

La salud otomí en condiciones de migración urbana

Salud-enfermedad un problema etnocéntrico. Elementos para una reflexión antropológica.

Dr. José Carlos Aguado Vázquez

Resumen

En esta comunicación se realiza una reflexión teórico-metodológica sobre el concepto de salud-enfermedad útil para la investigación de diversas culturas. Una reflexión que parte del cuestionamiento al concepto utilizado tradicionalmente y que corresponde al concepto médico occidental. Esta reflexión se ilustra con material etnográfico propio relacionado a un grupo otomí migrante a la Ciudad de México. Al modificar el concepto se comprenden procesos bioculturales que en otros términos pasan inadvertidos o se minimizan. Por ejemplo: las condiciones idóneas de habitación para un grupo urbano resultan inadecuadas e insalubres para el grupo otomí mencionado.

Introducción

El proceso de salud-enfermedad se ha definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) como: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición ha sido cuestionada por diversos autores en razón de su aspiración universalista ya que resulta omni-abarcante pero utópica¹. Existen diversas propuestas en ciencias sociales para la conceptualización de salud que nos resultan fructíferas.² Sin embargo, realizaré una reflexión propia pensando en la otredad antropológica.

El *completo bienestar* presume que una situación de cierto malestar sería considerado enfermedad. Esto va a favor de una ideología característicamente occidental que considera cualquier malestar, y el dolor en particular, algo siempre indeseable. Para otras culturas existen grados de malestar que son parte de la vida cotidiana y que no representan problema de salud, incluso en nuestra sociedad las clases populares tienen otras concepciones sobre la salud. El trabajo físico arduo, como lo realizan los grupos indígenas y mestizos en el campo

¹ Véase Alcántara Moreno Gustavo (2008) y Vicente Navarro (1998)

² Por ejemplo además de los autores citados está López O. (2011), López S. (2011), Menéndez (1993)

mexicano, implica malestares que no se consideran enfermedad salvo que no se quiten o que imposibiliten el trabajo. Si pensamos en otras tradiciones como la hindú: el yoga contempla cierto adolorimiento como algo aceptable e incluso inicialmente deseable. Para el budismo zen el dolor de piernas durante la meditación es un objeto de observación y no un dato de enfermedad (les dicen piernas adoloridas). Si analizamos aún en nuestra cultura dicha definición sería cuestionable en razón de que los seres humanos, al igual que los animales, se desarrollan en condiciones de estrés, de reto frente al medio, de lucha por la sobrevivencia lo que implica frecuentemente incomodidad, malestar, desagrado, y dolor sin que eso sea necesariamente patógeno. La salud implica también desgaste, desorden y autopoyesis (Maturana, 2009), Hablar de equilibrio implica reconocer el desequilibrio y los mecanismos para recuperarlo esto es precisamente salud: la capacidad de recuperación (Canguilgem, 1976). Este enfoque sería afín a la idea de Morín (2008) sobre complejidad.

Si hablamos del malestar mental es claro que se requiere cierto malestar para enfrentar un problema y resolverlo, de otra forma nos mantendríamos pasivos y eso no es precisamente saludable en un mundo lleno de retos. La resiliencia es por definición una función de salud y se origina precisamente del malestar.

Por último el malestar social es una realidad que raya en lo lacerante sería tan general que no encontraríamos salud en casi ningún lado, lo que haría inoperante a la definición.

Fue relevante la definición de la OMS en su tiempo porque se aparta de una reducción de la salud a la ausencia de enfermedad (física) y porque trata de ampliar el concepto tradicional en ese momento (1948) de salud médico-clínico basado en una concepción biológico-lesional. Sin embargo, es poco útil para comprender otras maneras de experimentar el proceso de salud-enfermedad. Este es el caso de las conceptualizaciones de la salud-enfermedad entre los grupos indígenas, me explico a continuación.

Cosmovisión, corporeidad y salud-enfermedad

Parto de la tesis de que el proceso de salud-enfermedad no puede ser comprendido más que en relación con una determinada cosmovisión. Sin

embargo, no es solamente una determinada idea de salud de la que estoy hablando. La propia experiencia de salud-enfermedad se modifica de acuerdo a una determinada corporeidad que se construye dentro de una cierta cosmovisión. Entiendo corporeidad, en esta comunicación, como la estructura simbólica del cuerpo, dicha corporeidad se materializa en los objetos de la cultura sí pero, se asienta en una estructura físico-simbólica que denomino *Imagen corporal*³. En pocas palabras entiendo Imagen corporal como la estructura que se construye por la cultura en todos los sujetos a partir de la *domesticación* del esquema corporal que compartimos con los animales. El esquema corporal es la estructura neurofisiológica que permite a los animales vertebrados superiores moverse en el espacio, aprender de la experiencia y realizar las acciones programadas por los genes.

Esto tiene varias implicaciones que desarrollaré a continuación:

- a) Cada cultura tiene una corporeidad propia que corresponde a una determinada cosmovisión.
 - b) Cada cultura entonces tiene una determinada forma de comprender la salud-enfermedad y
 - c) Cada cultura experimenta de forma diferente y específica el proceso de salud-enfermedad
- A. Cada cultura tiene una corporeidad propia significa dos aspectos relacionados, por un lado hay una determinada forma de representar al cuerpo socialmente aceptada: *modelo de cuerpo* que es coherente con una forma de concebir el cosmos y el mundo. En los pueblos mesoamericanos podemos observar cómo el cuerpo se relaciona metafóricamente con los componentes de la comunidad y del hábitat así como con los diferentes estratos del cosmos (un inframundo, doce cielos). De la cintura para abajo encontramos lo relacionado con la tierra y el inframundo y en la cabeza se ubica la fuerza del *tonalli* relacionada con el doceavo cielo y con la dualidad: Ometecutli y Omecihuatl. Dentro de esta cosmovisión compartida por diferentes pueblos mesoamericanos cada uno encontraba un lugar

³ Sobre este concepto se puede consultar Aguado (2011).

propio, por ejemplo: los nahuas se consideraban representando la mitad superior del cosmos que en el cuerpo es rostro-corazón vinculado a su identidad relacionada con el dios Huitzilopochtli asociado al corazón. En el caso de los otomíes ellos se ubican como representantes de la mitad inferior del cosmos (Galinier 1990) por lo tanto su identidad está vinculada a la tierra y al inframundo, a la fertilidad y a la sexualidad. Lo que tendrá repercusiones en las formas de concebir la enfermedad y en el fenómeno de la enfermedad misma como abundaré más adelante. El segundo aspecto se vincula directamente a la experiencia de cuerpo referida a una determinada cosmovisión y al lugar en el que se sitúa el pueblo. En el caso de los nahuas prehispánicos es claro como se consideraban los responsables de sostener el cielo-sol a través de la sangre y el corazón de los sacrificados. Sin esta relación es incomprensible la práctica sacrificial de los mexicas. Por su parte para los otomíes su cuerpo es tomado – a través del trance- por las deidades de la tierra y el inframundo para comunicarse con los humanos y a través de ello pueden tratar también las enfermedades.

- B. Cada cultura comprende la salud-enfermedad de acuerdo a su corporeidad. Esto quiere decir que la comprensión de salud-enfermedad es un fenómeno relativo a la cultura. Determinada corporeidad implica una determina forma de entender la salud y la enfermedad. Este aspecto genera una dificultad para traducir (decodificar) los problemas de salud de una determinada cultura en los términos de otra.

El ejemplo clásico es el mal de ojo, enfermedad fundamental para los grupos indígenas y que no tiene traducción para la medicina occidental moderna. Esta enfermedad se quiso traducir al inicio como conjuntivitis o como un proceso infeccioso lo que llevó distorsionar el fenómeno tratando de reducirlo a un proceso orgánico. La verdad es que el mal de ojo es un proceso bio-psico-social con un contenido metafísico o sagrado que no es

traducible al lenguaje médico habitual. El mal de ojo sólo⁴ es comprensible acudiendo al sistema frío-calor mesoamericano en el que a mayor calor mayor poder de influencia sobre los procesos de los otros. Es una enfermedad producto de la relación de una persona con mayor poder que otra y su influencia negativa. La explicación es más social que biológica incluso más social que psicológica. Aunque el sentido tiene una dimensión de fuerzas en juego de lo sagrado. En la concepción europea del Renacimiento se puede encontrar mal de ojo en relación con la brujería sin embargo, esto se ha prestado a confusión al asumir que se trata de la misma enfermedad. La distinción se encuentra al referirse al concepto de cuerpo y a la cosmovisión. Entre los indígenas mesoamericanos el mal de ojo se relaciona con las entidades anímicas particularmente con el tonalli. Entre los otomíes es la fuerza del *nzahki* (fuerza vital) la que determina el daño. Otro ejemplo similar es el susto enfermedad común en los grupos indígenas y que parte de la pérdida o salida abrupta del *tonalli* –entidad anímica en la corporeidad mesoamericana que se localiza preferentemente en la cabeza- que ocasiona alteraciones bio-psico-sociales al sujeto.⁵ No existe una traducción adecuada a la nosología médica occidental actual.

- C. Cada cultura experimenta de una forma específica el proceso de salud enfermedad. Hablamos de experiencia social -que comprende la individual- en virtud de que existen mecanismos sociales no sólo de representación sino moduladores de la experiencia dentro de los que se encuentran los mecanismos de control de los cuerpos entre ellos la medicina misma, la higiene, las prácticas culturales de consumo de alimentos, reguladores del sueño y de la actividad física incluyendo el trabajo, etcétera. Estos moduladores generan procesos bio-psico-sociales propios. Por ejemplo una

⁴ En esta ponencia mi interés es discutir sobre la categoría de salud-enfermedad y su utilidad en antropología por ello pongo ejemplos ya trabajados en antropología como el susto y mal de ojo pero no me extiendo en su explicación etnográfica. Si se quiere ampliar al respecto se puede consultar Galinier (2012:370), Van de Fliert, (1988:204-207) ; Antonella Fagetti (2010a: 211 y 2010b) y Báez Cubero et al (2014:67)

⁵ Sobre la visión mesoamericana de cuerpo puede consultarse López Austin (2012) o el texto citado de Aguado (2011).

maldición realizada por un chamán genera cambios en el orden de lo social, de lo psicológico pero también de lo biológico.

Un ejemplo relativamente reciente (marzo del 2006) y ampliamente conocido en México fue la epidemia que surgió en una escuela de señoritas “Villa de las niñas” dirigida por monjas Coreanas en Chalco y que generó un escándalo en su momento porque alcanzó a más de 600 alumnas enfermas de algo que no se pudo tipificar más que como una histeria colectiva⁶ después de diversos estudios médicos en los que se descartó enfermedad orgánica. Las alumnas y algunas de las novicias empezaron a presentar problemas para la deambulacion y algunas franca parálisis, dolores en articulaciones e incluso vómito. Este fenómeno se originó con una maldición de una alumna de origen oaxaqueña y con claros referentes indígenas (con familiares chamanes)⁷. Esta misma alumna manejaba la güija lo que propició un conflicto intercultural que voy explicar. Se enfrentaron visiones tradicionales católicas que consideraron el fenómeno como posesión demoniaca por la güija; visiones indígenas en el que la brujería tiene una pertinencia y la mirada médica-psiquiátrica que evaluó la situación como psicósomática. El desencuentro generó mayor reacción de parte de las enfermas al confirmarles que su enfermedad no tenía origen orgánico la opción, en su perspectiva, eran fuerzas sobrenaturales.

En síntesis una determinada corporeidad no sólo radica en las formas de significar los síntomas sino modifica las respuestas somáticas de los involucrados. Los grupos otomíes tienen prácticas curativas-chamánicas en las que el *bädi* o chamán otomí entra en trance y se convierte en el vehículo de las divinidades vinculadas al inframundo y a la tierra. Otro ejemplo en la cultura occidental es como cada vez más las mujeres se prestan a prácticas obstétricas medicalizadas y que privilegian el tiempo y la anestesia sobre el proceso normal de un parto. Se habla de un abuso de cesáreas tanto en el

⁶ Véase periódico La Jornada 28 de marzo de 2006

⁷ Este fenómeno lo ha documentado Arriagada M. (2016). Tuve la oportunidad, en lo personal, de dirigir a Arriagada y asesorar a los psicoanalistas que trabajaron directamente con las afectadas por lo que mi información es de primera mano.

ámbito público como privado pero no se hace nada, o muy poco, para evitarlas.

Una primera conclusión para la investigación antropológica es que **la salud tiene que analizarse como la condición bio-psico-social idónea de acuerdo a la corporeidad propia de la cultura.** Sin embargo, cada cultura tiene variantes dentro de sí misma que hay que contemplar con base en clase social, género, generación y etnia; es decir, de acuerdo a los niveles de identidad de la cultura considerada. Además la corporeidad es un proceso dinámico lo que obliga a referirla siempre a un espacio-tiempo determinado (histórico social).

El término idóneo requiere cierta explicación: pensamos en idóneo como adecuado-apropiado para una determinada función. La corporeidad parte de las funciones básicas biológicas genéticamente determinadas pero las va adecuando-apropiando de acuerdo a los requerimientos del medio a través de la experiencia acumulada de la cultura. Esto implica que para cada cultura hay una adecuación propia de acuerdo a su historia. Si lo ubicamos en un pueblo guerrero como los sioux o los nahuas prehispánicos la adecuación será dirigida a esa identidad guerrera y las competencias para considerar salud-enfermedad parten de ese propósito. En esta perspectiva un miembro de esa cultura que no cumpla con los requerimientos y exigencias mínimas de un guerrero tendrá un problema de “enfermedad” (capacidad de entrega en el combate, valor, control del miedo, control de la ira, resistencia al dolor, etcétera). En una cultura en las que no existan dichas exigencias la misma persona no tendría un problema de salud. Alguien tímido, temeroso, irascible, con baja resistencia al dolor y que evade el conflicto podría ser un competente administrador por ejemplo y no considerarse con un problema de salud.

A continuación presento algunos elementos etnográficos a manera de ilustración que han ido surgiendo en el trabajo de investigación con un grupo otomí migrante a la Ciudad de México y que nos permiten ilustrar la capacidad heurística de nuestra propuesta conceptual.

Esta aproximación conceptual al proceso de salud lo pondré en juego en el análisis etnográfico del grupo otomí radicado en la colonia Roma de la Ciudad de

México, con el que he venido trabajando los últimos años. Con el propósito de señalar algunos aspectos claves en la salud de los habitantes de ese condominio presentaremos algunos datos etnográficos a manera de ilustración sobre los tópicos claves relacionados con la salud de este grupo indígena migrante. No pretendo realizar un diagnóstico de salud-enfermedad exhaustivo sino mostrar algunos aspectos que pasan desapercibidos bajo una mirada médica occidental moderna.

Otomíes migrantes a la Ciudad de México una reflexión etnográfica sobre salud-enfermedad-atención⁸

El grupo ñähño con el que hemos trabajado habita en la colonia Roma desde hace más de dos décadas. Lograron que les construyeran unos departamentos en condominio después de una lucha social. Este grupo étnico ñähño es originario de Amealco, Santiago Mexquititlán, Querétaro. Pueblo que ha sido históricamente otomí (desde el siglo XVI se puede observar el proceso de desplazamiento indígena) y que es generador de múltiples migraciones hacia la Ciudad de Querétaro, la Ciudad de México, Guadalajara, Baja California, Estados Unidos y Canadá. Es una comunidad de habla ñähño cuya economía se sustenta en la agricultura, la artesanía tradicional y el comercio. Desde muy temprano la ganadería ha generado una presión sobre la tierra desplazando a la agricultura tradicional. Esto y el creciente incremento poblacional genera escasez de tierras. Además de las condiciones de explotación y despojo que han sido históricamente documentadas han propiciado el empobrecimiento de este sector indígena, que nos explica el un flujo constante de migrantes hacia otras latitudes (Vázquez y Prieto, 2011)⁹

⁸ Tomo el término de Menéndez (1993 y 2016)

⁹ Para una panorámica histórica consultese: Valverde López, Adrián, "Santiago Mexquititlán: un pueblo de indios, siglos XVI-XVIII", en *Dimensión Antropológica*, VI 45, enero-abril, 2009, p. 7-44

Sin embargo, como lo mencioné en una comunicación previa¹⁰, los espacios arquitectónicos adecuados para una familia pequeña de clase media urbana no lo son para este grupo indígena.

Esta inadecuación es en sí misma un problema de salud.

1.- Técnicas corporales y proxemia.

Los otomíes en general y este grupo *ñähñu* en particular gustan de sentarse en el suelo y preferentemente en la tierra. Esto es una técnica corporal ancestral mantenida hasta la fecha por el grupo aún cuando cuentan con sillas. Tanto en sus casas en la colonia Roma como en el pueblo de origen Santiago Mexquititlán puede uno observar como las sillas las usan para los invitados o para poner objetos pero a la hora de departir entre ellos o descansar se sientan en el suelo. De cualquier forma se observan pocas sillas en sus hogares. La técnica corporal: sentarse en la tierra –en nuestra interpretación- es coherente con la identidad otomí que se identifica con la tierra. Es decir, no es una práctica sólo utilitaria sino tiene un contenido simbólico asociado al inframundo y al lugar que como pueblo ocupan en el cosmos que corresponde con la mitad inferior del cosmos¹¹.

Los pisos de cemento –considerados higiénicos- en el modelo occidental de vivienda pueden no serlo para este grupo indígena. La costumbre de sentarse en el suelo y de escupir en el mismo funciona mejor con piso de tierra. En el pueblo la convivencia con animales domésticos (perros, gatos, gallinas, guajolotes) hace que el piso de tierra sea más conveniente por su capacidad de absorción de excreciones (orina, excremento, saliva, moco). Si un niño pequeño se orina no implica mayor problema.¹² Los pisos de cemento requieren una limpieza cotidiana con sustancias antisépticas que los otomíes con los que trabajamos no pueden realizar con la frecuencia necesaria por sus requerimientos laborales (falta de tiempo) y por que sube el costo del mantenimiento doméstico.

2.- Tiempo y vida cotidiana.

¹⁰ Aguado J. Carlos. “Análisis etnológico de la proxemia de un grupo otomí migrante a la Ciudad de México” en *Revista Alteridades* núm. 53, ene-jul 2017, pp. 83-94

¹¹ Galinier (2012)

¹² Uno de los programas de salubridad para sectores marginales y rurales es ponerles a todos piso de cemento. Habría que revisar lo adecuado o inadecuado de dicha medida.

En una comunicación previa¹³ analizamos los tiempos cotidianos de este grupo de migrantes, resumo brevemente: las madres otomíes migrantes se convierten en las principales proveedoras del hogar y frecuentemente las únicas. Esto les implica textualmente una doble jornada. Salen a trabajar todo el día a la venta de artesanías y dulces y regresan en la tarde-noche. Nos ha tocado constatar, repetidas veces, que a las 9 am están dormidas porque se acostaron en la madrugada en algún día de venta especial (feriados por ejemplo). Estas madres llegan al hogar a ver que hicieron los hijos, a limpiar, lavar, hacer de comer, etcétera. El dicho repetido por ellas es **no tengo tiempo** y en efecto no cuentan con tiempo para todo, cuando hay algún tiempo disponible (día de descanso por ejemplo) lo utilizan para lavar (con problemas adicionales porque hay escasez de agua). Cuando no realizan labores domésticas aprovechan para compartir en familia que es una costumbre importante en este grupo y que en condiciones de migración se ha limitado mucho. El manejo del tiempo es uno de los aspectos de la vida cotidiana que permite la reproducción de la identidad. Los tiempos en el pueblo de origen le permiten a la mujer recrear un *roll* femenino que en la concepción otomí se vincula con la fertilidad, con la tierra y que se asocia al cuidado del hogar. Estos tiempos están afectados en este grupo en condiciones de migración porque la mujer tiene que cubrir tanto la función tradicional femenina como la masculina al volverse el principal proveedor del hogar y perder la referencia agrícola.

3.- Contaminación y manejo de residuos.

La basura es también un problema de clasificación. Para el campesino un terreno sucio puede ser un terreno lleno de hierba aunque no tenga residuos ni orgánicos ni inorgánicos. En la ciudad el concepto de basura predominante tiene que ver con todo lo que “ya no sirve” o hay que desechar. La idea de reciclar y reusar es reciente y no ha permeado la ideología urbana. En el campo la idea de reusar y reciclar es muy común por ello hay muchas cosas que no se consideran basura

¹³ Aguado J, Carlos. *Identidades sociales, Identidad de género, identidad étnica y corporeidad* ponencia presentada en las Séptimas Jornadas sobre Etnografía y Métodos Cualitativos, organizado por el Centro de Antropología Social del IDES, Buenos Aires, Argentina 14, 15 y 16 de agosto del 2013.

que en la ciudad son inaceptables. En el condominio que nos ocupa se pueden observar montones de “basura” en los pasillos, en los lugares de uso común. Esto en el pueblo de origen –en donde cada casa tiene un espacio amplio y está separada del vecino por 100 o 200 metros- no implica una molestia para la comunidad guardar algunos objetos con el propósito de reutilizarlos o venderlos. En los edificios de departamentos donde habitan los otomíes es motivo de fricción, rechazo y juicio por parte de otros vecinos no otomíes, los consideran sucios, desordenados, desconsiderados, etcétera. El material orgánico en las visiones campesinas es considerado un potencial abono. Ideológicamente no se caracteriza como *sucio*. La mirada médica occidental moderna lo orgánico es por excelencia fuente de infecciones y por ello clasificado como sucio.

Por ejemplo una labor simple y cotidiana como barrer se convierte en motivo de conflicto en razón de que el que barre del tercer piso arroja la basura al patio o a los pisos de abajo. Esto implica un motivo permanente de desencuentro vecinal. La espacialidad vertical es ajena a la tradición indígena otomí. El manejo de residuos no afecta sólo el tránsito, y la vista sino también los olores que se comparten en el edificio.

Por último hay una contaminación –muy urbana- de sonidos, música, ruido, genera también problemas porque los departamentos son permeados por el sonido con facilidad. Las distancias del Pueblo de origen hacen que cada quien pueda manejar su música sin afectaciones al vecino.

4. Sexualidad.

La práctica erótica es uno de los aspectos que han distinguido históricamente a los otomíes, para los nahuas prehispánicos sus vecinos otomíes realizaban en forma excesiva la sexualidad y eran vistos como lujuriosos:

...la descripción de las mujeres otomíes, pueblo criticado por los nahuas por ser lujuriosos, vestir atuendos que no correspondían a las jerarquías sociales impuestas por los mexicas, gustar del maíz tierno, no almacenar cosechas, tener reglas para el consumo del pulque más relajadas que las mexicas,

fiereza de sus guerreros, y especialización en el trabajo de las fibras duras (Sahagún 2002: t. II, lib. X, cap. XXIX, párr. sexto, 960-964).¹⁴

El erotismo y la sexualidad entre los otomíes no sólo es importante por su sentido vinculado a la fertilidad y al deseo sino porque es una de las funciones asociadas a la tierra, la fertilidad, la creación y el inframundo en las que ellos se ubican como representantes de esa parte del cosmos (la mitad del mundo). Es decir, hay un proceso de identidad que define una corporeidad específica y diferenciable de sus vecinos históricos nahuas.

Entre los otomíes es común y pertinente en la conversación las alusiones cotidianas a la sexualidad y al erotismo. Los cantos carnavalescos, menciona Galinier (1990), se caracterizan por expresar una sexualidad exacerbada. Este es un ejemplo muy claro de cómo la corporeidad de una cultura establece los criterios de idoneidad y determina la salud. Para los otomíes, a diferencia por ejemplo de los nahuas históricos, la práctica repetida (diez veces? decían los nahuas) del coito es deseable y necesaria. En el grupo ñähñu de la Roma esto se refleja de varias formas: embarazos tempranos, que en ocasiones terminan en abortos provocados o en madres adolescentes¹⁵; mujeres que al ser abandonadas por su marido se vinculan con otra pareja sexual que funge como acompañante pero no asume las funciones paternas. Algunos conflictos en la comunidad tienen que ver con relaciones adúlteras entre los miembros que generaron rupturas familiares y división comunitaria como abundaré más adelante.

A nivel doméstico los cuartos son escasos y pequeños y albergan familias numerosas que practican la sexualidad en condiciones de promiscuidad. Aunque esto puede suceder en el pueblo de origen. En Santiago Mexquititlan los padres

¹⁴ Cita tomada de López Hernández Miriam "Ahuianime: las seductoras del mundo nahua prehispánico" *Revista Española de Antropología Americana* vol 42, núm 2 , pág. 410, 2012 pp. 401-423

¹⁵ El embarazo temprano es común en nuestro país pero, obedece a diferentes causas. En el grupo que nos ocupa existe una concepción ideológica que favorece el ejercicio temprano de la sexualidad incluyendo sus consecuencias como hacer pareja temprano y tener hijos. Aunque ya tenemos datos de contradicciones en este punto entre ellos mismos.

tienen más tiempo y más espacio para realizar su intimidad sin presencia de otros miembros de la familia.

5.- Salud mental.

Observamos que uno de los problemas de salud mental más significativos (dicho por ellos mismos) son las adicciones de los jóvenes masculinos. Adicción sobre todo a los inhalantes aunque consumen marihuana y ocasionalmente cocaína. También se consume alcohol con frecuencia. Considero que estos jóvenes varones (algunos empiezan temprano desde los 10 años) son fácil presa de esta disposición en razón de varios factores:

- a) Ausencia de las figuras parentales la mayor parte del día
- b) Ausencia de la figura paterna como autoridad en muchas familias.
- c) Una experiencia de abandono temprano
- d) Conflictos interculturales con los vecinos y en la escuela (rechazo, incompreensión, discriminación) que provoca el abandono de los estudios.
- e) Problemas de desocupación y subocupación entre los jóvenes varones.
- f) Sostén femenino del hogar tanto en su manutención como en la vida doméstica
- g) La promiscuidad, ya mencionada por problemas de espacio, favorece las fantasías incestuosas (y sus posibles *acting-out*).

Estos son factores comunes a otros grupos urbanos. Sin embargo, un factor cultural específico es que entre los otomíes el consumo de Santa Rosa (*Cannabis sativa*) y en ocasiones otros psicotrópicos (*Datura stramonium*) de forma ritual, propicia una disposición hacia los psicoactivos de mayor tolerancia. Es decir, una corporeidad que comprende los psicoactivos como formas de inducir el trance, necesario para la comunicación con los ancestros (*antigüas*) y para la sanación, y que resulta útil para enfrentar el vacío. Esto no es la causa de la adicción pero resulta un recurso paliativo frente al abandono (afectivo, social).¹⁶

Otro problema que afecta la salud mental de los habitantes de esta comunidad otomí tiene que ver con una tradición que consiste en que los recién casados o las

¹⁶ Para ampliar este aspecto véase Lourdes Báez Cubero "El uso ritual de la *santa Rosa* entre los otomíes orientales de Hidalgo: el caso de Santa Ana Hueytlalpan". En Revista Cuicuilco vol.19 no.53 México ene./abr. 2012.

parejas jóvenes viven los primeros años en casa de los padres del esposo y la suegra cumple una función de educadora, sostén y apoyo con los hijos mientras la pareja crece y se estabiliza. En condiciones de migración las parejas jóvenes con hijos tienen que hacerse cargo solos de esta responsabilidad. Una joven en esta condición nos expresaba su sensación de desvalidez hablando de no tener apoyo familiar (como en el pueblo) para la educación de los hijos. Otra mujer cabeza de familia, con hijos mayores se sentía impotente para resolver (sola) el problema de su hijo en relación con la adicción a las drogas.

6.- Nutrición. El grupo otomí migrante que nos ocupa ha modificado sus prácticas de alimentación en parte por la propia disponibilidad de alimentos que es diferente en la ciudad que en el pueblo, pero en parte por sus propias condiciones cotidianas. Las madres salen a trabajar durante todo el día y los momentos de alimentación se han modificado a partir de esta rutina laboral. La madre ya no puede hacer por ejemplo las tortillas a mano en la vida cotidiana. Los hijos frecuentemente comen solos atendidos por una hermana mayor o por algún familiar. Hemos encontrado niños con hambre porque no desayunaron que buscan alimento con los vecinos o con los vendedores ambulantes de la calle. Vimos como el vendedor de tamales les regalaba algunos a los niños.

Como el producto que ocupan para comercializar son dulces, lo inmediatamente disponible para los niños son azúcares. Cuando obtienen alguna moneda en la calle es común que la utilicen para comprar frituras de harina de trigo. Algunos venden las mismas frituras como forma de sostén y consumen el producto. Los niños que asisten a la escuela no llevan refrigerio en parte porque las condiciones económicas de muchas familias son precarias, pero en parte porque las madres se encuentran sobrecargadas de actividades. El problema nutricional afecta sobre todo a los niños y se agrava con problemas gastrointestinales que son comunes debido a que el cuidado de los niños pequeños queda a cargo de sus propios hermanos y los niños pequeños se llevan a la boca lo que encuentran en el suelo.

Un joven, que tenía un problema de consumo de drogas, se quejaba de que no le gustaba comer solo (sin su madre). La madre trató de corregir esto regresando a casa más temprano para comer con sus hijos.

Pudimos observar una nutrición muy cargada hacia los carbohidratos, con pocas proteínas y grasa, problema común entre los sectores empobrecidos de la ciudad.¹⁷ La alimentación de este grupo ñähñu está afectada por la migración tanto en su dimensión biológica (desnutrición-malnutrición) como en su condición psicosocial. Han perdido los momentos de convivencia familiar y comunitaria alrededor de la comida cotidiana. Durante las festividades esto es particularmente significativo y muchos de ellos ya no han podido asistir a Santiago, su lugar de origen, por problemas de orden económico.

7.- Percepción sobre enfermedades

El desencuentro intercultural en el área de salud es particularmente significativo. Los indígenas en general y los otomíes en particular tienen una visión de cuerpo en la que no se separan los factores biológicos de los psicológicos ni de los sociales. Para el grupo otomí el cuerpo la palabra que se utiliza para cuerpo (jäi) es a su vez utilizada para gente, útero y en general lo humano. En su concepción no hay esta separación entre cuerpo y mente característica de occidente. La dinámica de la corporeidad otomí se concibe a partir de energías vitales como el *nzahki* que está en los huesos, el pene, la vagina pero que se concentra en el centro del cuerpo (corazón-estómago). *El nahki* es una energía que se encuentra en el cuerpo pero que se comparte con el cosmos. Es una energía por ello que puede ser perturbada tanto en la persona como en los puntos clave del entorno: cuevas, montes, ríos, etcétera. Por ello una enfermedad no es concebida como un fenómeno individual solamente sino como un desequilibrio del cosmos. Por esto los procedimientos de sanación parten de este principio.

¹⁷ La epidemia de obesidad y diabetes en nuestro país tiene como factor nutricional clave el consumo excesivo de carbohidratos.

La energía relacionada con la sexualidad se le denomina *tezã* que es una envoltura genital y que se asocia a las funciones sexuales: menstruación cópula, etcétera, particularmente relevante en la comprensión de la vida-muerte y por ende de la enfermedad.¹⁸

En la mirada otomí los factores metafísicos para ocasionar enfermedad están presentes. Habitan un cosmos en el que hay entidades sagradas que pueden enfermar y ocasionar daño. Las antiguas, que son los ancestros mitificados, pueden generar salud, prosperidad y bienestar pero, también pueden generar lo contrario. Eso depende de la conducta alrededor de los rituales y celebraciones religiosas o de sanación. En este grupo étnico existe la figura del *charro negro* y de *la llorona* como entidades sobrenaturales resignificadas que pueden hacer daño y enfermar. Es común escuchar que educan a los niños señalando la presencia de dichos personajes: “no se suban a la azotea porque está el charro negro”. Como se puede apreciar la mirada del médico alópata no sólo está alejada de esta concepción sino hay un verdadero desencuentro ideológico intercultural.

El grupo ñähñu que nos ocupa comparte este cosmovisión. Sin embargo, hay ajustes ideológicos recientes que generan conflicto. Por ejemplo: algunos han pasado de un catolicismo popular a un cristianismo protestante. Otros han incorporado a sus creencias a la Santa muerte. Todo esto no hace que desaparezcan las creencias originales pero genera contradicciones al recurrir o no a alternativas tradicionales de curación como el *bãdi*¹⁹. También genera conflicto con la atención médica alopática. Se sienten maltratados e incomprendidos en el Centro de Salud por lo que evitan asistir ahí como primer recurso. Lo primero es la autoatención, cuando no funciona recurren a medicina popular incluyendo regresar a su pueblo y asisten a las instituciones de salud como último recurso.

8.- Salud comunitaria

¹⁸ No me puedo extender en este tema por razones de espacio pero se puede consultar a Mendoza (2015) y a Galinier (1990)

¹⁹ Véase al respecto de la función del *bãdi* y el uso de psicotrópicos entre los otomíes a Lourdes Báez Cubero (2012) Opus Cit.

En el trabajo de campo que hemos realizado a través de los últimos años hemos utilizado una metodología que integra la investigación social con el desarrollo comunitario denominada *Psicocomunidad*.²⁰ Con esta metodología elaboramos en principio un diagnóstico psicosocial que hemos venido afinando a través de los años y que nos permite señalar algunos aspectos claves de la dinámica comunitaria. Como lo señalé antes en el artículo citado de la *Revista Alteridades*, la comunidad vive una crisis de identidad en la que se han visto afectadas las relaciones horizontales y comunitarias entre los miembros de la etnia. La lucha realizada para la obtención del predio y la construcción de los condominios fue exitosa en términos de logros. Pero, una vez pasado el momento de lucha, el grupo se fragmentó al haber conflicto entre los líderes. Al parecer la circunstancia es que uno de ellos tuvo relaciones extramaritales con la hija de otro. Una situación que incluso generó un embarazo. Esto trajo crisis familiar y comunitaria y por supuesto una imposibilidad para resolver el conflicto. Uno de los líderes tuvo que salir del predio y se separó de su esposa. Esto mantiene a la comunidad otomí dividida de manera permanente lo que se refleja en la imposibilidad de tomar acuerdos con todas las familias. También se refleja en dificultades para el pago de servicios, arreglo del edificio, etcétera. Esta circunstancia que parece un problema doméstico en realidad se constituyó en un hito de ruptura comunitaria favoreció la división y la envidia entre sus miembros e impide que funcionen como unidad. Es decir, devino en crisis identitaria social.

En estas condiciones el grupo presenta una mayor vulnerabilidad debido a que cuando la red familiar es insuficiente se recurre a la red comunitaria. En este caso esto ha sido imposible por la situación descrita y cada familia tiene que enfrentar prácticamente sola su situación económica y emocional. Entre los grupos otomíes es común ver como la red comunitaria es fundamental para enfrentar momentos de carencia y enfrentar dificultades mayores. Este grupo ha sufrido una verdadera

²⁰ *Psicocomunidad* es una metodología generada en 1970 por los Dres. José Cueli y Carlos Biro. Se aplica el encuadre psicoanalítico modificado al trabajo comunitario. En mi caso he trabajado con esta metodología en los últimos 40 años con resultados alentadores aunque, recientemente la he aplicado a la investigación antropológica (5 años). Si se quiere ampliar al respecto véase: Aguado (2016 y 2017)

afectación social de la que no se ha podido reponer en estos años a pesar de los esfuerzos de algunos y algunas líderes de la comunidad. La crisis de identidad no se reduce al conflicto descrito es un momento de adaptación que corresponde con su condición de migrante en condiciones desfavorables. Los grupos indígenas y en particular el grupo otomí se han caracterizado por su gran capacidad de adaptación al medio. Sin embargo, las condiciones urbanas actuales con una problemática social compleja en la que la desigualdad social se ha incrementado en las últimas dos décadas, y en donde los problemas de desempleo y violencia están lejos de resolverse, la afectación a las comunidades indígenas es mayúscula porque se agregan los problemas de discriminación y de incomprensión intercultural.

A manera de conclusión

Decíamos antes que **la salud tiene que analizarse como la condición bio-psico-social idónea de acuerdo a la corporeidad propia de la cultura y a su condición histórico social**. En este caso señalamos algunos ejemplos que ilustran este concepto. Para el grupo ñähñu que nos ocupa se tiene que analizar el proceso de salud-enfermedad-atención de acuerdo a su condición étnica migrante a la ciudad. En este sentido el elemento clave para comprender su situación de salud y sus prioridades es la necesidad de adaptación y sobrevivencia a un medio urbano ajeno y hostil. Lo idóneo en este caso pasa necesariamente por la resistencia cotidiana. Mantenerse en los mínimos necesarios para permanecer en el lugar. Esto implica, en este caso, perder algunas ventajas cotidianas como la convivencia familiar y comunitaria. Costos altos para una comunidad que requiere reestructurar su red comunitaria. A pesar de las dificultades, observamos que varios jóvenes de ambos sexos han logrado estudiar hasta la licenciatura e incluso algunos al posgrado. Su presencia política y participación social es significativa y sus relaciones con otros grupos indígenas se ha mantenido en el tiempo. Sus líderes se mantienen activos y vinculados a organizaciones sociales y

gubernamentales y generan intervenciones educativas y laborales (cooperativas por ejemplo) que les ayudan a sostenerse y a crecer como familia, lo que nos habla de su gran capacidad de resiliencia, mucho por recursos propios de la etnia y otros adquiridos en las nuevas condiciones.

En cuanto a la corporeidad podemos observar que ellos mantienen dentro de su domicilio e incluso fuera el sentarse y acostarse en el suelo, esto les genera cierto rechazo por los vecinos. Han modificado los departamentos por ejemplo quitando puertas, poniendo rejas en los pasillos de acceso. Su alimentación, horarios de dormir y de convivencia han tenido que modificarse por las exigencias laborales. Sus actos rituales se conservan pero, con algunas dificultades para mantener su participación en las festividades religiosas tradicionales por problemas económicos e incluso ideológicos (cambio de religión).

Recurrir al curador tradicional sigue siendo una opción (bädi), pero hay que ir al pueblo por él. Algunos protestantes tienen procedimientos semejantes de curación como el trance y posesión (los espiritualistas trinitarios marianos) y en los rituales de la Santa Muerte existen prácticas similares a las tradicionalmente usadas por la etnia otomí (veneración a los seres del inframundo). Se puede observar en síntesis un proceso de adaptación que pasa por la re-significación, la hibridación y el mestizaje de las practicas tradicionales. Todo esto como estrategias de sobrevivencia en medios adversos al grupo como lo es la Ciudad de México para los grupos indígenas.

Bibliografía

1. Aguado, J. Carlos, Cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad, 1a. Reimpresión, Instituto de Investigaciones Antropológicas/Facultad de medicina de la UNAM, México, 2011.
2. Aguado J. Carlos “Interculturalidad, corporeidad e identidad” en Campos R. (comp.) Antropología médica e interculturalidad, Ed. Mc Graw Hill/ UNAM, México, 2016, pp. 59-67.
3. Aguado J. Carlos. “Análisis etnológico de la proxemia de un grupo otomí migrante a la Ciudad de México” en *Revista Alteridades* núm. 53, ene-jul 2017, pp. 83-94.
4. Alcántara Moreno Gustavo, La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, vol. 9, núm. 1, junio del 2008, pp. 93-107. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Caracas, Venezuela. ISSN: 1317-5815
5. Arriagada Maira. “Somatización colectiva y conflicto intercultural en un internado escolar en Chalco, Estado de México” en *Revista Brasileira de Sociología de Emoção* vol. 15 núm. 43 abril 2016, ISSN 1676-8965.

6. Báez Cubero L. "El uso ritual de la *santa Rosa* entre los otomíes orientales de Hidalgo: el caso de Santa Ana Hueytlalpan". *Revista Cuicuilco* vol.19 no.53 México ene./abr. 2012.
7. Báez Cubero Lourdes, "Los ropajes del cuerpo. El saber ritual, oniromancia y transformación en el mundo otomí del Estado de Hidalgo" en Bartolomé Miguel y A. Barabas (coord.), Los sueños y los días: chamanismo y nahualismo en el México actual, volumen V. Pueblos otomíes, huastecos, pames, totonacos y purépechas. Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2014.
8. Canguilhem G. El conocimiento de la vida, Ed. Anagrama, España,1976.
9. Fagetti Antonella, M. L. River Mar y M. E. D'Aubeterre. "Migración trasnacional y medicina tradicional". *Revista Pueblo y Fronteras, digital*, México, 2010a.
10. _____ Iniciaciones, trances, sueños...investigaciones sobre chamanismo en México, ICSyH-BUAP y Plaza y Valdés,, México, 2010b
11. Galinier, Jacques, La mitad del mundo. Cuerpo y cosmos en los rituales otomíes. Traducción de Ángela Ochoa y Haydée Silva. Ed. Centro de estudios mexicanos y centroamericanos/ Instituto Nacional Indigenista/ Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1990, ISBN 9789683611086 746 pág.
12. Galinier, Jacques, "Equilibrio y desequilibrio en el cosmos. Concepciones de los otomíes orientales, en los pueblos indígenas de Hidalgo". En Báez Cubero Lourdes (coord.), Los pueblos indígenas de Hidalgo : atlas etnográfico 1era edición. México, D.F. : Gobierno del Estado de Hidalgo : Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2012.
13. López Austin, Alfredo, Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas, Instituto de Investigaciones Antropológicas/UNAM, México, 2012.
14. López Hernández, Miriam. "*Ahuianime*: las seductoras del mundo nahua prehispánico". *Revista Española de Antropología Americana*, vol. 42, núm. 2, pág. 410, 2012, pp. 401-423.
15. López O., J. A. Rivera y J. Blanco. "Determinantes sociales y salud/enfermedad en México", en M. De C. Chapela y M. E. Contreras. La salud en México, UAM, México, 2011.
16. López S. y otros. "Concepciones sobre salud, la enfermedad y el cuerpo en los siglos XIX y XX" en M. De C. Chapela y M. E. Contreras. La salud en México, UAM, México, 2011.

17. Maturana Humberto. La realidad ¿objetiva o construida? Anthropos/U. Iberoamericana/ ITESO, España, 2009.
18. Mendoza Roberto, "La resignificación de la identidad otomí. *Nzahki*: la construcción de persona en grupos de otomíes jóvenes migrantes contemporáneos a través de rituales curativos." Tesis de maestría en Estudios Mesoamericanos, México. octubre 2015.
19. Menéndez E. "Familia, participación social y proceso de salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica" en Francisco Javier Mercado y otros. Familia, salud y sociedad, Experiencias de investigación en México, Ed. Universidad de Guadalajara/ Instituto Nacional de Salud Pública/Centro de Investigación y Estudios Superiores de Antropología Social/ El Colegio de Sonora, México, 1993.
20. Menéndez E. "Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos" en Campos R. (comp.) Antropología médica e interculturalidad, Ed. Mc Graw Hill/ UNAM, México, 2016, pp. 297-320.
21. Morin, Edgar. Introducción al pensamiento complejo, Ed. Gedisa, México 2008.
22. Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En Martínez, F., Castellanos, P. L., Navarro, V., *Salud Pública* (pp. 49-54). Ciudad de México: Mc Graw-Hill.
23. Vázquez Alejandro y Diego Prieto (coordinadores),. Indios en la ciudad. Identidad, vida cotidiana e inclusión de la población indígena en la metrópoli queretana. CONACULTA/INAH/ CONACYT, México, 2011.
24. Valverde López, Adrián, "Santiago Mexquititlán: un pueblo de indios, siglos XVI-XVIII", en *Dimensión Antropológica*, VI 45, enero-abril, 2009, p. 7-44
25. Van de Fliert, Leticia, Otomí en Busca de la Vida, Volumen 6 de la Colección encuentro. Universidad Autónoma de Querétaro, México, 1988.