaciones biomédicas que aprenden a partir de la interacción con el sistema médico de mayor presencia en la ciudad, esto por supuesto ha sido planteado previamente por Menéndez (2009) y por Eroza (2016). Un señalamiento importante es en torno a que estas categorías previas y nuevas de los padecimientos en ocasiones se amalgaman o combinan, pues a pesar de que identifican nuevos conceptos, en su vida cotidiana van también acoplando conocimientos previos: un ejemplo claro es en el caso del padecimiento del esposo de Martha, quien a pesar de que denomina su padecimiento como diabetes y utiliza los medicamentos indicados, su modelo explicativo o forma en la que identifica el inicio del padecimiento, corresponde a una causa externa a la



biomedicina, pues ella pensaba que la diabetes de su esposo se dio a raíz de su alcoholismo. Otros interlocutores, explican el inicio de la diabetes a consecuencia del susto. Asimismo, Martha mencionaba adoptar medidas preventivas o de reducción de daño como por ejemplo no llevar el tratamiento riguroso de las pastillas. Ella se las daba a su esposo por un tiempo y luego dejaba de dárselas debido a que pensaba que éstas a la larga hacen daño al organismo, ya que supo del caso de una vecina suya también indígena que falleció a raíz de todos los medicamentos que tomaba, y en vez de ello prefería hacerle licuados de nopal y moringa para contrarrestar el azúcar en la sangre.

Otra resignificación importante es en torno a sus experiencias en la ciudad: vivieron en carne propia el autoritarismo policiaco y la violencia ante las personas indígenas a través de un análisis de perfil racial, lo cual provocó en el caso de Ramiro y Rosario fuertes padecimientos que ellos explican desde su *background* o acervo de conocimientos primario: llaman *pasmo* al miedo e inseguridad que sintieron al ver acciones violentas ejercidas contra ellos mismos o sus familiares o personas externas al tener sus primeras visitas a las tres urbes más importantes de México: Guadalajara, Monterrey y Ciudad de México. En estos casos, resulta muy claro la manera en que el contexto, materializado en la violencia cotidiana, se inserta como estructura de significación.

Estas adecuaciones son un constante ir y venir entre las experiencias previas del lugar de origen y las experiencias nuevas en la ciudad. Éstas no se contraponen entre sí, más bien son parte de complementaciones que les hacen sentido en estos nuevos contextos de vida y forman parte de su agencia.

### 3.3.3 El padecimiento de Florencia: dolor emocional, pérdidas y parálisis

Florencia fue la primera mujer a la que entrevisté en el grupo de bordadoras nahuas. De ella se me platicó desde el primer acercamiento con la institución, pues su situación es percibida tanto por ella como por sus personas allegadas como una persona que requiere atención urgente por ciertas características fuertes que ella presenta en sus padecimientos.

Durante mi primera visita al grupo de bordado, se presentó conmigo y aunque se notaba triste y cabizbaja, ella estaba atenta a la plática, misma donde me presenté como psicóloga graduada y estudiante de antropología que buscaba aprender sobre sus experiencias en relación con la salud y padecimientos en Nuevo León. Les pregunté si habían tenido alguna experiencia que desearían platicar y casi inmediatamente después habló Hilda. Ella es una mujer nahua que trabaja en la organización y funge como una especie de traductora cuando se requiere –quien a su vez es muy cercana a Florencia y a su padecimiento–. Hilda me comentó que Florencia tiene un problema muy fuerte debido a que inesperadamente le dan episodios donde se queda “pasmada”, no reacciona, cierra los ojos y comienza a balancearse de atrás hacia adelante. Florencia interviene y dice que le pasa cuando percibe que alguien le habla fuerte, cuando percibe que alguien se dirige a ella estando enojado, o cuando siente que la regañan. Comenta que a pesar de que ya está tomando medicamento que le recetó la psiquiatra del centro de salud y ha visto que su padecimiento ha disminuido, de vez en cuando le sigue sucediendo y se nota agobiada por no saber exactamente qué es lo que pasa, sólo refiere tener un dolor muy grande “guardado” en el pecho. Ante esto, Hilda interrumpe y dice: “Florencia, lo que pasa es que tienes un estrés muy grande, te han pasado muchas cosas y no sacas todo eso que te afecta”.

Después de preguntarles si alguna me pudiera dar una entrevista, Florencia levantó la mano y quiso que la entrevistara en ese momento. Pregunté a la encargada del lugar si había disponible un espacio privado para realizar la entrevista y me dijo que sí. Me dirigí a un cubículo. El espacio era una especie de contenedor de acero acondicionado como un cuarto pequeño: en él se encontraba una mesa plegable que fungía como escritorio, varias sillas, un mueble para computadora, algunas telas y artículos de oficina. Ese cubículo estaba climatizado ya que después se me comentó que generalmente se utilizaba como un

espacio para brindar terapia psicológica a padres de niños y niñas con algún problema emocional detectado en la escuela<sup>11</sup>.

Aunque de inicio, el haberme presentado como psicóloga graduada no lo pensé como un obstáculo, pues es parte de mi identidad, poco después me di cuenta de que el hecho de haberlo mencionado creó cierta expectativa de que fuera a guiarles en torno a los padecimientos de índole emocional que muchas de ellas presentaban. Al darme cuenta de esto último, decidí aclarar al inicio de cada entrevista que las pláticas no serían analizadas por mí desde una perspectiva psicoterapéutica o como una sesión de consulta debido a que estoy realizando una maestría y me encuentro fuera de práctica clínica desde hace años, cuestión que, de inicio, éticamente no me permite ofrecer consultas. Crear estos límites ayudó a que las entrevistas no se convirtieran en una suerte de sesión de terapia psicoanalítica, aunque durante las mismas, ellas manifestaban el deseo de acudir a terapia, para lo cual decidí hablar con una colega nahua que recientemente se graduó de psicología para ver si podía canalizarlas con ella a las señoras que deseaban atenderse. Ella accedió y fue a una de las reuniones de bordado donde agendó sesiones de terapia psicológica con casi todas las mujeres, a excepción de una señora que decidió no tomar terapia.

De regreso al relato de la entrevista con Florencia, íbamos de camino al cubículo cuando Hilda nos acompañó y aunque se quedó en toda la entrevista con el propósito de traducir lo que Florencia comentase, en dado caso de que ella no pudiera explicarse en español, la conversación estuvo en su mayor parte dirigida por Florencia. Esta optó por relatar ella misma lo que le ocurre, pese a varios ofrecimientos de Hilda de intervenir en algunos momentos donde identificaba que le costaba expresarse.

A continuación, se reconstruirá la narrativa de su padecimiento, que, de acuerdo con sus propias interpretaciones, está relacionada a la experiencia de acompañar otros infortunios ajenos: de su esposo, madre y padre, así como a la pérdida de los últimos dos y a la falta de comprensión y violencia cotidiana que ha vivido por parte de su esposo.

---

<sup>11</sup> Esto es así debido a que ese lugar funge como un espacio extracurricular, en donde familias indígenas y no indígenas que residen en la colonia o en colonias aledañas, van a solicitar becas, apoyo escolar y ayuda en general relacionada con lo educativo.

### 3.3.4 La narrativa de Florencia

Al entrar al cubículo Florencia e Hilda se sientan lado a lado. Yo me posiciono enfrente de Florencia y comienzo a explicar el objetivo de la plática que es en torno a sus experiencias de enfermedades que haya tenido ella o su familia y también le cuento más sobre mí para crear un ambiente de mayor confianza. Comienzo comentando que tengo 25 años y que me gradué de psicología en el 2016, pero que hace poco más de dos años me incliné más hacia la investigación social, lo cual me llevó a querer estudiar la maestría en antropología social. Les comento que durante mis prácticas en la clínica de mi escuela y en ambientes laborales, comencé a observar dinámicas injustas ante personas indígenas que llegaban a solicitar servicios de salud, cuestión que me pareció importante a documentar, pues considero que son situaciones que no deberían ocurrir. Finalmente comento que más que una entrevista, me gustaría que lo pensarán como una plática y que se sintieran libres de contestar o no cualquier pregunta que les llegase a realizar.

Florencia me escucha mientras está sentada con sus pantorrillas cruzadas. Tiene un semblante de preocupación en su rostro y mantiene sus manos inquietas en su regazo. Ella se encuentra mirando hacia la mesa mientras me escucha asintiendo.

La primera impresión que tuve de ella fue que se notaba consternada y un poco nerviosa. También noté cierta desconfianza, pues era la primera vez que nos conocíamos, aunque pienso que la presencia de Hilda ayudó a tranquilizar un poco los nervios y aquella desconfianza, haciendo que la conversación fluyera.

Florencia terminó hablando de todo lo que sentía, lloró, se compuso y al final mencionó que la escucha, las palabras de Hilda y su reiterado apoyo, le hicieron sentir mejor. Casi al desenlace de la entrevista ya se le notaba de mejor ánimo, pues hasta bromeamos y nos reímos las tres de algunas anécdotas que ellas encontraban chistosas de su relación con brujos y chamanes. Crear ese ambiente de escucha activa y de empatía ante una situación complicada, dolorosa y reciente, considero que fue fundamental para el desarrollo de esta entrevista.

Florencia es una mujer nahua de 32 años y es originaria de Chahuatlán, Veracruz. Llegó a Monterrey hace aproximadamente 6 años, a partir de que su esposo presentó un fuerte sangrado de encías que en cuestión de días se fue agravando, pues llegó a debilitarse

y Florencia lo comenzaba a notar pálido y muy delgado. Florencia relata que primero intentaron remediar su situación en Chahuatlán con cuatro brujos sin éxito alguno. El último, como parte del procedimiento de curación, le encargó que le consiguiera una especie de vino o alcohol y dos kilos de huevos para comenzar a tratar el padecimiento de su esposo. A pesar de aquellos esfuerzos, el malestar no cesó, sino que empeoró, pues el sangrado fue incrementando y ella se sintió estafada y desesperada porque ninguno de los dos estaba ya durmiendo por la preocupación. Florencia, al ver que nadie los estaba apoyando y la condición de su esposo empeoraba, tomó la decisión de llevarlo a Tampico donde reside su cuñada, quien los recibió para trasladar a su hermano al hospital. Llegando ahí, los doctores le dijeron que su enfermedad no podían atenderla y los canalizaron al Hospital Metropolitano<sup>12</sup> de Monterrey, por lo que se trasladaron con la ayuda del cuñado de Florencia quien los llevó en su coche. Llegando al Hospital Metropolitano, los doctores le indicaron que tenía que realizarse varios estudios, de los cuales resultó que tenía leucemia y posterior al diagnóstico, lo refirieron al Hospital Universitario<sup>13</sup>, donde estuvo dos meses en tratamiento hasta que se curó. Ahí, el doctor que les atendió le dijo que su esposo estaba tan grave que, de no haberlo llevado, hubiera estado a dos días de morir.

Nueve meses después de la recuperación de su esposo, y ya asentados en Juárez, la mamá de Florencia la visitó y le trajo a sus dos niñas que no había visto en todo este tiempo que se dedicó a cuidar de su esposo. Ella menciona que por fin estaba contenta, pues estaba su familia completa, sin embargo, al poco tiempo su mamá enfermó, se empezó a dañar su ojo y la llevaron al Hospital Universitario donde le detectaron un tumor, y sin darle mayores explicaciones, únicamente le recetaron gotas:

“Florencia: ellos decían que tenía tumor, pero no me dijeron si se iba a curar o no, nomás le recetaban gotitas para el ojo y ella se seguía desmayando. Luego le quitaron el ojo, dijeron que ahí le iban a hacer más estudios para ver si la volvían a operar o no, pero no. No le hallaron.

---

<sup>12</sup> El Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda” es un hospital público ubicado aproximadamente a 10 km del centro de Monterrey. Este hospital de segundo nivel, ofrece entre sus servicios traumatología, pediatría, ginecología, laboratorios, rayos X, cirugía general y atiende a personas afiliadas al hoy extinto [Seguro Popular](#). Es uno de los más concurridos debido a los programas de atención gratuita que ofrecen bajo convenios que realizan con empresas o instituciones de educación privada como [TecSalud](#).

<sup>13</sup> El Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, previamente conocido como Hospital Civil, es el único hospital del noreste del país que atiende a personas sin cobertura social. De acuerdo con su [sitio de internet](#), dispone de 500 camas de internamiento, 50 para cuidados intensivos e intermedios de pediatría y 20 para cuidados intensivos de adultos. Es el hospital afiliado a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Yo: ¿No le encontraron qué tenía exactamente?

Florencia: no, no me dijeron si ya se iba a operar o no, así la dejaron. Nomás le daban cita cada mes hasta que se volvió a sangrar y luego... le hallaron otra vez y le hallaron una úlcera en el estómago. Y ahí en el Hospital Civil se me desmayaba en el baño y yo gritándoles [para] que me ayudaran los enfermeros y no me hacían caso.

Estaba toda sangrada mi mamá, toda sangrada del vestido y pues yo tenía miedo a la sangre, yo pensé que ya se... ya va a fallecer y no me hacían caso. Yo estaba en el baño con ella y pues yo ahí nomás estaba. Duró como media hora, una hora, que me fueron a ver para ayudarme. Igual con los doctores, si quieres saber algo, ahí [tienes que estar] persiguiendo a los doctores y... hasta cuando ellos quieren te atienden, cuando ellos quieren. Y pues también falleció mi mamá.”

Florencia, 32 años.

Dos años después del fallecimiento de su madre, su papá comenzó a enfermar. Comenzó hinchándose de los pies, después se hinchó de la cara y al final Florencia lo recuerda hinchado de todo el cuerpo. Volvió a llevarlo al Hospital Universitario y en esta ocasión ella dice que ya se sentía más preparada, ella misma llevaba su libreta y pedía que le anotaran lo que tenía y qué necesitaba, sin embargo, su padre no se pudo salvar, ya era tarde, le detectaron un tumor en el corazón y al poco tiempo falleció.

De estos relatos, Florencia destaca que sentía una desesperación muy grande al no poder entenderle a los doctores, quienes además de que se portaban muy herméticos en cuanto a los diagnósticos, no tenían paciencia para explicarle cuales eran los siguientes pasos para los tratamientos. Como Florencia no entendía muy bien el español y tampoco sabe escribirlo, dependía totalmente de la buena voluntad de alguna persona desconocida que estuviera alrededor y que estuviera dispuesta a quedarse con ella para ayudarle a anotar y explicarle los pasos a seguir, los diagnósticos, entre otras cosas importantes como los medicamentos y cuidados que se requirieran al salir del hospital, para después ir a alguna asociación civil buscando quien le tradujera al náhuatl lo escrito. En este caso, a quien encontró fue a Hilda en la organización donde se juntan mujeres del mismo lugar de origen a bordar y platicar y formaron un vínculo de apoyo, especialmente porque platicando se dieron cuenta que Hilda conocía a algunos familiares de Florencia y desde entonces es quien la ha acompañado en su padecimiento, a sus consultas y quien está pendiente de ella. Hilda ha fungido como su guía ante lo nuevo y desconocido de la ciudad, así como también ha sido su red de apoyo constante.

Todas estas experiencias Florencia las relata sollozando, pero al hablar de su padre es cuando se hace presente su mayor dolor. Ella comenta que sus papás en realidad son sus *padrinos*, ya que su madre biológica falleció cuando ella era muy pequeña y estuvo en tres

casas distintas antes de que sus padres la adoptaran y criaran, aunque reconoce que nunca se sintió totalmente aceptada o querida por ellos, pues especialmente su madre le recriminaba mucho el “*haberla recogido*” y le decía palabras muy hirientes. Por otro lado, su padre, aunque refiere que nunca “*le compró nada*” ni le dio estudios porque no quería gastar su dinero en eso, ella no recuerda que la haya tratado mal. Por esa razón le tuvo mayor cariño, pues era la única figura parental que no la violentaba. Su muerte le duele mucho, especialmente porque siente una especie de culpa al no haberle dicho que lo quería antes de que falleciera, y también debido a que su esposo, a pesar de que sabía que él estaba enfermo del corazón, le decía que no quería que le diera de comer porque no aportaba en la casa, cuestión que comenzó a dolerle mucho a Florencia, pues no sintió apoyo por parte de su esposo:

“A veces lo quiero querer a mi esposo y a veces lo quiero odiar porque... porque a veces mi papá llegaba tarde porque él vendía y me decía [mi esposo] que no le diera de comer, que ya es tarde, que tiene sueño, porque mi esposo también trabaja. y en toda la noche él no me hablaba, luego amanecía y yo haga de cuenta que hacía [como que] no pasaba nada porque ya sabía que estaba malo del corazón mi papá. Yo me aguantaba por mi papá. Yo no hacía problemas en ese momento, no pasaba nada. Luego me decía mi papá "¿está enojado mi yerno? ni siquiera me habla" a mí me decía mi papá, [yo le contestaba] "no, pá, así es él". Yo no quería que supiera que si estaba enojado mi esposo. Entonces yo no... yo no sé cómo lo voy a perdonar a él, porque yo lo quiero querer, pero me duele lo que me hizo, pero no sé cómo voy a hacer para ser feliz yo misma. Porque a veces me dan ganas de dejarlo o yo le reclamo, por tu culpa... Yo siempre le daba de comer a mi papá, aunque fuera de noche, pero él se enojaba. Él se enojaba, porque la verdad es que mi papá no compraba cosas para la casa, entonces me decía “nomás dale tortilla” y ahora que ya falleció pues le reclamo porque no me apoyó cuando más lo necesitaba. [...] Entonces yo todo eso me lo aguantaba en mi corazón y en mi cabeza. No lloraba y no hacía corajes porque yo sabía que mi papá estaba enfermo, yo le decía "comes, pá, pero no hagas ruido, y ya te acuestas", eso le decía.”

Florencia, 42 años

Estas situaciones fueron agravando el padecimiento de Florencia. Ella identifica el detonante de sus episodios de desmayo a partir de diferentes maltratos que ha vivido por parte de su pareja, en especial a lo acontecido con su padre. Ella menciona que un detonante para los *desmayos* es cuando siente que alguien le va a gritar o cuando presencia una discusión, sin embargo, también lo relaciona con el hecho de recordar situaciones dolorosas como el fallecimiento de sus padres. A pesar de identificar la violencia, ella no quiere dejar a su esposo, pues tiene miedo de que le quite a sus hijas. Por otro lado, también considera que su esposo ha cambiado, pues sus maltratos hacia ella han disminuido a partir de que él sabe de su padecimiento y del riesgo que tiene de que le dé una parálisis en la mitad de su cara. Para esto, Hilda ha fungido como una especie de mediadora entre ellos, tratando de que él escuche y tome consciencia de lo que ha

ocasionado en Florencia. De acuerdo con ella, él, a pesar de ser machista, es consciente, no toma y se le ve capacidad de comprensión y de cambio y la ha apoyado económicamente en otras ocasiones. Por ejemplo, al regresar a enterrar a su padre a su lugar de origen, ya que él había expresado ese deseo antes de fallecer. De cierto modo, Hilda también funge como una figura materna y de autoridad ante Florencia, pues le aconseja en torno a su relación, especialmente le ha hecho ver que su esposo no es tan malo como otros hombres, por las cuestiones de que no toma alcohol como otros y que además ha cambiado sus actitudes poco a poco.

Al finalizar la entrevista, Hilda comenta que tenía miedo de que Florencia se fuera a desmayar en cualquier momento, ya que siempre le sucede al hablar sobre su dolor y estaba sorprendida de que en esta ocasión no pasara, además le llamó la atención de que en esta ocasión ella pudo llorar, pues justo es algo que Florencia reprime y lo consideran como otro detonante de sus desmayos.

### **3.3.5 Análisis del padecimiento de Florencia**

En este caso se observan varias situaciones: en un primer momento, resulta evidente que al no tener acceso a la salud de segundo o tercer nivel que les permita atender padecimientos que requieran hospitalización, personas como Florencia y su familia se ven forzadas a abandonar sus lugares de origen para trasladarse a una cabecera más grande, o en este caso, a una ciudad relativamente “cercana” como Tampico —que queda a seis horas en automóvil— donde tengan un lugar para llegar con algún familiar o conocido y acceder a una atención más especializada. Estas redes de apoyo una vez más, se muestran indudablemente necesarias para la atención a la salud en contextos críticos, aunque en este caso, se hace énfasis en que inicialmente Florencia no tuvo apoyo por parte de su familia y básicamente se fue a Tampico sin avisar a nadie, ya que sintió que no le quedaba de otra, pues su esposo se encontraba muy grave.

Esto anterior, sirve como ejemplo para comprender una primera fase del *padecimiento colectivo migratorio*, pues éste inicia desde la detección de la necesidad de salir del lugar de origen debido a la falta de oportunidades, o en este caso, de



infraestructura médica que permitiera la atención digna a la salud. De nueva cuenta, es evidente la forma en que la violencia cotidiana opera en la experiencia del padecer.

Por otro lado, el sentimiento de ser ignorada, incomprendida, no sólo por parte de los médicos, sino también por su esposo, de quien percibió una fuerte indiferencia ante la enfermedad de su padre –lo cual fue parte importante para la configuración de su padecimiento. En un inicio llegó a metaforizar con la sensación de “sentir la cabeza grande” haciendo alusión a estar llena de problemas, probablemente hace referencia a las situaciones que la rebasaban de diversas maneras, pues al final, ella sola fue quien asumió los cuidados de todos.

Esa *pesadez* incide en la reproducción y *habitus* del cuidado como ha sido planteado antes por Durin (2017) en donde es común ver este tipo de acciones como feminizadas, pues las tareas relacionadas a lo doméstico recaen exclusivamente en las mujeres que incluso se espera socialmente que asuman esos roles domésticos para que el marido pueda ir a trabajar, y además deben “aguantar” lo que les tocó, pues es por el bien en común de la subsistencia de la familia. En este caso, es claro que Florencia dejó el cuidado de sí misma hasta el final. Debido a las condiciones sociales y extraordinarias con relación a los problemas de salud de su familia, ella tuvo que reprimir lo que sentía y lo que había estado cargando emocionalmente por años para poder dedicarse a la atención de momentos críticos donde no era conveniente dejar salir todo lo que sentía. Hasta que todo acabó, llegó un punto en donde todos los problemas se corporizaron, como indicio de que ahora ella es quien necesita atenderse. No es casualidad que sus síntomas se hayan dado a partir de que ya no había nadie más por cuidar, ni si quiera a sus hijas, pues ahora ellas son las que la procuran y se dividen las tareas del hogar para evitar que Florencia haga esfuerzos de más, pues saben que eso pudiera detonarle sus desmayos o parálisis.

Por otro lado, en su narrativa se percibe una fuerte indignación ante la violencia institucional que vivió, en este caso aquella relacionada a la atención médica, donde a pesar de ver como algo positivo el hecho de poder acceder a la atención de padecimientos fuertes en Nuevo León. Ella percibía que constantemente los médicos no estaban haciendo lo suficiente por hacerle saber a detalle cuál era el diagnóstico exacto de sus familiares, así como también percibía que no le daban el tratamiento o indicaciones suficientemente

claras como ocurrió en caso de su madre, quien recaía constantemente. Se hacía evidente la necesidad urgente de una cirugía o de algún tratamiento más certero, no únicamente gotas para los ojos. Esto podría ser debido a la condición étnica y a la percepción de los médicos en torno a la solvencia económica y a la capacidad o no de pagar servicios mayores como cirugías u otros tratamientos costosos, sin embargo, esto también puede deberse a una fuerte cosificación que los médicos hacen ante los padecimientos de sus pacientes. Como Taussig (1992) señala, las personas estamos constituidas por un *cuerpo biológico* y un *cuerpo social*, y los médicos suelen dirigir sus intervenciones únicamente al apartado biológico, dejando de lado el cuerpo social que está ligado a la *psique*, es decir, a todas aquellas cuestiones del lado emocional y humano del paciente en relación con su enfermedad (pp.4-9). Del mismo modo, Good (1994) apunta que esta objetivación forma parte del proceso formativo de los médicos, quienes están insertos en un mundo social donde para figurar tienen que utilizar tecnicismos y ver el cuerpo como un aparato separado de lo humano, total y exclusivamente biológico. De acuerdo con el mundo médico, esto les permitiría poder *salvar a las personas*, en un sentido soteriológico. Cualquier *drama social* o situación que haga recordar la humanidad y la dolencia individual del paciente, queda registrado por ellos en categorías patológicas y médicas, ignorando toda una realidad relacionada a la *psique* o cuerpo social.

A pesar de señalar la objetivación intrínseca de la relación médico-paciente, Taussig reconoce que, en escasas ocasiones, se pueden presentar contradicciones del personal médico en donde se proponen enfoques nuevos que conjugan ambos cuerpos –el biológico y social– en la práctica institucional. Como se puede observar en el caso de Florencia, ese fue el tipo de atención que ella esperaba recibir por parte de los médicos, fue la expectativa que ellos no pudieron cumplir al no detectar la afectación que la desatención violenta abonó a su dolor previo. Estas situaciones son muy comunes en las narrativas de las primeras experiencias de las personas indígenas siendo atendidas por personal biomédico, y hablan claramente de un lugar de vulnerabilidad y desventaja en donde se encuentran insertos, pues perciben este tipo de situaciones como escenarios autoritarios y de poder, donde existe una expectativa de sumisión por parte del paciente ante el saber médico. Esto puede ser visto desde el marco subjetivo del cuerpo consciente, concepto acuñado por Scheper-Hughes y Lock (1987) al hablar que la perspectiva biomédica separa las emociones con los padecimientos físicos y con ello suele invisibilizar otras visiones

culturales relacionadas al cuerpo y a los padecimientos. Esto se ejemplifica bien en el caso de Florencia donde los síntomas corporales están íntimamente ligados con los emocionales.

En este caso, particularmente Florencia da explicación a su padecimiento desde una percepción de suprimir sus emociones cuando menciona que “se tuvo que guardar todo”, haciendo referencia a la incapacidad de procesar o de hablar lo que estaba sintiendo ante las experiencias dolorosas que le tocó vivir con su familia enferma. Esta explicación es compartida por Hilda, aunque también es una expresión comúnmente utilizada en el contexto de Nuevo León, especialmente en contextos de violencia cotidiana. En el caso de Florencia, ella estaba inserta en una situación que requería acciones rápidas para la subsistencia de una persona o miembro de la familia que se encontraba en una situación desfavorecida. Es una especie de resiliencia, que, aunque no se lea así por la persona afectada en el momento, es en tiempos posteriores cuando se detecta y corporiza el duelo o la emoción contenida.

Esto último ha sido articulado por Sontag (1978) al hablar sobre la metaforización de los padecimientos en la búsqueda de significado de sus síntomas. Florencia e Hilda le dan ese sentido metafórico de “sentir la cabeza grande” o cuando hablan de la presión en el pecho por las emociones contenidas.

### **3.3.6 El pasmo y el miedo como padecimientos al migrar a la ciudad: el caso de Ramiro y Rosario**

La primera vez que conocí a Ramiro y a Rosario fue durante la realización de un taller de reforzamiento de relaciones comunitarias ofrecido por Zihuame Mochilla en la localidad La Esperanza, ubicada dentro de la colonia Héctor Caballero en Juárez, Nuevo León.

Los talleres se realizan afuera de sus casas: es un terreno largo lleno de árboles, maleza y animales como perros, pollos, gallinas y guajolotes. Ramiro es uno de los participantes más activos del taller. Él es un hombre joven, de actitud amable pero siempre firme ante cualquier cuestión donde se requiera cierto carácter. Su forma de ser, aunque no lo diga explícitamente, se nota que ha sido resultado de situaciones complicadas que le ha tocado vivir. Quien sí lo explicita nítidamente es Rosario, pareja de Ramiro:

“Nosotros hemos aprendido a no dejarnos a partir de las experiencias tan fuertes que hemos vivido. Cada que viene una organización como la CFE (Comisión Federal de Electricidad) por ejemplo, no les tomamos como cierto todo lo que nos digan... Cuestionamos porque ahora sabemos que no nos pueden romper nuestros derechos sin tener argumentos de por medio. Por eso ahorita les pedimos a los señores que vinieron que nos firmaran una minuta y que nos dejaran sus nombres y celulares, porque en dado caso de que algo pase y nos desalojen, esa hoja va a ser la prueba o la evidencia de lo que se habló y de los acuerdos a los que se llegó en la visita. Si nos miran feo, la verdad ya es lo que menos importa, nosotros tenemos que aprender a defendernos.”

Rosario, 25 años, extracto del diario de campo donde habla en el taller sobre las acciones que tomaron ante la llegada de la CFE debido a que están ubicados en un terreno que le pertenece a la institución por encontrarse encima de unos cables de alta tensión.

Rosario es una mujer de carácter robusto cuando se requiere, y en su día a día, es notorio que es una persona sumamente amable con la iniciativa de apoyar a las personas que la rodean. La impresión que tengo sobre ambos es de que son personas con gran liderazgo: ambos dirigen, analizan situaciones de infortunio y buscan soluciones a las problemáticas que se lleguen a presentar. Tienen un gran sentido de colectividad y responsabilidad para su comunidad. Esta imagen actual es muy distante a lo que fueron hace tiempo, tal como será relatado en los próximos párrafos al hablar sobre sus primeras experiencias en tres de las urbes más importantes de México: Guadalajara, Monterrey y Ciudad de México.

Ramiro y Rosario son mixtecos originarios de San Andrés Montaña, Oaxaca. Ramiro, de 30 años decidió migrar a Guadalajara para hacer la prepa y buscar oportunidad de asentarse. Esto fue una decisión que resintió mucho al momento de estar allá, pues se topó con que los contenidos escolares estaban demasiado avanzados para lo que él conocía, además de que sufrió discriminación por ser indígena y hasta agresiones físicas y verbales por parte de un policía que no lo dejó vender sus artesanías.

Él tenía la idea de superarse, de poner un taller de alebrijes allá, pero al poco tiempo desistió, pues se percató de que la artesanía no era algo en la que la gente invirtiera. Al verse mermados sus planes, decidió salirse de la escuela y migrar a Juárez, junto a su hermano, pues tanto él como otras personas de la comunidad le habían comentado que acá la artesanía era más aceptada, y había mejores oportunidades por lo mismo. Al llegar, lo primero que hizo fue meterse como guardia en una empresa de Apodaca, laborando turnos pesados, sin embargo consideró que era lo único en lo que podía trabajar, aunque fuese temporalmente, para juntar dinero y comenzar a realizar el plan truncado en

Guadalajara: vender alebrijes y abrir su taller, actividad que en la actualidad desempeña junto con Rosario.

Cuando Ramiro fue a Guadalajara por primera vez, lo hizo acompañado de su madre, quien se dedicaba a la venta ambulante de artesanías. Un evento que se quedó marcado para él, el cual narra con profunda indignación, fue el hecho de que un día que acompañó a su mamá a vender artesanías cerca de una avenida grande de la ciudad, sin esperarlo llegaron dos policías y sin más, le arrebataron violentamente sus artículos, tumbándola y dejándola en el piso con el riesgo inminente de ser atropellada. Ramiro, al ver esto, refiere haber sentido como la sangre se le iba de la cabeza, ocasionando un padecimiento que él refiere como *pasmo*, quedándose petrificado sin poder pronunciar palabra alguna debido al impacto fuerte que la escena de los policías violentando a su madre dejó en él.

Comenta que su mamá, a pesar de estar también muy asustada, agarró fuerzas, se lo llevó y comenzó a rezarle y a pasarle un paño con alcohol en la nariz, lo cual lo hizo reaccionar y al hacerlo, comenzó a llorar sin parar.

Ramiro cuenta que, a raíz de esto, por mucho tiempo le guardó gran miedo a la ciudad porque sentía un riesgo inminente de que algo así les pudiera volver a pasar, por lo cual él y su madre decidieron regresar a Oaxaca. Sin embargo, dada la situación de pocas oportunidades escolares y laborales, tiempo después a Ramiro no le quedó de otra más que regresar a Guadalajara a hacer la prepa, donde volvió a vivir agresiones similares por su perfil racializado, pues sus compañeros le hacían comentarios despectivos y racistas por ser indígena, o relata haber sido vigilado con especial escrutinio en tiendas departamentales, o incluso en la calle, únicamente por su fenotipo. Esto ocasionó que no pudiera continuar viviendo ahí, pues las preocupaciones que esto le causaba no le permitían concentrarse en sus estudios.

En el caso de Rosario, de 25 años, se dio una situación similar en su familia. Rosario a pesar de ser originaria de San Andrés Montaña, ha vivido desde los 2 años en Juárez, Nuevo León debido a que su familia migró cuando era muy pequeña. Una vez asentados, cuando ella tenía alrededor de 10 años, recibieron en la ciudad a una tía suya que también quiso migrar en búsqueda de mejores oportunidades. Ella salía a vender

dulces al centro de Monterrey, sin embargo, cuenta que un día no regresó, motivo por el cual sus familiares fueron a buscarla a los puntos en donde solía vender, pero al no encontrarla decidieron reportarla como desaparecida sin tener respuesta alguna de su posible paradero.

Así duró una semana hasta que por fin ella se comunicó con la familia a través de una llamada telefónica, avisándoles que la habían detenido por vender en la vía pública, sin darle acceso a un teléfono para comunicar que se encontraba en los separos. Esta llamada la hizo pidiéndole prestado un celular a un desconocido –pues no hablaba aún el español– luego de que la soltaran y la dejaran varada en un lugar que no conocía, pero que por las señas que dio, su familia pudo pasar a recogerla.

Esta situación marcó a Rosario, pues para ella, claramente fue un abuso de autoridad ya que su tía no podía hablar español y tampoco conocía sus derechos, pues fue una detención arbitraria que también relaciona con la condición racial de ser indígena, pero menciona con cierto alivio que hoy, por fortuna, sabe que algo así no podría pasarle ni a ella o a su familia porque ya están informados sobre sus derechos. Esta situación, sin embargo, le ocasionó un gran miedo a salir, y por mucho tiempo también dentro de su familia se tenía la percepción de que las ciudades eran muy peligrosas.

En otra ocasión y al igual que Ramiro, por cuestiones económicas Rosario se vio en la necesidad de trasladarse hacia la Ciudad de México, y marcada por la situación de injusticia que vivió su tía, viajó con mucho miedo de que le fuera a pasar algo, especialmente de que le robaran o la secuestraran, pues también veía casos en las noticias relacionados a los plagios de mujeres y menores.

Al llegar a la ciudad, lamentablemente presenció la muerte de un motociclista que fue arrollado y posteriormente falleció en el suelo frente a la vista de ella y su madre. Este suceso le causó una impresión tan grande que luego de presenciarlo no podía dejar de gritar y llorar, se encontraba muy alterada y su mamá tuvo que llevarla a que la curaran con hierbas y a que le rezaran, pues al parecer del impacto tan grande que tuvo, determinó que el espíritu de la persona fallecida había entrado en ella por ser un “huésped débil” y por la impresión que le causó. A pesar de que ella no recuerda nada de esto, su madre se lo contó y saberlo ocasionó que incrementara su miedo al ir a la ciudad, pues lo relaciona con ese

evento. Actualmente refiere que este miedo poco a poco se le va quitando, pues siente seguridad al viajar con Ramiro, sin embargo, dice que aun cuando le toca estar en un hotel o en un lugar ajeno, no puede dormir y siempre está pendiente de cualquier ruido externo a la habitación.

### **3.3.7 Análisis de los casos de Ramiro y Rosario**

Los padecimientos aquí presentados corresponden a miedos relacionados a la violencia cotidiana ejercida principalmente por la fuerza policíaca, abusando de su poder para agredir personas indígenas o racializadas. Especialmente aquellas dedicadas a la economía informal. Este ejercicio es conocido como *perfilamiento racial* (Risse y Zeckhauser, 2004) y es común verlo ejercido por las autoridades, como en el reciente caso del asesinato del ciudadano afroamericano George Floyd, causado por la brutalidad policiaca con la que fue detenido tras haber recibido una denuncia por un intento de pago con un billete falso<sup>14</sup>.

El perfilamiento racial consiste en que personas con cierta autoridad social, moral o estructural, analizan con escrutinio ciertas acciones de personas que, a simple vista, las identifican como pertenecientes a alguna minoría racializada, como sucede comúnmente a personas negras, morenas, indígenas, asiáticas, entre otras. Por sus características fenotípicas, ejercen acciones desmedidas como violencia, brutalidad o negación de sus derechos, promovidos por estereotipos contruidos en relación a la raza, clase, género, entre otros (Weitzer y Tuch, 2002). A pesar de que el perfilamiento racial es un término anglosajón, éste también es aplicado en contextos latinoamericanos debido a la carga racista y discriminatoria que países como México han creado en torno al hecho de ser indígena, mismo que forma parte de una herencia colonial aún latente en la sociedad, a partir de la creación de los estados-nación y las ideas relacionadas al nacionalismo y mestizaje. Como lo explica con mucha claridad Fanon (1961) la violencia configurada en relaciones coloniales se corporiza emocionalmente y ésta explica gran parte de los padecimientos psiquiátricos que documentó durante la guerra de liberación de Argelia. Esta articulación de las emociones con la violencia, el autor, la denomina una herida colonial. Por supuesto que los casos señalados hacen referencia a un contexto diferente, no

---

<sup>14</sup> Para mayores detalles del caso, hacer clic [aquí](#).

obstante, puedo decir que son similares en el sentido de que se producen como actos de un dominio cuyas raíces son coloniales.

En el caso de Ramiro y Rosario, estos eventos afectaron la percepción de la justicia e incrementaron la desconfianza de ambos al grado de cuestionar a profundidad por qué se veían afectados por ello, cuestión que les hizo llegar a la conclusión de que los abusos están relacionados al racismo inminente que se vive en las ciudades. Esto les ha permitido ser críticos al respecto y también los llevó a buscar la necesidad de conocer sobre sus derechos para evitar que situaciones así vuelvan a suceder tanto a ellos como a familiares o conocidos.

Por otro lado, en relación a los significados de los padecimientos, es llamativo cómo estas primeras experiencias en las ciudades las explican desde categorías que se podrían llamar tradicionales, como la del pasmo de Ramiro y la significación de Rosario de la posesión corporal que vivió al ver a un motociclista ser atropellado. Esto se da así principalmente debido a que cuando los hechos ocurrieron, ellos fueron acompañados de sus familiares, a quienes continuamente señalan como que son “aquellos que saben” de remedios, medicinas tradicionales y de la cura de padecimientos relacionados a lo anímico. Asimismo, dichos padecimientos, aunque se presenten en contextos nuevos, éstos se atienden conforme al acervo de conocimientos inicial y más próximo, como lo fueron las curaciones a través de rezos y alcohol.

Otra cuestión a resaltar es en relación de que, a pesar de tener este reconocimiento de injusticias, en otras situaciones donde se les violenta la atención a la salud, se ven completamente sometidos ante abusos que los médicos han llegado a cometer en su presencia, ya que perciben que no tienen alternativa más que someterse a las indicaciones de los médicos para no perder por completo la atención a la salud.

Este fue el caso del padre de Ramiro, a quien luego de realizarle una hemodiálisis en el Hospital Universitario, lo dirigieron a otra facilidad cercana y no le permitían salir sin pagar antes un servicio extra que no estaba estipulado desde el inicio del tratamiento.

Esto fue un requisito externo propuesto por un médico, quien refieren, les obligó a realizar el procedimiento llevándolos a un edificio que detectan como parte de la estructura del Hospital Universitario, supuestamente operado por otra empresa médica externa al



mismo. A pesar de que fue un gasto imprevisto y ellos no contaban en ese momento con el dinero suficiente para “liberar” a su padre de dicho tratamiento añadido, ellos tuvieron que hablarles a sus familiares para que les llevaran el dinero y así les permitieran llevarse a su padre.

En casos como esos, en donde la atención a la salud y el alta del paciente depende del pago de un servicio externo, ellos reconocen que tienen que “subordinarse” ante lo solicitado por las autoridades sanitarias debido a que no existe otra opción que de atención especializada a personas sin seguridad social. Ellos percibieron que, de negarse a realizarlo, podrían perder el apoyo que les otorgaban ante los tratamientos de su padre en dicho hospital.

Esto sigue indicando un pobre acceso a los servicios, pues son opciones limitadas y condicionadas que de no cumplirse como las autoridades mandan, el acceso sería nulo. A partir de ello, debido a que en la ciudad al menos cuentan con una opción para atenderse, realizan una valoración de prioridades entre quedarse en su lugar de origen y tratar de llevar a cabo una vida en la ciudad. Esto último es preferido por ellos, pues en lugares como San Andrés Montaña el hospital más cercano queda aproximadamente a 1 hora y 40 minutos de distancia, y no se garantiza la atención específica para un padecimiento complejo como el que tenía el padre de Ramiro.

Como se aprecia en la entrevista, en la narrativa de Ramiro y Rosario, se señala marcadamente una experiencia negativa durante su interacción con el personal de salud. La considero muy relevante puesto que esta confrontación con un autoritarismo médico, conforma una parte sustancial de la experiencia de violencia cotidiana dentro de la narrativa. El autoritarismo médico señalado en la entrevista, puede leerse desde el análisis de la deshumanización con la que los médicos son formados, expuesto por Taussig (1980) y Good (1994), quienes enfatizan que no se considera el *cuerpo social* o cultural dentro de la práctica médica, lo cual da lugar a abusos de poder como el caso recién relatado.

Estos abusos por parte de los médicos ante poblaciones pauperizadas o pertenecientes a medios populares, son identificados por las personas indígenas en contextos citadinos al observar las distinciones de los tratos que reciben en las clínicas. Especialmente en las salas de espera al ver aquellos tratos propios y compararlos con los que reciben otras personas que son percibidas por el personal médico como de niveles socioeconómicos más

altos, pues a ellos se les suele brindar una atención privilegiada y prioritaria, de acuerdo a la interpretación de mis interlocutores.

En el caso de Ramiro y Rosario, es llamativo que a pesar de que ellos están conscientes de los abusos de poder por parte de autoridades policiacas, cuando estos abusos son cometidos por el personal médico hacen uso de un pragmatismo de supervivencia, o como Scheper-Hughes (1994) lo nombra, una *economía política de las emociones* ante un contexto de violencia cotidiana como lo es el perfilamiento racial en la ciudad. Aquí, como se puede ver, ellos, a pesar de la impotencia, se ven en la necesidad de suprimir su descontento y seguir las instrucciones del personal médico porque lo entienden como un condicionamiento para seguir recibiendo la atención médica necesaria para subsistir.

Por otro lado, es evidente que, en un contexto marcado por la violencia, el pasmo es una respuesta por parte de Ramiro ante la imposibilidad de actuar. En este sentido el pasmo funge como una forma de significar y articular el conjunto de vivencias ante las cuales sintieron una gran impotencia al no saber cómo reaccionar. Esta categoría del padecer constituye el sentimiento de parálisis ante el abuso de poder, que posteriormente, al hacerlo consciente se convirtió en una fuerza de resistencia en un medio hostil con las personas indígenas. Esto lo podemos observar al inicio del relato cuando hablan sobre “ya no dejarse” sobajar por cualquier tipo de abuso que detecten.

Aquí se puede vislumbrar la relación entre la violencia cotidiana y los padecimientos de índole emocional que puede llegar a detonar. En el caso de Ramiro y Rosario, es evidente que su modelo explicativo del padecimiento se basa en las experiencias previas donde ellos o sus familiares cercanos han sufrido algún percance o infortunio. Asimismo, se muestra como hacen una utilización de términos como *pasmo* para explicar la sensación ligada a ese sentimiento de impacto y miedo posterior que les provocaron ver abuso de autoridad y accidentes en la ciudad. Su forma de atención estuvo ligada a aprendizajes relacionados con el acervo de conocimientos familiar, pues entre ellos identificaron que el tratamiento correspondía a atenderse con un chamán para sacarlos del estado de pasmo en el que se encontraban.

## CONCLUSIONES

Este trabajo de investigación abona a una problemática de salud compleja que involucra distintas dimensiones como lo son la etnicidad, la salud y sus diversas vulneraciones; las violencias cotidianas y los procesos migratorios en búsqueda de mejores oportunidades de vida. Estos ejes han sido analizados aquí como parte de un cúmulo de padecimientos y sus significaciones, pues forman parte de experiencias que se sufren y que, desafortunadamente, son parte del día a día de muchas personas indígenas en todo el país.

Aunque esta investigación en su forma de protocolo tenía primordialmente el objetivo de conocer cómo y dónde atienden su salud las personas indígenas en la ZMM, poco a poco y tras haber sido aceptada en la maestría, me di cuenta de que tenía diversas limitantes que no me permitirían realizar un análisis con mayor profundidad antropológica y etnográfica, por lo que tuve que ser autocrítica, reflexiva y muy receptiva a observar y buscar cómo podría mejorarlo. En dicho tenor, traté de evitar lo más posible una visión etnocentrista investigando técnicas, acercamientos metodológicos y teóricos que me ayudaran a desmarcarme de lo superficial de las formas de atención y priorizando el estudio de los significados de los padecimientos desde la mirada de las y los interlocutores.

Tener un acercamiento previo al campo mediante conversaciones con personas indígenas y con actores que han trabajado con población indígena por años en Nuevo León, me permitió conocer de primera mano sus preocupaciones, las omisiones del Estado y deficiencias e incluso el poco conocimiento que se tiene en torno temas de la salud. Percibí una desconexión e incluso, desconfianzas por parte de la población indígena hacia las instituciones de asistencia y viceversa.

Tenía claro que había una necesidad de *mediar* de alguna forma para entender más sobre este tema de salud tan poco estudiado en la zona, pues la mayoría de los hallazgos de investigaciones previas se centraban en describir mediante porcentajes la utilización de los servicios de salud de la población indígena, o incluso, reconocían deficiencias y necesidades sin profundizar en ello.

Mi aprendizaje más importante fue que los padecimientos no sólo se reducen a aquello reconocido como biológico. Incluso siendo psicóloga de profesión, reconocerlo fue algo muy enriquecedor para mí, pues al haber estado inserta por años en un ambiente biomédico, me descubría muy a menudo separando lo emocional de lo “médico” o “biológico” porque nuestra formación clínica así lo señala. Aunque en ocasiones se reconozcan casos como la *somatización*, donde un padecimiento emocional puede llevar a la aparición de síntomas físicos, éstos no profundizan en otras cuestiones de índole social o cultural como el contexto, las relaciones interpersonales y las experiencias como por aquellas relacionadas a la violencia cotidiana. En el caso particular de la población indígena, se puede observar de manera clara esa encarnación de la conjunción de la mente, el cuerpo, lo individual y lo social de los padecimientos como ha sido trabajado por Scheper-Hughes y Lock (1987). Este trabajo permite abonar a la discusión a través de la óptica de las afectaciones provocadas por el entorno y diversas situaciones políticas y estructurales, mismas que hacen a los individuos y colectivos entrar en un padecimiento continuo.

Adentrándonos en la línea de los aportes importantes de esta investigación, uno de los más relevantes en este trabajo, radica en el hecho de que la migración y el padecer son acciones de causa y efecto en la población indígena que ha colaborado en esta investigación. Desde los lugares de origen, podemos vislumbrar ese malestar causado por la falta de una vida digna, mejores oportunidades de empleo, educación y atención a la salud. Estos elementos, forman parte de lo que he denominado *padecimiento colectivo migratorio*, en su configuración inicial y corresponde al hecho de percibir la necesidad de migrar, provocada por fuertes desigualdades sociales que actualmente siguen afectando a muchas de las personas indígenas en sus comunidades.

Una de las causas principales por las cuales los interlocutores consideran la migración es debido a la necesidad de una mejor atención a su salud. Muchos de ellos, como se pudo constatar en las narrativas, emprendieron el viaje debido a un evento de enfermedad que no podía ser atendido en el lugar de origen debido a la falta de hospitales, médicos o infraestructura en general. Esta decisión es tomada generalmente en conjunto, con la persona enferma, la familia directa e incluso con familiares que residen en otros estados. Estos últimos son muy importantes, pues se ponen de acuerdo con ellos para tener un lugar donde

llegar, como se da en los casos de las interlocutoras que primero llegan con alguien de la familia que ya reside en Tampico o en algún municipio de Nuevo León.

Sin embargo, emprender la migración buscando atender la salud va más allá del padecimiento y las formas de atención implementadas o elegidas. También nos da luz ante una problemática social más amplia. En esta podemos observar dinámicas sociales, familiares y migratorias relacionadas a experiencias de violencia cotidiana que incluso llega a permear durante la migración y asentamiento en el lugar de destino, es decir, los interlocutores se enfrentan con casos de discriminación, racismo, estigmatización, complicaciones con el idioma y con la dificultad de la atención a sus padecimientos. Sobre esta última, no sólo es una batalla en cuanto a lo económico, debido a que muchos de ellos no cuentan con seguro médico, sino que también se enfrentan al desconocimiento de términos médicos y de explicaciones poco entendibles brindadas por los médicos al atenderse en los hospitales.

Por ello, durante la tesis se acuñó el concepto de *padecimiento colectivo migratorio*, mismo que me ayudó a dar sentido a ese *continuum* de violencias que son padecidas más allá de lo individual, y que permean en sus experiencias incluso estando ya asentados en la Zona Metropolitana de Monterrey. Las experiencias de dolor y padecer se integran en un acervo experiencial a través del cual se valoran los eventos enfermantos y se significan los padecimientos. El concepto propuesto, permite entonces, vislumbrar la forma en que múltiples experiencias conforman una matriz de sentido. Sin embargo, siguiendo a Schutz (1995), es posible afirmar que dichas experiencias no son exclusivamente individuales. Toda experiencia al estructurarse a partir de procesos de socialización es eminentemente colectiva. En este sentido, a través del concepto de padecimiento colectivo migratorio he pretendido dar cuenta de la articulación de estos procesos que conforman una experiencia social. En este sentido, también pretendo destacar la forma en la que los interlocutores buscan dar solución a sus padecimientos de forma colectiva, organizándose para mejorar la situación de alguien en particular, incluso si no es familiar directo. Las experiencias del padecer entonces, quedan insertos en un entramado colectivo que determina sus significaciones y las respuestas que se emprenden para afrontarlo. Es decir, de las formas de atención elegidas e implementadas.

En relación a las narrativas se destaca la forma en que los interlocutores no sólo hablan de un padecimiento, sino que vislumbran una realidad más profunda, que va más allá de lo que un padecimiento significa. Gracias a ellas podemos distinguir la realidad social en las que están insertas las personas indígenas desde sus lugares de origen.

Estas narrativas dan cuenta de sus acervos de conocimientos y las formas en las que han paliado sus dificultades y han obtenido estrategias con base en las experiencias que han vivido.

Sobre dichas experiencias podemos vislumbrar también una fluctuación entre distintas formas de atención, especialmente en aquellas relacionadas a la medicina popular y la medicina biomédica.

Sobre esta última, es llamativa la forma en la que se reconoce en la mayoría de los casos como la forma de atención predeterminada cuando sucede un evento de enfermedad que sobrepasa los conocimientos empíricos y relacionados con la medicina popular, sin embargo, esto no necesariamente quiere decir que se contraponga o que no sea compatible con los modelos de atención previos. Ellos evalúan la forma de atención a utilizar dependiendo de la gravedad o urgencia del padecimiento a atender, de la persistencia de los síntomas e incluso de la confianza o desconfianza que puedan llegar a tener con el personal médico y con los tratamientos o procedimientos que les recomiendan.

Sobre esto último, es llamativa la forma en que una vez estando en la ciudad, van incorporando más conceptos y explicaciones relacionadas a la biomedicina, pues una vez estando en la ciudad adquieren conocimientos y explicaciones nuevas a través de talleres, pláticas o la misma convivencia con personas de la entidad. Esto quiere decir que existe una flexibilidad en torno a las formas de atención y la forma de entender y significar los padecimientos, siendo estos, elementos que añaden a su acervo de conocimientos. Esto no necesariamente quiere decir que abandonen otros conceptos y explicaciones previas que hayan aprendido antes en sus lugares de origen, pues muchos de los interlocutores siguen dando sentido a sus padecimientos y a la forma de tratarlos desde una perspectiva popular, y no se contraponen a los nuevos significados que adquieren una vez asentados en la ciudad.

Finalmente, concluyo que el estudio de la relación entre migración y padecimiento va más allá de padecimientos físicos y engloba un entramado de situaciones relacionadas a la

violencia cotidiana, desigualdades sociales y a la fractura emocional que esto puede provocar. Considero que hacen falta más estudios de la región que busquen profundizar en los significados de los padecimientos. Este estudio es un esfuerzo por reconocer aquellos padecimientos básicos que fueron narrados por los mismos interlocutores, sin embargo, la diversidad de padecimientos es, seguramente, más amplia.

# BIBLIOGRAFÍA

Aguirre, G. (1994). *Antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México. Veracruz: Universidad Veracruzana.*

Anguiano, J. (1997). *Los mixtecos en Nuevo León.* Consejo Para la Cultura y las Artes de Chiapas.

Arango, J. (1985), Las leyes de las migraciones de E. G. Ravenstein, cien años después. *Revista española de investigaciones sociológicas*; 32, pp. 7-26  
Recuperado el 18 de marzo de 2020 en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=250715>

Atkinson, P. (1983). *Eating Virtue.* En *The Sociology of Food and Eating* (pp. 9-12). Inglaterra: Gower Publishing Company Limited.

Bartlett, J., Madariaga, L., O'Neil, J., & Kuhnlein, H. (2007). Identifying indigenous peoples for health research in a global context: a review of perspectives and challenges. *International journal of circumpolar health*, 66(4), 287-370.

Bendelow, G. (1993) Pain perceptions, emotions and gender, *Sociology of Health and Illness*, 15, 273–94.

Berger, P., & Luckmann, T. (1983). La sociedad como realidad objetiva. La sociedad como realidad subjetiva. *La construcción social de la realidad*, 66-120.

Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C., y Oviedo, J. (1997). Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud pública de México*, 39, pp. 442-450.

Bury, M. (1982) Chronic illness as biographical disruption, *Sociology of Health and Illness*, 4, 167–82.

(2001). Illness narratives: fact or fiction?. *Sociology of health & illness*, 23(3), 263-285.

Caballero, M., y Carpio, L. (2016). *Salud en mujeres de origen indígena de Morelos: el cáncer de mama.* Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Facultad de Estudios Superiores de Cuautla.  
cargos. *Revista de Humanidades: Tecnológico de Monterrey*, (11), pp. 169-186.

CDI [Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas]. (2016). Panorama General sobre la Población Indígena en Nuevo León. *Oficina de la CDI en el Estado de Nuevo León. CDI.* Recuperado el 17 de septiembre de 2018 de:  
<http://www.cedhnl.org.mx/imagenes/publicaciones/presentaciones/PueblosIndigenasEnNL/5-Presencia-indigena-en-NL.pdf>



CDI [Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas]. (2016). Panorama General sobre la Población Indígena en Nuevo León. *Oficina de la CDI en el Estado de Nuevo León. CDI*. Recuperado el 17 de septiembre de 2018 de: <http://www.cedhnl.org.mx/imagenes/publicaciones/presentaciones/PueblosIndigenasEnNL/5-Presencia-indigena-en-NL.pdf>

CNN México. (2010). Miles de indígenas dejan atrás sus pueblos y emigran al norte de México. *Expansión*. Recuperado el 20 de febrero de 2018 en: <https://expansion.mx/nacional/2010/11/28/miles-de-indigenas-dejan-atras-sus-pueblos-y-emigran-al-norte-de-mexico>

CNN México. (2010). Miles de indígenas dejan atrás sus pueblos y emigran al norte de México. *Expansión*. Recuperado el 20 de febrero de 2018 en: <https://expansion.mx/nacional/2010/11/28/miles-de-indigenas-dejan-atras-sus-pueblos-y-emigran-al-norte-de-mexico>

CONAPO (2010). Metodología de estimación del índice de marginación por localidad, Anexo C. México. Recuperado el 20 de febrero de 2020, disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices\\_margina/2010/anexoc/AnexoC.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/2010/anexoc/AnexoC.pdf) (2005). Índice de marginación urbana 2005. Recuperado el 2010, de Consejo Nacional de población. Recuperado el 20 de febrero de 2020 de: [http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/IMU2005/IMU2005\\_principal.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/IMU2005/IMU2005_principal.pdf)

Charmaz, K. (1983) Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill, *Sociology of Health and Illness*, 5, 168–95.

Chávez, A. (1999). La nueva dinámica de la migración interna en México de 1970 a 1990. Cuernavaca: Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Chávez, O. y Carpio, C. (2018). El reconocimiento del sistema indígena de salud. Implicaciones de la cobertura de salud gubernamental en México. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(35-2), 195-209.

De La Cruz, P., Bello, E., Acosta, L. E., Estrada Lugo, E., & Montoya, G. (2016). La indigenización del mercado: el caso del intercambio de productos en las comunidades indígenas de Tarapacá en la Amazonía colombiana. *Polis. Revista Latinoamericana*, (45).

De La Cruz, P., Bello, E., Acosta, L. E., Estrada Lugo, E., & Montoya, G. (2016). La indigenización del mercado: el caso del intercambio de productos en las comunidades indígenas de Tarapacá en la Amazonía colombiana. *Polis. Revista Latinoamericana*, (45).

Dietz, G., & Mateos, L. (2011). *Interculturalidad y educación intercultural en México: un análisis de los discursos nacionales e internacionales en su impacto en los modelos educativos mexicanos*. México, D.F.: Secretaría de Educación Pública, Coordinación General de Educación Intercultural y Bilingüe.

Dilthey, W. (1976). The development of hermeneutics. *W. Dilthey: Selected*, pp. 161

Douglas, M (1986). *Risk Acceptability According to the Social Sciences*, Russell Sage Foundation, Nueva York.

Douglas, M. (1976), «Brujería: el estado actual de la cuestión». En Gluckman Max, Horton Robin y Douglas Mary. *Ciencia y brujería*. Anagrama, Baelona, pp. 31-72.

Durin, S. (2017). *Yo trabajo en casa: trabajo del hogar de planta, género y etnicidad en Monterrey*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

(2012). *En el límite norte de la Huasteca. Mujeres nahuas y tének de la Huasteca en Monterrey*, en Anuschka van't Hooft (prod.), Lengua y Cultura Nahuá de la Huasteca [DVD Multimedia]. México D.F., CCSYH-UASLP/Linguapax/CIGA-UNAM, pp. 13.

(2009). En Monterrey hay trabajo para mujeres. Procesos de inserción de las mujeres indígenas en el área metropolitana de Monterrey. Monterrey: CIESAS.

(2008). *Caracterización sociodemográfica de la población hablante de lengua indígena en el Área Metropolitana de Monterrey*. Séverine Durin, coord., Entre luces y sombras. Miradas sobre los indígenas en el Área Metropolitana de Monterrey, México, CIESAS, 401, 81-138.

(2006). *Indígenas en Monterrey. Redes sociales, capital social e inserción urbana. El triple desafío. Derecho, instituciones y políticas para la ciudad pluricultural*. México: Gobierno del Distrito Federal, Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Recuperado el 18 de septiembre de 2018 en: [http://www.cdi.gob.mx/dmdocuments/en\\_monterrey\\_hay\\_trabajo\\_para\\_mujeres\\_durin\\_2009.pdf](http://www.cdi.gob.mx/dmdocuments/en_monterrey_hay_trabajo_para_mujeres_durin_2009.pdf)

(2006). *Indígenas en Monterrey. Redes sociales, capital social e inserción urbana. El triple desafío. Derecho, instituciones y políticas para la ciudad pluricultural*. México: Gobierno del Distrito Federal, Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

(2016). El cuerpo como texto y eje vivencial del dolor. *Las Narrativas entre los Tsotsiles de San Juan Chamula* (The Body as Text and Axis Experience of Pain. The Narratives among the Tsotsiles of San Juan Chamula). México: Casa Chata.

(2010). Las dimensiones visibles e invisibles de la vida social. Narrativas del padecimiento entre los chamulas. *Revista pueblos y fronteras digital*, 5(10), 58-122.

(2016). El cuerpo como texto y eje vivencial del dolor. *Las Narrativas entre los Tsotsiles de San Juan Chamula* (The Body as Text and Axis Experience of Pain. The Narratives among the Tsotsiles of San Juan Chamula). México: Casa Chata.

Esquivel, J. (2004). *Nahuas de la Huasteca* (No. 04; FOLLETO, 3974.).

Fajardo, M. & Patiño, J. (2008). Estudios actuales sobre aculturación y salud mental en inmigrantes: revisión y perspectivas. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y tecnología*, 1, 39-50.

Fanon, F. (1961). *Los condenados de la tierra*. México: Fondo de Cultura Económica.

Farfán, M. y Castillo, J. (2001). Migrantes mixtecos. La red social y el sistema de Farmer, P. (1996). Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerging infectious diseases*, 2(4), 259.

Farmer, P., Bourgois, P., Fassin, D., Green, L., Heggenhougen, H. K., Kirmayer, L., & Farmer, P. (2004). An anthropology of structural violence. *Current anthropology*, 45(3), 305-325.

Fernández, G. (2006). Al hospital van los que mueren. Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos. *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural, Quito (Ecuador): ABYA YALA, uclm, aeci*.

Freyermuth, G. (2003). *La salud que se va*. En: las mujeres de humo: morir en Chenalhó: género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. México: CIESAS.

Gallardo, P. (2003). Medicina tradicional-medicina moderna entre los huastecos de San Luis Potosí. In *Anales de Antropología* (Vol. 37, No. 1).

Goldberg, A. (2007). *Ser inmigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los inmigrantes senegaleses en Barcelona*. Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili.

Gómez, M. (2005), "La reforma mutilada. Recuento jurídico y político". Ponencia presentada en el Foro Nación y pueblos indios, 12 de abril, Escuela Nacional de Antropología e Historia. Recuerado el 20 de septiembre de 2020 en: [http://www.libertarios.org/foronal/pueblos\\_gomez.php](http://www.libertarios.org/foronal/pueblos_gomez.php)

Good, B. (1994). How medicine constructs its objects. *Medicine, rationality and experience*, 65-87.

(1977). The heart of what's the matter the semantics of illness in Iran. *Culture, medicine and psychiatry*, 1(1), 25-58.

Good, B. (1994). How medicine constructs its objects. *Medicine, rationality and experience*, 65-87.

Good, B., & Delvecchio, M. (1981). The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In *The relevance of social science for medicine* (pp. 165-196).

Granados, J. y Quezada, M. (2018). Tendencias de la migración interna de la población indígena en México, 1990-2015. *Estudios demográficos y urbanos*, 33(2), pp. 327-363.

Groleau, D., Young, A., & Kirmayer, L. J. (2006). The McGill Illness Narrative Interview (MINI): an interview schedule to elicit meanings and modes of reasoning related to illness experience. *Transcultural psychiatry*, 43(4), 671-691.

IEM [Instituto Estatal de las Mujeres de Nuevo León]. (2008). Mujeres Indígenas. Por Una Cultura de la Equidad. *Revista Trimestral Violeta*. 5(20). pp. 1-36. Recuperado el 3 de marzo de 2018 en: <http://www.nl.gob.mx/publicaciones/violeta-no-20-mujeres-indigenas>

INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía]. (2018). Serie histórica censal e intercensal 1990-2010. Consulta interactiva de datos. Recuperado el 1 de octubre de 2018 en: [http://www.inegi.org.mx/est/lista\\_cubos/consulta.aspx?p=pob&c=6](http://www.inegi.org.mx/est/lista_cubos/consulta.aspx?p=pob&c=6)

INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía], (2015). Panorama sociodemográfico de Nuevo León 2015. Encuesta intercensal 2015. Recuperado el 10 de septiembre de 2018 en: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/inter\\_censal/panorama/702825082291.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082291.pdf)

INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (2010), Principales Resultados por Localidad 2010 (ITER) [en línea]. México. Recuperado el 20 de febrero de 2020 de: [http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta\\_resultados/iter2010.aspx](http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2010.aspx)

Juárez, G. (2006). Al hospital van los que mueren. Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos. *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito (Ecuador): ABYA YALA, uclm, aeci.

King, M., Smith, A., & Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *The lancet*, 374(9683), 76-85.

Kirmayer, L. J. (1992). The body's insistence on meaning: Metaphor as presentation and representation in illness experience. *Medical anthropology quarterly*, 6(4), 323-346.

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry* (Vol. 3). Univ of California Press.

(1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 12, 85-93.

Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, Illness, and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research.

Lawton, J. (2003). Lay experiences of health and illness: past research and future agendas. *Sociology of health & illness*, 25(3), 23-40.

Magaña, J. (2002). Enfermedad y tratamiento entre la población indígena inmigrada en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, Chiapas. *Lo médico campo social. Relaciones*, 23(92), 196-226.

Mauss, M. (2009). *Ensayo sobre el don: forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Katz editores.

Mendoza, G. (2016). Hay más de 412 mil indígenas en Nuevo León, señala encuesta. *Milenio*. Recuperado el 20 de febrero de 2018 en: [http://www.milenio.com/region/Hay\\_mas\\_de\\_412\\_mil\\_indigenas\\_en\\_Nuevo\\_Leon-senala\\_encuesta\\_0\\_773322701.html](http://www.milenio.com/region/Hay_mas_de_412_mil_indigenas_en_Nuevo_Leon-senala_encuesta_0_773322701.html)

Menéndez, E. (1977). Nuevos objetos de estudio de la antropología social. *Actas de la XV Mesa Redonda de la Sociedad Mexicana de Antropología Social*, pp. 75-82.

Menéndez, E. (2009). *Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas*. En: de sujetos, saberes y estructuras. pp. 25-71. México: Lugar Editorial.

Menéndez, E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (58), 104-113.

Meza, J. (2021). Prescripciones alimentarias y límites de la medicalización: polifonía y utilización de medios de comunicación en una población urbana de México. *Saude e Sociedade*, 30(1):, pp.1-11.

Meza, J. y Escalera, L., (2017). *Cuidar al otro. La carrera moral del adulto dependiente*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Moliner, L., Moliner, O., & Sales, A. (2010). Conocer la cultura de un centro y las miradas del profesorado sobre la diversidad sociocultural y personal de la comunidad como punto de arranque para la transformación educativa. *Cultura y Educación*, 22(3), 283-296.

Mora, T. (1996). Nduandiki y La Sociedad de Allende en México. Un caso de migración rural-urbana. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Muñoz, R. (2020). Del pluralismo médico al nomadismo terapéutico: una propuesta crítica desde los procesos de estratificación social y las estrategias de vida. *Aposta*, 20, pp.87-91.

Nichter, M. (2006). Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos*, (20), 109-132.

Oehmichen, C. (2005). *Identidad, género y relaciones interétnicas: mazahuas en la ciudad de México*. UNAM.

Parra, D., & Tortosa, J. (2003). Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Documentación social*, 131(3), 57-72.

Ramos, A. R. (2018). Por una crítica indígena de la razón antropológica. In *Anales de Antropología* (Vol. 52, No. 1, pp. 59-66).

Rendón, J. (2003). La comunalidad. Modo de vida en los pueblos indios, pp. 14-15. México, D.F.: Conaculta.

Restrepo, E. (2016). Trabajo de campo. En E. Restrepo, *Etnografía: alcances, técnicas y éticas* (págs. 50-53). Bogotá: Envión Editores.

Risse, M., & Zeckhauser, R. (2004). Racial profiling. *Philosophy & Public Affairs*, 32(2), pp.131-170.

Rocha, A. (2017). Pueblos indígenas y salud colectiva: hacia una ecología de saberes. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27, pp. 1147-1161.

Roldán, M., Fernández, J., Hueso, C., García, M., Rodríguez, J., & Flores, M. (2017). Síndromes culturalmente definidos en los procesos migratorios: el caso de los inmigrantes bolivianos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25.

Romero, A., Campos, R., Prado, E., Vaca, J. y Castro, K. (2011). VIH-SIDA y migración indígena en el estado de Nuevo León. en Informe Final de la Consulta sobre VIH-SIDA y Pueblos Indígenas en Áreas Fronterizas. México: CDI. Recuperado el 21 de septiembre de 2018 en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/cdi\\_informe\\_consulta\\_vih\\_2011.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/cdi_informe_consulta_vih_2011.pdf)

Ruiz, M. y Blanco, A. (2000). Los caciques también se acaban. *Ojarasca*, 42, pp. 1. Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Univ of California Press.

Scheper-Hughes, N., & Lock, M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. In *Medical Anthropology Quarterly*.

Schutz, A. (1995) *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.

Sy, A. (2016). Ética en el trabajo de campo: Una reflexión desde la experiencia etnográfica. *Antropología Experimental*, (16).

Taussig, M. 1992. "La reificación y la conciencia del paciente". En: *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa. pp. 110-143.

(1980). Reification and the consciousness of the patient. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 14(1), 3-13.

Torres, J., Villoro, R., Ramírez, T., Zurita, B., Hernández, P., Lozano, R., y Franco, F. (2003). La salud de la población indígena en México. *Caleidoscopio de la Salud México. México: FUNSALUD*, 41-54.

Turner, V. & Bruner, E. (1986). *The anthropology of experience*. Illinois: University of Illinois.

Waitzkin, H. (1984). The micropolitics of medicine: a contextual analysis. *International journal of health services*, 14(3), 339-378.

Weitzer, R., & Tuch, S. A. (2002). Perceptions of racial profiling: Race, class, and personal experience. *Criminology*, 40(2), pp.435-456.

Williams, G. (1984) The genesis of chronic illness: narrative reconstruction, *Sociology of Health and Illness*, 6, 175–200.

Young, A. (1975). why Amhara get kureynya: sickness and possession in an Ethiopian zar cult 1. *American Ethnologist*, 2(3), 567-584.

Zerga, E. (2016) A review on Migration and Culture Change: An Anthropological perspectives. *Sin publicar*. Recuperado el 15 de mayo de 2020 en: [https://www.researchgate.net/publication/313440839\\_A\\_review\\_on\\_Migration\\_and\\_Culture\\_Change\\_An\\_Anthropological\\_perspectives](https://www.researchgate.net/publication/313440839_A_review_on_Migration_and_Culture_Change_An_Anthropological_perspectives)

Zola, I. (1966). Culture and symptoms. An analysis of patient's presenting complaints. *American sociological review*, pp. 615-630.



# ANEXOS

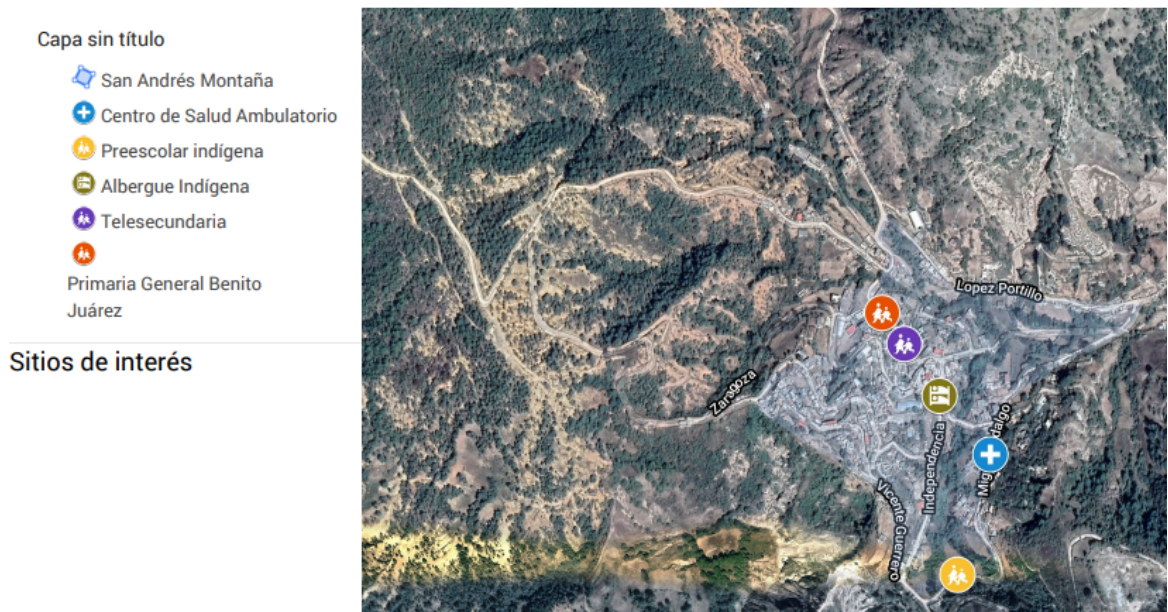
Mapa 1. Ubicación de la región mixteca



Silacayoapam en morado, en relación al distrito de nombre homónimo en verde, y a la región mixteca representada en rojo. Ilustración tomada del Instituto para el Federalismo y el desarrollo municipal el 7 de mayo de 2020 en: <http://www.inafed.gob.mx/work/enciclopedia/EMM20oaxaca/index.html>

Mapa 2. Sitios de interés en San Andrés Montaña

## San Andrés Montaña, Silacayoapam, Oaxaca



Elaboración propia con base en INEGI (2020) Espacio y datos de México. Consultado el 8 de mayo en: <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/default.aspx?ag=205370007>



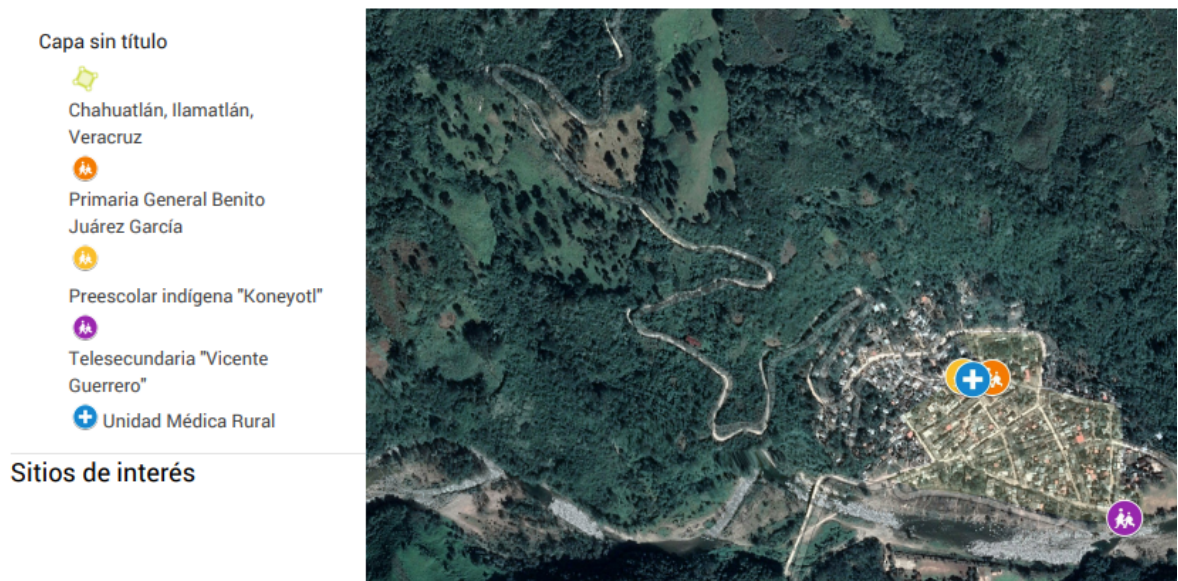
**Tabla 1: Principales causa de atención en el Centro de Salud ambulatorio de San Andrés Montaña**

| PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCIÓN EN SAN ANDRÉS MONTAÑA, UNIDAD MÉDICA OCSSA006124 |                                       |
|---|---------------------------------------|
| 1   | RINOFARINGITIS                        |
| 2   | DIABTES MELLITUS TIPO 2 DESCONTROLADA |
| 3   | GASTROENTERITIS                       |
| 4   | LUMBALGIA                             |
| 5   | COLITIS                               |
| 6   | DEFICIENCIAS DE VITAMINA              |
| 7   | CONTROL DE EMBARAZO                   |
| 8   | HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA       |
| 9   | CONTROL DE NUTRICIÓN                  |
| 10  | ENFERMEDAD PERIODONTAL                |

Elaborado por Servicios de Salud de Oaxaca, con base en los Cubos del SIS, 2019

**Mapa 3. Sitios de interés en Chahuatlán, Veracruz**

## Chahuatlán, Iamatlán, Veracruz



Elaboración propia con base en INEGI (2020) Espacio y datos de México. Consultado el 8 de mayo en: <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/espacioydatos/default.aspx?ag=205370007>