

AMI



52 / dicembre 2021

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPELLI



In copertina

Ambainde TEMBINI (Donoban, Ondugu, Mali), accanto ai suoi feticci. Qui Ambainde è intento a preparare delle piccole strisce di cotone: dopo aver raccolto su di esse qualche goccia di sangue della paziente, le inchiederà su un albero-altare, “fissando” su quest’ultimo il male. (Foto: © Roberto Beneduce, 2008)



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di “longevità”, risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

52

dicembre 2021
December 2021



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

Roberto Beneduce, Università di Torino / Donatella Cozzi, vicepresidente della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Chiara Moretti, Università di Bologna / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Maya Pellicciari, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della SIAM, Sapienza Università di Roma / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Torino / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

Comitato scientifico

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ilario Rossi, Université de Lausanne, Svizzera / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Comitato tecnico

Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguaplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

Editor in chief

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Chiara Moretti, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Maya Pellicciari, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Sapienza Università di Roma, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Torino, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Maseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ilario Rossi, Université de Lausanne, Switzerland / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Technical Board

Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguaplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology
Founded by Tullio Seppilli



Indice
Contents

n. 52, dicembre 2021

n. 52, December 2021

Editoriale
Editorial

- 9 Giovanni Pizza
AM 52: Un numero "miscelaneo"
AM 52: A "Miscellaneous" Issue

Saggi

- 11 Laura Faranda
L'eredità intellettuale di Piero Coppo. Dai guaritori dell'altopiano Dogon all'etnopsichiatria radicale
The Intellectual Legacy of Piero Coppo. From Upland's Dogon Healers to Radical Ethnopsychiatry
- 31 Eduardo L. Menéndez
Las relaciones sociales sanan, pero también enferman, matan y controlan. Una reinterpretación de la medicina tradicional
Social Relationships Heal, but They Also Sicken, Kill and Control. A Reinterpretation of Traditional Medicine

Ricerche

- 77 Corinna Sabrina Guerzoni
Fertility Narratives: An Experimental Project of Applied Anthropology within a Fertility Clinic of Southern California
Fertility Narratives: un progetto sperimentale di antropologia applicata all'interno di una clinica di fertilità californiana
- 97 Niccolò Martini
Effigie della mortalità. Analisi dello spazio culturale dell'eutanasia attraverso la prospettiva dei medici dell'Emilia-Romagna
Effigy of Mortality: Analysis of the Cultural Space of Euthanasia through the Perspective of Emilia-Romagna Physicians
- 129 Marcela Perdomo
Me Possessed? Interpreting Spirit Possession through Ethnographic Reflexivity: An Afro-Honduran Case Study
Io posseduta? Un'interpretazione della possessione spiritica attraverso la riflessività etnografica.
Un caso di studio afro-honduregno

Ricerche

- 157 Silvia Stefani
È possibile migliorare i dormitori? Note dall'accoglienza "a bassa soglia" durante l'emergenza pandemica
Can the Shelters Be Improved? Notes from "Low-Threshold" Services During the Pandemic Emergency
- 189 Gioele Zisa
Medicina babilonese e antropologia medica. Sull'efficacia delle terapie per il ripristino del desiderio sessuale maschile in Mesopotamia
Babylonian Medicine and Medical Anthropology. On the Efficacy of the Therapies for the Recovery of Male Sexual Desire in Mesopotamia
- 223 Paolo Zuppi, Junia Klein, Carlo Resti, Elisabetta Rossi, Marta Casini
Il paziente accompagnatore: Dante incontra Virgilio
The Accompanying Patient: Dante Meets Virgil

Recensioni

Donatella Cozzi, *La cura della longevità. Elementi per una antropologia dell'invecchiamento / The Cure for Longevity: Elements for an Anthropology of Aging* [Marta Scaglioni e Francesco Diodati (eds.), *Antropologia dell'invecchiamento e della cura: prospettive globali*], p. 237 • Renato Foschi, *Verso il Sud. La collaborazione fra de Martino e Servadio / Towards the South. The Collaboration Between de Martino and Servadio* [Emilio Servadio, *In viaggio con de Martino nella Lucania rurale tra magia e medicina popolare*], p. 242 • Salvatore Giusto, *La "Grande Trasformazione"? Pandemia, governamentalità e stato sociale nell'Italia dei lockdown sanitari / The "Great Transformation"? Pandemic, Governmentality, and Social Democracy in Locked-Down Italy* [Giorgio Agamben, *A che punto siamo? L'epidemia come politica*; Chiara Moretti, *Il Senso della Colpa ai tempi del Covid-19*], p. 248 • Pompeo Martelli, *Interrogare il senso della crisi. La Consultazione Culturale / Examining the Crisis' Meaning: A Cultural Consultation* [Laurence J. Kirmayer, Jaswant Guzder, Cécile Rousseau (eds.), *La Consultazione Culturale. L'incontro con l'altro nella cura della salute mentale*], p. 257 • Marta Scaglioni, *Care in (Eastern) Germany. From Socialism to the Privatization of Social Welfare / La cura in Germania (Orientale). Dal socialismo alla privatizzazione dei servizi sociali* [Tatjana Thelen, *Care/Sorge. Konstruktion, Reproduktion und Auflösung bedeutsamer Bindungen*], p. 261.

Editoriale

AM 52: Un numero “miscellaneo”

Giovanni Pizza

Università di Perugia
[giovanni.pizza@unipg.it]

Questo numero 52 di AM non ha sezioni monografiche e costituisce pertanto, come e forse più di altri, un carotaggio di ciò che la rivista è stata e intende essere: un periodico scientifico che pubblica scritti differenti orientati allo studio delle diverse culture del mondo contemporaneo e che hanno a che fare con questa fortunata branca specialistica dell'antropologia generale, l'antropologia medica. “Miscellaneo” è l'attributo che abbiamo dato, tradizionalmente, a questo fascicolo che raccoglie una varietà di temi e di autorialità, riconducibili, per diverse vie, all'antropologia medica italiana e internazionale, quella fondata, nel nostro Paese, da Tullio Seppilli nei primi anni Cinquanta del secolo scorso.

Piero Coppo, che purtroppo recentemente è venuto a mancare, è stato vicinissimo al nostro fondatore e a noi. Pertanto desidero manifestare la mia gratitudine a Laura Faranda, per avergli dedicato il saggio che apre questo numero “miscellaneo”, non tanto come dovuto ricordo, quanto per affermare il grande contributo che Coppo ci ha dato. Desidero ringraziare anche Roberto Beneduce il quale, proprio in omaggio alla memoria di Piero, ci offre una foto del proprio terreno dogon che abbiamo posto in copertina, e sono grato molto a Eduardo Menéndez, maestro dal Messico dell'antropologia medica mondiale, del quale pubblichiamo la relazione tenuta alla prima presentazione di AM a Roma, in presenza, tra gli altri, del Presidente SIAM, Alessandro Lupo, e della Presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli, Cristina Papa.

Ho definito l'antropologia medica una subdisciplina “fortunata” perché lo penso: siamo stati veramente fortunati a incontrare sulla nostra strada persone del calibro di Tullio Seppilli e non ci scorderemo mai di ricordare il fondatore italiano di questi studi, al quale va la nostra memoria collettiva.

Si prosegue poi con le ricerche di Corinna Guerzoni, sulle narrazioni della fertilità e le loro articolate eterocronie, di Niccolò Martini sull'eutanasia, un tema attuale e complesso, di Marcela Perdomo, sui rituali di possessione in Honduras, argomento che andrà ripreso prossimamente anche per l'Europa, di Silvia Stefani, sul cosa ne è ora dell'accoglienza "a bassa soglia", durante la pandemia a Torino, di Gioele Zisa che, fra antropologia medica e religiosa, ben approfondisce una questione hittita che nei primi anni Ottanta del secolo scorso, fu testata, comparativamente da Alfonso Maria di Nola, e infine del medico Paolo Zuppi, che ora mette insieme diversi operatori per affrontare la questione clinica del rapporto medico-paziente in una chiave pienamente interdisciplinare.

Presentiamo poi recensioni ampie e articolate: sono il nostro modo per affrontare, pluralisticamente, il dibattito in questa disciplina specialistica, che in questo caso volge l'attenzione sia al momento della pandemia contemporanea da Covid-19 sia all'antropologia psichiatrica.

Speriamo così, anche con questo numero "miscellaneo", di avere offerto un ampio ventaglio di temi e problemi.

A presto e... Buon Anno 2022!

*Las relaciones sociales sanan,
pero también enferman, matan y controlan
Una reinterpretación de la medicina tradicional*

Eduardo L. Menéndez

Centro de investigaciones y estudios superiores
en Antropología Social, B CIESAS, México
[emenendez1@yahoo.com.mx]

Para Tullio Seppilli

Abstract

Social Relationships Heal, but They Also Sicken, Kill and Control. A Reinterpretation of Traditional Medicine

In this text I describe and analyze the types of social relationships that are expressed throughout the named traditional diseases, as well as the dominant meaning that said relationships have for the groups and subjects from original Mexican peoples. The main characteristics that arise from our analysis are the following: 1) the tendency to interpret traditional diseases in terms of cosmovision and supernatural aspects, and the secondarization of the role of social relationships; 2) traditional disease as an expression and/or cause of social conflicts amongst groups and subjects, and its provisional relation through social rituals; 3) the fact that a great amount of traditional diseases constitute or express emotions, which are developed through social relationships; 4) the social climate of distrust, fear, insecurity, uncertainty, suspicion and mainly envy, that appears from the causes, signs, symptoms and development of traditional disease; and 5) the central role that social relationship have in the processes of health/sickness/attention/prevention organized around traditional diseases.

Keywords: traditional medicine, social relationships, original peoples, emotions

La Antropología Social, la Sociología y la Psicología social han analizado y fundamentado el papel de las relaciones y rituales sociales en términos generales y de los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (procesos de SEAP) en particular; ya que, sobre todo algunas tendencias disciplinarias, consideran como básicos los rituales y relaciones sociales para la atención y prevención de los padecimientos. Más aún, se ha señalado

reiteradamente que la carrera del enfermo tanto respecto de las enfermedades infectocontagiosas como de las crónico/degenerativas, evidencia la importancia de las relaciones sociales, en la causalidad, transmisión, o prevención de estas enfermedades (MENÉNDEZ 2009), cuestionando además el escaso interés que ha evidenciado la biomedicina en la consideración y, sobre todo, en los usos explicativo y terapéutico de las relaciones y rituales sociales¹.

La secundarización de los rituales y relaciones sociales por la biomedicina contrasta con el papel que tienen, en la causalidad y desarrollo de las enfermedades tradicionales; por lo que en este texto voy a analizar varias de las principales características de la denominada “medicina tradicional” (MT), y especialmente de las enfermedades tradicionales que operan en los grupos originarios mexicanos. Asumiendo que, a través de ellas, se ejercen toda una serie de relaciones sociales que son parte constitutiva de la vida de dichos grupos; inclusive, considero que la MT expresaría algunas de las características básicas de las relaciones sociales que dominan en los pueblos originarios. Por lo que en este texto describiré y analizaré los tipos de relaciones sociales que se expresan a través de las enfermedades tradicionales, así como las significaciones dominantes que dichas relaciones tienen para los sujetos y microgrupos.

La información que presentaré respecto de las enfermedades tradicionales, denominadas también “síndromes de filiación cultural” o “padecimientos culturalmente delimitados”, refieren a México; y las conclusiones que estableceré no pretendo extenderlas mecánicamente a otras sociedades. De tal manera que nuestro análisis corresponde sobre todo a la producción antropológica mexicana y, en segundo lugar, a la producción internacional, especialmente la de los EEUU sobre la MT mexicana. Lo que nos permitirá no sólo analizar las relaciones sociales, sino también observar las orientaciones dominantes de la producción mexicana que, entre otros aspectos, se caracteriza por la exclusión de una serie de características básicas de los procesos de SEAP que operan en los pueblos originarios, especialmente los referidos a mortalidad (ALVAREZ *et al.* 1960)². Aclarando, para evitar malas interpretaciones, que no analizo la MT para cuestionar las orientaciones de los estudios específicos, ya que reconozco sus múltiples aportes³.

El material que presentaré corresponde al conjunto de los pueblos originarios mexicanos, aun cuando en el texto sólo se hacen referencias explícitas a veintiséis de dichos pueblos. La decisión de analizar la MT en el conjunto de dichos pueblos, se basa no sólo en la fuerte similitud que existe en el

tipo de enfermedades tradicionales que padecen y en las actividades terapéuticas que desarrollan; sino también en la similaridad de las condiciones económico/políticas y culturales, así como en las relaciones de hegemonía/subalternidad que caracterizan a los pueblos originarios respecto de los otros sectores de la sociedad mexicana.

La información que analizaré corresponde sobre todo al lapso 1970/2020, asumiendo que durante el mismo hubo cambios sustantivos en las condiciones económico/políticas y culturales de los grupos originarios, así como también en sus procesos de SEAP. Y así observamos que, por lo menos, desde mediados de la década de 1970, ocurre un decremento constante del número de curadores tradicionales, los que, por ejemplo, en Yucatán en el caso de los j'men (chamanes yucatecos) han pasado de ser unos 400 a principios de 1980 a ser, en la actualidad, alrededor de veinte (Güemez en prensa)⁴.

Ahora bien, pese a los cambios de muy diferente tipo generados en los procesos de SEAP que operan en los pueblos originarios; desde la constante expansión de la biomedicina, hasta el descenso de las tasas de mortalidad general y etarias, pasando por el incremento de concepciones religiosas como las evangelistas que cuestionan radicalmente a la MT. Pese a ello, reitero, observamos que las principales enfermedades tradicionales, incluidas la mayoría de sus características, siguen siendo las mismas en todos los grupos étnicos⁵. Este aspecto ha sido señalado por Zolla (*et al.* 1988), y Rubel, O'Neil y Collado (1989) durante la década de los ochenta. Y así, por ejemplo, Rubel (1989:63) concluía respecto del espanto: «Aunque la interpretación del susto varía entre los pueblos y aún entre residentes de un mismo pueblo, es muy impresionante su constancia a través de culturas muy distintas». Y esta persistencia sigue vigente en la actualidad, no sólo respecto del susto, sino de las enfermedades tradicionales en general, lo que ha sido evidenciado por la revisión global de Campos, Sánchez-García y Tascón (en prensa), las compilaciones de Campos (2009, 2011, 2017, 2018, 2019) sobre el empacho, así como por mi propia revisión bibliográfica y experiencias de investigación para el lapso 1970-2020. Lo que sin embargo no niega la existencia de cambios; y no los niega, porque considero que la MT se caracteriza por el cambio como requisito necesario de su persistencia y funcionamiento (MENÉNDEZ 1994; CORTÉZ 2015; RABY 2018).

Las enfermedades tradicionales son relacionales

Considero que, en los pueblos originarios, las enfermedades tradicionales son parte estructural de su vida cotidiana; y por lo tanto las terapéuticas tradicionales cumplen funciones necesarias al contribuir a la sanación de muy diversos padecimientos, al mismo tiempo que la MT provee a la población de interpretaciones respecto de las causalidades, trayectoria y consecuencias de las enfermedades con las que la población convive; reduciendo, por lo menos a nivel simbólico, la ansiedad generada por la amenaza de padecimientos frecuentemente mortales.

Del conjunto de los estudios revisados sobre MT⁶ surge que las principales causas de enfermedad en los grupos étnicos mexicanos son: a) los espíritus y dioses en forma directa o a través de otras entidades, debido al no cumplimiento de obligaciones religiosas o transgresiones a las mismas; b) la transgresión de normas comunitarias sociales o, si se prefiere, del *costumbre*; c) la ruptura de equilibrios sociales y simbólicos, especialmente de la relación frío/caliente y d) las relaciones sociales entre sujetos y microgrupos, o de los mismos con otras entidades simbólicas y no simbólicas. Subrayando que en las cuatro causales y, sobre todo en las relacionales, operan fuertemente las emociones; así como que la mayoría de las causas descritas y analizadas por los especialistas son las consideradas “sobrenaturales”.

Por supuesto que existe el reconocimiento de causas “naturales” como la *mordedura de víboras*, *picaduras de alacranes* o *torceduras* generadas durante el trabajo o debidas a caídas por borracheras. Pero en los grupos originarios casi todas las enfermedades son multicausales, es decir: que pueden ser generadas simultáneamente o en forma alternativa por varias de las causas señaladas, incluídas las naturales. De tal manera que la *mordedura de una víbora* puede ser producto de actividades laborales o de brujería, así como una *diarrea* puede ser causada por determinados alimentos o por el *mal de ojo*. Así como también pueden ser simultánea o secuencialmente producto de transgresiones religiosas o sociales, y de relaciones sociales.

En función de mis objetivos, sólo analizaré las enfermedades generadas en forma directa o indirecta por relaciones sociales, aclarando que las mismas operan casi siempre articuladas con procesos “naturales” y “sobrenaturales”. Lo que podemos observar, por ejemplo, en el caso de la *vergüenza*, enfermedad tradicional que ha sido estudiada por varios autores para el pueblo cho’l y especialmente por Imbertson (2002), quien reconoce 24 tipos de *vergüenza*, de los que sólo señalaré algunos. Y así, por ejemplo, la autora

describe la *vergüenza de lámina* que se da en una mujer que tiene constantes dolores de cabeza y que no puede trabajar ni caminar, lo que es debido a la envidia que la gente cercana le tiene por haber reemplazado el techo de paja de su vivienda, por uno de lámina. O, la *vergüenza de olla*, debido a que una mujer se enferma porque rompe una olla y desperdicia su contenido, lo cual repercute negativamente en la alimentación del grupo familiar en una época de escasez. O cuando una familia hace una fiesta, y no alcanza la comida, lo que produce *vergüenza* en la familia, generando padecimientos en algunos de sus miembros. Existiendo además la *vergüenza de casa*, generada porque hay problemas entre sus habitantes, que se pelean a gritos y a golpes. Y mientras en los dos primeros casos hay que curar a la mujer, en los dos restantes hay que sanar a la familia (IMBERTON 2002, 2006).

Según Imberton (2002), los choles atribuyen esta enfermedad a las condiciones de pobreza en que viven, así como a las relaciones conflictivas entre sujetos y microgrupos cercanos, que se traducen en envidias, chismes, acusaciones, ofensas, golpes que pueden dar lugar a la emergencia de enfermedades en los miembros de una misma familia que comparten la vivienda o entre vecinos. Frecuentemente los sujetos sufren *vergüenza* cuando se han sentido humillados u ofendidos en público por diversas razones, y especialmente debido a las carencias que evidencian su pobreza.

Gutiérrez y Pacheco (2013: 265) coinciden en gran medida con lo descrito por Imberton, considerando que entre los choles de Tila, la enfermedad es resultado de las relaciones sociales negativas que se establecen entre sujetos del entorno inmediato. Y lo mismo sostienen Hersch y Gonzalez (2011), quienes encuentran que para las personas de una comunidad nahuatl de Guerrero, la *vergüenza* «[...] es una enfermedad resultante de la interiorización, de un sentimiento de pena, turbación, desazón o humillación al experimentar o sospechar un desaire, una burla o una exposición al ridículo» (2011: 185). Es decir, la *vergüenza* opera en sujetos que no pueden soportar emocionalmente determinados procesos que tienen que ver con sus relaciones con otros sujetos, que casi siempre pertenecen a su propio grupo social.

Y estas y otras características relacionales se dan en los diferentes procesos de SEAP que operan en los pueblos originarios; como por ejemplo en el caso de los procesos y padecimientos ginecobstétricos. Recordando que el proceso de embarazo/parto/puerperio da lugar al desarrollo de numerosos rituales sociales que no sólo tienen que ver con las llamadas cosmovisiones relacionadas con dicho proceso, sino con la ansiedad/inseguridad/

miedos de la embarazada y su grupo, generados por diversas razones y especialmente por las altas tasas de mortalidad materno/infantil. Pero ocurre que la masa de estudios sobre embarazo, parto y puerperio, y especialmente los estudios sobre parteras, no aportan datos sobre los mismos en términos de mortalidad, por lo que pareciera que a ninguna partera se le muere la parturienta y/o el recién nacido en grupos, donde hasta hace pocas décadas, la totalidad de los partos eran realizados por parteras y, en menor medida, por autoatención familiar⁷.

En torno al embarazo/parto/puerperio y a sus consecuencias en términos de mortalidad y enfermedad, se desarrollaron algunos de los más frecuentes rituales que operan en todos los grupos originarios mexicanos, y de los cuales el más notorio y frecuente ha sido el denominado “velorio del angelito”. Este ritual ha tenido una enorme expansión por toda América, y refiere a la muerte de un niño pequeño que, como aún no pecó, es un “angelito” que va directamente al cielo; y que, dada su pureza, es enterrado en un ataúd de color blanco, dando lugar a una serie de festejos que pueden durar varios días, y en los cuales se come, se bebe y se canta, puesto que el “angelito” está junto a Dios. Es decir, la muerte del “angelito” da lugar a reuniones familiares/comunitarias que reforzarían las relaciones sociales.

Este ritual está en vías de desaparición o se ha reducido fuertemente debido a varios procesos, pero sobre todo a la reducción constante de la mortalidad infantil y, especialmente, a la neonatal. Por lo que necesitamos asumir que, hasta no hace muchas décadas, el número de niños que moría en los grupos étnicos y no étnicos era altísimo y, por lo tanto, dicho velorio era uno de los rituales más frecuentes, así como uno de los principales mecanismos de integración social y cultural. Y así, por ejemplo, en su estudio sobre los triquis de Oaxaca, Mendoza (1994) encontró que, en la década de 1970, todavía morían la mitad de los niños triquis menores de un año (ver también CORTÉZ 2015; PEÑA 2006)⁸.

Por lo que considero que sería importante buscar que rituales han desaparecido, cuáles son los vigentes y si se están generando nuevos rituales; así como relacionar la desaparición o persistencia de rituales con la persistencia de padecimientos específicos. Necesitamos, por lo tanto, reflexionar sobre las relaciones entre rituales y padecimientos/desgracias/premoniciones negativas que en gran parte se organizan en torno a determinados momentos de la vida colectiva, en los cuales la posibilidad de muerte aparece como más inmediata.

Y es debido a las posibilidades mortales o por lo menos enfermantes que operan en el embarazo/parto/puerperio en la mayoría de los pueblos originarios, que los mismos han generado toda una serie de criterios de prevención que, por ejemplo, recomiendan a las embarazadas no pasar cerca de los panteones pues pueden enfermar por los *aires* que emanan de los mismos; así como también se les recomienda no ver un cadáver, dado que el futuro niño puede nacer muerto o con problemas de salud. Así como también la embarazada debe satisfacer sus *antojos*, por ejemplo de comer un alimento que desea, pues de no hacerlo puede afectar a su futuro hijo que puede nacer con la cara manchada con el color del alimento que la embarazada no comió. Y una parte sustantiva del papel de la partera tiene que ver con la aplicación de estos criterios de prevención durante el proceso de embarazo/parto/puerperio.

Vinculada a la relación materno/infantil tenemos uno de los más extendidos padecimientos tradicionales, nos referimos a la *chipilez*, que se genera en el niño cuando la mamá lo desteta porque va a dar de mamar a otro hijo recién nacido, lo que genera decaimiento, tristeza, e inclusive fiebre en el niño destetado, por lo que necesita ser sanado. Este síndrome se expresa también a través de otras formas, como es el caso del padecimiento *chich nak* entre los mayas peninsulares; padecimiento que contrae el hijo más pequeño cuando la madre se embaraza, y que se caracteriza porque el niño tiene tristeza y desasosiego. Además, en varios grupos existe el *descriado* que ocurre en niños cuando toman leche de su mamá embarazada; observando que los otomíes consideran que el padecimiento se desencadena porque la leche que bebe el niño pertenece al futuro hermano (ZOLLA 1994a; 1994b). Maya y Venegas-Lafón (2009: 89-90), estudiando la *chipilez* en Tetalingo (Morelos), consideran que no sólo tiene que ver con la relación madre/hijo, sino que es una expresión de los conflictos conscientes e inconscientes de celos que se dan entre la suegra y la nuera, y que potencian los celos de los niños frente al hermano por nacer.

En los diferentes grupos étnicos existen variaciones de este síndrome, como es el caso de sectores sociales del estado de México en los que existe un padecimiento llamado *xiconcko*, que es generado por el calor que sufre un niño cuando su hermano menor recibe más atención de la madre. Así como en ciertos grupos de los Altos de Chiapas existe la *quebradura en el niño*, que es un padecimiento que sólo se da en niños varones cuando están en contacto con mujeres embarazadas o menstruando. Pero, como sabemos, la mujer embarazada genera calor que puede enfermar a niños pequeños, padecimiento que recibe el nombre de *pujo* en algunos grupos,

y de *quemada* en otros. A su vez, entre los chatinos de Oaxaca, se genera la *alferecía*, sobre todo en lactantes, cuando la madre está enojada transmitiendo su enojo al niño mientras lo amamanta. Otra variante, es el niño *enlechado* que se da en lactantes que absorben leche de su madre; una leche que enferma dado que la mamá padece de *susto* o de *muina*, que constituyen dos de las principales enfermedades tradicionales. Pero subrayando que la mujer infértil también puede generar *mal de ojo* en los niños. Es decir que las nociones de que “otro” cercano genera padecimientos, y que la envidia está en el centro de dicha relación, los sujetos lo aprenden/padecen desde niños en estos grupos.

Toda esta serie de procesos relacionales refieren a la posibilidad de enfermedades y de muertes; así como otros rituales tratan de reducir la ansiedad y angustia generadas por el parto a la embarazada. Por lo que estas relaciones que enferman y rituales que sanan, refuerzan la integración socio-cultural de estos grupos, pero sin poder evitar gran parte de las muertes materno/infantiles, dadas las condiciones de vida, los conflictos relacionales cercanos y las limitaciones terapéuticas que operan en dichos grupos.

Si bien los procesos de SEAP nos indican que las relaciones sociales cercanas son básicas para atender y prevenir los padecimientos que sufre un sujeto; sin embargo también nos indica que dichas relaciones pueden generar enfermedad y muerte. Y así entre los purépechas, el *mal de ojo* y, entre los huaves, la enfermedad llamada *cara manchada*, pueden ser causados por conflictos sociales entre vecinos. Conflictos que suelen dar lugar a una serie de intervenciones técnicas, generalmente solicitadas por alguien a un curador tradicional para enfermar o desenfermar a un sujeto o familia cercanos.

Una de las principales intervenciones técnicas es la *brujería*, ya que en casi todos los pueblos originarios mexicanos hay una serie de padecimientos que son producidos por brujería. Y así, por ejemplo, en diferentes pueblos el aborto, el surgimiento de cierto tipo de granos (*achios*, *escupida*), enfermedades de los huesos (*casihuistle*), un padecimiento que limita los movimientos llamado *cho pol*; una enfermedad respiratoria que ataca la garganta (*k'ush muk*), así como una parte de los *sustos*, los *malos aires*, y en general diferentes formas de *locura* pueden ser causadas por brujos a solicitud de alguien que busca “echar” el mal a otro, frecuentemente por envidia.

Es importante consignar que, en varios grupos, casi todo alcoholismo es producto de *brujería*; más aún, para los huastecos cualquier enfermedad prolongada, accidente o infortunio puede ser producido por brujerías.

Mientras en los Altos de Chiapas hay una palabra que incluye todas las enfermedades generadas por *brujería*, que son además enfermedades graves, dado que para los tzotziles y tzeltales – según algunos autores – la función principal de los brujos es generar enfermedades que pueden matar. En general podemos concluir que para los pueblos originarios los padecimientos que generan mortalidad o comportamientos “extraños”, y que no pueden ser curados por médicos ni tampoco por una parte de los curadores tradicionales, serían causados por *brujería*. De tal manera que un aborto espontáneo o malformaciones en un recién nacido en Cintalapa (Chiapas), son explicados por *brujerías* (MONDRAGÓN 1998); subrayando que lo mismo ocurre en la mayoría de los grupos étnicos de los que tenemos información.

Entre los tepehuanes el hechizo es realizado por un sujeto que está disgustado con otro, y que quiere vengarse; entre los tzotziles es el resultado de relaciones interpersonales conflictivas, por lo cual se busca dañar a las personas con las que existen problemas. Por lo que la *brujería* expresaría las relaciones sociales negativas que operan en las comunidades; y así, por ejemplo, entre los huicholes hay una enfermedad *niericarry'a* operada por brujos, para que un sujeto embrujado tenga problemas con las personas de su comunidad. De tal manera que, según Zolla, la *brujería* «transforma en enemigos potenciales a todos los vecinos en el marco de la interacción comunitaria. De esta manera, se manifiesta como posible origen de todas las aflicciones» (1994a, Tomo I: 219).

En México, las consecuencias generadas por *brujería* operan desde la Tarahumara hasta los Altos de Chiapas y son realizadas por brujos a pedido de alguien que quiere generar mal en el otro, tanto a nivel físico como mental y social; pudiendo afectar también a los familiares del embrujado. Recordando que el peligro de morir por *brujería* en pueblos originarios mexicanos «es mucho mayor que por cualquier enfermedad» (ZOLLA 1994a, Tomo I: 219). La presencia del daño generado por un brujo es tan frecuente que, por ejemplo, entre los mixe el curador frente al *mal de ojo*, *mal aire*, *susto* u otros padecimientos con que llega el paciente a consulta, lo primero que le pregunta es: “¿Quiénes son tus posibles enemigos?”. En varios grupos étnicos, el largo interrogatorio que practica el curador busca en el “paciente”, sobre todo, este tipo de respuesta.

Según toda una serie de autores, el papel de la *brujería* está basado en las carencias económicas y en la envidia de la población hacia lo que tiene el otro, lo que genera conflictos de diferente nivel de intensidad que puede llevar inclusive a la muerte. Para algunos analistas, esta situación se habría

incrementado a partir del desarrollo de ciertos procesos socioeconómicos, ya que autores como N. Thomas (1974: 165) han concluido, desde mediados de la década de 1960, que el incremento demográfico, el agotamiento de las tierras productivas para el cultivo del maíz y el moderno desarrollo de la propiedad privada de los terrenos dedicados al cultivo del café, han contribuido a crear tensiones sociales y psicológicas en la población zoque. Que promueven la generación de *brujerías*. Lo que ya había sostenido R. Redfield (1941) para Yucatán en la década de 1930, pero atribuyendo el incremento de la brujería al proceso de urbanización.

De lo desarrollado surge que casi todas las *brujerías* operan respecto de relaciones interpersonales cercanas, lo cual implica incluir las *brujerías* por envidia de animales, de viviendas o de tierras que tiene el otro envidiado; así como también incluir las brujerías para generar amor o desamor, y para producir alcoholismo y otros padecimientos físicos y mentales en un “otro” cercano (MONDRAGÓN 1998). Por lo tanto, las brujerías son intencionales y los brujos son constructores de enfermedades; subrayando que la brujería es parte de la vida cotidiana de las comunidades. Es decir no refiere a hechos extraordinarios, sino todo lo contrario, ya que puede ser usada para conquistar a una mujer o para convertirla en prostituta; para que a un conocido le vaya mal en el trabajo, mientras que a mi me vaya bien económicamente; para que haya conflictos dentro de una familia o para lograr que regrese un ser querido.

Ahora bien, como respecto de gran parte de los procesos de SEAP tradicionales, la envidia aparece también como uno de los núcleos causales fuertes de las brujerías, tanto que para varios autores la principal motivación de los usos de la brujería es la envidia. Y así entre los chichimecas de Guanajuato, la enfermedad conocida como *destierros* surge entre vecinos o parientes por envidias económicas, por disputas de tierras o por celos. Mientras entre los huicholes, el padecimiento llamado *mal puesto* es generado también por brujos debido a envidias; así como la adquisición de bienes, de prestigio, e inclusive de hijos puede generar envidias y mortalidad infantil entre los mazahuas (PEÑA 2006).

En general, la brujería y las estrategias para contrarrestarla operan dentro de un clima social de inseguridad y duda constante, ya que no se sabe quién mandó embrujar, y no se sabe que brujo fue quien embrujó. Lo cual debemos relacionar con una sociedad donde la muerte siempre está amenazando, dadas las altísimas tasas de mortalidad por enfermedades, y en algunos grupos por violencia, como es el caso de los triquis de Oaxaca don-

de la muerte y el temor a un enemigo están siempre presentes (MENDOZA 1994, 2013). Son sociedades, donde casi todo lo que opera en la vida cotidiana puede enfermar, puede asustar, puede intranquilizar.

La brujería cumple numerosas funciones para la población, desde canalizar las envidias hacia el otro, hasta justificar “porque me va mal en la vida”, ya que ello se debería al embrujamiento y no a mis características personales. Por lo tanto, la brujería puede enfermar a un sujeto, pero también puede ser usada para redirigir el mal a la persona que se supone solicitó la brujería que enfermó a dicho sujeto (EROZA, CARRASCO 2020). Por lo que la brujería puede servir para generar enfermedades, como “para evitar enfermarme”; subrayando que esta dualidad se encuentra también en el alcohol cuyo consumo no puede faltar en las principales fiestas, ceremonias y rituales que realizan los pueblos originarios, constituyendo un importante medio de integración sociocultural; pero que simultáneamente puede generar todo tipo de violencias (MENÉNDEZ 1991; NATERA 2019). Más aun, casi todos los tipos de curadores tradicionales utilizan el alcohol en algunas de sus principales terapias, pero también en los hechizos; es decir la sanación y el embrujamiento constituyen una unidad, que al igual que el alcohol incluyen simultáneamente “el bien y el mal”.

El *mal de ojo* ha constituido, desde que tenemos información, la primera causa de enfermedad tradicional; que como sabemos, afecta sobre todo a niños, quienes serían *ojeados* al ser mirados por personas fatigadas y sudorosas que regresan de su trabajo, por embarazadas, por mujeres infértiles, por borrachos o por personas que tienen hambre, así como por personas que no pertenecen a la comunidad. En el caso de los mayas yucatecos, según varias fuentes, incluida mi experiencia personal, los ojeadores son casi siempre personas cercanas con determinado nivel de *calor* y que ojean involuntariamente; es decir, no generan la enfermedad intencionalmente, sino por el calor que despiden, y que puede tener que ver con su deseo respecto del niño que ojean. Subrayando que se ojea más a niños que a niñas, lo cual entre otras cosas es un indicador del estatus inferior de la mujer a nivel comunitario, lo que se expresa a través de casi todos los procesos de SEAP.

Gran parte de los analistas han colocado el núcleo del *mal de ojo* en la *mirada fuerte* del ojeador, y en la debilidad del ojeado, que casi siempre es un niño justamente caracterizado por su *debilidad*; por lo que, dada la alta frecuencia del mal de ojo en los niños, los grupos han generado estrategias de prevención relacionales basadas en el ocultamiento y/o el afeamiento del niño; es decir tratar que el mismo no sea ‘mirado’, o que dada su fealdad

no despierte envidia. Ahora bien, hay un hecho que nos parece importante subrayar y es que, en la mayoría de los grupos étnicos mexicanos, quien “ojea” no es un extraño/extranjero, sino un miembro de la comunidad, lo que expresa una vez más que son los sujetos cercanos, los que por diversas razones son los productores de enfermedades tradicionales en los otros.

Existe una serie de padecimientos atribuidos a las relaciones sexuales; y así en varios grupos se presentan el *empacho de hombre* y el *empacho de mujer*, que refieren al “abuso” de relaciones sexuales en ambos géneros. Más aún, en ciertos grupos, hay un padecimiento llamado *enculado* que refiere a los recién casados que “abusan” de las relaciones sexuales. También existe en grupos del estado de Puebla un padecimiento llamado *chuquia* que afecta a los hombres que mantienen relaciones con sus esposas durante el puerperio, pese a que se recomienda la abstinencia durante dicho lapso. Padecimiento que, entre los totonacas de Veracruz, se llama *quemada de parto*, afectando no sólo al varón, sino también a su mujer e hijos; y recibiendo otros nombres entre los tepehuanes, ixcatecos y popolocas. Además, hay grupos que prohíben las relaciones sexuales durante la menstruación de la mujer, llamándole también *empacho de mujer*, por lo que es importante señalar que, por ejemplo, respecto de tener o no tener relaciones sexuales durante el embarazo, unos grupos lo aprueban pues beneficiarían al futuro hijo, mientras otros lo prohíben, justamente porque afectaría negativamente al hijo. Pero más allá de la aprobación o no, lo que surge nuevamente es que lo que ocurre se decide en las relaciones sociales.

Tenemos varios padecimientos que tienen que ver con las relaciones extramaritales, como la *tsipuriquiya* entre los huicholes, que afecta la piel de los hijos; y el *coraje de amor* que también se expresa en la debilidad y enflaquecimiento de los hijos en la Costa Chica de Guerrero, y que es debido a las infidelidades del padre. A su vez entre los cho’l de Tila denominan *vergüenza de mujer* al padecimiento que sufre un hombre al soñar con una mujer que no es su esposa, así como también existe la *vergüenza de hombre* en el caso equivalente de las mujeres (GUTIÉRREZ, PACHECO 2012). Mientras hay otro padecimiento llamado *cefalo*, caracterizado por el decaimiento y el desgano, y que ocurre en hombres que andan con muchas mujeres.

En diferentes grupos, observamos ciertos padecimientos que se generan cuando niños o jóvenes ven relaciones sexuales que las normas comunitarias establecen que no deberían ver; y así tenemos el *pegatriste* en grupos zapotecos de Oaxaca, que contraen niños o jóvenes que, por ejemplo, al pasar por un arroyo ven a una pareja teniendo relaciones sexuales. Entre

los chontales de Oaxaca existe una variante denominada *guicha* que se da en población adulta cuando se presencia un acto sexual; mientras entre los zapotecos y los chontales los sujetos pueden enfermar cuando son sorprendidos durante el coito. Como vemos, toda una serie de normas sociales tienen un importante papel en el control de las relaciones sexuales maritales y extramaritales. Más aún, las brujerías también han sido aplicadas para el control de las relaciones de pareja; y así existe un padecimiento, denominado *atontado* en grupos de Veracruz, que se caracteriza porque la mujer domina a su pareja a través de técnicas mágicas, constituyendo una variante, generar impotencia sexual en el marido a través de hechizos. Existen también una serie de estrategias de enamoramiento y de desenamoramiento, que incluyen la posibilidad de volver prostituta a una mujer que desea al esposo de la que lanza la brujería; o de convertir en alcohólica a una persona infiel. Tenemos por fin, entre los zoques, un tipo de enfermedad llamada *engaño* que se produce cuando una persona se enamora de otra, y esta no le corresponde; existiendo variedades de este padecimiento en otros grupos.

La gran cantidad y variedad de padecimientos construidos por los pueblos originarios en torno a las relaciones sociales, incluidas las sexuales, evidencia por lo menos dos hechos. Primero, que la mayoría de las enfermedades tradicionales se construyen a partir de los procesos cotidianos; es decir todos los aspectos básicos de la vida cotidiana pueden dar lugar a la generación de padecimientos. Segundo, que la mayoría de estas enfermedades cumplen funciones de control social y cultural, ya que establecen las normas sociales que deben ser cumplidas por los miembros del grupo. Según Arias (1975), para los mayas de los Altos de Chiapas, la enfermedad es el castigo más temido por actos que amenazan el orden establecido, constituyendo la prueba de que una persona o una comunidad no se comportan de acuerdo con las normas ideales, señalando que:

cuando una persona enferma, lo primero que piensa (y piensan sus familiares) es que alguna anormalidad ha ocurrido a su alrededor, debido principalmente a algún acto o alguna omisión suyos, de sus familiares cercanos; o, cuando la enfermedad sobreviene en forma epidémica, de la comunidad. La causa de esa falta de armonía puede haber sido una conducta jactanciosa asumida para desafiar a otras personas o abusar de ellas; alguna disputa justificada o injustificada; el incumplimiento de alguna obligación u otras faltas de respeto a los poderosos seres invisibles (ARIAS 1975: 89-90).

Pero subrayando que dicho control social se desarrolla a través de relaciones sociales, lo que aparece evidenciado en los casos ya analizados, y que

trataremos de ver a continuación a través de procesos relacionales referidos a violencias, a emanaciones y a relaciones de poder. Y así observamos que existen dos padecimientos que afectan sobre todo a niños pequeños; el primero es una de las principales enfermedades tradicionales que opera en casi todos los grupos étnicos, me refiero a la *caída de mollera* que es generada por caídas y por golpes en niños muy pequeños, y que pueden generarles la muerte. Y otro, que opera sobre todo en comunidades del centro de México, denominado *mal accidente o chupadura de la bruja*, que también refiere a niños pequeños que aparecen muertos generalmente por aplastamiento de la madre mientras duermen en el *petate*, y que la familia atribuye a las acciones de una bruja (FABREGA, NUTTINI 1993; MENÉNDEZ 1984). Ambos casos remiten a familiares cercanos y, sobre todo, a las madres que generan los accidentes de sus hijos involuntariamente.

Hay toda una serie de consecuencias físicas y mentales que se generan también a partir de relaciones sociales cercanas violentas, incluidas centralmente las relaciones familiares. Como vimos, una parte significativa de las violencias cercanas constituyen violencias simbólicas que se ejercen a través de la brujería; mientras otras operan a través de agresiones físicas, y ambas pueden llevar a la muerte. La mayoría de las violencias física no tienen nombre, y no han sido estudiadas por la MT, salvo algunas excepciones como la *chupadura de la bruja* ya citada. Asumiendo que las violencias homicidas más frecuentes son las que se dan entre varones; mientras las agresiones físicas más reiteradas son las ejercidas por los padres respecto de los hijos, y por los hombres respecto de sus mujeres; subrayando que todas estas violencias son parte normalizada de la vida cotidiana, y están legitimadas social y culturalmente.

Una de las violencias que no tienen nombre, son las denominadas “violencias de sangre”, que es un término académico. Estas violencias remiten a la serie de asesinatos entre familias generados por diversos tipos de conflictos, ofensas u homicidios que deben ser vengados; es decir, son asesinatos que deben cumplirse como parte de las obligaciones socioculturales que tienen los sujetos pertenecientes a una sociedad determinada. Dichos asesinatos son de tipo corporativo; es decir, si el sujeto que buscan los homicidas para vengarse no lo encuentran, pueden matar a otros miembros de la familia e inclusive a amigos de la misma (MENÉNDEZ 2009)⁹. Como aparece en textos referidos a diferentes grupos (ROMANUCCI-ROSS 1973; FLANET 1977, 1986; FRANCO 2003; MENDOZA 1994, 2013), estas violencias son siempre relacionales y tienen que ver con conflictos entre sujetos y grupos que se perpetúan en el tiempo a través de generaciones.

Ya he comentado una serie de padecimientos tradicionales referidos a embarazadas que tienen que ver con los *aires* transmitidos por los muertos; pero aclarando que los aires pueden afectar a muy diferentes sujetos, y no sólo a embarazadas. Entre los triquis de Oaxaca (MENDOZA 1994), en el panteón de la localidad de San Juan Copala, existe una zona donde sólo entierran a los asesinados, por lo que se aconseja no pasar de noche, dado que las emanaciones que surgen de dicho espacio pueden enfermar a cualquiera que transite por el lugar. En varios grupos, las emanaciones de los difuntos pueden producir varios tipos de enfermedades, entre ellas cáncer, denominado *cáncer de muertos*.

Es interesante observar que especialmente las mujeres en su rol de embarazadas y madres, pero también de prostitutas pueden generar emanaciones y ‘calores’ mórbidos. Pero más allá de que estas enfermedades puedan ser referidas a la teoría de los miasmas, que recordemos era todavía parte del saber biomédico a finales del Siglo XIX; o al equilibrio frío/caliente, lo que nos interesa subrayar es el papel que tienen las emanaciones o el “calor” de determinadas personas en la generación de enfermedades en sujetos cercanos o muy cercanos, evidenciando nuevamente el peso de las relaciones sociales simbólicas y no simbólicas.

Lo señalado previamente podemos vincularlo con la existencia de padecimientos que son generados en sujetos considerados “débiles” por sujetos caracterizados por el carácter, el corazón o la “mirada fuerte” así como por su naturaleza “caliente”. Los sujetos considerados débiles son, sobre todo, los niños pequeños que se caracterizan por la alta frecuencia de enfermedades y por las altas tasas de mortalidad. Es debido a su “debilidad”, que en grupos como los mazahuas, la brujería tiene más efecto en los niños, pues los adultos, y sobre todo los hombres, pueden fortalecerse para enfrentar el embrujamiento (PEÑA 2006), dado que tienen un “alma fuerte”, y por lo tanto tienen menor riesgo de padecer enfermedades en el caso de los tzotziles. Lo que se debería a que los varones adultos son los que mejor se ajustan a las normas socioculturales comunitarias (CONTRERAS 2001: 57).

Esta relación “fuerte/débil” no sólo se ha detectado y estudiado en México, sino que antropólogos norteamericanos (BAER, BUSTILLO 1993; LOGAN 1993) la han observado en población mexicana en los EEUU. Concluyendo, al igual que Contreras, que la incidencia de enfermedades como el *susto* tiene que ver con las pautas ideales del grupo, pues quienes más las cumplen son los sujetos que menos se enferman, son los que menos se “asustan”, mientras los que más se enferman – niños y mujeres – son los actores

caracterizados por su “debilidad”, dado que no pueden cumplir las normas comunitarias como los actores “fuertes”.

Lo cual implica la existencia de dos procesos complementarios a los que ya me he referido; uno, la función de control social y cultural que tienen las enfermedades tradicionales; y otro, que evidencia que a través de los procesos de SEAP tradicionales se legitiman y normalizan las relaciones de superioridad/inferioridad, dominador/dominada, explotador/explotada que operan en las relaciones hombre/mujer. La información antropológica evidencia que las mujeres se enferman mucho más que los varones, los niños son más “ojeados” (deseados) que las niñas, las familias prefieren que nazcan varones y, en segundo lugar, mujeres; las mujeres son vendidas/compradas como parte de contratos matrimoniales, las violencias contra las mujeres por parte de sus parejas están legitimadas socioculturalmente y los curadores tradicionales de mayor estatus son varones.

Subrayando que este tipo de relaciones varón/mujer opera en todos los ámbitos de la vida cotidiana incluyendo, por ejemplo, la alimentación, como lo observamos en la distribución diferencial de los alimentos durante las comidas, según la cual las mejores y mayores cantidades de alimentos los reciben el padre y los hijos varones mayores, es decir los que están dedicados a la producción para vender y/o comer, mientras las hijas, los hijos menores y la madre reciben las raciones menores. Esta distribución diferencial, según Maya (2017: 51-52), afecta negativamente especialmente a niñas y niños¹⁰.

Por lo que la “Cultura”, especialmente a través de los procesos de SEAP, legitima la inferioridad, subordinación, cosificación, exclusión de la mujer, y normaliza la superioridad masculina. Más aún, convierte en “invisible” esta relación, tanto que las mujeres la aceptan como parte natural de la/su Cultura, a la que en gran medida reproducen a través de los procesos de SEAP. Lo que obviamente no ocurre solamente en los grupos originarios, sino que sería parte normalizada de casi toda sociedad conocida.

Emociones y padecimientos tradicionales. La centralidad de la “envidia” y las resignificaciones del “espanto”

Las emociones son parte de los padecimientos tradicionales que venimos analizando, de tal manera que la *vergüenza*, los *corajes*, los *resentimientos*, la *tristeza*, los *espantos* y, especialmente la *envidia*, constituyen algunos de los principales componentes de los procesos de SEAP tradicionales.

En comunidades de Michoacán, «[...] cuando existen enfermedades de muy diversas características, pero que tardan en desaparecer, son atribuidas a la envidia, a los rencores, a los amores, a los temores e inclusive a problemas de diversa índole, como los que pueden tener los arrendatarios con los inquilinos» (RUIZ 2000: 155). De tal manera que las emociones pueden producir padecimientos, como el *susto*, que afectan a todos los grupos indígenas y otros que afectan a ciertos grupos en particular, como la *calentura por regaño*, que puede surgir cuando una persona es amonestada delante de otros, o el *azareo* que se genera en una persona, cuando esta es *chuleada* (elogiada) públicamente.

Pero esta notoria presencia de las emociones, sólo ha sido reconocida en las últimas dos décadas por una parte de los estudiosos de la MT; y ello pese a que Ryesky consideraba ya, a mediados de los 70 que, por lo menos ciertas enfermedades tradicionales mexicanas como el *espanto*, la *bilis* y la *chipilez* «tienen conexión con el estado anímico del individuo, en cuanto que las experiencias emocionales perturban el equilibrio emocional normal y hacen al individuo más vulnerable a las enfermedades» (RYESKY 1976: 64-65). La negación de las emociones entre 1930 y 2010 tiene que ver con la tendencia dominante de la antropología mexicana a reducir los procesos de SEAP a lo cultural¹¹. Es decir, hasta hace poco, lo importante de la “emoción” no radicaba en ella, sino en su uso y función cultural.

Como señalamos, la *envidia* constituye la “emoción” que más genera conflictos, agresiones y enfermedades; por ejemplo, en un pueblo zoque de Chiapas, la *envidia* es «[...] la motivación subyacente de todo acto abierto de agresión o expresión de mala voluntad de una persona hacia otra» (THOMAS 1974: 76), de tal manera que si un niño muere al poco tiempo de nacer, o una señora muere de una enfermedad grave, los mismos suelen ser atribuidos a brujerías hechas por envidia. Y al igual que en otros pueblos originarios, estos fenómenos de envidia y muerte ocurren entre sujetos y grupos caracterizados porque unos tienen más que los otros frecuentemente en términos económicos. Ahora bien, es importante señalar que éstos constituyen hechos constantes, tanto que, por ejemplo, los curadores tradicionales yaquis reciben semanalmente entre dos y tres pacientes afectados de hechizos vinculados a *envidias*.

Las *envidias*, proveen de explicaciones a la población respecto de algunas de sus más graves situaciones, considerando que el texto de Peña (2006) sobre comunidades mazahuas es uno de los que etnográfica y teóricamente evidencia con mayor calidad lo señalado. Esta antropóloga encontró en la

comunidad trabajada que, de 52 niños nacidos vivos, 14 fallecieron, y 9 de ellos murieron por brujería, la cual fue generada por la envidia desarrollada entre grupos familiares vecinos, debido a diferentes tipos de conflictos, en su mayoría de tipo socioeconómico. Pero la envidia es referida a sujetos de todas las edades, y opera tanto en relaciones inter como intragenéricas; constituyendo la emoción que más interviene en la mayoría de los conflictos que se dan entre personas, y lo subrayo, cercanas.

Como ya lo hemos señalado, en gran parte de los pueblos originarios las violencias homicidas son frecuentes y aparecen vinculadas a la envidia; y así, por ejemplo entre los otomíes, la envidia es una de las motivaciones más comunes que llevan al asesinato: «Con el término envidia los otomíes expresan un estado de hostilidad hacia una situación que reprueban, por ejemplo el enriquecimiento. Por consiguiente, los tenderos y aquellos que se alejan de la norma social de pobreza son víctimas privilegiadas de la envidia» (GALINIER 1987: 449). Y estas envidias y conflictos pueden ser “resueltos” a través de enfermedades “hechadas” por brujos o a través de homicidios. Más aún, los asesinatos por envidia suelen ser legitimados no sólo culturalmente, sino también a través de los sistemas judiciales propios de, por lo menos, algunos grupos originarios como los otomíes. Entre éstos, según Galinier, la “envidia” generaría más homicidios que el robo, ya que si la víctima es un “rico”, el pueblo asume normalmente el crimen y otorga al asesino cierta indulgencia, de la que sólo gozan quienes eliminan a los individuos descarriados (1987: 484). Y éstos, son comportamientos normalizados socioculturalmente.

De hecho, la *envidia*, como lo hemos señalado, constituye la principal estructura cultural de los padecimientos tradicionales dominantes en los grupos originarios mexicanos, considerando algunos analistas, que la envidia y los padecimientos relacionados con la misma, no son de origen prehispánico sino que son producto de la expansión europea¹². Ahora bien, la posibilidad de demostrar que la envidia es precortesiana o es una importación/aculturación, puede ser interesante, pero desde nuestra perspectiva lo decisivo es observar la existencia o no de la envidia en la vida actual de los pueblos originarios, así como establecer el papel que cumple respecto de los procesos de SEAP en términos personales y colectivos. La discusión sobre los orígenes puede ser no sólo interesante sino valiosa, pero en el caso de los procesos de SEAP los analistas tienden a colocar el eje de interés en el pasado, y no en los procesos actuales de vivir/enfermar/sufrir/morir.

Además, los procesos generados por la envidia aparecen estrechamente relacionados con las condiciones de pobreza, de escasez, de carencia, y con las pequeñas desigualdades socioeconómicas locales. Tanto, que respecto de los zoques, Thomas concluye que, «el único momento no económico de envidia que aparece con frecuencia es el que deriva de las peleas de los borrachos, que casi invariablemente implican celos por mujeres» (1974: 76). Las envidias surgen estructuralmente a partir de las condiciones socioeconómicas dominantes en cada comunidad, lo que no sólo tiene que ver con la pobreza sino especialmente con las pequeñas desigualdades que se generan entre los miembros de la comunidad.

Más aún, la mayoría de los analistas, inclusive una parte de los interesados en el papel central de las cosmovisiones, reconocen que gran parte de los procesos de SEAP remiten a las condiciones económicas y sociales dentro de las cuales viven estos grupos. Encontrando que la casi totalidad de las *envidias* y de las agresiones que genera, son lanzadas contra personas que tienen un estatus similar de pobreza y de carencias, o sólo tienen un poco más que quien “envía” la enfermedad por envidia. De tal manera que los sujetos de estos grupos, no dirigen su violencia hacia los que los explotan, marginalizan y/o racializan, sino casi siempre hacia los pares que han logrado algunos bienes que ellos no tienen.

En comunidades donde los conflictos por *envidia* son frecuentes y referidos a lo que el otro tiene y yo deseo, la resolución de dichos conflictos puede darse mediante dos estrategias básicas: a través de generar daños en forma directa o indirecta a la persona o microgrupo que se envidia, ya sea a través de rituales familiares o de la intervención de un brujo. Mientras que la otra “solución”, opera a través de violencias que pueden concluir en homicidios entre los sujetos y grupos en conflicto por envidias, y que suelen apelar a la venganza, como justificación de las violencias homicidas. Y ambas estrategias están normalizadas culturalmente; de tal manera que existiría una estructura básica envidia/venganza que opera dentro de contextos de carencias, donde los sujetos luchan por los “bienes limitados” (FOSTER 1965; 1972).

Además de la envidia, en los pueblos originarios encontramos otras emociones que son enfermedades en sí o que pueden generar padecimientos como son la *bilis*, los *corajes* y, especialmente, los *sustos* o *espantos*. Observamos que la *bilis* se genera particularmente en personas que tienen frecuentes enojos al reprimir sus emociones; siendo la represión de estos enojos la que genera una serie de padecimientos que, por ejemplo, las madres trans-

miten a sus hijos, como lo describimos previamente. Toda una serie de padecimientos conocidos como *muinas* en diversos grupos, *dolor de corazón* en los huastecos, y *ataques* entre los cuicatecos son generadas por *corajes* o *sustos*. Cartwright (2009), describe toda una serie de *corajes* que se dan entre los amuzgos, tanto en su natal Oaxaca como en sus asentamientos migratorios en Sonora; de tal manera que pareciera que los sujetos de este grupo generan constantes *corajes* como parte normalizada de sus vidas. Subrayando que Cartwright, como otros analistas, coloca el peso de los *corajes* en las emociones y no en las relaciones sociales, pese a reconocer el papel de estas últimas.

El *susto* o *espanto* opera en casi todos los grupos originarios y, según la mayoría de los antropólogos, es actualmente la enfermedad tradicional de mayor incidencia e importancia en los pueblos originarios y en los no originarios. Históricamente la forma más frecuente de *susto* es la conmoción que se genera en un sujeto cuando encuentra en su camino a figuras míticas que cuidan el espacio por el que transita el futuro asustado. Pero también pueden generar *sustos* la visión de un difunto que aparece sorpresivamente; así como las caídas, golpes o el encuentro de un niño con su padre borracho. Aunque asumiendo que la forma más analizada por los antropólogos, la que aparece como modelo, es la que tiene que ver con los encuentros con figuras “sobrenaturales” que asustan y generan la pérdida del alma o de la sombra (ZOLLA 1994a; 1994b).

Sin embargo, si bien lo señalado es correcto, en los últimos años se han generado algunas modificaciones sustantivas, pero que no alteran el carácter relacional de este padecimiento. En primer lugar, sin negar el efecto generado por seres sobrenaturales como causal del *susto*, observamos el desarrollo de violencias de muy diferente tipo, que implican nuevos sujetos sociales que “asustan” como los militares, los policías, los paramilitares o el denominado crimen organizado, así como también puede “asustar” participar en enfrentamientos violentos.

En segundo lugar, observamos que, en la mayoría de las etnografías generadas entre 1940 y 2000, los sujetos más expuestos a los *sustos* eran niños pequeños e inclusive lactantes, mientras que en la actualidad si bien sigue operando en niños, su mayor significación se está dando en adultos. Mientras el tercer aspecto refiere a que el *susto* es considerado cada vez más por los sujetos y grupos como una de las principales causas de toda una serie de enfermedades crónico-degenerativas. Es decir, el *susto* sería el padecimiento donde se colocaría el miedo/inseguridad/ansiedad/desco-

nocimiento que causarían la diabetes mellitus y las discapacidades físicas consecuentes; así como también generaría tuberculosis broncopulmonar, cáncer, hipertensión arterial, úlceras gástricas, ceguera, paludismo, herpes, nervios y locuras. Lo que también es reconocido por los curadores tradicionales, ya que, por ejemplo, según Buendía (2015) los curadores totonacos de Veracruz consideran que cuando un paciente tarda mucho en recuperarse de un *susto* es porque tiene tuberculosis, que es una enfermedad muy frecuente en dicho grupo originario. Más aun, los totonacos consideran que un *susto* no atendido a tiempo puede generar diabetes y artritis, o inclusive la muerte.

El *susto* se va constituyendo en un padecimiento generado por preocupaciones, tensiones, miedos que se concentran en el cuerpo del sujeto, dando lugar a diferentes enfermedades tradicionales y cada vez más a enfermedades alopáticas, entre las cuales destaca la diabetes mellitus. Page (2020), a través de entrevistas a pacientes diabéticos de comunidades de los Altos de Chiapas, ha confirmado que la diabetes mellitus de dichas personas está relacionada con el *susto* que les han generado conmociones que ellas han vivido, como la muerte de un hijo que ha sido atropellado por un auto, la muerte de hijos al cruzar la frontera con los EEUU, la violencia intrafamiliar que sufre una mujer o la existencia de un hijo epiléptico con crisis convulsivas que ponen en peligro su vida.

A su vez, Arganis (2018) considera que diferentes grupos rurales, pero también urbanos, relacionan el *susto*, el *coraje* o las emociones fuertes con la diabetes mellitus. Según los sujetos con diabetes entrevistados por esta autora, el *susto* puede ser provocado por situaciones donde se encuentra en peligro la integridad física de la persona o de sus familiares. En términos de género se considera que las mujeres contraen más diabetes mellitus que los varones porque son más susceptibles de “asustarse”, dado que son más “débiles”. De tal manera que el *susto* genera toda una variedad de padecimientos tradicionales y crónico/degenerativos producidos por la conmoción emocional que sufre un sujeto.

Como sabemos, la pérdida del alma ha constituido la más importante consecuencia del *susto* y la que más temía la población; pero según Page (2005) la gente más joven ya no padece la “pérdida del alma” en los Altos de Chiapas. Lo que es reconocido por varios autores, como Campos (1997) quien relata que en la década de 1980, una curandera urbana ya consideraba que la pérdida del alma había casi desaparecido en la ciudad de México, pese a que el *susto* era la enfermedad que atendía con mayor frecuencia. Más aún,

para esta curandera, dadas las características estresantes y conflictivas de la vida urbana, casi toda persona que llegaba a su consulta tenía *susto* o *nervios*; dado que, según ella, ambos padecimientos constituyen una respuesta normal a los conflictos y condiciones caóticas de la vida actual.

Hasta hace pocos años las enfermedades alopáticas más frecuentes en los grupos originarios eran las infectocontagiosas, de las cuales algunas podían correlacionarse con enfermedades tradicionales, y respecto de las cuales la MT generó signos y síntomas “físicos” y simbólicos para detectarlas, así como formas de atención empíricas y mágico-religiosas. De tal manera que el *mal de ojo* podía ser tratado como tal o como *diarrea*, aplicando estrategias simbólicas articuladas con las no simbólicas (MENÉNDEZ 1990). Pero en padecimientos como el *susto*, se aplicaban casi exclusivamente tratamientos simbólicos, lo que ido cambiando al pasar a relacionarse con enfermedades alopáticas e incluir cada vez más formas de atención biomédicas. Pero subrayando que tanto en el pasado como en la actualidad, por lo menos parte de las causales del *susto* tenían y tienen que ver con relaciones sociales.

Lo señalado aparece claramente en los textos del autor que ha estudiado con mayor continuidad el *susto* en México, ya que Rubel desde la década de los 60', sin negar el papel de las cosmovisiones y lo sobrenatural, viene sosteniendo «[...] que el *susto* parece manifestar la incapacidad del sujeto para llenar adecuadamente las expectativas de la sociedad en que se ha socializado» (1967: 84). Considerando en 1979, que las personas que contraían el *susto* en tres comunidades de Oaxaca «se sentían en condiciones deficientes para cumplir la función social y otras funciones específicas de su edad» (RUBEL, O'NEILL 1979: 107). Fundamentando en 1989, ampliamente su interpretación, concluyendo que «reconocer ante sí mismo que no se está cumpliendo con las propias normas de desempeño en tareas básicas, al parecer hace que el organismo de una persona sea más vulnerable a una enfermedad endémica» (RUBEL, O'NEILL, COLLADO 1989: 188). Lo que verificó a través de estudios, en los que encontró que las personas “asustadas” que padecían diabetes mellitus tenían una tasa de mortalidad mayor que los sujetos diabéticos que no habían padecido *susto*.

Si bien el *susto* sigue siendo una de las principales enfermedades tradicionales, sin embargo actualmente sobre todo se lo relaciona con una serie de enfermedades crónico/degenerativas y especialmente con las diabetes mellitus. Esta sería causada por las tensiones que tiene que enfrentar un sujeto como miembro de un grupo social, dado que cuando el varón no pue-

de cumplir el rol que tiene como productor de alimentos para la familia, o la mujer no produce suficiente leche para amamantar a su hijo, pueden enfermar de *susto* (RUBEL, BROWNER 1999: 87). Subrayando, aunque sea obvio, que los comportamientos de rol, o el no cumplimiento de expectativas respecto de los grupos de pertenencia y de referencia, no sólo tienen que ver con un sujeto, sino que refieren a sus relaciones sociales reales o imaginarias con otros sujetos.

Locura, cosmovisiones y otras cuestiones en disputa

En la mayoría de los grupos originarios encontramos estados subjetivos que indicarían algún tipo de problema psíquico o “nervioso” e, inclusive en algunos grupos, existen palabras para designar varios de esos estados, como en el caso de los totonacos que tienen la palabra *yaktzngan* para referirse a personas nerviosas, torpes que hablan tonterías; mientras que los tzotziles tienen la palabra *churaj* que significa loco, caracterizado, entre otros comportamientos, por ver y oír cosas que nadie ve y oye más que él. En ciertos grupos encontramos enfermedades convulsivas como el *insulto*, que se desencadena cuando la persona enfrenta situaciones violentas o reprime sentimientos cuando es insultada, lo que puede generarle epilepsia o parálisis facial.

Según C. Zolla, la *locura* en los grupos originarios mexicanos refiere a trastornos de las facultades mentales manifestados en conductas extrañas que imposibilitan la relación normal de un individuo dentro de su grupo social (1994b, Tomo II: 548). Pero lo dominante en los estudios antropológicos ha sido excluir o directamente negar la existencia de enfermedad mental en dichos grupos, por varias razones que no vamos a desarrollar en este texto. Por lo que a continuación, trataré de rastrear la existencia de problemas psíquicos y de padecimientos emocionales como depresión, ansiedad o tristeza, y su vinculación con relaciones sociales.

La *tristeza* puede aparecer como enfermedad o como generadora de enfermedades, y justamente entre los huave existe un padecimiento denominado *tristeza*, que es causado por un fuerte sentimiento de culpa respecto de algo que hizo la persona; mientras, en otros grupos, existe un padecimiento denominado *cuerda*, caracterizado por la tristeza devenida de un largo estado de depresión. También tenemos la *tiricia*, caracterizada por la tristeza, desilusión y mal humor que sufre una persona, generalmente por la muerte de un ser querido o por la ausencia del mismo en forma perma-

nente. En grupos étnicos oaxaqueños, la *tiricia* actualmente solo la padecen personas mayores, especialmente mujeres, que inclusive pueden morir de tristeza (LÓPEZ, NANCE 2019). Además, en Yucatán las mujeres mayores pueden enfermar de *chik-nak* que les genera tristeza y desasosiego, debido a los problemas económicos que tienen y a la ausencia de su esposo e hijos que han emigrado, lo que se traduce en llantos y soledad. Y algo similar ocurre entre los zapotecos, en los cuales existe la *xhilapa* caracterizada por la tristeza, y que también afecta a mujeres mayores debido a la muerte o ausencia de un hijo o de otro familiar.

En la mayoría de los grupos observamos síndromes de tristeza, de depresión e inclusive de *nervios* definidos como un estado de intranquilidad, y generados por relaciones y situaciones que alteran el estado emocional de los sujetos. Pero además, en una población nahua de Puebla, Castaldo (2002) encontró que ciertos procesos pueden generar *susto*, pero también pueden generar *locura*; de tal manera que la muerte de un padre, el enamoramiento no correspondido o ver a un muerto pueden generar tanto susto como locura. Y esta es una característica de las enfermedades tradicionales, que necesitamos recuperar, ya que varias enfermedades pueden ser catalogadas en forma diferencial, ya que pueden ser *vergüenza* o pueden ser *coraje*; pueden ser *susto* o *locura*, lo que será decidido por el curador tradicional, la familia y/o la comunidad.

En un estudio realizado en una comunidad michoacana, donde por lo menos el 50% de la población era indígena, encontramos en 1979 que una de las primeras causas de consulta de las mujeres en la clínica rural del pueblo eran tristeza, ansiedad, y depresión, que no conseguían abatir a través de tratamientos tradicionales, y que en su mayoría tenían que ver con violencia intrafamiliar y con sentimientos de soledad debido a la ausencia del marido o hijo migrantes. En el año 2000 una investigación sobre el impacto del programa de extensión de cobertura médica a nivel nacional, encontró que gran parte de las mujeres se sienten solas y deprimidas, incluyendo mujeres que vivían en zonas indígenas.

La existencia de cuadros de tristeza, depresión y soledad podemos observarlos en mujeres de origen indígena que migraron a los EEUU, y en las que se generaron cuadros depresivos, en algunos casos severos, que fueron diagnosticados por servicios de salud de los EEUU. La hipótesis inicial de Nadia Santillanes (2018), quien realizó un trabajo de campo de alrededor de un año en una zona de Nueva York donde reside población mexicana, fue que dichos cuadros depresivos se debían a las condiciones de vida

negativa que vivían en los EEUU dichas mujeres migrantes, y que estarían caracterizadas por la marginación, la explotación, el racismo de la población norteamericana hacia los migrantes; así como por el constante miedo a su situación de ilegalidad y la posibilidad de ser deportadas. Pero lo que encontró fue que los cuadros depresivos, según las propias mujeres y según la observación participante que realizó Santillanes, tenían que ver básicamente con el trato y sobre todo con la violencia a la que el varón sometía a su pareja femenina, así como a experiencias de violencia intrafamiliar vividas en México antes de emigrar.

Aunque escasos, también tenemos datos sobre suicidios en pueblos originarios mexicanos, pero salvo en los mayas yucatecos, dichos datos son recientes. Como son el caso de diversos suicidios ocurridos en comunidades chiapanecas (IMBERTON 2014), y especialmente la ola de suicidios de veintiún adolescentes en San Andrés Larrainzar (ARANA, HERNÁNDEZ 2017). Inclusive varios antropólogos me informaron sobre la existencia de suicidios en los grupos estudiados por ellos, pero que no fueron incluidos en sus textos, por no tener que ver con lo que estaban estudiando. Considero que muchos especialistas latinoamericanos consideran explícitamente o no que las enfermedades mentales, incluidos los suicidios, sólo se dan en sociedades estresantes como las “occidentales”. Por eso, y más allá de que los suicidios obedezcan o no a problemas de salud mental, me impacta que los estudiosos de la MT no analicen porque algunos de los grupos originarios de lo que hoy es América Latina, tengan las tasas de suicidio más altas del mundo (CAMPO ARAUZ, APARICIO 2017).

Dentro de este panorama, necesitamos incluir los estados depresivos, ansiosos, estresados generados por las constantes violencias existentes entre sujetos y microgrupos al interior de las comunidades, que pueden dar lugar a padecimientos denominados *ataques, corajes, espanto*, que constituyen, por lo menos, padecimientos o problemas psicosociales relacionales y emocionales. Los que podrían ser relacionadas con enfermedades psicosomáticas alopáticas, pero a partir de las propias concepciones de los pueblos originarios; dado que, como estamos viendo, gran parte de las enfermedades tradicionales constituyen unidades psico/socio/cultural/somáticas, tanto en su causalidad y desarrollo como en su sanación.

Por último, hay una ‘costumbre’ que opera en los grupos originarios, y que tiene que ver con un alto consumo de bebidas alcohólicas, que implica la obligación social y cultural de beber colectivamente. Dicho consumo de bebidas alcohólicas aparece como frecuente disparador y justificados de

violencias intrafamiliares, vecinales y comunitarias, así como relacionado con brujerías, pero que no aparece considerado como enfermedad, y menos aún como enfermedad mental. Pero más allá de que lo sea o no, lo que me interesa subrayar es que los comportamientos alcohólicos violentos y no violentos se dan dentro de relaciones sociales generalmente cercanas y normalizadas socioculturalmente (MENÉNDEZ 1991)¹³.

A través de lo revisado se evidencia la notable sensibilidad psicosocial y no sólo cultural de los pueblos originarios para interpretar y actuar respecto de los padecimientos que los afectan, así como para convertir procesos emocionales y conflictos sociales entre personas y grupos, en enfermedades a ser tratadas por curadores tradicionales. No es secundario que parte de las enfermedades no sólo surjan de las relaciones sociales que tengan con otras personas y grupos, sino que las enfermedades pueden operar como sanción a conductas estigmatizantes y humillantes; y así, por ejemplo, entre los pimas de Sonora y de Sinaloa pueden aparecer malformaciones físicas en quienes se burlan de personas que padecen dichas malformaciones.

Necesitamos asumir que las enfermedades y tratamientos tradicionales constituyen uno de los principales mecanismos de identidad, pertenencia e integración social de los pueblos originarios, dado que las enfermedades y especialmente la muerte son algunos de los procesos de mayor producción y uso de relaciones y de rituales sociales, que tratan de asegurar la reproducción biológica, social y cultural de dichos grupos.

Ahora bien, de las descripciones antropológicas presentadas sobre la MT y, más allá de sus funciones de identidad, pertenencia e integración social ¿qué clima social surge de las mismas? Es obvio que, de lo presentado, surge un clima de desconfianza, de envidia, de miedo, de sospecha, de incertidumbre, generado por conflictos que se dan entre personas y microgrupos cercanos; conflictos que pueden concluir en enfermedad y/o muerte. Y esto surge, y lo subrayo, de textos que tienen diferentes orientaciones teóricas e ideológicas, pero que describen este clima más allá de que sus objetivos refieran al papel de las cosmovisiones, a las capacidades sanadoras de la MT o a su papel en la generación o resolución de conflictos¹⁴. Es decir, que el clima social señalado surge de descripciones etnográficas que, como las de Silver, plantean que la sospecha es endémica en comunidades de los altos de Chiapas (SILVER 1966: 459).

Pero este 'clima social' que surge de los estudios sobre la MT ¿corresponde al clima social de las comunidades en que opera? El clima social que emerge ¿constituye la pauta ideal a cumplir o es también la pauta real que se

práctica?; o para plantearlo de otra manera, lo que describen los textos ¿corresponde a las representaciones sociales de la población, a sus prácticas o a ambas? Más aún, dicho clima social ¿Es lo que ocurre en la comunidad o es una construcción de los estudios antropológicos?

Considero que en este texto no vamos a resolver estos interrogantes, dado que nuestros objetivos tienen que ver básicamente con el papel de las relaciones sociales en la causalidad, desarrollo y significación de las enfermedades tradicionales, según surge de los estudios antropológicos sobre MT. Sin embargo, una serie de procesos que hemos ido señalando, generan la posibilidad de un clima social caracterizado, por lo menos, por la incertidumbre y la inseguridad. Me refiero a la alta frecuencia de enfermedades, la escasa esperanza de vida, las altísimas tasas de mortalidad, el gran número de sanadores/enfermadores por habitante, así como el papel central dado a lo sobrenatural en la explicación de los procesos de SEAP. Lo que en última instancia nos lleva a recuperar la hipótesis de E. de Martino sobre las funciones del mundo mágico (1948, 1975), ya que los analizados serían grupos que no pueden o no quieren enfrentar la historicidad de los procesos, tratando de contenerlos y resolverlos manteniendo mecanismos mágico/religiosos que posibilitan la reproducción sociocultural del grupo pero a costa de seguir en la pobreza y extrema pobreza, de generar conflictos entre grupos cercanos, de posibilitar la “crisis de la presencia”, especialmente a través de la “pérdida del alma” y de seguir teniendo altas tasas de mortalidad por enfermedades actualmente evitables en forma relativamente sencilla¹⁵.

Como sabemos, no sólo para de Martino, sino para toda una serie de autores, desde por lo menos la década de 1920' hasta la actualidad, los rituales mágico-religiosos han tratado de reducir, aliviar y/o controlar la angustia que padecen los sujetos y grupos frente a situaciones de incertidumbre, que aparecen como incontrolables a través de los medios que ellos tienen. Pero además, como señala Th. Scheff (1986), en la vida cotidiana de toda sociedad emergen una serie de tensiones que se van acumulando en los sujetos y microgrupos, dando lugar en ciertas situaciones al surgimiento de problemas emocionales, de padecimientos y de conflictos que los sujetos y microgrupos necesitan también entender, resolver y controlar. Y así frente a la incertidumbre/miedo/angustias generadas por la posible muerte propia o la de un ser querido debido a enfermedades o a agresiones, todas las sociedades – y sobre todo las sociedades tradicionales –, han generado rituales para explicar dichas muertes, y para reducir las tensiones individuales y colectivas que generan.

Ahora bien, las tensiones generadas por incertidumbres y miedos ante la muerte propia o la de un ser querido o ante las agresiones de animales y de grupos, así como las tensiones generadas por conflictos sociales por tierras o por celos, pueden dar lugar a enfermedades tradicionales como las que hemos descrito. De tal manera que la enfermedad y su tratamiento mágico-religioso evidencian simultáneamente la incertidumbre y el conflicto así como la posibilidad de control simbólico de la enfermedad y la muerte a través de rituales sociales; y ello más allá de que esas sociedades consigan reducir la muerte por enfermedades o por embarazo/parto. Es decir que la emergencia y desarrollo de enfermedades tradicionales, constituirían, por lo menos en parte, rituales sociales para enfrentar incertidumbres, aliviar tensiones y reducir conflictos sociales.

Relaciones sociales y cosmovisiones: las articulaciones necesarias

Como venimos señalando, observamos que pese a la importancia que las relaciones sociales tienen en la generación de enfermedades tradicionales, dichas relaciones han sido secundarizadas por gran parte de los analistas de la MT, que han colocado sus objetivos en el papel de lo sobrenatural sobre todo precortesiano, de los equilibrios/armonías organizadas en torno a “frio/calor”, y últimamente en las emociones. Lo que les ha conducido, como concluye Imberton, a interesarse por ciertas enfermedades y a excluir o secundarizar otras:

Una tendencia muy marcada de los estudios antropológicos sobre las enfermedades en el mundo indígena, ha sido la de destacar aquellos aspectos considerados propios de la cosmovisión, como el chulel y los naguales mayas que han ocupado un lugar privilegiado en esta perspectiva. La preocupación por las ‘almas indígenas’, que ha sido una constante desde la llegada de los europeos al continente americano, ha orientado la mirada antropológica hacia este tema, desatendiendo otros (IMBERTON 2002: 15).

Lo cual, la autora ejemplifica con la *vergüenza*, a la que considera una enfermedad tradicional bastante difundida, pero poco estudiada. Y lo mismo han observado Cuadriello y Megchún (2013) para la *enfermedad de la tierra*, que se da en colonos de la sierra Lacandona (Chiapas), y que casi no ha sido estudiada, pese a su notable expansión. Lo que posiblemente es debido a que la misma no refiere a procesos supuestamente ancestrales de la cosmovisión nativa; ya que según estos autores:

El alivio de esta enfermedad no implica a los curanderos, puesto que el desequilibrio no tenía lugar en el plano de la composición anímica de las

personas, sino fundamentalmente en el terreno de las condiciones sociales del grupo. A decir de los actuales pobladores tzeltales de Las Cañadas, este fue el padecimiento más común en los colonos de la región, y que según la etiología local consiste en intensos dolores de cabeza, malestar y abulia generalizada, provocada por desear la tierra distinta a la que posee (2013: 221).

Al señalar lo anterior, reitero que no niego el papel de las cosmovisiones, de lo “sobrenatural”, y en particular del “nahualismo”, así como de la relación frío/caliente, que han sido notablemente estudiadas por autores como Galinier (1987, 1990, 2005), Gallardo Ruiz (2002), Lopez Austin (1980), Lupo (2001, 2012) o Page (2005), sino que considero que dichos procesos necesitamos referirlos a las condiciones de vida y a las relaciones sociales dentro de las que operan las cosmovisiones, lo sobrenatural y los procesos de equilibrio/desequilibrio. Proponiendo además que, si bien a nivel manifiesto muchas enfermedades tradicionales son generadas por transgresiones a la divinidad o por causas sobrenaturales relacionadas con la cosmovisión; sin embargo a nivel profundo tiene que ver con relaciones sociales conflictivas. Por lo que necesitamos trabajar con ambos niveles, ya que son complementarios, aunque tratando de observar cual es el nivel decisivo.

Lo que entre otras tareas implica revisar los conceptos que se utilizan ya que, por ejemplo, en el caso del concepto “cosmovisión”, considero que sólo se incluyen los aspectos superestructurales o si se prefiere simbólicos, cuando el concepto original de concepción del mundo, por lo menos en algunas tendencias historicistas de finales del siglo XIX, incluía los aspectos estructurales y no me refiero sólo al marxismo, sino a historicistas como Dilthey (MENÉNDEZ 2002). Y lo mismo necesitamos hacer con los conceptos de “armonía” y “equilibrio” respecto de los procesos de SEAP; ya que necesitamos reflexionar sobre si la armonía y el equilibrio que se buscan restablecer refieren a los sujetos, a los microgrupos, a la comunidad o a los tres ámbitos.

Y todo indica que los que sólo buscan cosmovisiones y rituales, lo que tratan es establecer/restablecer el orden social y cultural dominante en función de la comunidad y no de las personas que, recordemos, siguieron manteniendo altas tasas de mortalidad general y etarias y bajas esperanza de vida hasta la actualidad. Por lo que dichas nociones de cosmovisión y de equilibrio y armonía, deberíamos referirlas no sólo a la cultura o la comunidad, sino también a la vida de las personas y microgrupos. Personas y microgrupos, que en función de sus tránsitos por una vida cotidiana en la que surgen conflictos, problemas, miedos, incertidumbres y especialmente enfermedades, necesitan curadores tradicionales que puedan explicar y

restablecer los equilibrios sociales, más allá de que las intervenciones curen o reduzcan la mortalidad. Por lo que, si bien estas sociedades generan gran cantidad de curadores para actuar sobre una de las principales fuentes de miedos, amenazas e incertidumbres; sin embargo sus principales actividades no tienen que ver con reducir la mortalidad individual y colectiva, sino con crear imaginarios explicativos de la enfermedad y la muerte, así como con resolver y también generar tensiones y conflictos.

Por lo que las acciones sanadoras de la MT deben ser pensadas asumiendo que las formas de atención de estos grupos no han podido solucionar ni reducir los principales problemas de salud, en términos de mortalidad. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Panamericana de la Salud y, en México, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, en determinadas zonas de Asia, África, Oceanía y América Latina y el Caribe, que es donde viven la mayoría de los grupos originarios, se dan las más altas tasas de mortalidad y las menores esperanzas de vida a nivel mundial, pese al dominio de la medicina tradicional. Y al señalar esto, no me refiero sólo a la malaria o a la tuberculosis broncopulmonar, sino a problemas más fáciles de erradicar como, por ejemplo, las consecuencias de las mordeduras de víboras ya que se estima que cinco millones de personas son mordidas al año por serpientes, de las cuales mueren anualmente entre 125.000 y 135.000; ocurriendo la mayoría de esas muertes en los sectores rurales más pobres de Asia, Oceanía, América Latina, y en África Subsahariana. La mayoría muere por no contar con antídotos propios o biomédicos eficaces y por residir en zonas en las cuales no hay servicios médicos de atención primaria (LONGBOTTON *et al.* 2018). Y esto ocurre, pese a existir en muchos grupos originarios *culebreros*, es decir especialistas en tratamientos contra mordeduras de víboras, así como antídotos locales, que son eficaces para ciertos problemas, pero sin poder evitar la muerte de una parte de los afectados, que sin embargo, podrían ser curados fácilmente.

En México, un estudio realizado en Oaxaca, uno de los estados con mayor población indígena, encontró que los municipios indígenas tienen una tasa de mortalidad materna 7,5 veces mayor que los tres municipios no indígenas considerados en el estudio, así como que, en algunos de los municipios de más alta marginación, se encontró que las tasas de mortalidad materna eran similares a las de Bangladesh o Namibia: 312 muertas por 100.000 nacidas vivas registradas (SESIA 2017). Por lo que no niego el papel de lo sobrenatural ni de las cosmovisiones, pero necesitamos observar cual es su papel en la reducción de los problemas de salud que afectan a los

pueblos originarios en su vida cotidiana, lo que no suelen hacer la mayoría de los estudiosos de la MT.

Si revisamos las corrientes antropológicas nacionales y extranjeras que han estudiado los aspectos de la MT mexicana que estamos analizando, encontramos dos tendencias principales; una desarrollada inicialmente por antropólogos norteamericanos en las décadas de 1930' y 1940' y que, más allá de sus diferencias, colocaron su interés en el papel de lo sobrenatural y la cosmovisión en la causalidad y tratamiento de las enfermedades tradicionales, dando lugar a notables estudios, y cuyos principales exponentes han sido, entre otros: Arias, Galinier, Gossen, Guiteras, Laughlin, Lenkersdorf, Villa Rojas, y Vogt. Si bien sus estudios hacen referencias al papel de las relaciones sociales, sin embargo su peso aparece secundario y frecuentemente irrelevante comparado con el énfasis colocado en el papel de los aspectos simbólicos.

A partir de 1940 y, sobre todo desde 1950, otra tendencia, sin negar el papel de la cosmovisión y lo sobrenatural, focalizó las condiciones de vida, los niveles de escasez y de pobreza de la población como disparadores de conflictos sociales que en gran parte, como vimos, fueron convertidos en enfermedades tradicionales. Constituyendo los trabajos de Foster sobre el "bien limitado" los que etnográfica y teóricamente desarrollaron más estos aspectos y más influyeron en la antropología mexicana. Junto con Foster, otros autores norteamericanos como Erasmus (1961, 1969), Fabrega y Silver (1973), Thomas (1974) o Rubel (1979) también señalaron el papel central de los procesos sociales en la generación de conflictos y su expresión a través de padecimientos.

Esta tendencia, especialmente los trabajos de Foster, fueron fuertemente criticados en las décadas siguientes, cuestionando que dichos autores en sus descripciones y análisis no tomaran en cuenta la estructura social de los grupos estudiados, pensaran las comunidades como aisladas, y colocaran gran parte de los problemas en las características de la comunicación y en la necesidad de cambiar las actitudes de los sujetos. Los críticos señalaban que esta tendencia atribuía la envidia, la desconfianza, la apatía, la subordinación a las características culturales e inclusive sociales, sin hacer alusión a las condiciones económico políticas de explotación y a los sistemas de control represivo. Y si bien autores como Foster señalaron las posibles consecuencias de la pobreza en la generación de conflictos, sin embargo, según ellos, no plantearon las causas estructurales de la pobreza (BONFIL 1962; HUIZER 1973).

Ahora bien, estas críticas son en gran medida correctas respecto de la no inclusión de los condicionantes estructurales en la descripción y análisis de la MT, pero sin embargo no lograron influir en la mayoría de los estudios sobre la misma que se desarrollaron en México desde los 70' hasta la actualidad. Ya que siguieron focalizando sus intereses en la cosmovisión y lo sobrenatural, aunque una parte los reorientó hacia una crítica a la sociedad dominante, y planteando como alternativa el denominado “buen vivir”, del que sería parte importante la MT¹⁶.

Pero además, lo que aún es más significativo, observamos que explícitamente o no, toda una serie de estudios mexicanos sobre la MT remiten, sobre todo desde principios del siglo actual, a las propuestas de Foster sobre el “bien limitado”, y al papel central de la envidia como hemos señalado previamente en este texto (CONTRERAS 2001; CORTÉZ 2015; CUADRIELLO, MEGCHUN 2013; GUTIÉRREZ, PACHECO 2013, LÓPEZ, NANCE 2019; RODRIGUEZ CEJAS 2012). Y así, por ejemplo, Contreras (2001), describe para varias comunidades de los Altos de Chiapas, la existencia de conflictos sociales, que remiten a las difíciles condiciones socioeconómicas en que vive la población; así como también a las tensiones políticas y religiosas, que pueden desencadenar frecuentes violencias homicidas. Subrayando la centralidad económica de la envidia, ya que esta «se genera a partir de que algún miembro de la comunidad posee más bienes o tiene una posición social más privilegiada respecto del resto de la población» (2001: 58).

Reiteradamente las descripciones etnográficas siguen evidenciando el papel de la envidia y de los bienes limitados en las comunidades nativas, de tal manera que Gutiérrez y Pacheco concluyen que para los cho'l, «la enfermedad es resultado de las relaciones sociales que se establecen entre los sujetos del entorno inmediato» (2013: 265), concluyendo que en este grupo:

el desorden, el desequilibrio social y sobre todo la envidia son las causantes de que se desaten las enfermedades a través de los malos espíritus. Según lo encontrado en trabajo de campo, en la gran mayoría de los casos, los ascensos económicos individuales provocan envidias y resentimientos sociales, que pueden desembocar en que se recurra a un wujty para enfermar de envidia. En las condiciones de pobreza, como es el caso de la población cho'l de las comunidades de Tila, las envidias entre familiares o vecinos son los detonantes de la enfermedad (2013: 261-262).

Más allá de variedades específicas comunitarias, el papel de la envidia opera en casi todos los grupos originarios mexicanos de los que tenemos información; observando que entre los purépechas de Cherán, los curadores tradicionales consideran que las enfermedades tienen que ver con la rela-

ción amigo/enemigo, de tal manera que «las envidias y las desconfianzas son causa y también consecuencia de las actitudes hostiles y las agresiones físicas [...] En Cherán se piensa «si una persona no es mi amigo, entonces es mi enemigo; si no me aprecia, entonces me odia» (GALLARDO RUIZ 2002: 266). Concluyendo Gutiérrez y Pacheco «[...] que, en general, todas las enfermedades regulan las relaciones sociales que colocan en interacción a las familias de la comunidad, y tienen como fin asegurar el buen comportamiento de los miembros de las familias en el ámbito doméstico y comunitario» (2013: 273). Lo que parcialmente aceptamos, pero con modificaciones sustantivas, dado que considero que son las relaciones sociales y no las enfermedades las que regulan los procesos, lo que justamente expresa la persistencia de la secundarización del papel de las relaciones sociales por la mayoría de los analistas.

Estos y otros antropólogos, durante las últimas dos décadas recuperan las limitaciones que la pobreza impone a la vida de sujetos y grupos; saben además que los conflictos por la tierra se han incrementado, así como la persistencia de las envidias, reconociendo el papel de las condiciones estructurales, y el incremento de las desigualdades socioeconómicas. Además, saben que son grupos donde la mayoría de los sujetos y microgrupos 'prefieren' migrar a modificar las condiciones que los empobrece endémicamente. Y esto ocurre en pueblos originarios donde paradójicamente se reducen las tasas de mortalidad y se incrementa la esperanza de vida; donde la mayoría de las enfermedades van pasado a ser alopáticas, y donde disminuye constantemente el número de los diferentes tipos de curadores tradicionales. Pero además, estos estudios describen el peso de las relaciones sociales en la generación de las enfermedades tradicionales, pero sin que, salvo excepciones, analicen teóricamente el papel de las relaciones sociales que han tendido a ser secundarizadas no sólo por los que están interesados por el papel de lo sobrenatural y la cosmovisión, sino inclusive por los que reconocen el papel de las relaciones sociales.

Ahora bien ¿Por qué se daría la omisión del papel de las relaciones sociales, o por lo menos su reconocimiento y simultáneamente su secundarización respecto de las cosmovisiones y recientemente de las emociones? Considero que además del interés por lo sobrenatural, la cosmovisión o los equilibrios/desequilibrios; asumir que las enfermedades tradicionales son causadas por las relaciones sociales que hemos analizado, implicaría convalidar el tipo de relaciones sociales dominantes y el clima social que surge de las mismas. Relaciones sociales que tienen que ver con sospechas, desconfianzas, incertidumbres, inseguridades, venganzas, agresiones y, sobre

todo, envidias que no sólo pueden enfermar, sino generar la muerte del otro. Es decir, que la secundarización de las relaciones sociales tendría que ver con aspectos que cuestionan las ideas sobre la solidaridad e integración sociocultural dominantes en los pueblos originarios, así como con las propuestas del “buen vivir”.

Por lo que en los estudios sobre MT operarían varias exclusiones o secundarizaciones complementarias; en primer lugar tenemos las que excluyen toda información sobre las altas tasas de mortalidad, la menor esperanza de vida y la falta de eficacia para reducir la mortalidad de las terapéuticas tradicionales. Exclusiones que son debidas, en gran medida, a que su reconocimiento puede contribuir aún más a profundizar la imagen negativa, racista, y clasista que existe respecto de los pueblos originarios. Existe otra tendencia que, aun reconociendo la existencia de la pobreza y sus consecuencias en los procesos de SEAP, tiende a excluir las condiciones estructurales que generan la pobreza y las desigualdades. Y por último tenemos la tendencia que omite o relega el papel de las relaciones sociales en la causalidad de los padecimientos. Pero además, encontramos que las tres tendencias excluyen la descripción y análisis de las enfermedades alopáticas y de los usos de los servicios de salud y fármacos por los pueblos originarios, pese a las constante articulación que existe entre MT y biomedicina. De tal manera que dichas exclusiones tienden a generar un panorama imaginario de los pueblos indígenas, por lo menos respecto de los procesos de SEAP.

Por ello, considero que para entender los procesos de SEAP tradicionales necesitamos incluir todos los procesos excluidos, lo que además implica describir y analizar antropológicamente tanto los aspectos negativos como los positivos que caracterizan a los pueblos originarios respecto de los procesos de SEAP¹⁷. De ahí la necesidad de estudiar dichos procesos incluyendo las altas tasas de mortalidad, y la menor esperanza de vida que tienen dichos pueblos, para evidenciar, por ejemplo, que no son sólo debidas a su Cultura, sino que, en gran medida, tienen que ver con la marginación, racialización y explotación social y económica a la que han sido sometidos históricamente. Pero también necesitamos asumir que la situación de pobreza y de pobreza extrema dentro de la que viven, es la que potencia el desarrollo de conflictos por bienes escasos, así como que, si bien la adhesión a las propias costumbres puede reforzar la integración sociocultural de estos pueblos, también pueden favorecer su dominación y subalternidad, sin generar necesariamente contrahegemonía.

Como sabemos, por lo menos desde 1940' se han desarrollado una serie de tendencias que impulsan la posibilidad de que los pueblos originarios puedan desarrollarse de manera autónoma, y contribuir a generar tipos de sociedades caracterizadas por lo que actualmente denominan el "buen vivir"; pero la mayoría de dichas propuestas se han caracterizado justamente por excluir aspectos que posibilitarían entender, porque dichas propuestas no se concretan sino excepcionalmente. Y justamente, el análisis que realizamos del papel decisivo de las relaciones sociales en la producción y desarrollo de las enfermedades tradicionales, no sólo trata de poner en evidencia dicho papel, sino conjuntamente evidenciar que tanto el papel de las mismas como su omisión o secundarización constituyen indicadores de las contradicciones de los pueblos originarios y de las orientaciones excluyentes de una parte de los que los estudian (MENÉNDEZ 2002, 2016).

Notas

⁽¹⁾ Por supuesto que, desde por lo menos el desarrollo de las medicinas psicosomáticas durante la década de 1930' hasta la actualidad, tendencias biomédicas y socio médicas han evidenciado la importancia causal, terapéutica y preventiva de las relaciones sociales, pero reconociendo que dichas tendencias han sido marginales a la biomedicina.

⁽²⁾ Los principales aspectos excluidos o secundarizados refieren a la mortalidad en general y a la mortalidad por género y por grupos de edad en particular, así como también a la violencia intrafamiliar y de género. Lo señalado no ignora que autoras como L. Berrio (2017), G. Freyermuth (2015) o P. Sesia (2017), que trabajan con datos de mortalidad y, especialmente, de mortalidad materna, así como también toda una serie de trabajos documentan la violencia contra la mujer (FREYERMUTH 2000; GARCÍA, BACA Y PÉREZ, 2020; MUÑOZ Y CORONA 1996, NATERA 2019). Pero estos trabajos no están desarrollados desde la Medicina Tradicional, ya que los estudios de la MT no se han interesado sino muy recientemente por estos procesos. Esta exclusión deja de lado aspectos sustantivos de la vida de los pueblos originarios, lo que no permite comprender lo que son en la actualidad dichos pueblos.

⁽³⁾ Al respecto es importante consignar, que a través de toda la trayectoria de la Antropología Social y Etnología mexicana durante el siglo XX y parte del XXI, la MT ha sido el principal campo de estudio respecto de los procesos de SEAP, como concluyen en términos cualitativos y estadísticos los trabajos de Osorio (en prensa) y de Campos, Sánchez -García y Tascón (en prensa). El primero constituye una compilación bibliográfica de la producción mexicana entre 1908 y 2018, mientras que el segundo refiere al lapso 1994/2020. Inclusive ambos trabajos evidencian, que la mayoría de la producción sobre MT se ha generado en las últimas décadas.

⁽⁴⁾ Salvo excepciones, como la de Güemez (2005; y en prensa), los analistas de la MT mexicana no informan sobre la persistencia, disminución o directamente desaparición

de los curadores tradicionales. La mayoría de la información al respecto la he obtenido de las ponencias presentadas durante más de treinta años en el Seminario Permanente de Antropología Médica, y de mis conversaciones con antropólogos especializados como A. Barragán, R. Campos, Z. Mendoza, R. M. Osorio, J. Page y el mismo Guemez. Y así, por ejemplo, Page me comunicaba el 27/11/2020 que «En la actualidad casi no quedan curadores tradicionales en Chiapas; los jóvenes en general ya no sueñan, y los mayores se han convertido a las diferentes denominaciones cristianas o al Islam». Mientras R. Campos me informaba el 12/02/2021: «Considero que existe una disminución de los curadores tradicionales, lo que además aparece como una preocupación de los terapeutas más ancianos, que temen que se pierda su conocimiento de la terapéutica tradicional indígena y no indígena. Reconocen que los jóvenes no están interesados en la herencia curativa». Y lo mismo sostiene A. Barragán, ya que encontré que en comunidades de Oaxaca y del Estado de Hidalgo los curadores tradicionales tienen entre 70 y 90 años y ya no hay curadores de menor edad (Comunicación 27/10/2020).

⁽⁵⁾ Siguen siendo mal de ojo, empacho, susto/espanto, caída de mollera, brujería/daño, aires, y corajes, a las que en las últimas décadas se han agregado los nervios.

⁽⁶⁾ Mis fuentes básicas son los trabajos de conjunto coordinados por C. Zolla (1994a, 1994b), que han sido complementados por trabajos producidos recientemente por Osorio (en prensa) y por Campos, Sánchez-García y Tascón (en prensa). Aclarando que, si bien citaré libros y textos publicados en revistas especializadas, una parte de los textos citados refieren a tesis de antropología a nivel de Maestría y de Doctorado, ya que considero que uno de los principales aportes de la Antropología Social y de la Etnología sigue siendo la producción de tesis cada vez menos publicadas, que al ser convertidas en artículos reducen significativamente la presencia de la etnografía, limitando entender los significados generados por los saberes tradicionales. Por último informo que para algunos puntos específicos entrevisté a varios de los principales especialistas en Medicina Tradicional mexicana: A. Barragán, R. Campos, M. Guemez, A. Haro, Z. Mendoza, J. Page, C. Zolla o en problemas específicos relacionados con dicha MT: L. Berrio; R. Castro; G. Freyermuth; B. de Keijzer; O. López; R. Muñoz; R.M. Osorio; M. Salas.

⁽⁷⁾ He revisado la bibliografía sobre parteras especialmente sobre mortalidad materno-infantil en el trabajo embarazo/parto y puerperio de las mismas; así como también he preguntado a especialistas en cuestiones de género como G. Freyermuth, L. Berrio, M. Salas y S. Pérez Gil, y a organizaciones especializadas como el grupo de Equidad de género de la Secretaría de Salud, y sólo he conseguido una referencia (Morales en prensa), proporcionada por G. Freyermuth. Lo que implica otra grave exclusión por parte de los estudiosos de las parteras “empíricas”; lo que además contrasta con el creciente número de textos sobre violencia obstétrica biomédica.

⁽⁸⁾ Como señalé, es importante consignar que los estudios de MT no analizan en los grupos que estudian la mortalidad general, por enfermedades, por grupos etarios o por género, pese a que la descripción y análisis que realizan de la mayoría de las enfermedades tradicionales refieren a la mortalidad por mal de ojo, caída de mollera o brujería; y que como indicamos uno de los principales rituales ha sido el velorio del

angelito. Inclusive los estudios de epidemiología sociocultural no suelen presentar datos de mortalidad sobre las enfermedades tradicionales.

⁽⁹⁾ Esta característica corporativa relacional la encontramos también en otros padecimientos, por ejemplo en el caso de la vergüenza, ya que la misma «puede cobrar sus víctimas, no solamente entre las personas directamente involucradas en ellas, sino también entre los familiares cercanos. Son muy frecuentes los casos – entre los choles – en que los niños y niñas, pero también las esposas, enferman por circunstancias penosas en que han participado el padre y el esposo» (IMBERTON 2002: 113).

⁽¹⁰⁾ Mientras los estudiosos de la MT han desarrollado constantes trabajos sobre las plantas y animales comestibles, sin embargo, han estudiado muy poco la distribución alimenticia en términos de género.

⁽¹¹⁾ Es importante señalar que Riesky reconocía que: «Sin embargo, los trances emocionales que parecen causar enfermedades, de ordinario indican áreas de tensión en las relaciones interpersonales» (1976: 65). Es decir, en esta autora ya observamos una tendencia que domina en los estudios actuales interesados por las emociones, y es que aun reconociendo el papel central de las relaciones sociales, lo nuclear se coloca en las emociones, así como en otras orientaciones se coloca en la cosmovisión. Es decir, dominan las tendencias a secundarizar las relaciones sociales.

⁽¹²⁾ La envidia aparece como una estructura fuerte en las enfermedades tradicionales de, por lo menos, los pueblos mediterráneos europeos y africanos; pero no sólo la envidia ha dado lugar a discusiones sobre los orígenes europeos o prehispánicos, sino que también se han dado en torno a la relación frío/caliente y los equilibrios humorales o respecto del papel de las emociones en la generación de enfermedades. Estas discusiones, por lo menos hasta ahora, no se han resuelto, y cada tendencia sigue manteniendo sus opiniones sin visos de conciliación.

⁽¹³⁾ Si bien hay autores que como Thomas concluyen en los 60', que el consumo de alcohol no se expresa en violencias al interior de los grupos originarios, comparándolos además con el consumo desorganizado que observa en los ladinos; sin embargo desde los trabajos de R. Bunzell, J. Kennedy o Viqueira y Palerm publicados entre 1940 y 1960, contamos con datos sobre las consecuencias violentas del consumo de alcohol dentro de dichos grupos (MENÉNDEZ 1991).

⁽¹⁴⁾ En forma explícita o implícita los siguientes textos presentados en este trabajo se refieren al clima social negativo dominante en las comunidades estudiadas: CARTWRIGHT 2001; CONTRERAS 2001; CORTEZ 2015; CUADRIELLO Y MAGCHUN 2013; ERASMUS 1969; FÁBREGAS Y NUTINI 1993; FLANET 1977, 1986; FOSTER 1972, FRANCO 2003; FREYERMUTH 2000; GUTIÉRREZ Y PACHECO 2013; IMBERTON 2002, 2006; MENDOZA 1994, 2004, 2013; NATERA 2019; PEÑA 2006; RODRIGUEZ CEJAS 2012; ROMANUCCI ROSS 1973; SANTILLANES 2018; THOMAS 1974. Subrayando que dicho clima negativo se ha incrementado en las últimas dos décadas debido a la presencia del crimen organizado, a la presión de sectores empresariales y a conflictos por posesión de tierras en las comunidades indígenas. Además, todo indica que este clima social no se ha desarrollado entre los mayas yucatecos.

⁽¹⁵⁾ El clima social descrito puede correlacionarse con las condiciones de explotación, expropiación, discriminación, racismo, humillación, extrema pobreza o pobreza a la que estos pueblos han sido sometidos históricamente, y que ha sido puesta de manifiesto, sobre todo desde la década de los 60, por los estudios antropológicos. Más aún, estas condiciones articuladas con la adhesión a la propia cultura, ha sido propuesta como mecanismo de resistencia y oposición a los sectores dominantes desde los trabajos de F. Fanon hasta algunas propuestas decoloniales recientes.

⁽¹⁶⁾ Una tendencia importante la constituyen los estudios sobre parteras tradicionales, que rescatan no sólo su labor en el proceso de embarazo/parto/puerperio contrastándolo frecuentemente con el papel de la medicina; sino que, sobre todo los realizados con perspectiva de género, rescatan el papel central de la partera en la integración sociocultural de los pueblos originarios, y como expresión paradigmática del 'buen vivir', dominando en muchos de ellos objetivos básicamente ideológicos (ARAYA 2011).

⁽¹⁷⁾ Uno de los aspectos que no pudimos desarrollar refiere a que junto con la envidia, sospecha, desconfianza los pueblos originarios mexicanos han desarrollado toda una serie de instituciones que refuerzan la solidaridad social, y de la cual actualmente su principal expresión la constituyen las 'remesas' de dinero que los migrantes mexicanos indígenas y no indígenas envían desde los EEUU a sus familias en México.

Bibliografía

ALVAREZ J. *et al.* (1960), *Historia de la salubridad y asistencia en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Ciudad de México.

ARANA M., HERNÁNDEZ C. (2017), *Sexual Behavior and Suicide among Young in Indigenous in the Highlands of Chiapas*, Panamerican Health Organization, Ciudad de México/Montreal.

ARAYA M.J. (2011), *Parteras indígenas. Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal*, Ediciones Abya-Yala, Quito.

ARIAS J. (1975), *El mundo numinoso de los mayas: estructura y cambios contemporáneos*, Sep-Setentas, Ciudad de México.

ARGANIS E. (2018), *Diabetes ayer y hoy: una reflexión sobre los estudios antropológicos sobre diabetes mellitus*, Seminario permanente de Antropología Médica/CIESAS, Ciudad de México.

BAER R., BUSTILLO M. (1993), *Susto and Mal de Ojo among Florida Farmworkers: Emic and Perspectives*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 7(1): 91-99.

BERRIO L. (2017), *Diez años de intervenciones y políticas públicas para reducir la mortalidad materna en Guerrero*, pp. 168-200 en FREYERMUTH G. (coord.), *Balances necesarios. Salud y mortalidad materna en México. Balance desde la antropología y la interdisciplinariedad*, CIESAS, Ciudad de México.

BONFIL BATALLA G. (1962), *Diagnóstico sobre el hambre en Sudzal, Yucatán*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.

BUENDÍA M. (2015), *El estudio del susto en comunidades totonacas de la costa de Papantla, Veracruz. Una perspectiva etnoepidemiológica*, Tesis de Maestría en Antropología, Universidad Veracruzana, Veracruz.

CAMPO ARÁUZ L., APARICIO M. (coords.) (2017), *Etnografías del suicidio en América del Sur*, Editorial Abya-Yala, Universidad Politécnica Salesiana, Quito.

- CAMPOS R. (1997), *Nosotros los curanderos*, Editorial Nueva Imagen, Ciudad de México.
- CAMPOS R. (2009), *Medir la cinta y tirar del cuerito*, Ediciones Continente, Ciudad de México.
- CAMPOS R. (2011), *De como curar el empacho y otras yerbas*, Ediciones Continente, Ciudad de México.
- CAMPOS R. (2016), *Doña Rosita Ascencio. Curandera purépecha*, UNAM, Ciudad de México.
- CAMPOS R. (2017), *Si no se le despega eso, ¡se le muere el niño!*, UNAM, Ciudad de México.
- CAMPOS R. (2018), *El empacho en el Uruguay 1710-2018*, UNAM, Ciudad de México.
- CAMPOS R. (2019), *El empacho en Cuba y el Caribe (Siglos XVII-XXI)*, UNAM, Ciudad de México.
- CAMPOS R., SÁNCHEZ-GARCÍA C., TASCÓN J.A. (coords.) (en prensa), *Diagnóstico de la medicina tradicional entre la población indígena y afroamericana (1994-2019)*, Instituto Nacional de Pueblos Indígenas, Ciudad de México.
- CARTWRIGHT E. (2001), *Espacio de enfermedad y curación*, Colegio de Sonora, Hermosillo.
- CASTALDO M. (2002), *La locura: perfil, análisis e interpretación en Santa María de la Encarnación Xoyatla*, Puebla, Tesis Maestría en Antropología, UNAM, Ciudad de México.
- CONTRERAS L.E. (2001), *El conflicto social como generador de padecimientos: litigios por tierras e ilwajinel (mal arrojado por envidia) en Yolohuitz, Chiapas*, "Alteridades", Vol. 11(21): 53-64.
- CORTÉZ R. (2015), *Muerte en niños menores de cinco años. Desigualdad étnica, económica y de género como condicionantes de la autoatención en familias zoques*, Tesis Doctoral en Antropología, CIESAS, Ciudad de México.
- CUADRIELLO H., MEGCHÚN R. (2013), *El desplazamiento de curanderos y brujos entre los tzeltales de Las Cañadas de la selva lacandona, Chiapas*, pp. 213-228 en BARTOLOMÉ M.A., BARABAS A.M (coords.) (2013), *Los sueños y los días. Chamamanismo y nahualismo en el México actual*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.
- DE MARTINO E. (1948), *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Einaudi, Torino.
- DE MARTINO E. (1975), *Mondo popolare e magia in Lucania*, Basilicata editrice, Roma/Matera.
- ERASMUS C. (1961), *Man Takes Control: Cultural Development and American Aid*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- ERASMUS C. (1969), *El síndrome del encogido y el desarrollo de la comunidad*, "América Indígena", Vol. 29(1): 228-292.
- EROZA E., CARRASCO M. (2020), *La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia*, "Liminar. Estudios Sociales y Humanísticos", Vol. 18(1): 112-128.
- FABREGA H., SILVER D. (1973), *Illness and Shamanistic Curing in Zinacantan: An Ethnomedical Analysis*, Stanford University Press, Stanford.
- FABREGA H., NUTTINI H. (1993), *Witchcraft Explained Childhood Tragedies in Tlaxcala and Their Medical Sequelae*, "Social Science & Medicine", Vol. 36(6): 653-672.
- FLANET V. (1977), *Viviré si Dios quiere: un estudio sobre la violencia en la Mixteca de la Costa*, Instituto Nacional Indigenista, Ciudad de México.
- FLANET V. (1986), *Las madres muerte. Violencia en México*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México.

- FOSTER G. (1965), *Peasant Society and the Image of Limited Good*, "American Anthropologist", Vol. 67(2): 293-315.
- FOSTER G. (1972), *Tzintzuntzan*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México.
- FRANCO V. (2003), *Violencia y control social: la lógica de la culpabilidad en un grupo indígena*, "Desacatos", Vol. 13: 152-160.
- FREYERMUTH M.G. (2000), *Morir en Chenalho. Género, etnia y generación*, Tesis de Doctorado en Antropología, UNAM, Ciudad de México.
- FREYERMUTH M.G. (2015), *El observatorio de mortalidad materna en México*, pp. 49-53 en FREYERMUTH G. (coord.) *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México*, CIESAS, Ciudad de México.
- GALINIER J. (1987), *Pueblos de la Sierra Madre. Etnografía de la comunidad otomí*, Instituto Nacional Indigenista, Ciudad de México.
- GALINIER J. (1990), *La mitad del mundo. Cuerpo y cosmos en los rituales otomíes*, UNAM/INI, Ciudad de México.
- GALINIER J. (2005), *¿Existe una ontología otomí? Las premisas mesoamericanas de una philosophia prima*, "Alteridades", Vol. 15(29): 81-86.
- GALLARDO RUÍZ J. (2002), *Medicina tradicional P'urhépecha*, El Colegio de Michoacan, Zamora de Hidalgo.
- GARCÍA, S., BACA N., PÉREZ A. (2020), *La violencia contra las mujeres rurales e indígenas en San Felipe del Progreso*, Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, Toluca.
- GUÉMEZ M.A. (2005), *Entre La duda y la esperanza la situación actual de la organización de Médicos Indígenas de la península de Yucatán*, "Temas Antropológicos", Vol. 27(1-2): 31-66.
- GUÉMEZ M.A. (en prensa), *Situación actual de la medicina tradicional y sus terapeutas en la península de Yucatán*, pp. 1-24 en SÁNCHEZ-GARCÍA Y TASCÓN (coord.) *Campos*.
- GUTIÉRREZ J., PACHECO A.L. (2013), *La maldad y los malos espíritus están en el aire y en las personas: curanderos, brujos y nahuales entre los cho'les de Tila, Chiapas*, pp. 251-276 [tomo II] en BARTOLOMÉ M.A., BARABAS A.M. (coords.) *Los sueños y los días. Chamanismo y nahualismo en el México actual*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.
- HERSCH P., GONZÁLEZ L. (2011), *Enfermar sin permiso. Un ensayo de epidemiología sociocultural*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.
- HUIZER G. (1973), *El potencial revolucionario del campesino en América Latina*, Siglo XXI Editores, Ciudad de México.
- IMBERTON G.M. (2002), *La vergüenza: enfermedad y conflicto en una comunidad chol, San Cristobal de las Casas*, UNAM, Ciudad de México.
- IMBERTON G.M. (2006), *Enfermedad y tensiones sociales entre los indígenas chols de Chiapas, México*, pp. 257-270 en FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Ediciones Abya-Yala, Quito.
- IMBERTON G.M. (2014), *Vulnerabilidad suicida en localidades rurales de Chiapas: una aproximación etnográfica*, "Limina R. Estudios Sociales y Humanísticos", Vol. 12(2): 81-96.

- LOGAN M.H. (1993), *New Lines of Inquiry on the Illness of Susto*, "Medical Anthropology", Vol. 15(2): 189-200.
- LONGBOTTON J. *et al.* (2018), *Vulnerability to Snakebite Envenoming: A Global Mapping of Hotspots*, "The Lancet", Vol. 392(10148): 673-684.
- LÓPEZ AUSTIN A. (1980), *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*, UNAM, Ciudad de México.
- LÓPEZ O., NANCE D.C. (2019), "Something Born of the Heart": Culturally Affiliated Illnesses of Older Adults in Oaxaca, "Issues in Mental Health Nursing", Vol. 41 (3): 235-242.
- LUPO A. (2001), *La cosmovisión de los nahuas de la Sierra de Puebla*, pp. 335-389 en BRODA J., BAEZ J. (coords.), *Cosmovisión, ritual e identidad de los pueblos indígenas de México*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México.
- LUPO A. (2012), *Corpi freddi e ombre perdute*, CISU, Roma.
- MAYA A.P. (2017), *Estar desnutrido en Hueyapan, Morelos, comunidad indígena de México*, Editorial Saber y Conocer, Ciudad de México.
- MAYA A.P., VENEGRAS-LAFÓN R.M. (2009), *Análisis interdisciplinario de la chiplatez. Síndrome de afiliación cultural que afecta la niñez en Tetelcingo, México*, "LABORAT-Acta", Vol. 21(4): 85-90.
- MENDOZA Z. (1994), *De lo biomédico a lo popular: el proceso de salud/enfermedad/atención en San Juan Copala, Oaxaca*, Tesis de Maestría de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.
- MENDOZA Z. (2004), *De la casa del nene al árbol de las placentas. Proceso reproductivo, saberes y transformación cultural entre los triquis de Copala en la Merced*, Tesis de Doctorado en Antropología, CIESAS, Ciudad de México.
- MENDOZA Z. (2013), *Violencia en San Juan Copala, Oaxaca. Narraciones de muerte y sufrimiento*, Ponencia Presentada al SEPAM, CIESAS, Ciudad de México.
- MENÉNDEZ E.L. (1981), *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, Ediciones de la Casa Chata, Ciudad de México [segunda edición corregida y aumentada: Universitat Rovira i Virgili, Tarragona 2018].
- MENÉNDEZ E.L. (1984), *Descripción y análisis de las representaciones y las prácticas de grupos domésticos sobre la mortalidad en niños menores de cinco años en una comunidad de Guanajuato, Ms.*, Ciudad de México.
- MENÉNDEZ E.L. (1990), *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, CIESAS, Ciudad de México.
- MENÉNDEZ E.L. (1994), *La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional?*, "Alteridades", Vol. 4(7):71-83.
- MENÉNDEZ E.L. (2009), *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Lugar Editorial, Buenos Aires.
- MENÉNDEZ E.L. (2010), *Interculturalità e processi di salute/amalattia/cura: aspetti metodologici*, "AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", 21-26: 25-52.
- MENÉNDEZ E.L. (2012), *Violencia en México: las explicaciones y las ausencias*, "Alteridades", Vol. 22(43): 177-192.

MENÉNDEZ E.L. (2016), *Las enfermedades ¿son sólo padecimientos? Hegemonía biomédica y apropiación ideológica por las clases subalternas*, "AM. Rivista della Società italiana di antropología medica", 41-42: 9-60.

MENÉNDEZ E.L. (2018), *Antropología médica en América Latina 1990/2015: una revisión estrictamente provisional*, "Salud Colectiva", Vol. 14 (3): 461-481.

MONDRAGÓN R. (1998), *Descripción y análisis de las representaciones y prácticas respecto de los brujos entre los curadores espiritistas de Cintalapa*, Tesis de Maestría en Antropología, CIESAS, Ciudad de México.

MORALES M. (2021), *La medicalización y la maternidad en los Altos de Chiapas*, Universidad Autónoma de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez (en prensa).

MUÑOZ E., CORONA A. (1996), *Indigenismo y género: violencia doméstica*, "Nueva Antropología", Vol. 15(49): 41-58.

NATERA G. (2019), *El drama social que viven las mujeres Hñahñu (otomíes) frente al consumo nocivo de alcohol de sus parejas: un análisis de las emociones a través de una intervención*, Tesis Doctoral en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.

OSORIO R.M. (en prensa), *Bibliografía de la investigación socioantropológica sobre los procesos de salud/enfermedad/atención en México*, Tendencias dominantes en la Antropología Médica, CIESAS, Ciudad de México.

ORTEGA J. (1999), *Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*, Tesis Doctoral en Antropología, El Colegio de Michoacán, Zamora en Hidalgo.

PAGE J. (2002), *Políticas sanitarias dirigidas a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1857-1995*, México, UNAM/Universidad Nacional Autónoma de Chiapas, Ciudad de México.

PAGE J. (2005), *El mandato de los dioses. Etnomedicina entre los tzotziles de Chamula Y Chenalhó*, Chiapas, San Cristobal de las Casas, UNAM, Ciudad de México.

PAGE J. (2020), "Morir de amor", no, de diabetes: deterioro emocional y físico por diabetes. Tres casos en los Altos de Chiapas, "Desacatos", Vol. 64: 86-101.

PEÑA P. (2006), *Mortalidad infantil y brujería. El caso de la etnia mazahua, México*, Tesis Doctoral en Antropología, Universitat Rovira y Virgili, Tarragona.

RABY D. (2018), *Nuestra Madre sufre y llora. Violencia intrafamiliar y Buen Vivir desde las relación con el maíz en una comunidad nahua de Guerrero, México*, "Relaciones", Vol. 39(155): 43-75.

REDFIELD R. (1941), *Yucatán, una cultura en transición*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México.

RODRIGUEZ CEJAS G. (2012), *Enfermar y sanar. Persona, cuerpo social y cosmos en la vida cotidiana chol en Calakmul*, Tesis Doctoral en Antropología, UNAM, Ciudad de México.

ROMANUCCI-ROSS L. (1973), *Conflict, Violence and Morality in a Mexican Village*, National Press, Palo Alto.

PRESS RUBEL A. (1967), *El susto en Hispanoamérica*, "América Indígena", Vol. 27(1): 69-90.

RUBEL A., O'NEIL C. (1979), *Dificultades para expresar al médico los trastornos que aquejan al paciente: la enfermedad del susto*, "Boletín de la Organización Panamericana de la Salud", Vol. 87(2): 103-112.

RUBEL A., O'NEIL C., COLLADO R. (1989), *Susto. Una enfermedad popular*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México.

- RUBEL A., BROWNER C. (1999), *Antropología de la salud en Oaxaca*, "Alteridades", Vol. 9(17): 85-94.
- RUIZ T. (2000), *Ser curandero en Uruapán*, El Colegio de Michoacán, Zamora en Hidalgo.
- RYESKY D. (1976), *Conceptos tradicionales de la medicina en un pueblo mexicano*, Sep-Setentas, Ciudad de México.
- SANTILLANES N. (2018), *El proceso salud/enfermedad/atención de la depresión en mujeres migrantes mexicanas que residen en la ciudad de New York*, Tesis Doctoral en Antropología en Antropología, CIESAS, Ciudad de México.
- SESA P. (2017), *Quince años de investigaciones en la prevención y la reducción de la muerte materna en Oaxaca: perspectivas y aportes cualicuantitativos desde la antropología y la salud pública*, pp. 202-251 en FREYERMUTH E.G. (coord.), *Salud y mortalidad materna en México: balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad*, CIESAS, Ciudad de México.
- SESA P. et al. (2006), *Violencia y mortalidad materna en contextos indígenas de Oaxaca: una mirada etnográfica*, Ponencia presentada IV Coloquio Nacional de la Red de Estudios de Género del Pacífico Mexicano, Morelia.
- SHEFF T. (1986), *La catarsis en la curación, el rito y el drama*, Fondo de Cultura Económica, Ciudad de México.
- THOMAS N. (1974), *Envidia, brujería y organización ceremonial. Un pueblo zoque*, Sep-Setentas, Ciudad de México.
- SILVER D. (1966), *Enfermedad y curación en Zinacantan*, pp. 455-473 en VOGT E. (coord.), *Los Zinacantecos. Un pueblo tzotzil en los Altos de Chiapas*, Dirección General de Publicaciones, Instituto Nacional Indigenista, Ciudad de México.
- ZOLLA C. (1994a), *La medicina tradicional de los pueblos indígenas*, 3 vols, Instituto Nacional Indigenista, Ciudad de México.
- ZOLLA C. (1994b), *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, Instituto Nacional Indigenista, Ciudad de México.

Scheda sull'Autore

Eduardo Luis Menéndez Spina; antropólogo social argentino, nacido el 12/12/1934. Profesor/investigador emérito del Centro de investigaciones y estudios superiores en Antropología Social de México. Dr. en Antropología Social (Universidad de Buenos Aires) Dr. Honoris Causa (Universitat Rovira i Virgili, Tarragona). Ha desarrollado investigaciones sobre todo en el campo de la Antropología Médica, entre las que destacan las siguientes: a) Nivel de vida de la población rural de la provincia de Misiones (Argentina); b) Enfermedades ocupacionales en trabajadores mineros, ceramistas y operadores de camiones de pasajeros; c) Modelos de atención de los padecimientos: estructura y funciones; d) Autoatención, automedicación y autogestión; d) Proceso de alcoholización en México; e) Medios de comunicación masiva y procesos de salud/enfermedad; f) Interculturalidad y salud en México: propuestas, orientaciones y limitaciones; g) Actores sociales, enfermedades y curadores en dos comunidades yucatecas. Publicaciones: a) libros y cuadernos: 31; b) capítulos de libros: 108; c) artículos en revistas académicas: 111.

Riassunto

Le relazioni sociali guariscono, ma anche ammalano, uccidono e controllano. Una nuova interpretazione della medicina tradizionale

In questo lavoro descrivo e analizzo le diverse tipologie di relazioni sociali che si esprimono attraverso le cosiddette malattie tradizionali; così come esploro i significati fondanti che queste relazioni esprimono per i soggetti e i popoli originari messicani. Le principali caratteristiche che emergono dall'analisi sono: 1) la tendenza a interpretare le malattie tradizionali in termini di cosmovisione e di rimando a una dimensione sovranaturale, sottovalutando gli aspetti relativi alle relazioni sociali; 2) le malattie tradizionali come espressione o causa di conflitti sociali tra gruppi e soggetti, e la loro soluzione provvisoria attraverso la dimensione del rituale collettivo; 3) l'idea che gran parte delle malattie tradizionali rappresentano o esprimono emozioni, che si sviluppano attraverso le relazioni sociali; 4) il clima sociale che rimanda alla mancanza di fiducia, al timore, alla mancanza di sicurezza, all'incertezza, e soprattutto all'invidia che rimanda alle cause, ai segni, ai sintomi e allo svilupparsi delle malattie tradizionali; e 5) il ruolo centrale che le relazioni sociali assumono nei processi di salute/malattie/assistenza/prevenzione in relazione alle malattie tradizionali.

Parole chiave: medicina tradizionale, relazioni sociali, popoli originari, emozioni

Resumen

Las relaciones sociales sanan, pero también enferman, matan y controlan. Una reinterpretación de la medicina tradicional

En este texto describo y analizo los tipos de relaciones sociales que se expresan a través de las denominadas enfermedades tradicionales; así como las significaciones dominantes que dichas relaciones tienen para los sujetos y grupos de los pueblos originarios mexicanos. Las principales características que surgen de nuestro análisis son las siguientes: 1) la tendencia a interpretar las enfermedades tradicionales en términos de cosmovisiones y de aspectos sobrenaturales, y la secundarización del papel de las relaciones sociales; 2) las enfermedades tradicionales como expresión y/o causa de conflictos sociales entre sujetos y grupos, y su solución provisional a través de rituales sociales; 3) el que gran parte de las enfermedades tradicionales constituyan o expresen emociones, que se desarrollan a través de relaciones sociales; 4) el clima social de desconfianza, miedo, inseguridad, incertidumbre, sospecha y sobre todo envidias que surge de las causas, signos, síntomas y desarrollo de las enfermedades tradicionales; y 5) el papel central que las relaciones sociales tienen en los procesos de salud/enfermedad/atención/prevenición organizados en torno a las enfermedades tradicionales.

Palabras claves: medicina tradicional, relaciones sociales, pueblos originarios, emociones

Resumé

Les relations sociales guérissent, mais aussi rendent maladie, tuent et contrôlent. Une réinterprétation de la médecine traditionnelle

Dans ce texte, je décris et analyse les types de relations sociales qui s'expriment à travers les maladies traditionnelles, ainsi que les significations dominantes que ces relations ont pour les sujets et les groupes des peuples indigènes du Mexique. Les principales caractéristiques qui ressortent de notre analyse sont les suivants: 1) la tendance à interpréter les maladies traditionnelles en termes de visions du monde et d'aspects surnaturels, et le rôle secondaire des relations sociales; 2) les maladies traditionnelles comme expression et/ou cause de conflits sociaux entre groupes et sujets, et leur solution provisoire à travers des rituels sociaux; 3) le fait qu'une grande partie des maladies traditionnelles constituent des émotions ou expérimentent des émotions, qui se développent à travers les relations sociales; 4) le climat social de méfiance, de peur, d'insécurité, d'incertitude, de suspicion, et surtout d'envie qui découle des causes, des signes, symptômes et développement des maladies traditionnelles; et 5) le rôle central des relations sociales dans les processus santé/maladie/soins/prévention autor des maladies traditionnelles.

Mots-clés: médecine traditionnelle, relations sociales, peuples autochtones, émotions

