



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS

LA LOCURA: PERFIL, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN EN SANTA MARÍA DE LA ENCARNACIÓN XOYATLA, PUEBLA

T E S I S

Q U E P R E S E N T A :

MIRIAM CASTALDO COSSA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA

DIRECTOR DE TESIS:  
DR. ROBERTO CAMPOS NAVARRO



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

México, D.F.

OCTUBRE 2002.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Sulla prima pagina è scritto: Nell'affresco sono una delle figure di sfondo.

La grafia meticolosa, senza sbavature, minuta. Nomi, luoghi, date, riflessioni. Il taccuino degli ultimi giorni convulsi.

Le lettere ingiallite e decrepite, polvere di decenni trascorsi.

La moneta del regno dei folli dondola sul petto a ricordarmi l'eterna oscillazione delle fortune umane.

Il libro, forse l'unica copia scampata, non è più stato aperto.

I nomi sono nomi di morti. I miei, e quelli di coloro che hanno percorso i tortuosi sentieri.

Gli anni che abbiamo vissuto hanno seppellito per sempre l'innocenza del mondo.

Vi ho promesso di non dimenticare.

Vi ho portati in salvo nella memoria.

Voglio tenere tutto stretto, fin dal principio, i dettagli, il caso, il fluire degli eventi. Prima che la distanza offuschi lo sguardo che si volge indietro, attutendo il frastuono delle voci, delle armi, degli eserciti, il riso, le grida. Eppure solo la distanza consente di risalire a un probabile inizio.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> En la primera página está escrito: en el fresco soy una de las figuras del fondo. La grafia meticolosa, sin errores, pequeña. Nombres, lugares, fechas, reflexiones. El cuaderno de los últimos días convulsivos. Las cartas amarillas y viejas, polvo de décadas transcurridas. La moneda del reino de los locos se balancea sobre el pecho para acordarme la eterna oscilación de las fortunas humanas. El libro, quizás la última copia que se salvó, no ha sido más abierto. Los nombres son nombres de muertos. Los míos, y los de aquellos que han caminado por los senderos tortuosos. Los años que hemos vivido han sepultado para siempre la inocencia del mundo. Les he prometido no olvidar. Les he salvados en la memoria. Quiero tener todo aprehendido, desde el principio, los detalles, el caso, el fluir de los eventos. Antes que la distancia oscurezca la mirada que mira para atrás, mitigando el ruido de las voces, de las armas, de los ejércitos, el reír, los gritos. Pues sólo la distancia permite remontar hacia un probable comienzo. Traducción mía. Luther Blissett, *Q*, Torino, Einaudi, 2000, p. VII.

## Agradecimientos

Desde el comienzo de la redacción de esta tesis, mi pensamiento, libre y autónomo, incluso me atrevería a decir anárquico, memoriza personas y rostros; y dentro de sí, sin volverse habla, agradece silencioso a todos aquellos que han construido, pensado, discutido, amado y puesto en discusión junto conmigo esta labor.

Mi primer agradecimiento al pueblo de Santa María de la Encarnación Xoyatla. La gratitud es algo que no se puede expresar con palabras por toda la carga emotiva que conlleva, pero con mi más sincera intención de poderles devolver al menos un poco de la calidad humana y generosidad que me han demostrado abriéndome las puertas de sus hogares y de sus vidas les dedico a todos ellos este trabajo. Esto es para todos aquellas y aquellos que han pasado días sentados cerca de mí, explicando y repitiéndome incansables sus cotidianidades, sus experiencias positivas y negativas con respecto a sus enfermedades; riéndose de mí al no entender, riéndose conmigo al entendernos.

Xoyatla tiene confines emotivos muy grandes que involucran también a la clínica, la SSA, que ha sido mi casa durante las temporadas de campo que llevé a cabo durante el 2001 y parte del 2002. Agradezco muchísimo la hospitalidad, amabilidad y la amistad de Raquel, doctora y amiga; las gracias son por las largas pláticas, por escuchar, por haberse puesto en discusión como médica, como persona y por la humanidad que ha sabido demostrar al pueblo y a mí. A Francisca, promotora de salud de la clínica durante el año 2001, en recuerdo del cariño que le llevo, de la ayuda profesional que me ha manifestado varias veces, sobre todo por las curas que me proporcionó en una ocasión que gracias a ella, y a doña Cecilia García, hoy puedo recordar y contar con una sonrisa y sin muchas consecuencias.

Todo el reconocimiento para el Instituto de Investigaciones Antropológicas y en particular manera para la coordinadora del Posgrado, la Dra. Anna Bella Pérez Castro, por su ayuda y comprensión, quien siempre me ha apoyado en todas mis necesidades tanto a nivel profesional como personal; para Luz María Téllez, por su amistad y capacidad de disolver cualquier cuestión burocrática siempre con extrema amabilidad y profesionalidad, sobre todo por soportarme con mis problemas cotidianos y solucionarme con la mejor sonrisa los asuntos administrativos.

Muchos agradecimientos también a Tere García e Hilda Cruz Duran.

Agradezco muchísimo el apoyo económico que me proporcionó la División General de Estudios de Posgrado durante dos años, sin cuya puntual financiación no hubiera podido realizar esta investigación, ni terminar el Programa de Maestría.

Mi estima y gratitud para el Dr. Roberto Campos Navarro, por su constante ayuda y apoyo como persona, como maestro y sobre todo como director de esta tesis.

Un profundo agradecimiento para la Dra. Noemí Quezada, por su paciencia, profesionalidad y gran humanidad, que siempre me demostró desde mi llegada al Instituto de Investigaciones Antropológicas; nunca terminaré de agradecer al Dr. Andrés Medina quien me permitió descubrir la comunidad donde pude trabajar con éxito hasta ahora; él fue quien me apoyó y me presentó a la Mtra. Leticia Rivermar Pérez, no sólo una queridísima amiga, sino una muy buena antropóloga, que me llevó a Santa María de

la Encarnación Xoyatla. Leticia me tomó de la mano y me enseñó los caminos del pueblo, su pasado y sus vivencias; fue sobre todo gracias a las confrontaciones y a los consejos como amigas y colegas que esta investigación se pudo realizar. Sin todos ellos, Xoyatla no estaría presente en estas páginas.

Agradezco mucho la labor de mis asesores, quienes pacientemente me corrigieron en muy breve tiempo esta tesis y la enriquecieron con sus preciosos comentarios e indicaciones. La Dra. Noemí Quezada Ramírez, la Dra. Ana Bella Pérez Castro, el Dr. Hernán Salas Quintanál y la Mtra. Isabel Lagarriga Attías.

Mi amistad y mi reconocimiento muy especial van al mejor amigo que nunca imaginé encontrar: *Youssef*, quien ha tenido la paciencia de estar cerca de mí en los tiempos más difíciles y ha compartido los mejores siempre con una maravillosa sonrisa; a *Almudena*, quien supo vivir conmigo las vivencias en México, sus dulzuras y amarguras, los sueños y experiencias profesionales, como mujeres y como las amigas que somos y siempre seremos; a *Juan Carlos*, por la familia que hemos sido el uno para el otro, los dos lejos de casa, por su constante presencia como hermano y amigo que nunca olvidaré, aún desde el otro lado del mundo.

Todo mi cariño para *Federica*, hermana de siempre, quien desde la parte opuesta del cosmos es capaz como nadie, de acompañarme en mis cotidianidades y permitirme compartir las suyas.

Infinitos agradecimientos y todo mi amor para *Sergio*: Novio, compañero y amigo, colega y hermano, presencia constante que ha compartido y sigue compartiendo conmigo la difícil convivencia entre México y Roma, soñando juntos un destino común en las tramas de la Antropología. Para él, que vive dentro de mí y que se quedó en cada página de este trabajo, gracias por los largos días de interminables lecturas como precioso consejero e incansable crítico.

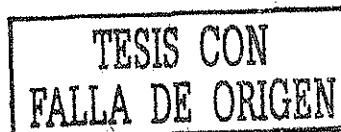
**Con todo el amor del que soy capaz, a mi madre Vittoria y mi padre Giovanni  
A mi tía Graziella**

**Gracias por amarme tanto  
Este trabajo es para ustedes**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

# Índice

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>7</b>
<b>I. LA LOCURA Y SUS COMPLEJAS FACETAS</b>	<b>14</b>
I.1 LOS SENDEROS DE LAS DUALIDADES Y EL CUERPO FRAGMENTADO	23
I.1.1 EL DOBLE COSMOGÓNICO Y SUS ANALOGÍAS FIGURATIVAS	28
I.2 EL STATUS DE LOCO	36
I.3 LA LARGA HISTORIA DE “LA VERDAD” DE LAS ENFERMEDADES	40
I.4 UNA PERSPECTIVA DE RETROALIMENTACIÓN: COMO MIRO, COMO ME MIRAN...	47
I.4.1 LA UNIDIMENSIONALIDAD DEL MÉTODO ANALÍTICO CLÁSICO	52
I.5 ESBOZO HACIA UNA ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL	58
I.6 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS DE LA LOCURA	64
I.7 LOS CONCEPTOS CLAVE DE LA TESIS	71
I.8 COMENTARIOS FINALES DEL CAPÍTULO	75
<b>II. SANTA MARÍA DE LA ENCARNACIÓN XOYATLA. ANÁLISIS DE UN PUEBLO</b>	<b>77</b>
II.1 XOYATLA: UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA Y “MÍTICA”	78
II.2 LA ACTUALIDAD XOYATECA	82
II.2.1 LA ATENCIÓN TRADICIONAL A LA SALUD	84
II.2.2 LA ATENCIÓN ALÓPATA. (CLÍNICA SSA)	87
II.2.3 EL COMITÉ DE SALUD DE LA CLÍNICA Y SU RELACIÓN CON LA EMIGRACIÓN XOYATECA.	93
II.3 CENSOS POBLACIONALES DEL INEGI	101
II.4 CENSOS EPIDEMIOLÓGICOS REDACTADOS POR LOS MÉDICOS PASANTES DEL CENTRO DE SALUD DE LA COMUNIDAD	112
II.5 COMENTARIOS FINALES DEL CAPÍTULO	123
<b>III. LA LOCURA XOYATECA</b>	<b>124</b>
III.1 HABLANDO DE CATEGORÍAS CONCEPTUALES BIOMÉDICAS Y DE LA MEDICINA TRADICIONAL	125
III.2 LOCURA, LOCOS Y ALOCADOS XOYATECOS	134
III.2.1 SÍNDROMES CULTURALES	144
III.3 EL SUSTO - MAMAUHLIZTLI	148
III.3.1 LOS SÍNTOMAS	159
III.3.2 LA ETIOLOGÍA	160
III.3.3 CONSECUENCIAS DE PADECER UN SUSTO	161
III.4 EL ENCUENTRO ENTRE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LA BIOMEDICINA EN LA CURA DEL SUSTO Y DE LA EPILEPSIA.	169
III.4 LA EPILEPSIA	171
III.4.1 LA EPILEPSIA Y LOS TRASTORNOS MENTALES	180
III.4.2 UNA ENFERMEDAD TENDENCIALMENTE FEMENINA	184
III.5 LA LOCURA, EL SUSTO Y LA EPILEPSIA	188
III.6 COMENTARIOS FINALES DEL CAPÍTULO	196



**CONCLUSIONES** 197

---

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS** 203

---

**ANEXOS** 214

---

FOTO -1- .....	214
FOTO -2- .....	215
FOTO -3- .....	216
FOTO -4- .....	217
FOTO -5- .....	218
FOTO -6- .....	219
FOTO -7- .....	220
FOTO -8- .....	221

# Introducción

Cuando se pretende abordar la cuestión del binomio salud-enfermedad y, en particular, la cuestión de la dinámica psico-cultural de una comunidad indígena, queda implícito que el análisis se desarrollará en varias etapas fundamentales, en un viaje teórico alrededor de los síndromes culturales.

Las etapas que mencionaré serán fundamentalmente tres: la *analítica y teórico-crítica*, la *analítica-descriptiva* y la *analítica-empírica*.

En la fase que defino como *analítica y teórico-crítica* me acercaré a varias perspectivas teóricas que me ayudarán a sustentar toda la investigación, aplicando dichas teorías y conceptos a los datos empíricos y al trabajo de campo llevado a cabo durante tres meses y medio en el año 2001-2002 en Santa María de la Encarnación Xoyatla,<sup>2</sup> una comunidad nahua situada en el estado de Puebla.

La primera temporada de trabajo de campo ha sido en el mes de mayo 2001, la segunda en el mes de agosto y la tercera en el mes de diciembre del mismo año. Mi última estancia fue en febrero 2002 para trece días. En los meses en que no pude transferirme a Xoyatla, para permanecer por largas temporadas, he logrado ir dos fines de semana cada mes, con el fin de dar una continuidad al trabajo en la comunidad.

La fase que llamo *analítica-descriptiva* se divide en dos partes. La primera consiste en la reconstrucción histórica de la antigua Zoyatitlanapa, cuya importancia radica en que los relatos orales de los xoyatecos se adhieren perfectamente a las versiones mencionadas por las fuentes.

La segunda fase de la etapa *analítica-descriptiva* se articula con la descripción de Xoyatla actual en sus aspectos socio-demográficos y epidemiológicos. Este último aspecto lo he tomado en

---

<sup>2</sup> El nombre completo del pueblo es Santa María de la Encarnación Xoyatla aunque para fines de un discurso más fluido utilizaré solamente Xoyatla.

consideración desde la perspectiva biomédica o alópata<sup>3</sup> y desde la medicina tradicional,<sup>4</sup> analizando por lo tanto, una epidemiología biomédica y una epidemiología sociocultural.

La última etapa es la que definí como *analítico-empírica* y remite a interpretar los datos empíricos conforme a la teoría. Como he subrayado, cada una de estas fases comprende una perspectiva analítica. La razón de tal inclusión es que toda la tesis representa un análisis que se desarrolló en varios niveles en las perspectivas crítica, descriptiva y empírica.

La inquietud de la que surgió este trabajo fue la concepción de la universalidad de los “trastornos mentales” independientemente de sus peculiaridades culturales; fue alrededor de este problema, de esta demanda inicial, que se articuló y desarrolló toda la investigación. Al principio, este planteamiento representó también la premisa sobre la hipótesis de la cual partí para llevar a cabo este estudio, es decir, me pregunté si existían formas de “trastornos mentales” culturales en Xoyatla, lo que efectivamente pude averiguar, confirmando la presencia de diferentes tipos de “disturbios”. Inicié el trabajo esencialmente para presentar mi tesis de Maestría, pero dada la complejidad del tema, siento la necesidad de seguir investigando y profundizando en él durante los años que conforman el Doctorado.

La intención de realizar un análisis en las tramas de las significaciones de la salud mental de esta comunidad tiene como objetivo proporcionar una visión actual del complejo sistema médico nahua, lejos de una estaticidad y fijación espacio-temporal respecto a los antiguos nahuas. Esta

---

<sup>3</sup> Los dos términos son sinónimos y se refieren al modelo de medicina hegemónica. Con el término ‘modelo’ hago referencia a lo que Eduardo Menéndez ha definido “un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico. Por modelos médicos entendemos aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los “curadores” (incluidos los médicos), sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento”. Según Menéndez el modelo médico hegemónico (MMH) es aquello que supone el reconocimiento de tres submodelos: modelo médico individual, privado, modelo médico corporativo público y modelo corporativo privado. Menéndez Eduardo L., *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autocuración (gestión) en salud*, México, Cuadernos de la Casa Chata, CIESAS, 1984, 121 p. En esta investigación, a lo que me refiero cuando menciono el modelo médico hegemónico, es más bien a un modelo médico excluyente con respecto a la existencia de otros modelos médicos alternativos a éste.

<sup>4</sup> Con el término de medicina tradicional hago referencia al encuentro entre la medicina colonial hispánica y la medicina indígena. Esta se puede definir como una nueva forma derivada de las dos corrientes. María del Carmen Anzures y Bolaños, *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismo y conflictos*, México, IIA, UNAM, 1989, pp. 105-106.

relación se establece demasiadas veces, contradiciendo el dinamismo de un sistema abierto y el intercambio de elementos culturales propios y ajenos de las comunidades indígenas actuales.

Con este trabajo pretendo esencialmente dar importancia al problema del enfrentamiento del antropólogo occidental hacia rasgos culturales que no le son propios, los cuales tiende a interpretar según sus códigos y sobre todo según sus modelos cognoscitivos, modificando el dato con el enunciado del “como si”. El enunciado del “como si” pretende traducir e interpretar códigos de otra manera intraducibles e ininterpretables y entonces, cualquier rasgo desconocido por los ojos y por los sentidos del observador se transforma en el concepto que sigue:

Tal rasgo en una determinada cultura corresponde a este rasgo en la mía, es “como si” tal elemento fuese *en realidad* este determinado aspecto.

Este ejemplo bien se puede aplicar al análisis antropológico de los trastornos mentales (de la locura en el caso específico del presente trabajo) de una otredad no occidental, a la búsqueda de invariables o de modelos comunes, suponiendo una estructura psíquica común, universal. Esto ocurre al pensar que los contextos socioculturales no son tan radicales como para modificar la estructura psíquica que caracteriza a todo el género humano, es decir, una psique común basada en los propios modelos y en las propias invariables culturales. Por esta misma razón se cree que la locura en una comunidad indígena como es Xoyatla, posee en realidad los mismos rasgos, la misma forma y contenido, propuestos por el modelo médico alópata, sin considerar el beneficio de la duda respecto a la existencia de un determinado concepto de locura inscrito en otro modelo médico, el tradicional. Ello supondría quizás una misma forma, pero con diferente significado, como demostraré a lo largo del texto.

Contraria a esta posición, el observador occidental puede pensar que una comunidad indígena tiene un concepto diferente de trastorno mental respecto al suyo y, que por el hecho de ser “indígena”, posea rasgos culturales propios, puros e intactos no contaminados por el modelo médico alópata.

Las posiciones del antropólogo o del observador occidental que mencioné, son importantes porque me permitieron utilizar en la investigación los modelos de “locura” que la misma Xoyatla me proporcionó, intraducibles en los códigos alópatas que no reconoce en sus categorizaciones la forma de locura que presentaré en el texto.

Para los fines de la tesis ha sido importante entonces, hacer referencia al concepto de locura en Xoyatla según los códigos discursivos e ideológicos de este pueblo y del modelo médico que lo caracteriza. No obstante utilizaré determinadas categorías que pertenecen a la biomedicina solamente para establecer una comparación y, por lo tanto, un análisis entre el sistema médico alópata o biomédico y el tradicional xoyateco.

Las perspectivas tomadas en consideración serán las que propician un análisis antropológico de las enfermedades mentales, partiendo de un modelo de interdependencia reciproca entre varios sistemas médicos donde, a través de una funcionalidad metodológica trataré de abordar un análisis abierto y retroalimentativo entre el antropólogo y el pueblo.

Un autor a quien hago particular referencia es Edgar Morin,<sup>5</sup> a su meticuloso análisis del ser humano y a su consideración de la existencia de un ser que es exclusivamente bio-psico-social. Esta perspectiva no puede concebir el hombre al margen de cualquiera de estos aspectos y permite repensar la imposibilidad de descontextualizar cualquiera aspecto “cultural” como pudiera ser un trastorno mental, con respecto del lugar en que nace y se desarrolla, en tanto que es en este mismo lugar que adquiere su significado.

Esto me ha permitido entender, y por lo tanto aplicar, una teoría y una metodología que se refirieren al “otro” basándome en la necesidad de considerarlo dentro de su cultura y contexto social. De esta forma realizaré el análisis de los trastornos mentales, tomando en consideración la

---

<sup>5</sup> Edgar Morin, “La relación antro-po-bio-cósmica”, *Gaceta de Antropología*, Granada, Asociación Granadina de Antropología, Laboratorio de Antropología Cultural, enero, 1995, n. 11, pp. 5-11; “La unidualidad del hombre”, *Gaceta de Antropología*, Granada, Asociación Granadina de Antropología, Laboratorio de Antropología Cultural, enero, 1998, n. 13, pp. 5-9; *El Método III*, Madrid, Cátedra, 1994, 263 p., *Ciencia con Conciencia*, Barcelona, Anthropos, 1984, 369 p.

realidad cultural y social de Xoyatla, entendiendo que un trastorno mental es, ante todo, un trastorno cultural.

Para realizar este análisis haré también referencia a autores como, Jesús Ibáñez,<sup>6</sup> Humberto Maturana y Francisco Varela,<sup>7</sup> Ludwig Von Bertalanffy<sup>8</sup> y Mijaíl Bajtín,<sup>9</sup> de quienes he retomado algunos conceptos que me han ayudado a proponer una visión multifacética de la concepción de locura, es decir una visión que tiene más de un punto de vista único y una única posibilidad de análisis.

A lo largo de la tesis utilizaré algunos conceptos que me han permitido de concretizar una perspectiva analítica la cual he aplicado de dos maneras. La primera ha sido para elaborar el acercamiento antes de enfrentarme a la comunidad, y la segunda para sistematizar los datos obtenidos después de este trabajo empírico, en definitiva para sistematizar “el campo”. Conceptos como *unitas complex* y *autopoiesis* me han permitido reconsiderar a Xoyatla bajo los aspectos que la misma comunidad me ha proporcionado percibiéndola como pueblo-sistema abierto, como un sistema que no se puede reducir a las partes que lo componen (rasgos culturales) y que de igual manera no pude concebir como un todo único, eximiéndome del considerar sus partes. Es decir, los rasgos mencionados que la caracterizan. Para la investigación ha sido fundamental la aplicación de estos conceptos que me han otorgado Edgar Morin,<sup>10</sup> Humberto Maturana y Francisco Varela,<sup>11</sup> porque son los que me han posibilitado el entendimiento de la locura xoyateca con base en sus códigos socioculturales.

---

<sup>6</sup> Jesús Ibáñez, *El regreso del sujeto, la investigación social de segundo orden*, Barcelona, Siglo XXI, 1994, 189 p; *Del algoritmo al sujeto. Perspectivas de la investigación social*, Madrid, Siglo Veintiuno Editores, 1985, 365 p.

<sup>7</sup> Humberto Maturana y Varela Francisco, *De máquinas a seres vivos: autopoiesis la organización de lo vivo*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1997, 133 p.

<sup>8</sup> Ludwig Von Bertalanffy, *Teoría General de los Sistemas*, México, FCE, 1972, 289 p.

<sup>9</sup> Bajtín Mijaíl M., *Yo también soy. Fragmentos sobre el otro*, México, Taurus, 2000, 172 p.

<sup>10</sup> Morin, “La relación antro-po-bio-cósmica”, *op. cit.*, pp. 5-11; “La unidualidad del hombre”, *op. cit.*, pp. 5-9, *El Método*, *op. cit.*, 263 p., *Ciencia con Conciencia*, *op. cit.*, 369 p.

<sup>11</sup> Maturana y Varela, *op. cit.*, 289 p.

Las nociones mencionadas, presentes en toda la tesis, influyeron también en la estructuración de los capítulos, pasando de lo general a lo particular, de la teoría al empirismo y del todo a sus partes.

La tesis consta de tres capítulos. El primero es *La locura y sus complejas facetas*, el segundo es *Santa María de la Encarnación Xoyatla, análisis de un pueblo* y el tercero se titula, *La locura xoyateca*.

En el primer capítulo elaboro la parte teórico-metodológica que ha sustentado toda la investigación. Desarrollo puntualmente las perspectivas teóricas de algunos autores que me permitieron analizar la concepción de la locura en Xoyatla con base en las posturas ideológicas que estos mismos autores utilizan, y que me parecieron las más apropiadas para enfrentarme al trabajo llevado a cabo.

De la misma manera analizo la concepción de locura en el sistema de la medicina tradicional y en el de la medicina alópata o biomédica, y específicamente cómo se considera e interpreta en la sociedad occidental y en culturas que, como la nahua, no se inscriben en tal contexto. Profundizo además en el problema de cómo se define un trastorno mental, señalando la forma como yo misma me enfrenté a este reto y las estrategias que adopté (o no adopté) para poder manejar una concepción de salud mental, y por ende de trastorno mental, diferente de aquella propuesta por la biomedicina y específicamente por la psiquiatría.

Hago particular hincapié en la importancia de la perspectiva que la comunidad de Xoyatla me proporcionó para entender sus códigos, siendo los únicos que he utilizado durante la investigación, ya que cambiando tales signos de expresión (códigos) se modificaría también el contenido (lo que se entiende por locura) y no solamente la forma (el término locura). Esto llevaría a la imposibilidad de una explicación de este último concepto o inevitablemente a la modificación de la noción originaria.

En el segundo capítulo contextualizo el pueblo de Xoyatla en su pasado colonial, ubicándolo en el valle de Atlixco y dándole su importancia territorial y geográfica. A partir de la introducción

histórica elaboro una descripción de Xoyatla actual, de su situación poblacional y del proceso de migración. La parte que enfatizo de manera particular es la atención a la salud en el pueblo, analizando la presencia y el rol de la medicina tradicional y sus actores sociales (curanderos, parteras, hueseros) además de la presencia del modelo médico alópata (médicos, enfermeros).

El tercero y último capítulo es sin duda el más importante, en la medida en que presento los resultados de toda la investigación. Llevo a cabo la construcción del concepto de locura en Xoyatla y de otros factores que la caracterizan como son el susto y la epilepsia. En este capítulo, no obstante hago referencia a la actualidad de este pueblo nahua, también tomo en consideración su pasado prehispánico. Esta referencia al pasado de la cultura nahua ha sido importante para sustentar la realidad actual del pueblo y sus concepciones inherentes a los factores de salud-enfermedad.

El logro más grande de la investigación ha sido personal, cognoscitivo y sobre todo humano. Ha consistido en la *empatía que ha caracterizado mi relación con los xoyatecos junto con la capacidad de este pueblo de aceptarme después de haber puesto en discusión mi papel de antropóloga y defendiendo sus dinámicas, sus cotidianidades y, finalmente, sus concepciones inherentes a las que definen “enfermedades de la cabeza”*; joyas de sabiduría que sobre todo algunas mujeres me han puesto entre las manos como la más alta herencia de la tradición femenina xoyateca.

# I. La locura y sus complejas facetas

¡Un Dios loco! Un Dios parte de cuya naturaleza es la falta de cordura. ¿Qué tuvieron que sentir o ver estos hombres para que se abriera paso el horror de este concepto?

W. Otto

Estoy escribiendo fatigosamente la cuarta de las überstimmungen, sobre el totemismo, que debe concluir la serie. Es la empresa más audaz en la que nunca me puse.

S. Freud

En el complejo universo de las interpretaciones y de las fragmentaciones, los trastornos mentales se inscriben en una lógica exclusivamente occidental y globalizante, fundamentada en una postura epistemológica de oposiciones, simplista hacia una supuesta objetividad elaborada alrededor de ellos.

Lejos de inscribirse realmente en la lógica mencionada, los trastornos mentales se caracterizan hoy por su complejidad. A la luz de análisis polioculares y polilineales de los mismos, en esta investigación se han dejado al olvido las lógicas reduccionistas y unilaterales que los querrían universales, reivindicando así su fundamento de pertenencia lógica no a una cultura en particular, sino a todas, especificando las facetas y dinámicas diferentes en cada uno de ellos.

El propósito que se pretende alcanzar con este trabajo, es un análisis de la interpretación y construcción de la locura en Santa María de la Encarnación Xoyatla, una comunidad nahua situada al suroeste del estado de Puebla. Es el propósito de una mirada *ánimicamente holística*,<sup>12</sup> conjuntiva en lugar de disyuntiva, y disyuntiva en vez de conjuntiva, tratando de evitar las reducciones y las

---

<sup>12</sup> Con esta afirmación hago referencia a las perspectivas que pienso importantes involucrar en el proceso de investigación y la mirada *ánimicamente holística* se refiere a la posibilidad de tomar en consideración, de manera totalitaria, la ideología inherente a los trastornos mentales. Cierta de no poder hacer referencia a una perspectiva realmente total de las ciencias sociales, que creo imposible, hago referencia al factor anímico, es decir al único factor en el cual sería posible hipotetizar una perspectiva holística.

generalizaciones. Es el propósito de la búsqueda de la “tercera vía”, la del olvido de las antiguas dicotomías, de las parejas opositivas sujeto-objeto, endo-exo, orden-desorden, salud-enfermedad, individuo-enfermedad, aunque se tengan que tomar en consideración las disyunciones para abarcar la complejidad de la cosmovisión nahua en lo que concierne a la construcción de la locura.

Cuando decidí adentrarme en las tramas arácnidas de los trastornos mentales, tomé en consideración el hecho de negar la existencia de un paradigma radicalmente simplista, por lo que me he tomado la tarea de negar uno totalitario o mejor de rechazar la idea de “*el Paradigma*” y de las facetas absolutas y exclusivas que lo caracterizan.

Existe siempre una mirada multilineal que nos lleva a tomar postura entre todas o ninguna posición, en nombre de una *Verdad* ficticia a la cual decidí no dar mucho crédito.

La perspectiva de la que parte esta investigación, es esencialmente *antipsiquiátrica*<sup>13</sup> y *antietno-psiquiátrica*, únicamente cuando las dos disciplinas (psiquiatría y etnopsiquiatría) se aplican de manera indiferente a contextos que prescinden, aunque siempre de manera parcial,<sup>14</sup> de la cultura occidental, cultura en la que dichas disciplinas se formaron, tratándose por ende, de la única que posibilita su aplicación.<sup>15</sup>

Quiero subrayar algunos caracteres específicos de lo hasta ahora señalado.

---

<sup>13</sup> La antipsiquiatría como movimiento sociocientífico se inició en Gran Bretaña con Ronald L. Laing, David Cooper y Aaron Esterson, aunque hubo otros grupos surgidos en diferentes países como Italia, Francia, Alemania y Estados Unidos. La antipsiquiatría concibe la alienación “como un producto de origen social y familiar, surgido de unas condiciones ambientales determinadas que crean como mecanismo de respuesta frente a ciertas presiones del medio ambiente circundante [...] existen dos series de hechos que han llevado a la aparición de la antipsiquiatría: las actitudes conceptuales que plantean dudas sobre la vigencia del modelo médico de la psiquiatría y que conciben la locura como producto sociogenético y el segundo aspecto son las deficiencias asistenciales de las instituciones psiquiátricas, que plantean la urgente necesidad de modificar esta asistencia acabando con el manicomio - asilo, auténtico productor de trastornos irreversibles.” Salvat, *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Barcelona, Ediciones Rammont, S. A., 1973, pp. 25-29.

<sup>14</sup> Afirmando que la psiquiatría se aplica en contextos que parcialmente se abstraen de ella significa que es muy difícil, en la actualidad, prescindir totalmente de la medicina alópata y con esta de la psiquiatría, que aún no teniendo personal médico directamente en las unidades sanitarias locales, es presente en las concepciones biomédicas aplicadas indistintamente también en las comunidades más pequeñas donde son ubicados centros de salud y donde los diagnósticos, de cualquier enfermedad, también las mentales, son llevados a cabo por médicos alópatas. En el caso de que existiera un primer diagnóstico de trastorno mental, llevado a cabo por un médico general de las unidades sanitarias ubicadas en todo el país, estos casos serían enviados con un especialista, un psiquiatra o la mayoría de las veces, con un neuropsiquiatra o un neurólogo, para no excluir a priori el daño orgánico.

<sup>15</sup> Por lo que concierne la etnopsiquiatría afirmo que puede tener valor sólo en la cultura occidental porque es aquí, de hecho, que no solamente nació, sino que se desarrolló y que sigue como disciplina vigente, trabajando con migrantes que desde contextos socioculturales “otros” se trasladan en occidente.

Al reafirmarme en una postura *antipsiquiátrica* y *anti-etno-psiquiátrica*, hago referencia a varios factores analizados con profundidad a lo largo de la investigación, hasta llegar a definir la que reconozco como la posición más apta para llevar a cabo un trabajo como éste.

La psiquiatría y la etnopsiquiatría adquieren sentido solamente en contextos socioculturales que comparten los mismos códigos que proponen como disciplinas; creo que es inadecuada su aplicabilidad homogénea y su intervención basada en las propias herramientas terapéuticas. Por tales razones continuo en interrogarme sobre su eficacia indistinta.

Es importante hacer una primera consideración al respecto.

Hoy es muy difícil poder trazar los confines de la sociedad occidental y sus disciplinas y pensar que existan ámbitos socioculturales en los que dichas disciplinas, (psiquiatría y etnopsiquiatría) con las ideologías que comportan, no sean parte integrante de los contextos a los que estoy haciendo referencia; en el caso específico de este trabajo las comunidades indígenas y más precisamente Santa María Xoyatla. Aún admitiendo que no se pueda hacer referencia a ámbitos socioculturales que conciernen únicamente elementos propios<sup>16</sup> y estáticos en el tiempo y el espacio, existen rasgos de la medicina tradicional (que comprende las llamadas “enfermedades mentales”), que siguen en un proceso de mediación con la medicina occidental y sobre todo con la psiquiatría; se tiene además que considerar que esta última como disciplina no se ha incorporado aún definitivamente a ciertas realidades tomadas en consideración y que, por lo tanto, no ha empezado su proceso de acercamiento metodológico con dichos rasgos.

---

<sup>16</sup> Con “elementos propios” hago aquí referencia al concepto de “cultura propia” de Guillermo Bonfil Batalla. En *Pensar nuestra cultura*, obra constituida por unos ensayos escritos durante la década de los años '80, [...] Bonfil Batalla elabora la noción de control cultural, una de sus contribuciones teóricas más relevantes. La dinámica del control cultural se exprime en cuatro procesos de base: Resistencia de la cultura autónoma, imposición de la cultura ajena, apropiación de los elementos culturales ajenos y enajenación como pérdida de la capacidad de decisión sobre los elementos culturales propios. Los elementos culturales pueden ser propios o ajenos. Son considerados elementos propios aquellos que forman parte de una determinada sociedad, los que tal sociedad es capaz de producir o reproducir o transmitir a las futuras generaciones. Son elementos culturales ajenos los entrados a formar parte de una determinada cultura, los adquiridos durante el contacto interétnico y que, por ende, no se pueden producir, ni reproducir, porque no son propios”. Miriam Castaldo, *Guillermo Bonfil Batalla, perfilo storico-critico di un grande antropologo messicano*, Roma, Università degli Studi di Roma “La Sapienza”, Facoltà di Lettere e Filosofia, Tesi di laurea in Antropologia Sociale, a.a. 1999-2000, pp. 45-46. Para mayor información sobre el argumento véase Guillermo Bonfil Batalla, *Pensar nuestra cultura*, México, Alianza editorial, 1996, 172 p.

Es por casos como éstos que el trabajo adquiere su significado.

Mi postura pretende puntualizar y hacer una crítica sistemática de la aplicación indistinta de la psiquiatría a todos los contextos culturales simplemente por el reduccionismo que, en este sentido, caracteriza la disciplina, es decir, el mismo reduccionismo en el que se inscribe la psiquiatría cuando se universaliza y posiciona la mente y la psique en la naturaleza.

Pretendo evidenciar con lo anteriormente señalado, que el principio del que parto surge del presupuesto de la mente natural y de la psique cultural; es decir, la mente, lo orgánico, se inscribe en la naturaleza, y la psique, lo aprendido desde el nacimiento, en la cultura. Quiero subrayar que no se trata de una posición *a priori*, sino también de los resultados del trabajo de campo que me han llevado a reconsiderar las posiciones que estoy exponiendo.

Partiendo del presupuesto de que el hombre tiene en todo el mundo la misma igualdad biológica, se tiene que diferenciar el condicionamiento del contexto sociocultural en el cual se inscribe. Son estas condiciones sociales las que moldean al individuo. “En realidad, las condiciones culturales no sólo dan peso y color a las experiencias del individuo; en esta última instancia, determinan asimismo su forma peculiar”.<sup>17</sup>

Es basándome en este presupuesto que se posibilitó el análisis de modelos médicos complejos<sup>18</sup> que no se pueden abstraer del sistema ideológico a los cuales subyacen.

Sería aquí demasiado extenso hacer más que una referencia al binomio naturaleza/cultura, dicotomía que, como subrayan Changeux y Ricoeur, no se sitúa sólo a nivel discursivo sino a nivel de percepción consciente del sujeto,<sup>19</sup> lo cual hace aún más denso el argumento, pero es precisamente a partir de esta dicotomía que se ha llevado a cabo el trabajo en su plenitud.

---

<sup>17</sup> Karen Horney, citado en Enrique Guinsberg, *Normalidad, Conflicto psíquico, Control social*, México, Plaza y Valdés, 1996, p. 240.

<sup>18</sup> Entiendo por “modelo médico complejo” el sistema médico tradicional que actualmente en la realidad xoyateca es un todo congruente con la medicina alópata, sin que uno signifique la exclusión del otro.

<sup>19</sup> Jean-Pierre Changeux y Paul Ricoeur, *Lo que nos hace pensar. La naturaleza y la regla*, Barcelona, Ed. Península, 1999, pp. 24-25.

Partiendo de este asunto, adquiere sentido la búsqueda en una comunidad indígena de la construcción de la locura, y no de los trastornos mentales. Esto quiere decir que siendo Santa María Xoyatla un contexto sociocultural que se inscribe en las lógicas de la cultura nahua, aunque no excluya el concepto de trastorno mental, no lo construye a nivel de habla como tal, y las significaciones que esto adquiere cambian a nivel de forma (*signans*) y de contenido (*sigantum*),<sup>20</sup> es decir, no cambia solamente el significado del trastorno, que en este lugar adquiere muchas variantes que señalaré más adelante, sino que se modifica también la forma con que éste se define, lo que en las lógicas biomédicas se llamaría disturbio de la conducta, y que en Xoyatla adquiere otras alternativas.

Basándome en lo hasta ahora expuesto, no tendría sentido para la investigación un análisis de los trastornos mentales xoyatecos, ya que se clasificarían e insertarían en las categorías biomédicas y particularmente en las psiquiátricas. Quizá sea oportuno hacer algunos ejemplos con el fin de una mejor comprensión.

Algunos grandes nombres de la corriente etnopsiquiátrica francesa<sup>21</sup>, como su fundador George Devereux,<sup>22</sup> y posteriormente Roger Bastide,<sup>23</sup> François Laplantine<sup>24</sup> y Tobie Nathan,<sup>25</sup>

---

<sup>20</sup> Bertil Malberg, *Manuale di fonética generale*, Bologna, Ed. Il Mulino, 1994, p. 42.

<sup>21</sup> Cabe mencionar que contrariamente a cuanto se piensa, el primero en hacer referencia a las disciplinas etnopsiquiátricas no fue Georges Devereux en el 1961, sino John Colin D. Cartohers, un psiquiatra inglés nacido en Sud-África e identificado como representante de la psiquiatría colonial. El propuse este término en un texto publicado por la OMS hasta que ésta última lo retiró del mercado por la referencia explícita al dominio colonial y por los claros prejuicios raciales propios de la psiquiatría de aquellos años. *Traducción mía*. Roberto Beneduce, *Frontiere dell'indentità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Milano, Franco Angeli, 1998, p. 19.

<sup>22</sup> George Devereux, *Etnopsicoanálisis complementarista*, Buenos Aires, Amorrortu, 1975, 285 p.

<sup>23</sup> Roger Bastide, *Sociología de las enfermedades mentales*, México, 1998, 364 p; *Antropología aplicada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1972, 217 p; *El sueño, el trance y la locura*, Buenos Aires, Amorrortu, 1976, 300 p; *Introducción a la psiquiatría social*, México, UNAM, 1940, 116 p.

<sup>24</sup> Françoise Laplantine, *La etnopsiquiatría. Una nueva disciplina. Síntesis de conceptos fundamentales de la psiquiatría, la etimología, la antropología y el psicoanálisis*. Barcelona, Gedisa, 1979, 131 p; *Antropología de la enfermedad. Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*, Buenos Aires - Argentina, Ediciones Del Sol, s/f, 418 p.

<sup>25</sup> Tobie Nathan, *La follia degli Altri. Saggi di Etnopsichiatria*, Roma, Ponte delle Grazie, 1990, 244 p; *La influencia que cura*, Argentina, FCE, 1997, 200 p; *El semen del diablo. Elementos de etnopsicoterapia*, Buenos Aires, Losada, 1991, 221 p.

tomando en consideración los más conocidos y notables protagonistas de esta corrientes, han tenido y siguen teniendo, como en el caso de los dos últimos autores, méritos indudables e inconmensurables en su acercamiento a la salud mental de trastornos mentales de una otredad<sup>26</sup> no occidental. Pero, según mi opinión, junto a estos grandes méritos radica un aspecto fuertemente etnocéntrico<sup>27</sup> por lo que sólo me referí a ellos de manera exclusivamente referencial.

En este sentido, considero que su enfoque es etnocéntrico en la medida en que se basa en el análisis de la interpretación de los trastornos mentales de individuos no occidentales y en la traducción de dichos trastornos a los códigos de la disciplinas psiquiátricas. Algunos menos que otros, han respetado creído y aplicado una terapéutica con base en los trastornos sufridos por pacientes de este tipo. Pero en el diagnóstico médico, en su propio universo ideológico, tales trastornos han sido traducidos e insertados en las grandes categorías de las neurosis y de las psicosis.

Esto significa que, por lo general, los autores mencionados han atribuido poca credibilidad a la existencia de trastornos mentales no occidentales y que de la misma manera se ha dado poco crédito al malestar de un sujeto de cultura no occidental al existir la posibilidad de no tratarse de un malestar efectivo que a su vez no se podía traducir y textualizar,<sup>28</sup> finalmente ni la psiquiatría, ni la etnopsiquiatría se han abstraído de pensar sobre las concepciones “otras” según su propio análisis y

---

<sup>26</sup> Me refiero al hecho que la otredad no es necesariamente referente a culturas no occidentales, sino a una alteridad que por definición significa diferencia y que por ende puede insertarse dentro de la cultura de la que se parte para definir el otro.

<sup>27</sup> Por ejemplo George Devereux aunque toma en consideración el método complementarista que considera la existencia de dos modalidades de pensamientos autónomos y relacionados, y acepta la coherencia de las “otras” culturas, no acepta por completo las técnicas utilizadas por los chamánes, a quienes considera como individuos patológicos. Por lo que concierne a Tobie Nathan, aunque no renuncia a las herramientas psicoanalíticas por lo menos llega a un encuentro con el otro aceptando las técnicas utilizadas por las terapias tradicionales, que él mismo inserta en la clínica intercultural. Mariella Pandolfi, introducción a Tobie Nathan, *La follia degli altri, Saggi di etnopsiquiatría, op. cit.*, pp. 14-15.

<sup>28</sup> Con textualizar me refiero a un término utilizado por Sudhír Kakar con el que hace referencia a la descodificación de un trastorno, de la cultura propia del sujeto que lo padece, por parte del psiquiatra. Es decir un fenómeno de traducción del trastorno que no viene contextualizado. Con éste último término Sudhír Kakar se refiere a la necesidad de contextualizar el trastorno, visto como un factor cultural, para posibilitar un lectura del mismo. Sudhír Kakar, *Chamanes, místicos y doctores. Una investigación psicológica sobre la India y sus tradiciones para curar*, México, FCE, 1989, p. 128.

que ellas también, como la medicina tradicional, son solamente variantes culturales de una sociedad: la occidental.

Los teóricos a los que, contrariamente a los autores mencionados, me refiero para sustentar la investigación son esencialmente Edgar Morin,<sup>29</sup> que me proporcionó la posibilidad de olvidar la fragmentariedad humana, por ende individual, corporal, mental y sin duda sociocultural; Michel Foucault<sup>30</sup> que me permitió de poder repensar el fenómeno de la locura, de su dinámicas a través de la historia y de su institucionalización, de sus transformaciones y de las facetas que adquiere hoy a la luz de su pasado. Jesús Ibañez<sup>31</sup> y Ludwing Von Bertalanfy<sup>32</sup> me posibilitaron el abordaje metodológico de la locura, consintiéndome un acercamiento multilineal y no más unilineal, con la problemática de estudio. Todos ellos hicieron posible que repensara la cuestión de las síndromes culturales a la luz de perspectivas de análisis que, aún prescindiendo de las reflexiones sobre los trastornos mentales en el específico (excluyendo a Foucault que los trata directamente), me han posibilitado elaborar unas herramientas teórico-metodológicas aplicables a todo el trabajo.

Lo que mencioné se refiere al reconocer cualquier trastorno mental, así como cualquiera posición médico-terapéutica como cultural, y creo que el mérito de esta investigación reside en esto: haberse enfrentado a la construcción de la locura de una comunidad nahua que se puede diferenciar, aunque no necesariamente, en la forma y en el contenido respecto a la locura construida como tal en contextos culturales occidentales.

El otro lado positivo del trabajo, creo poder afirmar, ha sido pensar que no necesariamente la construcción de la locura xoyateca hubiera tenido que abstraerse de las lógicas occidentales

---

<sup>29</sup> Morin, Morin, "La relación antro-po-bio-cósmica", *op. cit.*, pp. 5-11; "La unidualidad del hombre", *op. cit.*, pp. 5-9, *El Método*, *op. cit.*, 263 p., *Ciencia con Conciencia*, *op. cit.*, 369 p.

<sup>30</sup> Michel Foucault, *Malattia mentale e psicologia*, Milano, Raffaello Cortina, 1997, 101 p.; *La volontà di sapere*, Milano, Feltrinelli, 1999, 142 p.; *Historia de la locura en la época clásica*, Vol. I, México, FCE, 1988, 574 p.; *Historia de la locura en la época clásica*, Vol. II, México, FCE, 1988, 410 p.; *Los anormales*, México, FCE, 2000, pp. 350.

<sup>31</sup> Ibañez, *El regreso del sujeto, la investigación social de segundo orden*, *op. cit.*, 189 p.; *Del algoritmo al sujeto. Perspectivas de la investigación social*, *op. cit.*, 365 p.

<sup>32</sup> Von Bertalanfy, *Teoría General de los Sistemas*, *op. cit.*, 289 p.

mencionadas mencionadas, y sobre la base de estas afirmaciones, la investigación no ha vertido en la búsqueda de una diversidad *a priori*, sino en la construcción *a posteriori* de rasgos específicos de esta comunidad.

Dicho en otro términos, lo que quiero subrayar es que lo novedoso de un trabajo como este, creo que reside en haber analizado la construcción de lo que en un dato universo cultural puede ser interpretado como un trastorno mental, (en este caso el occidental) y que en lugar prescindiendo de este contexto puede no ser considerado y categorizado como tal. Entonces la investigación adquiere sentido ya solamente por esta razón, independientemente de que la comunidad en la cual se ha encontrado una diferente construcción de la locura, sea nahua. Esto lo específico por la sencillez con que tal vez se atribuye, de particular manera a contextos socioculturales indígenas, una visión “otra” del cosmos, mientras que en la actualidad tenemos que enfrentamos a una alteridad siempre más cercana a los parámetros con los que se categoriza.

Probablemente es importante hacer un última consideración inherente al método con que he llevado a cabo el trabajo.

La perspectiva utilizada es explícitamente *emic*, es decir, la perspectiva relativa a los códigos propios de los actores sociales de una determinada cultura, por lo tanto se basa en el respeto del sistema conceptual de los contextos analizados. “El estudio *emic* comporta a la exploración de los ámbitos semánticos típicos de una determinada cultura, de lo que Wittgenstein llamó ‘formas de vida’ es decir, ámbitos de discurso relativamente aislados entre si [...] que adquieren sentido sólo en el sistema total de las relaciones con otros enunciados pertenecientes al mismo ámbito discursivo.”<sup>33</sup>

La utilización de la perspectiva *emic* para llevar a cabo la investigación, no implicó la aspiración de una supuesta objetividad hacia los aspectos culturales de la otredad, aún porque no creo que sea posible llegar a tal perspectiva objetiva ni desde el punto de vista *emic* ni desde la

---

<sup>33</sup> Ugo Fabietti, *Storia dell'antropologia*, Bologna, Zanichelli, 1999, 287 p. (traducción mía)

perspectiva *etic*, aspecto éste último que hace referencia a las categorías “científicas” del observador.<sup>34</sup> El punto de vista *etic* no se ha excluido del trabajo, es más, se ha utilizado necesariamente como una medida de comparación respecto a la otredad tomada en consideración.

Esta tesis no pretende a ser un trabajo meramente crítico, quiero subrayar esto porque aunque pueda parecerlo no quiero reducir la investigación a un manifiesto de relativismo cultural. Pero no puedo eximirme de evidenciar que es sobre los presupuestos mencionados, es decir sobre la inaplicabilidad universal del concepto de trastorno mental, en lo que se ha basado la investigación, a partir de lo que se han registrados los datos de campo y por lo que consecuentemente tales datos se han podido analizar.

---

<sup>34</sup> A lo largo del capítulo primero, propondré una perspectiva del binomio observador-observado que rompe esta categoría, demostrando que el observador es a su vez observado y el observado es a su vez observador. Esta posición pone en discusión la nitidez con la que se aplicaron tales papeles en una perspectiva de verticalidad.

## *1.1 Los senderos de las dualidades y el cuerpo fragmentado*

Il carattere proprio della malattia mentale, all'opposto del comportamento normale, non consiste appunto nel poter essere spiegata, ma nel resistere ad ogni comprensione.<sup>35</sup>

M. Foucault.

La inaplicabilidad universal de los trastornos mentales, así como la fragmentariedad que los ha distinguido, se ha manifestado a partir de un primer dualismo individuo-enfermedad, sobre el cual considero importante hacer algunas consideraciones.

El simplismo, en la relación individuo-enfermedad, se manifiesta claramente en un ejemplo de Fritz B. Simon, un terapeuta familiar alemán.<sup>36</sup> Él subraya que el hecho de *tener* una enfermedad o *tener* un desorden mental hace que un individuo y su desorden aparezcan como si fueran dos elementos distintos; como si este fuese propietario de algo, de un objeto, como si una psicosis fuese propiedad de un individuo. Por lo tanto, se podría imaginar que dicho individuo pudiera liberarse de su psicosis de la misma manera que le pudieran robar una bicicleta o que se pudiera olvidar su trastorno mental en algún lugar, o que paradójicamente lo pudiera vender.

La dualidad individuo – enfermedad se puede leer a través de la pareja mente – cuerpo, (privilegiando la supremacía del primero sobre el segundo) *res cogitans*, *res extensas*, a las cuales Descartes atribuye vida independiente entre una y la otra. El cuerpo, *res extensa – objeto*, es visto por tanto escindido de la mente, *res cogitans - sujeto*.

Según la antigua medicina hipocrática, el cuerpo domina la psique y actúa sobre ella: consecuentemente, la psique reacciona al cuerpo, grava sus alteraciones y el fruto de una

---

<sup>35</sup> El carácter propio de la enfermedad mental, al contrario del comportamiento normal, no reside en poder ser explicada, sino en resistir a cualquiera comprensión. Traducción mía.

<sup>36</sup> Simon Fritz B., *Mi psicosis, mi bicicleta y yo. Autoorganización de la locura*, Buenos Aires, Ed. Amorrortu, Avallaneda, 1999, p. 15.

interacción como esta da vida a las afecciones psíquicas, signos manifiestos de un trastorno biológico de base.

Cuerpo y mente, *soma e psiché*, son propuestos por la biomedicina como dos entidades separadas, gobernando la primera y determinando las condiciones de la segunda: ambas así hacen referencia a un órgano propulsor, el cerebro, que al mismo tiempo regula la funcionalidad orgánica y garantiza el control de las emociones.<sup>37</sup>

Estas afirmaciones, llevadas a gran parte del actual contexto psiquiátrico, se traducen en el tratamiento de la enfermedad mental independientemente del sujeto que la padece, como si los dos fuesen sistemas cerrados y autopoieticos,<sup>38</sup> según la perspectiva hipocrática mencionada.

Por tanto la enfermedad, o la abstracción sintomatológica que se necesita para categorizarla, se descontextualiza, se interpreta, se lee y analiza a la luz del acervo simbólico pertenecientes únicamente al psiquiatra (considerando el psiquiatra de cultura occidental y el paciente de cultura no occidental).

Siendo esta una relación compuesta por dos personas que se comunican, el uno con el otro por medio de un lenguaje diferente sobre el binomio salud-enfermedad y no manejando el mismo orden simbólico del universo, y sobre todo, teniendo en consideración que los trastornos mentales se apartan de los códigos sociales “normalmente” compartidos en un determinado contexto, entonces la relación psiquiatra - paciente se tendría que repensar por el hecho que la “normalidad” del paciente no es la del psiquiatra, siendo el trastorno mental un factor cultural.

En el DSM-IV<sup>39</sup> se ha incluido un anexo en el que se toman en consideración las variantes culturales de los trastornos mentales del mismo manual.

---

<sup>37</sup> Laura Faranda, *Dimore del corpo. Profili dell'identità femminile nella Grecia classica*, Roma, Meltemi, p. 40, (Gli Argonauti).

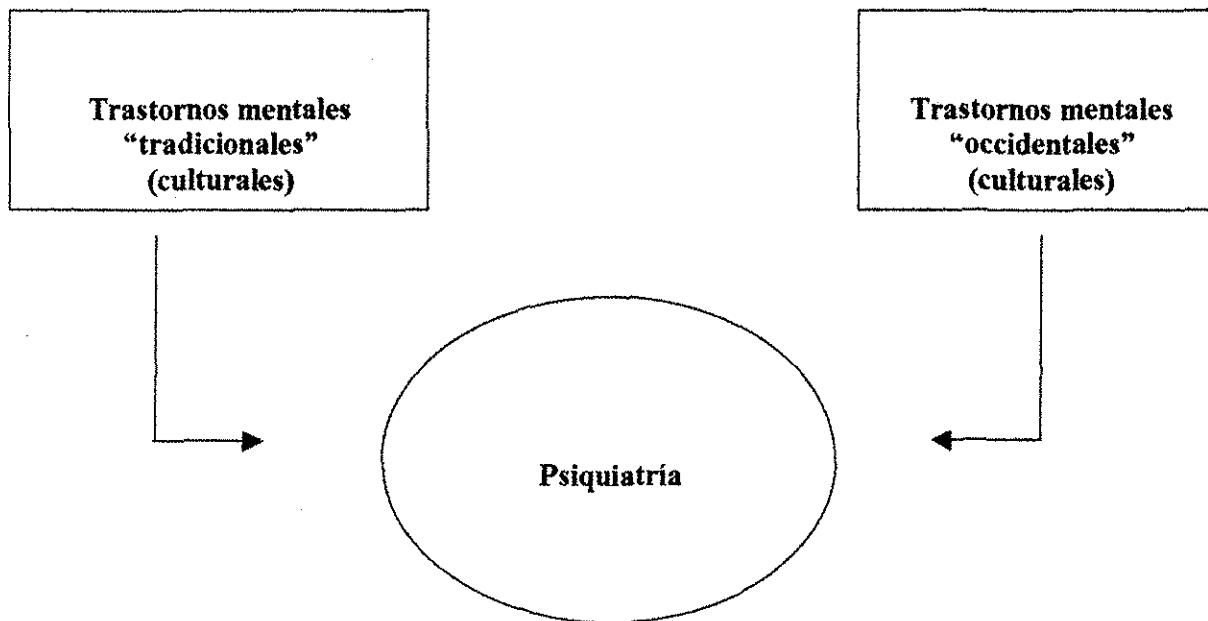
<sup>38</sup> Esto es un término utilizado por Humberto Maturana y Francisco Varela que construyeron la teoría de los sistemas autopoieticos, es decir de sistemas organizacionalmente cerrados, pero informacionalmente abiertos. *op. cit.*, 133 p.

<sup>39</sup> Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales. American Psychiatric Association, *DSM IV, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1983, 513 p.

Han sido identificados, con base en la observación empírica, veinticinco síndromes “dependientes de la cultura”, con matriz demasiado general para ser tomada en consideración en un estudio sistemático - nosográfico de las enfermedades mentales de una determinada cultura y, sobre todo, tomando en consideración no solo la interpretación del enfermo en referencia a su padecimiento, sino también el universo curativo inherente a la sociedad en la que está insertado sobre la base de su visión subjetiva, (variable cultural) la cual puede diferir de los otros miembros de la comunidad.

El reconocer un trastorno mental como cultural implica pensar que no existen efectivamente enfermedades mentales, sino enfermedades socioculturales. Cada trastorno sociocultural entonces, se puede leer solo a la luz del contexto en el cual se desarrolla, contexto en el que toma sus formas, adquiere las variables que cada individuo manifiesta, hace que cada país, estado, nación, ciudad, barrio, familia y sujeto, se desarrollen sobre la base de un marco bio-psico-social que cada realidad inscribe en los cuerpos y en los meandros de la mente, cosa ésta, que el psiquiatra tendría que valorar.

En el esquema que sigue quiero evidenciar como tales variables no son tomadas en consideración.



Esquema 1.

En este esquema se evidencia cómo los trastornos mentales no occidentales y los occidentales son tratados de la misma manera por parte de la psiquiatría, sin tomar en consideración las diferencias que los trastornos no occidentales representan.

Por un lado se sitúa este último impregnado en el paradigma racional; y por el otro, el paciente que se inscribe en el universo irracional de lo corporal.

En este último caso se establece que la mente y el cuerpo no se consideran como sistemas acoplados, como si fuese posible para un individuo abstraerse de su manera de sentir, de actuar y de pensar.

Cabe mencionar una segunda posición que, partiendo del concepto de una enfermedad orgánica y de una enfermedad mental como entidades separadas, asume una postura que a pesar de lo que parezca tiende a remover las migajas de una obsoleta reducción fenomenológica.

Conforme a lo mencionado no es necesario inscribirse en una específica y tajante posición, por ende, así como he explicitado las razones de una improbable escisión entre el cuerpo y la mente,

a continuación expondré las mismas razones, pero en dirección contraria, es decir, cuando es posible y necesario hablar de fragmentación orgánica y mental.

Hablar de la dualidad mente-cuerpo es hacer referencia manifiesta a la especificidad de la enfermedad orgánica y de la enfermedad mental. En este caso se pueden tomar en consideración las posiciones antes mencionadas respecto a la eliminación de las diferencias entre el elemento fisiológico y el psíquico, y la necesidad de una visión compleja y total que elimine la disyunción a la que las dos partes han sido sometidas en el campo científico y no científico.

Esta vez, a pesar de poder contradecirme, considero necesario hablar de una diferencia sustancial (de particular manera en el ámbito de las metodologías analíticas) entre la enfermedad orgánica y la enfermedad mental y de la no consideración de éstas como entidades acopladas y escindibles<sup>40</sup> y en donde atribuirle el estatuto de complejo significa quizás propiamente no reducir la una a la otra, sino reconocerles las debidas diferencias que las caracterizan.

“Una patología unitaria que utilizara las mismas metodologías y los mismos conceptos en ámbito psicológico y en ámbito fisiológico se pondría actualmente en el mismo nivel del mito, si bien la unidad de cuerpo y mente pertenezca al nivel de realidad.”<sup>41</sup>

Haber tratado los dos factores a la par, de manera que la enfermedad orgánica y la mental fuesen consideradas como un todo unitario, hizo restar de importancia a la enfermedad en si misma, negándole su especificidad y sobre todo arriesgando tomarla en consideración únicamente desde el punto de vista orgánico por su específica sintomatología como causa de lo psicológico, o lo psicológico como causa de lo orgánico (enfermedades psicosomáticas).

Específica Foucault que entre patología orgánica y patología mental no hay ni paralelismo abstracto ni unidad confusa; se trata de una unidad “de hecho”, en el sentido restringido de que quien los respalda es “el hombre real”.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Foucault, *op. cit.*, p.11.

<sup>41</sup> *Idem* (traducción mía).

<sup>42</sup> Frédéric Gros, *Foucault y la locura*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2000, p. 11.



Admitir hoy la independencia de la vida de la mente, de la existencia anímica frente a factores orgánicos, sería una realidad difícil de metabolizar por parte de muchos psiquiatras que se mueven a partir de un marco psicológico, por lo que es inherente a la técnica terapéutica, pero cuando se trata de aplicar la teoría, este no deja de ser fiel a las bases orgánicas de las neurosis.<sup>43</sup>

Lo que pretendo subrayar con lo hasta ahora mencionado son la validez y los límites de la posición que prevén la diferenciación entre enfermedad orgánica y mental y, la postura que por el contrario las concibe como entidades inseparables y, como plantearé en el siguiente párrafo, cómo la escisión y la fragmentación, en algunas concepciones ideológicas, como las nahuas prehispánicas, no toman el carácter de exclusión, sino de inclusión.

### **I.1.1 El doble cosmogónico y sus analogías figurativas**

(...) Por sí mismo, el espíritu no sabe nada del cerebro que lo produce, el cual no sabe nada del espíritu que lo concibe [...] y sin embargo, conocen juntos aunque sin conocerse.

Edgar Morin

Es fundamental hacer hincapié a la cultura nahua prehispánica y su concepción del cuerpo para que sea posible una medida de comparación con la construcción de la ideología corporal nahua en la Xoyatla actual, o para que por lo menos sea factible un marco de referencia.

El principio de dualidad, de los opuestos complementarios, es fundamental para hacer un viaje introspectivo (intracultural) en las vivencias históricas y por tanto médico-terapéuticas de grupos nahuas, y en particular en el caso de Santa María Xoyatla.

Entender las parejas opositivas que rigen la cosmovisión nahua, la construcción del universo que los rodea desde sus contornos difuminados y *caóticos* hasta los tratos más rígidos y *ordenados*

---

<sup>43</sup> Guinsberg, *op. cit.*, p. 190.

de la naturaleza, significa, desde luego, no seguir la línea de fragmentación occidental, sino reconstruir analíticamente el sendero de las dualidades que es igual a la complementariedad de la antigua cultura nahua, en la cual hasta las dicotomías adquieren su propio sentido.

Tal como evidencia López Austin<sup>44</sup> los binomios nahuas prehispánicos respondían a un orden universal, a una división horizontal y vertical que separaba originariamente la Gran Madre del Gran Padre hasta corresponder a una bipolaridad que incluía aspectos que respondían al bienestar del individuo como la medicina, la alimentación y la enfermedad, elemento éste último al cual se hará particular referencia, respecto a los otros, para no perderse en la magnitud de las fuentes etnográficas mexicanas.

Las calidades de *caliente - frío* representan quizás los elementos que se pueden identificar como punto de partida para abarcar la concepción del individuo, de su equilibrio, de su estaticidad y de su dinamismo, de la relación que establece con su ecosistema y de como dicho ecosistema regula y se acopla a la persona que le subyace, pero siempre modificándolo, siempre modificándose el uno al otro en un proceso cíclico, de retroalimentación. Las calidades frías y calientes son las que reglamentan el equilibrio físico del hombre, calidades que se pueden perder (caos) o como consecuencia adquirir (orden) a causa y como resultado de fuerzas endógenas o exógenas al individuo mismo.

Cuando el elemento frío o el caliente llegan al cuerpo humano, a un exceso o a una ausencia, el hombre se desequilibra, se enferma por este desequilibrio, y es necesario que regrese al orden y la igual distribución por medio de la ingestión (alimentos), exposición o aplicación de hierbas y plantas consideradas de uno de los dos elementos sobrantes o que faltan, según el caso en cuestión. Lo importante es que el individuo vuelva en posesión de su estado "sano" no solamente para no dañarse a sí mismo, sino también para no dañar a su contexto sociocultural, a su entorno y a las divinidades que de la misma manera se veían afectadas. Se piensa que las mismas deidades enviarán

---

<sup>44</sup> Alfredo López Austin, *Cuerpo humano e ideología, las concepciones de los antiguos nahuas*, México, UNAM, IIA, 1999, p. 59.

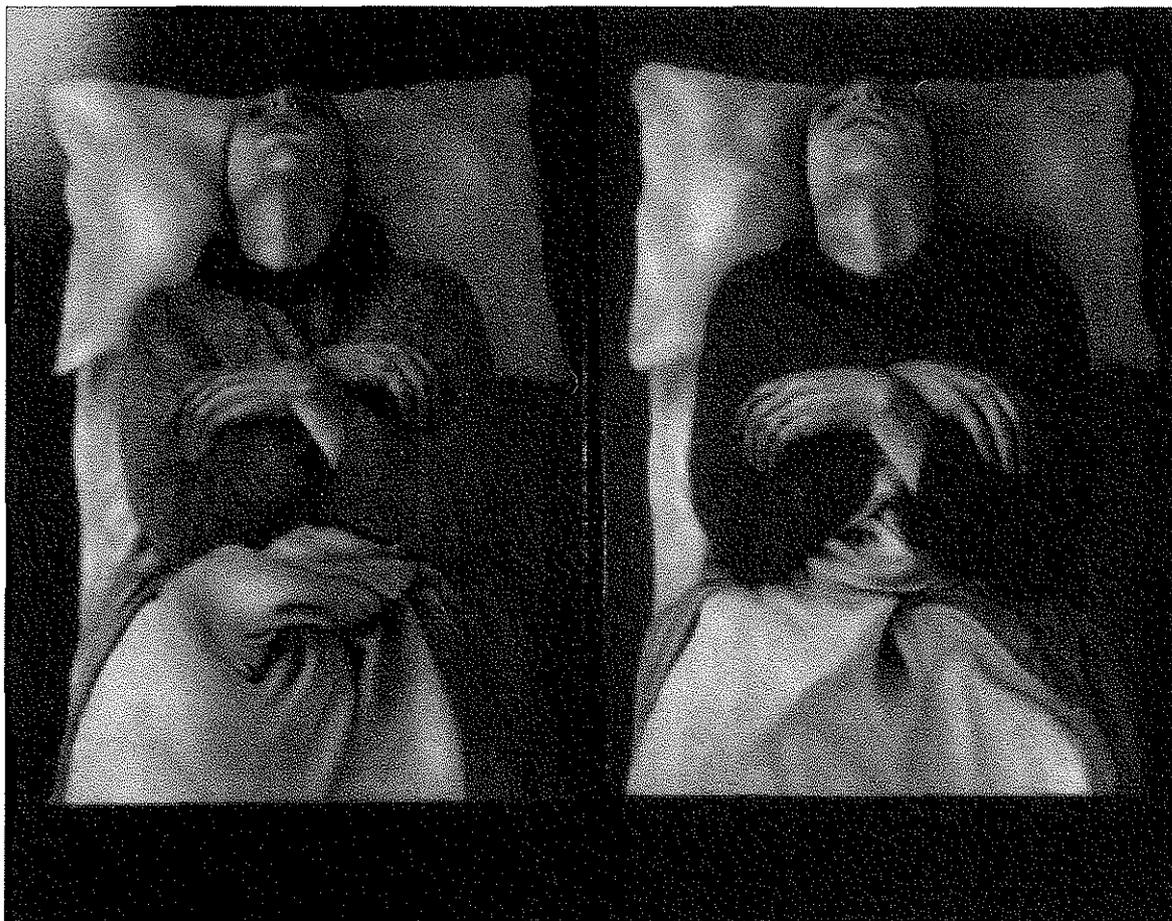
el estado de caos entre los elementos como consecuencia de trasgresiones, las faltas, (ruptura de los códigos sociales compartidos y por tanto del orden) por parte del individuo afectado.

Para sustentar visualmente el análisis que se pretende llevar a cabo, es decir de la locura y sus dicotomías en la biomedicina y en la medicina tradicional, me apoyé en el análisis de tres cuadros del pintor mexicano Raúl Gabriel Cerrillo Álvarez, quien supo compartir conmigo, sin limitaciones disciplinarias, una lectura antropológica de su obra, permitiéndome deconstruirla, fragmentarla y recomponerla en nombre de una perspectiva transdisciplinaria a la cual ambos hacemos referencia.

El primer cuadro (Fig. 1) representa dos enfermos, dos "locos" que aparentemente, sólo aparentemente, encarnan la misma persona. Se trata de un díptico que se caracteriza por la unión de dos telas, factor importante por la decisión consciente de no haber escogido una única superficie; sin cicatrices que dividen aún uniendo. Las dos telas representan en sí mismas una dicotomía no necesariamente excluyente, por ser los sujetos uno el sustento visual y conceptual del otro; es decir que la fuerza del cuadro, según mi perspectiva, reside en la importancia que le confiere la dualidad, pero una dualidad siempre complementaria. Los dos enfermos han sido visualizados por el artista, con túnicas de color verde (frío) y rojo (caliente), ambos representando un principio de retroalimentación que los caracteriza, que reenvía el uno al otro, sin implicar una oposición, finalmente definiendo, confirmando, equilibrando y ordenando ambos. El primer cuadro presenta la que llamaremos una *pareja opositiva incluyente*, haciendo referencia, en este análisis al panorama médico de la cultura nahua.

Fig 1.

LOS ENFERMOS



Raúl Gabriel Cerrillo Álvarez. Colección privada 2000.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El segundo concepto que se tomará en consideración, que se explicita en el segundo (Fig. 2) y tercer cuadro (Fig. 3), será el de la *pareja opositiva excluyente* concepto que se atribuye a gran parte de la medicina alópata. (Esto siempre teniendo presente los confines definitivamente sutiles y frágiles que separan los dos panoramas médico-terapéuticos.)

Fragmentación exclusiva occidental	Fragmentación inclusiva nahua
<b>Parejas opositivas</b>	<b>Parejas opositivas – complementarias</b>

#### Esquema 2

Los siguientes dos cuadros (la parte anterior y posterior de los pies del mismo pintor) representan una fragmentación corporal, cuyos elementos se sustentan con autonomía propia independientemente del cuerpo como totalidad, prescindiendo del individuo en su plenitud.

Con el término de *fragmentación exclusiva* (biomédica) he entendido desde el inicio la que posibilita el análisis<sup>45</sup> de las partes como unidades escindidas, deslindadas y donde una es independiente de la otra.

Es una visión simplista y reducida de la enfermedad y del individuo, los cuales no comparten una relación dialógica, que según Edgar Morin tendría que ser concebida como complementaria, concurrente y antagonista (*unitas complex*),<sup>46</sup> perdiendo así sus características de reducción.

Se entiende con *fragmentación inclusiva* aquella parcelación compleja (nahua-tradicional) que pone en comunicación sus distintos elementos, aún reconociéndole su especificidad.

<sup>45</sup> Según Jesús Ibañez, "el análisis es una operación que va de arriba a abajo, de lo global a lo local (deconstructiva o diferenciadora). La síntesis es una operación que va de abajo a arriba, de lo local a lo global (constructiva o integradora). El análisis es una operación simplificadora, la síntesis complejificadora". Ibañez, *El regreso del sujeto, la investigación social de segundo orden*, op. cit., p. 135.

<sup>46</sup> José Luis Solana Ruiz, "Cerebro, espíritu, conocimiento y psiquismo, contribuciones desde la antropología compleja de Edgar Morin. Principios epistemológicos, cómputo y conocimiento", *Gazeta de Antropología*, Granada, Asociación Granadina de Antropología, n. 13, enero 1988, p. 12.

Ejemplo de estos últimos en la cultura nahua prehispánica, como se puede apreciar en el enunciado que sigue, son los que Alfredo López Austin describe como los tres centros anímicos mayores. En el *cuaitl*, (la cabeza) se ubicaba el *tonalli*, en el *elli* (hígado) se ubicaba el *hihiyotl* o *ihiotl* y en el *yóllotl* (corazón) estaba el *yollia* o *teyollia*. Tales centros anímicos estaban en relación el uno con el otro,<sup>47</sup> y con los otros centros y partes del organismo como se puede apreciar en la cita que sigue:

El asentamiento o el hundimiento del corazón, esto es, su aproximación al hígado, implicaba sosiego, consuelo, satisfacción, convencimiento [...] puesto que el hígado unificado provocaba alegría, tranquilidad y placer. [...] En la pasión, en la pena, en la alegría, participaban tanto el corazón como el hígado; en el amor, el amor del hígado se ligaba a la apetencia, a la codicia, mientras que el corazón contribuía con un sentimiento más elevado que implicaba tanto el ascenso del órgano como su franca apertura. Y en todo esto estaban los pensamientos como si fueran cosas a las que se daba movimiento y vida, [...] a las que los centros llegaban y captaban. Pensar era hacer vivir algo en el interior<sup>48</sup>.

---

<sup>47</sup> Aunque, como subraya López Austin, el corazón tiene una mayor importancia. López Austin, *op. cit.*, pp. 219 – 220.

<sup>48</sup> *Illa nític nicnemítia*, *Idem*.

Fig. 2

PIES ANTERIORES



Raúl Gabriel Cerrillo Álvarez, Colección privada 2000.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Fig. 3**

**PIES POSTERIORES**



Raúl Gabriel Cerrillo Álvarez, Colección privada 2000.

## 1.2 El status de loco

La cabeza es el asiento de la hipocondría y del suicidio  
J. P. Falret

Es indispensable enfrentarse a las concepciones de la enfermedad mental, de la locura occidental, no solo nahua, para que se pueda llegar a un punto de encuentro entre los dos sistemas ideológicos y reconstruir los recíprocos códigos médico-terapéuticos.

A la luz de esto, adquiere sentido el análisis de la locura en Xoyatla.

El trastorno mental ha sido leído, interpretado y construido de muchas maneras por la medicina alópata durante varias etapas históricas. Durante largo tiempo, los autores clásicos categorizaron el trastorno mental como una de las enfermedades pertenecientes al ser humano, reconociéndole el *status* de enfermedad, mientras que en la Edad Media se asoció a fenómenos mágico-religiosos, inscribiendo su sentido lejos del concepto de enfermedad. Hubo que esperar hasta el Renacimiento para que nuevamente empezaron a manifestarse opiniones inherentes a los trastornos mentales en general y a la locura en particular, llegando nuevamente a considerar el trastorno mental como una enfermedad.<sup>49</sup>

El término locura se ha encontrado alejado de las razones médico-psiquiátricas, siendo un término que difícilmente pudo encontrar su verdadero significado en las categorizaciones médicas; y tratándose de una palabra desprovista de significación en el ámbito científico y más ligada a un universo literal, profano y vulgar. Fue Ludwig Binswanger quien planteó nuevamente el problema de la locura como concepto y quien, a causa de esto, logró acercarlo a la atención psiquiátrica.<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> Salvat, *Psiquiatría y antipsiquiatría*, op. cit., p. 21-22.

<sup>50</sup> *Idem*.

Parece que el “loco”<sup>51</sup> siente y piensa de una manera que los demás apenas pueden comprender, su pensamiento y su comportamiento no parecen determinados simplemente por el azar, sino ordenados de una manera diferente.<sup>52</sup>

Loco constituye un auténtico *status* desde el punto de vista etnológico. El individuo que manifiesta ciertos comportamientos bien determinados adquiere este *status*, atribuido por la sociedad que, actuando de este modo, reconoce al individuo haberse comportado de una forma que le da derecho al *status* (a la etiqueta diagnóstica) de *loco*.<sup>53</sup>

Lo que me pregunto es en qué medida una conducta atípica, dentro de un mismo contexto sociocultural o fuera de este, puede ser considerada como enfermedad mental, y los ejemplos que siguen pueden estimular una cierta duda también a quienes están leyendo este trabajo.

En Santa María de la Encarnación Xoyatla, la enfermedad mental no existe en la acepción misma del término, como se profundizará en el último capítulo de la tesis.

La justa analogía con el concepto alópata de enfermedad mental, en toda la extensión de su significado, se encuentra en la definición de “enfermitos”, expresión que hace referencia, de manera particular, a sujetos que padecen de *epilepsia*, en términos biomédicos, y de *ataques* en la significación xoyateca de la enfermedad. Los que en el pueblo de Xoyatla se consideran como “locos” son aquellos individuos que rompen los esquemas sociales, que escapan a los códigos compartidos por todo el núcleo en el que están insertados. “Quién escribe en los muros, los pandilleros, los *chavos* sin educación, las chamacas que salen de la comunidad y regresan tarde, quién corre demasiado[...]”,<sup>54</sup> o aquellos que son realmente “enfermos de la cabeza” y que

---

<sup>51</sup> Como ya he especificado en la introducción haré referencia al término de loco y locura siendo palabras utilizadas de manera generalizante al referirse a los trastornos mentales y que por ende se cargan de valor coloquial, popular, no perteneciendo (generalmente) a la jerga médica.

<sup>52</sup> Fritz B., *op. cit.*, p.136.

<sup>53</sup> *Idem*.

<sup>54</sup> Entrevista a C. V. P. el 28 de diciembre de 2001. Para una profundización del argumento véase el último capítulo.

desarrollan una locura “cerebral”, orgánica, como consecuencia de haber padecido un susto en edad infantil.<sup>55</sup>

La exposición del experimento que sigue me ha ayudado a subrayar en que medida se puede efectivamente, hacer referencia a un único concepto de locura.

Los miembros del Grupo de Palo Alto<sup>56</sup> hicieron un experimento entre dos psiquiatras, ambos ignorando la identidad del otro. A los dos terapeutas se les proponía una consulta con un paciente, diciéndole que este último tenía síntomas de delirio creyéndose un especialista en esquizofrenia. El experimento sigue con la entrega de dos tarjetas, a los terapeutas, que tienen el mismo contenido: “usted es un psiquiatra y recibe el llamado de un paciente que usted sabe estar loco y uno de sus síntomas es creerse psiquiatra. Intente convencerlo de que inicie tratamiento internándose por su propia voluntad”.<sup>57</sup> La dinámica del experimento consistió en observar las diversas técnicas y estrategias utilizadas por los dos psiquiatras, los dos convencidos de ocupar su papel de observador, intentando desarrollar un dialogo con el “paciente loco” para lograr el establecimiento del *setting* analítico. El experimento en cuestión, no llegará a su fin hasta que los dos participantes no compartan la idea de la realidad del otro y que la conciban como verdad alternativa a la propia, igualmente válida, tomando como punto de partida el presupuesto de la imposibilidad de establecer una verdad absoluta y la consecuente imposibilidad de un único ganador, quizás este será el momento de empezar a jugar y de terminar de experimentar.

Con este experimento pongo claramente en duda la existencia de la locura, o mejor dicho, pretendo negar la existencia de una sola interpretación y categorización de trastornos mentales, así como una sola realidad, una verdad tajante y totalitaria que reglamente y determine el juego.

El simplismo en esta aserción reside en el hecho por el cual queriendo asumir la existencia de una única estructura psíquica mental por todos los seres humanos, que sea “irreducible al

---

<sup>55</sup> Por una mayor profundización del tema véase el capítulo III.

<sup>56</sup> Fritz B., *op. cit.*, p. 135.

<sup>57</sup> *Idem.*

conjunto de las formaciones culturales [...] y que se sitúe en el punto de emergencia del pensamiento simbólico”,<sup>58</sup> se determina que, en un juego lógico de causa – efecto, tal como lo decía Esquirol utilizando un silogismo implícito que subyace a la lógica determinista: “la locura es la provincia del médico, el suicidio es una clase de locura, el suicidio corresponde a la provincia del médico”.<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> François Laplantine, *La Etnopsiquiatría*, op. cit., p. 49.

<sup>59</sup> Ian Hacking, *La Domesticación del Azar, erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*, Barcelona, Gedisa, 1991, p 104.

### ***1.3 La larga historia de “la Verdad” de las enfermedades***

...parte de nuestro existir tiene su fundamento en  
las almas de quienes se acerca: por esto no es  
humana la experiencia de quien ha vivido los días  
en que el hombre ha sido una cosa a los ojos del  
hombre.

Pámo Levi

Antes de adentrarme en otras lógicas de análisis es fundamental hacer una primera distinción entre lo que es y lo que no es considerado normal con sus razones históricas.

La “normalidad” es una idea que en cierto modo estuvo siempre en nosotros, pero que en algunos momentos puede adoptar una forma de vida completamente nueva. La palabra “normal”, adquirió su común significado actual sólo en la década del 1820. Su opuesto era lo patológico y alrededor del 1840 Auguste Comte dio a la palabra una connotación médica.

La noción de “ser humano normal” puede tener su origen en el enfoque médico de la humanidad o en la tendencia de las organizaciones burocráticas de gran escala tales como el Estado nacional, a tratar a todos los miembros, en ciertos aspectos, como iguales. Cualquiera que sea su origen, parece suministrar la imagería simple a través de la cual los locos crean generalmente una concepción de sí mismos. Es interesante señalar que parece haber surgido una convención en la literatura popular de tipo biográfico en la que una persona dudosa proclama su derecho a la “normalidad” citando como prueba el hecho de tener una esposa e hijos y, curiosamente, declarando que ha pasado con ellos los días de Navidad y de Acción de Gracias.<sup>60</sup>

En Francia, las argumentaciones inherentes a los fenómenos de lo normal y de lo patológico fueron expuestas por Auguste Comte, quien estaba interesado a orientar sus observaciones de estos desde lo patológico hacia lo normal para llegar a determinar las leyes de lo normal, pensando en la importancia de analizar antes que todo el estado de lo normal mediante la observación, y después de entender como se articula lo patológico. También Claude Bernard estaba interesado a tales aspectos

---

<sup>60</sup> Salvat, *op. cit.*, p. 22.

vitales pero a diferencia de Comte, orientaba su estudio desde lo normal hacia lo patológico para llegar, a partir de este último aspecto, a una corrección del mismo.<sup>61</sup>

La palabra *normal*, entró en las lenguas europeas modernas apenas la geometría pudo expresarse en las lenguas vernáculas. En geometría significaba perpendicular, de ángulos rectos, ortogonal. Norma es palabra latina que significa escuadra. Normal y ortogonal son sinónimos en geometría. Norma - Orto.

Una línea puede ser ortogonal, normal o no serlo. Esta es la descripción de una línea. Es sólo un hecho que un ángulo sea un ángulo recto, pero también es un ángulo correcto, un buen ángulo.<sup>62</sup>

Se puede usar la palabra normal para decir como están las cosas, o que son tales cuando obedecen a ciertas condiciones, pero también se hace referencia a como determinadas cosas o personas debieran de ser.

Las condiciones de “normalidad” de las cosas obedecen a: un cierto grado de *uniformidad* tipológica (uniformidad espacial y formal), un cierto grado de *frecuencia* (uniformidad en el tiempo), un cierto *límite máximo y mínimo de variación* en las dos condiciones anteriores, una cierta correspondencia entre el fenómeno, el ambiente en que se manifiesta y el momento o tiempo de manifestación.<sup>63</sup> Evidencia Guinzberg que tales ejemplos son los que han servido de punto de referencia a la humanidad para crear el concepto de “normalidad”. “Los fenómenos que no obedezcan al conjunto de las cuatro condiciones [...] son anormales”.<sup>64</sup>

Se puede por tanto afirmar que la “normalidad” es una forma de adaptación continua, una tentativa constante de la propia “normalización” sociocultural, mientras que la “anormalidad” psicológica es una forma de inadaptación a la realidad sociocultural.<sup>65</sup>

---

<sup>61</sup> Canguilhem Georges, *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo Veintiuno, 1982, pp. 20-30.

<sup>62</sup> Hacking, *op. cit.*, p. 235.

<sup>63</sup> Guinzberg, *op. cit.*, p. 15.

<sup>64</sup> *Idem.*

<sup>65</sup> *Ibidem*, p. 21.

Cabe además señalar que el concepto de “normalidad” corresponde a una situación mayoritaria-hegemónica establecida en un determinado tiempo y espacio, pero desde concebir la “normalidad” como un concepto variable en el tiempo y en el espacio, hasta hacer de ella un manifiesto de universalismo, puede parecer muy general y aproximado. Para Guinzberg, la “normalidad”, es un *criterio estadístico-adaptativo*, es algo que no tiene que coincidir necesariamente con la idea de salud.<sup>66</sup>

La persona normal en los países europeos centrales en el periodo de transición del feudalismo al capitalismo ¿Acaso no reunía las características que hoy se definen propias del neurótico obsesivo: frugalidad, orden, avaricia, etc., necesarias para la indispensable acumulación de riqueza, y hoy incompatible con el alto consumo que exige la sociedad capitalista de esos países?<sup>67</sup>

El concepto de lo patológico parece ser tan antiguo como el de enfermedad, y tan radicado como el de “normalidad”, pero lo cierto es que tuvo una transformación poco antes del año 1800 cuando la enfermedad llegó a concebirse como un atributo, no de todo el cuerpo, sino de órganos singulares<sup>68</sup>. De esta manera la patología llegó a ser el estudio de órganos enfermos más que de personas enfermas por lo que la locura y los trastornos en general parecían poderse analizar independientemente de los sujetos a los que tales “enfermedades” afectaban.

Durante el siglo XIX los fenómenos vitales del normal y de lo patológico se convirtieron en un verdadero dogma que además de las ciencias médicas y biológicas era propio de las disciplinas filosóficas y psicológicas.<sup>69</sup>

La disciplina que se ha ocupado del individuo, de sus órganos y de sus patologías, ha sido la psiquiatría, como agente totalitario y estático e incluso como la ciencia del cuidado de las dinámicas psíquicas de nosotros los occidentales, negando las diferencias culturales del ordenamiento

---

<sup>66</sup> *Ibidem*, p. 16.

<sup>67</sup> *Idem*.

<sup>68</sup> *Ibidem*, p. 234.

<sup>69</sup> Canguilhem, *op. cit.*, p. 20.

psíquico, aboliendo las variables y reconociendo una lógica mental global ordenada bajo una “coherencia” taxonómica occidental.

Lo que fundamenta esta aserción es la creencia, por parte de la psiquiatría, en un núcleo innato y fundador de cada aparato psíquico, independiente del contexto sociocultural y de las variables individuales que se derivan de este mismo núcleo; como menciona Canguihlem: “Es necesario tener en cuenta, sin embargo, que cuando clasificamos una conducta como trastornada y/o inadaptada, esa clasificación se relaciona con las normas de determinada sociedad y no constituye un juicio absoluto.”<sup>70</sup>

Sin embargo, no obstante cuanto mencionado, la perspectiva psiquiátrica que no toma en consideración la diferencia cultural no ha considerado que la universalización, la perspectiva globalizante y totalizante de los fenómenos, elimina las diferencias mencionadas, haciendo entonces que la otredad adquiera y mantenga el *status* de objeto de estudio confirmando una relación impar con el sujeto-antropólogo-psiquiatra que lo analiza, examina, construye, interpreta y textualiza. En un acción discursiva unilineal, inscrita en el signo de la verticalidad y de la certidumbre,<sup>71</sup> el psiquiatra se mueve en un espacio dinámico introduciendo el paciente, aún más si pertenece a una cultura no occidental, en los recodos estáticos del análisis.

Mijaíl Bajtín<sup>72</sup> nos propone un ulterior análisis a partir del cual se posibilita repensar esta alteridad y con ella el espacio terapéutico, el espacio de encuentro. Crea una tríada de retroalimentación de inclusiones: el *yo-para-mí*, *yo-para-otro*, *otro-para-mí*, que llevadas al análisis del pensamiento loco me permiten algunas reflexiones.

---

<sup>70</sup> *Ibidem*, p.18.

<sup>71</sup> El principio de la incertidumbre, del cual: certidumbre, ha sido planteado por Heisenberg. Él demostró que, a diferencia de que se pensara que el acceso a la verdad pasara por las dos pruebas, la teórica y la empírica, en realidad la prueba empírica era paradójica porque autoreferente, exigiendo la medición de la materia con instrumentos hechos de materia. El sujeto, al plantear esta medición altera el objeto, modificándolo; de aquí el principio de la incertidumbre, según el cual no se pueden determinar a la vez la posición y el estado de una partícula, porque si se llega a determinar el primero, no podemos constatar el segundo. Esto por decir que no solamente el sujeto influye en el objeto, sino que también el estatuto ontológico es determinado por la acción de la análisis del sujeto. Ibañez, *El regreso del sujeto, la investigación social de segundo orden*, *op. cit.*, p. XIII.

<sup>72</sup> Bajtín, *op. cit.*, pp. 54-55.

Es fundamental entender el fenómeno de la locura a partir del sujeto que la padece, (*yo para mí*), de lo que el enfermo interpreta ser en el contexto sociocultural en el cual está insertado (*yo para otro*) y de la etiología de la enfermedad, las causas socioculturales que han determinado el surgimiento de la locura (*otro para mí*).<sup>73</sup>

François Laplantine<sup>74</sup> desde la etnopsiquiatría sostiene la existencia de constantes comunes en todas las culturas de la experiencia de la enfermedad; afirmación que más que negar en su totalidad, requeriría demasiadas variantes culturales para ser atestiguada y confirmada. Por éste mismo hecho, no se puede hablar de constantes sin hacer referencia a modelos alópatas, modelos que Laplantine toma en consideración como universales en las que encajan todas las variantes culturales susceptibles de ser analizadas.

La etnopsiquiatría, la psiquiatría del otro porque instituye un “nosotros” conectado a una historia a un ambiente, a una cultura específica,<sup>75</sup> también homogeniza la enfermedad, el individuo y el contexto externo a éste, o mejor dicho, lo traduce todo en los códigos occidentales también cuando el análisis obliga a la disciplina etnopsiquiátrica a adentrarse en las nosologías culturales de la otredad para lograr un papel activo en el ámbito de la curación; de esta manera, consciente o inconscientemente habría que decir, parece haber sido inevitable para algunas disciplinas la transformación de lo local (enfermedad cultural) en lo global (interpretación biomédica).

La Etnopsiquiatría se presenta como una disciplina multidisciplinaria. Por un lado trata de abarcar y comprender conjuntamente los significados y códigos que pertenecen al campo de la psiquiatría (lo normal y lo patológico) y por el otro intenta adentrarse en las dinámicas de la etnología (las categorías universales de la cultura) con el propósito de posibilitar una antropología

---

<sup>73</sup> En este último caso se hace referencia al otro en cuanto personas, deidades o eventos que han provocado la locura; en Xoyatla, la locura orgánica, es causada por un susto.

<sup>74</sup> Laplantine, *La etnopsiquiatría, Una nueva disciplina. Síntesis de conceptos fundamentales de la psiquiatría, la etnología, la antropología y el psicoanálisis*, op. cit., p. 10.

<sup>75</sup> Piero Coppo, “Note al margine di una polemica francese”, [www.ethnopsichiatrie.net/actu/coppo.htm](http://www.ethnopsichiatrie.net/actu/coppo.htm), s/l, s/e, s/f, p. 8.

psiquiátrica y una práctica terapéutica que se base en esta.<sup>76</sup> Aparentemente, en la relación entre un psiquiatra occidental y un paciente no occidental, se forma un espacio de diálogo, un espacio de saberes compartidos en los cuales se posibilita el encuentro, el intercambio, la interpretación polilínea de lo que el paciente quiere decir y construir de sí mismo, de su enfermedad y de lo que el psiquiatra interpreta y construye con respecto a lo que el paciente quiera que se construya o interprete de sí mismo, y que se haga sobre todo desde el mismo nivel interpretativo. En realidad, compartir los significantes simbólicos propios del paciente es un medio para posibilitar un análisis del núcleo del sujeto, llamado por Laplantine y por Freud primero: la estructura psíquica universal, irreducible al conjunto de las relaciones culturales;<sup>77</sup> como se puede verificar en la cita que sigue:

La descripción de la técnica debe hacerse según procedimientos que son similares a los que se utilizan en el mundo etnográfico; no debe olvidar a las personas – a ninguna persona- ni a los seres - Ya sean sobrenaturales o teóricos- tampoco las cosas, las palabras y las teorías subyacentes cuando pueden ser explicadas. Asimismo no debe dejar de lado el adentro y el afuera, los objetos del mundo sensible y la experiencia del observador.<sup>78</sup>

Dicha afirmación, evidencia lo siguiente: la enfermedad (local) es parte integrante de la mente y del cuerpo pero se inscribe también, y fundamentalmente, fuera de éste, en el contexto sociocultural (local). La psiquiatría (global) excluye dicho contexto, el medio ambiente en el que el individuo se inserta, considerando sólo las dinámicas internas, como en un proceso autopoietico y por tanto cerrado. La etnopsiquiatría, al contrario, considera el contexto sociocultural como fundamental para el establecimiento de una terapia pero no toman en cuenta que si se llega a considerar el trastorno mental como un hecho cultural, el paso hacia dejar la nosología psicoanalítica tendría que ser más breve.

---

<sup>76</sup> Laplantine, *op. cit.*, p. 11.

<sup>77</sup> *Ibidem*, p. 49.

<sup>78</sup> Tobie Nathan, *La influencia que cura, Argentina, op cit.*, p. 67.

Con las mejores intenciones Tobie Nathan afirma: “Descubrí que evocar a los muertos, a los espíritus o a los rituales tradicionales con estos pacientes, conlleva a un mayor respeto de las reglas deontológicas de mi oficio que preguntarme sobre su supuesto deseo inconsciente”.<sup>79</sup>

No obstante, aún no se ha logrado hacerlo.

Considero importante subrayar que lo que se quiere proporcionar con las críticas otorgadas, no es el nacimiento de una nueva dicotomía cultura / psique sino la importancia de reconocer la psique como resultante del contexto sociocultural. Es fundamental identificarlos como fenómenos distintos para subrayar la inaplicabilidad universal-global de un único concepto de dinámicas psíquicas inscriptas en todas las culturas y finalmente, posibilitar la aplicación de tal modelo a partir de esta misma investigación.

---

<sup>79</sup> *Ibidem*, p. 200.

#### ***I.4 Una perspectiva de retroalimentación: como miro, como me miran...***

La cibernética es la ciencia del control y la comunicación tanto en el animal como en la máquina.

La cibernética clásica, o cibernética de primer orden, “está libre de limitaciones epistémicas intrínsecas y por tanto logra postular objetividades como realidades absolutas, [...] independientes del sujeto epistémico”.<sup>80</sup>

Un ejemplo nos posibilitará una mirada alternativa respecto a estas lecturas totalizantes: “decir que el amor crece según el cuadrado de la distancia ( $y = x^2$ ) y que multiplicando el valor  $x$  (la distancia respecto del amante) por sí mismas, se obtiene  $y$  (la medida de la nostalgia)”,<sup>81</sup> puede no ser considerado una constante universal sólo porque mucha gente se reconoce en ella. Lo mismo pasa con la ciencia y su búsqueda de objetividad, de constantes que en primera instancia puedan ser verificadas y verificables por sí misma y por los otros<sup>82</sup> en la búsqueda de un consenso común.

La cibernética de la cibernética, llamada cibernética de segundo orden, nos puede ser útil para examinar la relación entre sujeto (psiquiatra) y objeto (paciente) representando una justa alternativa a las posturas “que desconectan el sujeto del objeto e inaugurando una nueva epistemología, cuya expresión investigativa trata los sistemas que incluyen tanto lo objetivo como lo subjetivo”.<sup>83</sup>

Las herramientas de la cibernética de segundo orden nos dicen dos cosas: la primera es que cada sujeto, cada observador, es a su vez observado por otros observadores; se puede afirmar en

---

<sup>80</sup> Francisco Ther Ríos, *Ensayo sobre la alteridad. Sujeto, poder y violencia*, México, Tesis de Maestría en Antropología Social, IIA, FF y L, UNAM, 1999, p. 31.

<sup>81</sup> Fritz B., *op. cit.*, p. 74.

<sup>82</sup> *Idem.*

<sup>83</sup> Ther Ríos, *op. cit.*, p. 32.

este proceso retroalimentativo que el sujeto-observador-psiquiatra es a su vez objeto-observado-loco.

La segunda cosa en mi opinión, nos lleva siempre a poner en duda las definiciones de los papeles: la oposición paciente / psiquiatra, sujeto / objeto, observador / observado.

Jesús Ibáñez sostiene que “la medición altera lo que se mide”.<sup>84</sup> En este enunciado se explicita la relación de poder que se instaura entre quien mide, quien observa, quien es medido y observado, quien viene alterado.

Decir que un psiquiatra altere a su paciente, que como sujeto modifique su objeto y como observador altere al observado, se puede leer como un auspicio que esto adquiera sus medidas de evaluación; significa hacer que el paciente logre compartir con él el mismo orden simbólico para crear una situación de curación-subordinación. Con esto se subraya que existe un orden simbólico da alterar, y por tanto que no exista uno único, el del psiquiatra.

“Cuando las opiniones de dos personas difieren en cuanto a saber si la realidad de uno se debe describir como ilusión, o la ilusión del otro como realidad, surge una peligrosa y exasperante forma de comunicación.”<sup>85</sup>

Tal afirmación significa que postular una interpretación psiquiátrica de la historia de vida de un paciente de cultura no occidental, que no comparte dicha interpretación, es un acta de poder, un acta que puede seriamente dañar los horizontes simbólicos y relativos a su identidad, individuales y colectivos, quitándole autoridad epistemológico-cognitiva, diagnóstica y terapéutica a los actores sociales que son “objeto” de intervención.<sup>86</sup>

El principio que hace de la teoría psiquiátrica un instrumento de poder, de control social es conceptualizado según un esquema de causa – efecto: el ambiente sociocultural (exterior) influye en

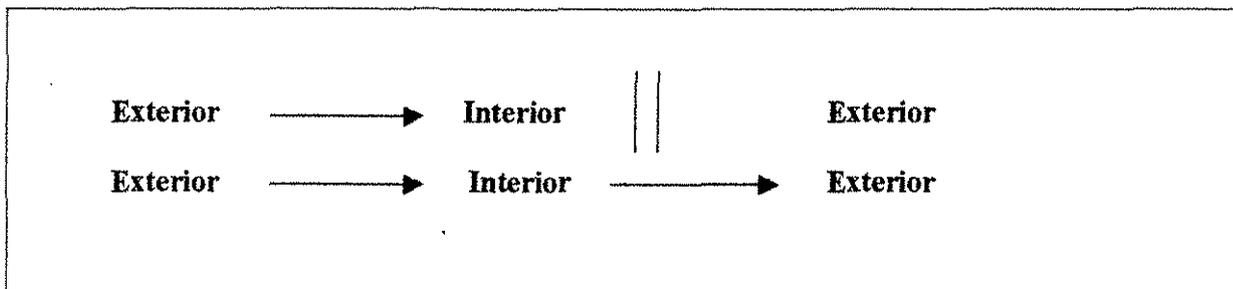
---

<sup>84</sup> Ibáñez, *op. cit.*, p. 113.

<sup>85</sup> Fritz B., *op. cit.*, p. 135.

<sup>86</sup> Laura Lepore, “La Investigación Participativa: proposte per la ricerca e l’intervento in salute mentale, comunitaria”, *Salute mentale di comunità; elementi di teoria e pratica*, Milano, Franco Angeli, 2000, p.151. (Collana Scienze e Salute).

el individuo (interior) y por medio de la aplicación terapéutica psiquiátrica se trata de impedir que la interiorización del exterior se refleje a su vez en este mismo.<sup>87</sup> La psiquiatría no intenta solamente la eliminación de la desviación sino la limitación de sus consecuencias, así como impedir que se propague a otros más allá de ciertos límites.<sup>88</sup>



### Esquema 3

En el primer esquema es el contexto sociocultural (exterior) el que influye en el sujeto (interior) y con las dos barras verticales se indica el impedimento, por parte del psiquiatra, por medio del cual dicho sujeto se refleje nuevamente en su exterior (perspectiva unidireccional). En el segundo esquema el contexto sociocultural (exterior) influye en el individuo (interior) como este influye a su vez en su contexto sociocultural (perspectiva multidireccional).

Sobre la base de lo dicho hasta ahora surgen muchas dudas:

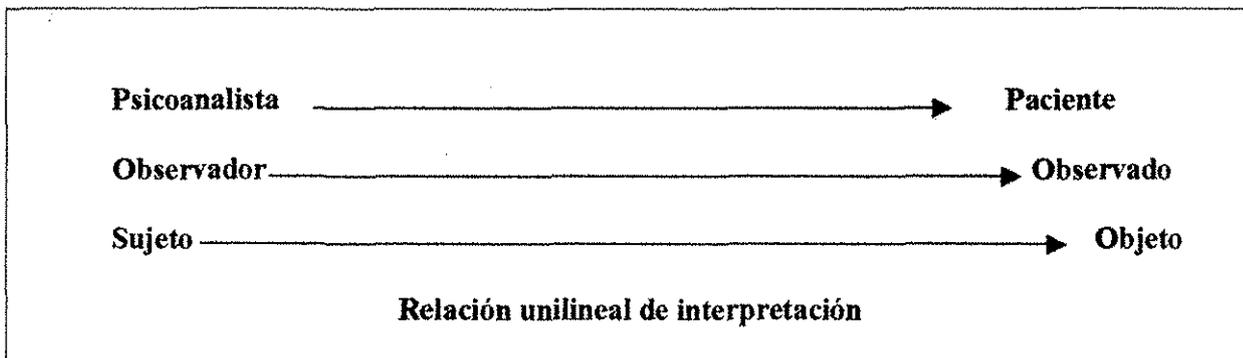
¿Cómo puede un psiquiatra o etnopsiquiatra, documentarse sin previo trabajo de campo, sin la parte empírica, de las modalidades terapéuticas de pacientes de cultura no occidental? ¿Cómo se pueden eventualmente aplicar dichas modalidades terapéuticas basándose únicamente en la variante individual que el sujeto que se toma en consideración, representa? ¿Cómo se pueden excluir, como trata de hacer Tobie Nathan, las lecturas y las interpretaciones por parte del terapeuta occidental, auspiciando que introduzca una lectura exclusivamente de tipo tradicional, siendo el terapeuta mismo, occidental? Y sobre todo, no cuestionando la existencia del inconsciente ¿Cómo se puede tener la certeza de que la única manera de poder acceder a este sea la psiquiatría y no medidas

<sup>87</sup> Santiago Ramirez, *Perspectivas en la Teoría de Sistemas*, México, Siglo Veintiuno, 1999, p. 22.

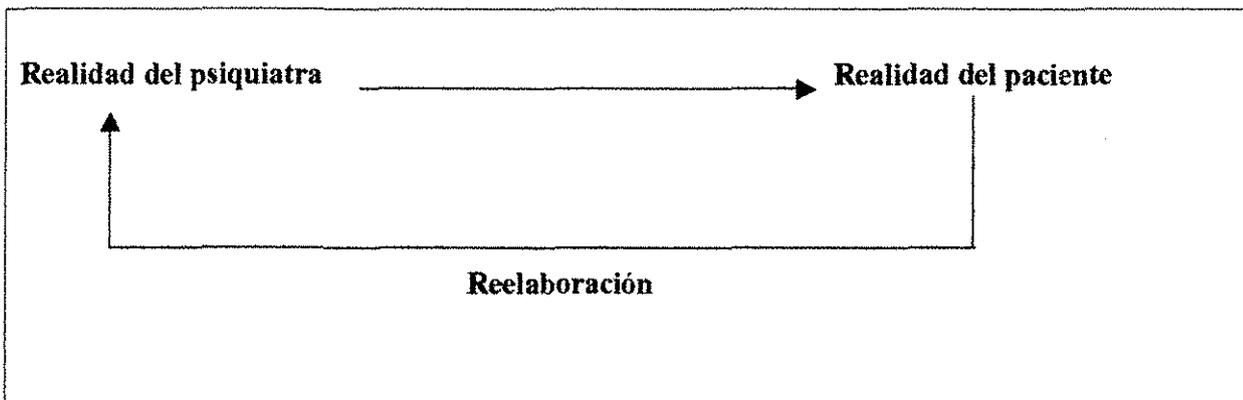
<sup>88</sup> Guinsberg, *op. cit.*, p. 19.

tradicionales, en el caso de culturas que no se inscriben en este marco? ¿Será la incapacidad occidental de poner en discusión sus limitaciones al querer hacer de sí misma un manifiesto de universalidad?

Quizás los gráficos que siguen aclaren lo que he señalado hasta el momento.



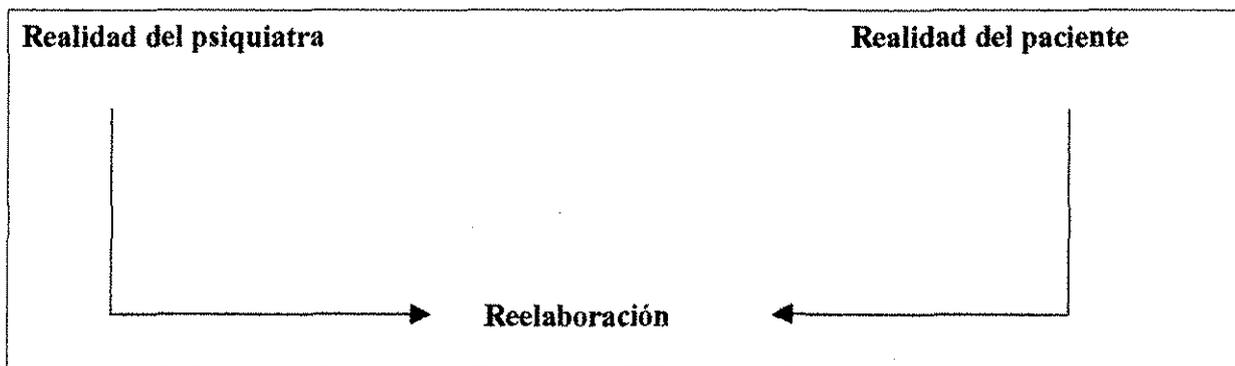
Esquema 3.1  
Relación unilineal de poder.



Esquema 4  
El psiquiatra confiere al paciente sus códigos de realidad que el paciente reelabora como su propia realidad. Esto señala el comienzo de la terapia.

Éstos gráficos, elaborados a partir de las propuestas de Georges Devereux,<sup>89</sup> así como de Abram Kardiner<sup>90</sup> y Geza Roheim<sup>91</sup> en la búsqueda de la universalidad del inconsciente, afirman el hecho de que el complementarismo, el doble discurso unilineal, toma en consideración la realidad cultural del paciente sólo para objetivarla a la suya, filtrándola por el marco psiquiátrico y restituyéndola al paciente como realidad absoluta.

El marco “positivo” de la psiquiatría para que se permita un encuentro con el otro, podría ser entonces representado por las siguientes figuras:



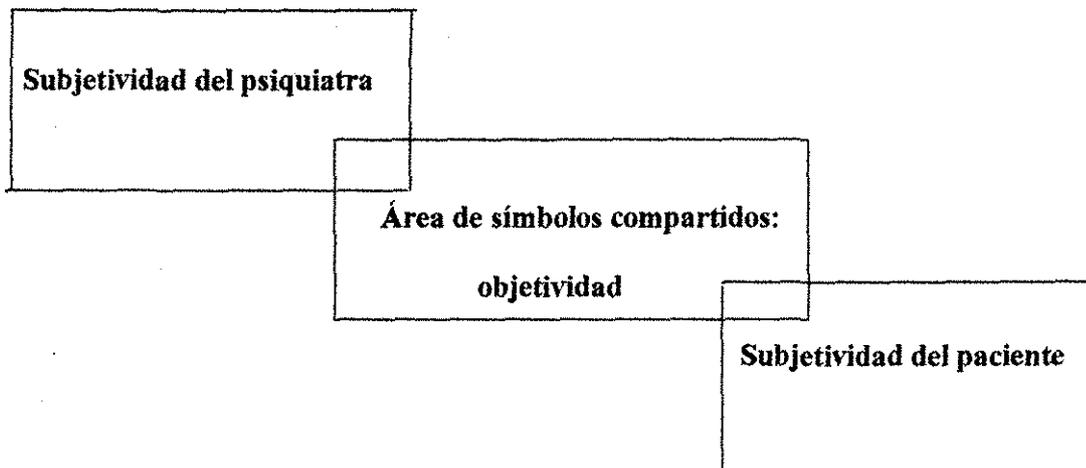
**Esquema 5**

Existe un nexo de unión de los códigos de la realidad del paciente y del psiquiatra.

<sup>89</sup>Devereux, *Etmopsicoanálisis complementarista*, op. cit., 285 p.

<sup>90</sup> Abram Kardiner, *Fronteras Psicológicas de la sociedad*, México, FCE, 1955, 512 p.

<sup>91</sup> Geza Roheim, *Magia y esquizofrenia*, Barcelona, Paidós, 1982, 204 p.



Esquema 5.1<sup>92</sup>

Como en el anterior esquema las dos partes comunican por medio de la unión de códigos comunes en una área de objetividad de símbolos compartidos.

#### I.4.1 La unidimensionalidad del método analítico clásico

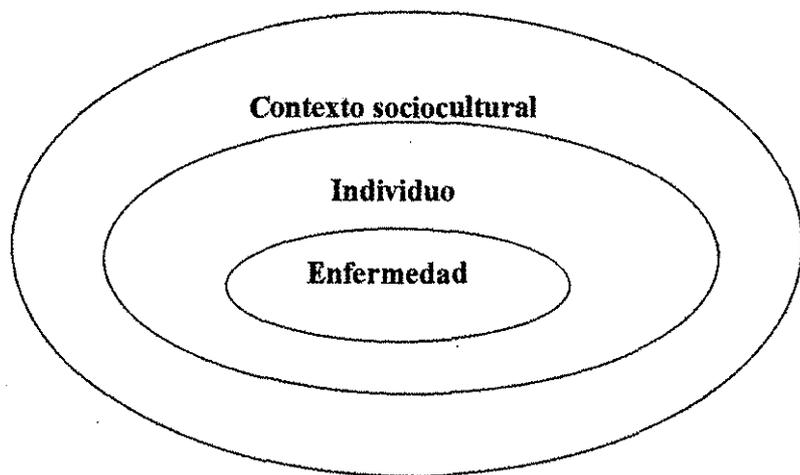
La Teoría General de Sistemas de Ludving Von Bertalanffy, aunque pueda parecer distante de las lógicas sociales que se están tomando en consideración, nos puede permite realizar un análisis de las relaciones mencionadas, representando una teoría de los sistemas generales y, por tanto, también de los sociales.

Una de las críticas que la Teoría General de Sistemas mueve al método analítico clásico<sup>93</sup> es la de concebir que una unidad sea fragmentable en partes elementales, representadas como independientes de la totalidad espacio – temporal en la que se insertan<sup>94</sup>. En el esquema que sigue hago un ejemplo de cuanto he mencionado.

<sup>92</sup> Fritz, *op. cit.*, p. 256.

<sup>93</sup> Con "método analítico clásico" se entiende aquel sistema que "supone la posibilidad de resolver una entidad en partes: a) la entidad se supone constituida de tales partes y éstas serían discernibles; b) existe la posibilidad de aislar cadenas causales (trenes causales), y c) se atomiza para buscar 'unidades' ". Ramirez, *op. cit.*, p. 11.

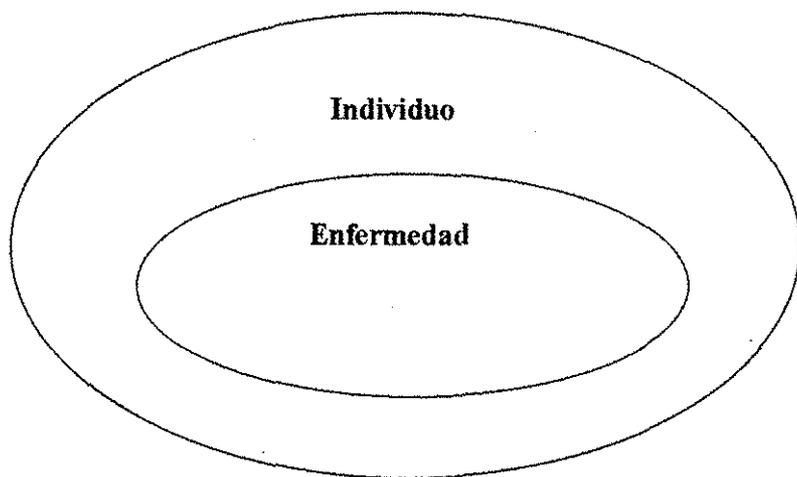
<sup>94</sup> Ramirez, *op. cit.*, p. 23.



**Esquema 6**

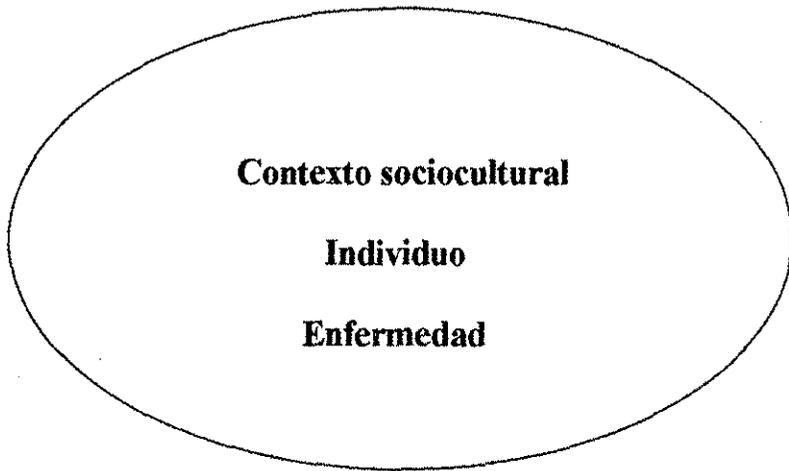
**Método analítico clásico**

En este esquema se evidencia cómo el método analítico clásico concibe el individuo, la enfermedad y el contexto sociocultural y medio ambiente como sistemas independientes el uno del otro.



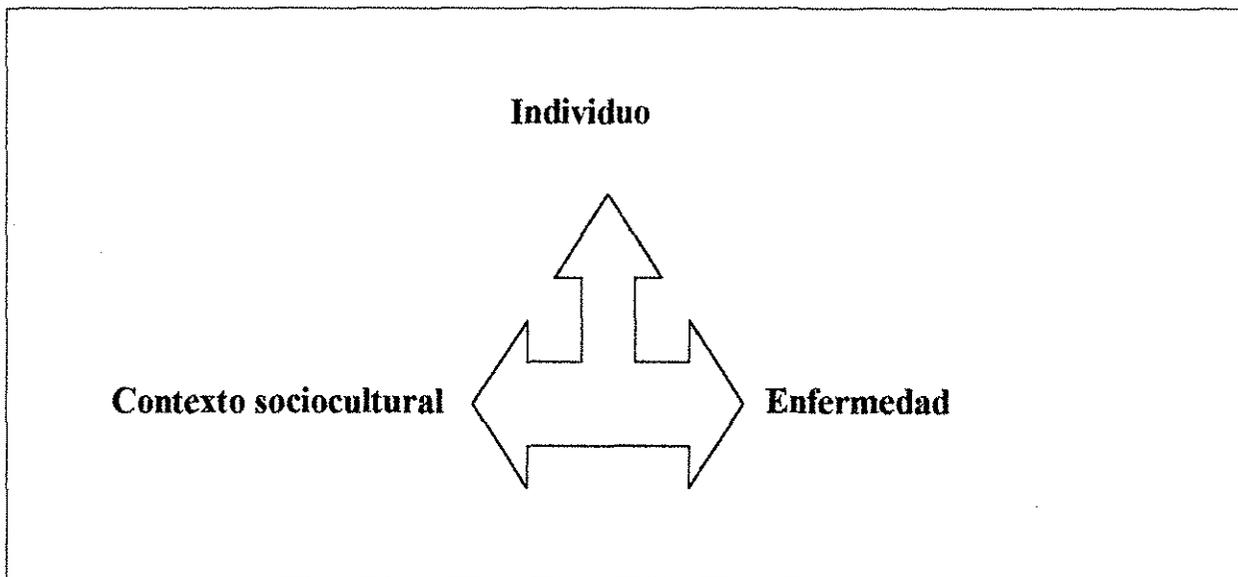
**Esquema 6.1**

El individuo y la enfermedad se presentan como unidades escindidas y extraídas del contexto sociocultural y medio ambiente y por ende del exterior del individuo como si el sujeto y su interior desarrollaran un proceso autopoietico. Se presenta como un sistema cerrado.



**Esquema 6.2**

Método analítico de segundo orden a diferencia del antecedente se presenta en su polidireccionalidad y por representar sistemas abiertos y de retroalimentación, por tanto el individuo, la enfermedad y el sistema sociocultural y medio ambiente son interdependientes.



**Hombre= ser bio-psico-cultural**

**Esquema 6.3**

Proceso de retroalimentación por el cual cada factor influye al otro.

Hoy se pone el énfasis en estas unidades que, ni se pueden considerar elementales ni se pueden reducir al todo porque cada parte constituye un sistema complejo, dinámico y abierto.

Gran parte del panorama médico occidental tiende a la fragmentación del sujeto, cuestión ésta que retoma su justificación histórica en la necesidad de ubicar la enfermedad en un órgano preciso, es decir aislándola del individuo, cumpliendo así una doble función: la de confirmar el poder del médico que cuenta con mayores posibilidades para poderla extirpar y la de tranquilizar al enfermo viviendo la enfermedad como un mal localizado, que se ubica en algún lugar de su cuerpo, pero que puede ser eliminada porque es una entidad que no le pertenece, que no forma parte de sí mismo.

La patología, según este modelo, llegó a ser el estudio de órganos enfermos más que de personas enfermas, de tal manera que la enfermedad, la locura y los trastornos mentales en general parecían poderse analizar independientemente de los sujetos a los que tales “enfermedades” afectaban.

François Laplantine evidencia cómo esta perspectiva pueda ser favorable para el médico y también para el paciente.<sup>95</sup>

Es el mismo paciente quien frecuentemente opta por una posición ontológica de la enfermedad, deconstruyendo su cuerpo. Será entonces el “estómago”, el “hígado” “los nervios” la causa del mal, pero no él mismo,<sup>96</sup> indicando de esta manera una autonomía del órgano culpable y una abstracción individual del mal. En el caso del médico, opinar que la lesión sea un agente material significa tener la capacidad de poderla desalojar y por ende poder confirmar su papel y sus capacidades curativas.<sup>97</sup>

---

<sup>95</sup> Laplantine, *Antropología de la enfermedad. Estudio etimológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*, op. cit., 418 p.

<sup>96</sup> Nathan, *La influencia que cura*, op. cit., p. 61.

<sup>97</sup> *Idem*.

Georges Devereux plantea como Laplantine, un individuo privado de su enfermedad y la enfermedad despojada de su individuo y analiza como “objeto” de estudio una vez más al enfermo, sus órganos y sus trastornos, construyendo una analogía entre la localización y el aislamiento de la enfermedad-trastorno-lesión para extirpar el elemento dañino y su respectivo significado psicótico. A partir de esto se elaboran estrategias de eliminación del mal debidamente circunscrito, como se especifica a continuación.

A un nivel más profundo, estas sanciones (castración de un hombre culpable de adulterio, la amputación de la mano al ladrón, la mutilación de las piernas impuestas a las mujeres kikuyu fugitivas, la violación punitiva de las esposas licenciosas e incluso de las ninfómanas ‘fálicas’) parecen destinadas a castigar el órgano culpable, pues es considerado en numerosas culturas como ampliamente autónomo, y por tanto responsable. El análisis de los psicóticos confirma esta afirmación, [...] demuestra que sus frecuentes actos de mutilación son tentativas para expulsar el órgano culpable [...].<sup>98</sup>

Para que se posibilite un análisis de estas actitudes de fragmentación por parte del sujeto, Devereux elabora la dualidad de las *relaciones interpersonales* y de las *imágenes intrapsíquicas*, a partir de las cuales se pueden corroborar las afirmaciones arriba citadas. Haciendo referencia a las *relaciones interpersonales*, evidencia que el niño percibe de la madre sólo el pecho, (objeto parcial) y el *modelo intrapsíquico* representa una incoordinación inicial de los órganos y de los sentidos, coincidiendo esta fase, con la antecedente y conllevando, como esta, a una incapacidad de la percepción materna total.<sup>99</sup>

Una primera observación, por tanto, surge a partir de lo que Laplantine llama la *objetivación* de la medicina<sup>100</sup> en cuanto ésta puede aislar la enfermedad, la causas de la misma como una entidad materializada y en consecuencia localizable y extraíble del individuo. La medicina se vuelve el *sujeto* activo, y el individuo enfermo con su enfermedad, (considerándolos, en este ámbito como sistemas escindidos, autónomos e independientes) constituyen los *objetos* concretos pasivos,

---

<sup>98</sup> *Idem.*

<sup>99</sup> *Idem.*

<sup>100</sup> Laplantine, *op cit*, p. 61.

de estudio empírico. De otra manera: el individuo enfermo, y la construcción subjetiva de su enfermedad, es objetivado (enfermedad-materia; enfermedad-interpretación absoluta) por el saber médico.

Edgar Morin me brinda una clave de lectura de estas posiciones disociativas y fragmentarias del sujeto mediante lo que definió como el *principio de la emergencia*. “En las realidades organizadas, *en los individuos*,<sup>101</sup> emergen cualidades y propiedades nuevas -las emergencias- que no son reducibles a los elementos que las componen”.<sup>102</sup> El todo entonces resulta ser más que la suma de sus partes, así como el individuo es más que el cuerpo y la mente, que una historia de vida, subjetiva, familiar, comunitaria; es más, mucho más que un sistema en quien leer una historia lineal de enfermedades, de trastornos mentales.

Un individuo es un conjunto de elementos irreducibles que se inscriben en una lógica interna y externa dirigida hacia sí mismo, al entorno sociocultural y a su medioambiente; un sistema complejo, dinámico, abierto e indivisible, ininteligible en un análisis de sus meros elementos: su enfermedad, sus lesiones y sus trastornos.

Abstraer al sujeto de su contexto para analizar la enfermedad que padece (o que se cree que padece) o abstraer la enfermedad del contexto para analizar al individuo que la enfermedad padece (o que se cree que padece) esto, como quiera que se lea, es una abstracción, una contradicción *a priori* porque el sujeto, su enfermedad y el ámbito espacio-temporal que ocupan, no se pueden analizar unilateralmente, a causa de la recíproca interdependencia e indivisibilidad entre sistema (individuo) y ecosistema – entorno, medio ambiente –.<sup>103</sup> Esto se debe a que los seres vivos somos sistemas abiertos y por tanto estamos en relación con el entorno en el que nos inscribimos, y tratándose el ecosistema de un sistema abierto que a su vez se inscribe en los seres vivos.

---

<sup>101</sup> Cursivo mío.

<sup>102</sup> Edgard Morin, “La unidualidad del hombre”, *op. cit.*, p. 12.

<sup>103</sup> *Idem.*

## ***1.5 Esbozo hacia una antropología de la salud mental***<sup>104</sup>

A partir de lo que he escrito hasta ahora voy a tratar de aplicar las referencias teóricas y los conceptos a los que hice referencia para llevar a cabo la investigación en Xoyatla, desde una perspectiva antropológica.

A lo largo de la historia, según mi opinión, la antropología no ha logrado desarrollar un acercamiento adecuado al análisis de los trastornos mentales de contextos no occidentales, que se insertan en el sistema de los síndromes culturales. (Aunque creo que todas las enfermedades mentales sean culturales).

Un tipo de acercamiento que se ha permitido ha sido atribuir a la salud mental de culturas no occidentales una visión que no diera cabida a interpretaciones de la otredad, una interpretación de la certidumbre occidental para no encontrarse en las tramas de la mediación entre sujeto-objeto de estudio. Esto significa que los modelos vigentes de interpretación de los trastornos, son los pertenecientes al modelo médico hegemónico, lo que no ha permitido una lectura a partir de los contextos socioculturales en los cuales se desarrollaban tales trastornos. De otra manera, se puede afirmar que han sido utilizadas las categorías de las culturas analizadas en un momento histórico determinado, y los conceptos de trastorno que en éstos se inscribían; pero que tal análisis se ha limitado a la forma (categoría) pero no se ha propuesto verificar el contenido (significado del trastorno) porque el trastorno se podía traducir, o reducir, a significaciones culturales globales, lejos de una construcción simbólica de la psique humana que se inscribe en la cultura.

La antropología ha tratado de realizar un análisis del otro siempre a partir de sí misma, de teorías específicas “para legitimar las relaciones de poder, un conocimiento “para-sí”, parafraseando

---

<sup>104</sup> La parte histórica ha sido retomada de la introducción de Tobie Nathan, *La Follia degli Altri*, op. cit., 244 p.

a Bajtín, que focalizó bajo una estructura-funcionamiento que permitiera mantener la otredad como una evocación ideológica-política”.<sup>105</sup>

Hasta ahora cuando el antropólogo se ha enfrentado a la temática de los que considera como trastornos mentales basándose en las categorizaciones psiquiátricas, toma en consideración las herramientas de esta misma disciplina, haciendo una traducción del trastorno.

Lo que pretendo con este trabajo no es, por tanto, una obra de traducción de las enfermedades mentales, de la locura en una comunidad nahua actual en las concepciones de significación psiquiátricas, sino un intento de contextualización de la locura xoyateca y, a partir de esta, establecer una comparación entre disciplinas que se inscriben en diferentes sistemas médicos. Asimismo pretendí hacer una comparación dentro de estos mismos sistemas, sin que esto implique la exclusión del uno por el otro, o sin que esto signifique necesariamente encontrar diferencias tajantes.

No siendo el fin último de esta investigación ilustrar los senderos históricos de las disciplinas etnopsiquiátricas, representando una vastedad que requeriría un espacio adecuado, trataré, aunque modestamente, de enunciar algunos pasajes fundamentales del acercamiento entre las disciplinas antropológicas y las psicoanalíticas para entender el núcleo desde cuyo análisis se está llevando a cabo la investigación.

El encuentro entre la antropología y la psiquiatría se coadyuva en la Etnopsiquiatría, en la Antropología Psicoanalítica y/o en la, disciplinas que con variantes aspiran a una mirada transdisciplinaria, a un sincretismo que toma, pero, como punto de referencia absoluto la disciplina en la cual cada científico se inscribe. Todo es cuestión de puntos de partida que delinearán el filtro con el que será leído el contexto tomado en consideración.

La etnopsiquiatría determina como propio espacio de trabajo la relación entre un paciente de cultura no occidental y un terapeuta de cultura occidental y tiene sus antecedentes en la

---

<sup>105</sup> Rafael Pérez Taylor, “Antropología y diversidad cultural”, *Estudios de Antropología Biológica*, México, Ed. Enrique Serrano Carreto, María Villanueva Sagrado, UNAM, IIA, INAH, AMAB, V. X, 2001, p. 725.

antropología psicoanalítica. Con esta expresión se entienden “todos los intentos de aplicación de la teoría antropológica a los fenómenos inherentes a la esfera de la cultura y del comportamiento social, también en referencia a contextos no occidentales”.<sup>106</sup>

El encuentro entre la antropología y el psicoanálisis se puede ubicar en el texto de “Tótem y Tabú” de Sigmund Freud,<sup>107</sup> escrito bajo la indudable influencia de James Frazer y de su “Rama Dorada.”<sup>108</sup> Este no era el primer caso en absoluto en el que la dimensión psicológica se volvía parte del discurso antropológico. Al igual que Frazer sino Levy Bruhl<sup>109</sup> desarrolló la idea de la diferenciación de la mentalidad primitiva frente de la del “civilizado”, pero ninguno de estos acercamientos pudo alcanzar, con bases psicológicas, las dinámicas culturales de las etnias tomadas en consideración.

Esta perspectiva fue propuesta por Freud en “Totem y Tabú” al relacionar los orígenes del totemismo con la exogamia, de donde dedujo la universalidad del complejo edípico, basándose en el paradigma psicoanalítico, bajo la perspectiva de la antropología y de la biología evolucionistas.

Más tarde retomaron sus huellas los antropólogos sociales británicos. Bronislaw Malinowski, de particular manera con “Sexo y represión sexual entre los salvajes”,<sup>110</sup> definió un *complejo matrilineal* o *complejo auvuncular*,<sup>111</sup> una visión alternativa al complejo de Edipo, caracterizado por el deseo de unirse a la hermana y de matar al tío materno.

La familia trobriandese, analizada por Malinowski, presentaba modalidades diferentes de relaciones familiares a las occidentales. La sociedad trobriandese atribuía particular importancia a la

---

<sup>106</sup>Fabietti, *op. cit.*, p. 180.

<sup>107</sup> Sigmund Freud, *Totem e Tabú*, Milano, Oscar Mondadori, 1993, 189 p.

<sup>108</sup> James Frazer, *La rama dorada. Magia y religión*, México, FCE, 1956, 860 p.

<sup>109</sup> Lucien Lévy-Bruhl, *Las funciones mentales en las sociedades inferiores*, Buenos Aires, Lautaro, 1947, 365 p.

<sup>110</sup> Bronislaw Malinowski, *Sesso e repressione sessuale tra i selvaggi*, Torino, Universale Bollati Boringhieri, 1997, 286 p.

<sup>111</sup> De auvunculu, tío, *Idem*.

descendencia matrilineal, y la autoridad sobre los hijos de una pareja se ejercía por el hermano de la madre, esto es, el tío materno. Lo que Malinowski quiso demostrar con este trabajo, era la imposibilidad de la aplicación freudiana de la generalización del complejo de Edipo a todas las sociedades humanas así como también hizo Ernest Jones con el texto “Sociedad, cultura y psicoanálisis.”<sup>112</sup> Laplantine, en relación a cuanto he dicho, pone en evidencia que Malinowski no hizo otra cosa que confirmar la presencia del Edipo o de una dislocación de lo mismo en la sociedad matriarcal presente en las islas Trobriands.

Paralelamente a Ernest Jones y Malinowski, Gezá Roheim<sup>113</sup> representa en la tradición de la antropología psicoanalítica, la línea de continuidad con las posiciones freudianas inherentes al “problema cultural”. Desarrollando el paralelismo establecido por Freud entre neurosis individual y aspectos de las costumbres de los que denomina “primitivos”, Roheim interpretó la cultura no occidental como una neurosis colectiva. Trató además de demostrar que las culturas que definía como primitivas se podían considerar elaboraciones de respuesta a los peligros generados por conflictos psíquicos no resueltos, típicos de la edad infantil.

Uno de los momentos más significativos del encuentro entre antropología y ciencias psicológicas está representado en el trabajo de Abram Kardiner.<sup>114</sup> Sus intereses retoman las huellas de Franz Boas y de sus alumnos, Ruth Benedict,<sup>115</sup> Margaret Mead,<sup>116</sup> y de la escuela de *Cultura y Personalidad* de la que dichos alumnos se pueden considerar virtuales fundadores. La escuela de *Cultura y Personalidad* ponía atención en la personalidad individual dentro de sistemas culturales y

---

<sup>112</sup> Ernest Jones, *Sociedad, cultura y psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1964, 150 p.

<sup>113</sup> Geza Roheim, *op. cit.*, 204 p.

<sup>114</sup> Kardiner, *op. cit.*, 512 p.

<sup>115</sup> Ruth Benedict, *Patterns of culture. Analysis of our social structure as related to primitive civilization*, New York, Pelikan Books, 1946, 272 p.

<sup>116</sup> Margaret Mead, *Coming of age in Samoa. A psychological study of primitive youth for western civilization*, New York, New American Library, 1954, 192 p.

los procesos de cambio del sujeto según lo que reconoció como “personalidad de base”.<sup>117</sup> De la misma manera Roger Bastide distingue entre *endoculturación*<sup>118</sup> (fenómeno que afecta los adultos ya endoculturados y crea conflictos en la psique de los individuos, y raramente concluye en una verdadera asimilación) y *aculturación* (fenómeno que se ubica en el transcurso de los primeros años de vida y cae bajo la égida paterna). Esta visión de Bastide se puede considerar como una alternativa a las instituciones primarias y secundarias de Kardiner.

Existe otra línea histórica de la relación entre la etnología y la psiquiatría, se trata de la escuela francesa elaborada sobre las bases de la escuela de Dakar. Típico ejemplo es “Edipe Africain”, publicado en 1966 con la interpretación que los ortigues dan de la universalidad del Edipo en estructuras familiares y de descendencia diferente respecto de las de los sistemas matrimoniales occidentales en el que se cree que en el contexto africano tradicional no se puede aplicar el modelo edípico.<sup>119</sup>

La imagen del padre como rival se sobrepone a la de la autoridad del antepasado.

La castración se revive a través de la obediencia colectiva a las leyes de los muertos; desobedecer la ley de los antepasados significa ser excluido del propio grupo.<sup>120</sup>

Mientras que en el mundo occidental las fantasías de rivalidad del hijo son dirigidas hacia el padre, en la sociedad africana dichas fantasías se trasladan hacia los hermanos, y las pulsiones de agresividad son dirigidas hacia ellos porque no es posible enfrentar directamente la fuerza simbólica de la imagen paterna<sup>121</sup>.

---

<sup>117</sup> Rasgos relacionados entre sí a la cuya constitución contribuyen las instituciones primarias: familia y secundarias: sociedad. Mariella Pandolfi, en Tobie Nathan, *La follia degli altri, op. cit.*, p. 11.

<sup>118</sup> Bastide, *Sociología de las enfermedades mentales, op. cit.*, 364 p.

<sup>119</sup> Tobie Nathan, *op. cit.*, p. 12.

<sup>120</sup> *Idem.*

<sup>121</sup> *Idem.*

La agresividad se vive entonces bajo la forma de reacciones persecutorias que regulan la vida social y que no representan aspectos psicopatológicos de un sujeto.<sup>122</sup>

Si de un lado los psicoanalistas clínicos han tratado de interpretar la universalidad del Edipo dentro de variables no presentes en occidente pero fundamentales en otras culturas, la perspectiva etnológica ha puesto en evidencia cómo algunos mecanismos pulsionales han determinado en muchas sociedades, procesos cuya utilización social ha sido necesaria para recompartar tensiones y controlar la agresividad que habría sido destructiva para el grupo.<sup>123</sup>

La etnopsiquiatría tuvo un desarrollo histórico diferente respecto a la antropología psicoanalítica.

Georges Devereux puede ser considerado el fundador de la etnopsiquiatría, disciplina que prevé una relación terapéutica entre un paciente de cultura no occidental y un terapeuta de cultura occidental. Una noción importante fue la de *complementarismo*,<sup>124</sup> con que Devereux evidenciaba el rebasar el binomio sujeto-objeto de estudio, en este caso psiquiatra - paciente, para crear un saber compartido y desde aquí auspiciar un espacio de encuentro.

Hasta Devereux la relación entre psicoanálisis y antropología<sup>125</sup> había sido determinada por una sola instancia: verificar la validez de la teoría psicoanalítica en el campo antropológico. Él cambia esta perspectiva: realiza trabajo de campo no para verificar una teoría que permita encontrar el "otro". Con Devereux nace el método *complementarista* que concibe dos modalidades de pensamiento, las dos autónomas y válidas. Pero Devereux nunca renunció a la teoría psicoanalítica, en el sentido que el último análisis de los trastornos mentales del "otro" ha sido siempre de la psiquiatría y aunque con varias y significativas diferencias que serían demasiado extensas tratar

---

<sup>122</sup> Mariella Pandolfi, *Perché il corpo*, Roma, Meltemi, 1996, p. 12.

<sup>123</sup> *Ibidem*, p. 13.

<sup>124</sup> Devereux, *op. cit.*, 285 p.

<sup>125</sup> Hago referencia a la relación entre psicoanálisis y antropología sólo para introducir a Devereux y su método complementarista. Por lo tanto no profundizaré en el argumento.

aquí, Tobie Nathan su alumno y discípulo sigue aplicando la misma metodología terapéutica en nuestros días.

## ***1.6 Los métodos y las técnicas de la locura***

Partiendo de estas premisas históricas se ha logrado la aplicación de una metodología constructiva para la investigación llevada a cabo en Xoyatla.

Una metodología que se hizo efectiva poniéndose en duda, y articulándose en el proceso de la propia investigación; no imponiéndose a la estructura de la tesis desde el principio, sino transformándose a lo largo del trabajo y adaptando sus formas y sus movimientos, sus tonalidades y definiciones dependiendo no solamente del contexto sociocultural global, sino también haciendo referencia a lo particular, y por ende a las variables subjetivas, a la edad, al género y a la escolaridad que cada individuo ha representado para los fines de la investigación.

Esta parte de la investigación se ha basado en los tres niveles ilustrados por Jesus Ibañez: *tecnológico, metodológico y epistemológico.*<sup>126</sup>

El nivel tecnológico describe / prescribe cómo se hace. El nivel metodológico pregunta por qué se hace así: la pregunta pertenece al orden semántico o del decir, está formulada desde la cara del saber. El nivel epistemológico pregunta para qué, y para quién se hace: la pregunta pertenece al orden pragmático o del hacer, está formulada desde la cara del poder.<sup>127</sup>

Un factor fundamental por el cual la metodología (*nivel metodológico*) se modificó a lo largo del trabajo, fue porque tomé en consideración nuevos elementos para la construcción de la locura xoyateca. Los factores que aquí apenas mencionaré, para darles su merecido espacio en el último capítulo, son el susto y la epilepsia, elementos que llegaron a ser determinantes para la construcción de la locura xoyateca, sobretodo para definir su causa.

---

<sup>126</sup> Ibañez, *El regreso del sujeto, la investigación social de segundo orden*, op. cit., p. 80.

<sup>127</sup> *Idem.*

Llegando a considerar factores como la enfermedad de la epilepsia, siempre y sólo para determinar la locura, mi trabajo ha incluido los datos epidemiológicos (*nivel tecnológico*) de la comunidad, presentes en los censos poblacionales realizados cada año por los médicos pasantes residentes en la clínica, y he considerado además los expedientes médicos de todo el pueblo. Esto ha sido fundamental para analizar la concepción alópata de la enfermedad, dentro de la comunidad, por parte de los médicos y basándome en los mismos casos encontrados, he podido desarrollar una medida de comparación con que profundizar lo mencionado por el pueblo con respecto a estas personas *locas* afectadas por las crisis epilépticas. De la misma manera pude analizar a la epilepsia en si misma como enfermedad, cómo la interpretan, definen y construyen los xoyatecos.

Lo que Jesus Ibañez definió como *nivel epistemológico* es el nivel en que basé desde el comienzo la investigación, lo que ha permitido en primera instancia su nacimiento, en segunda instancia su desarrollo y como tercera y última fase ha posibilitado obtener los primeros resultados que se auspicia serán representantes de la primera fase de próximas investigaciones.

Aunque Ibañez identifica este nivel como el que representa el poder del investigador, partiendo del presupuesto que las técnicas de la investigación social en lugar de recoger datos, los producen,<sup>128</sup> finalmente se trata de no producir datos que parten del investigador sino del investigado, siendo así como una paradoja se vuelve un todo coherente con la investigación social. Este aspecto me ha permitido reflexionar y por lo tanto analizar en segunda instancia, los papeles del observador (del antropólogo-interlocutor) y del observado (informante-interlocutor). De esta manera me he acercado a la investigación con más cautela tratando de reportar cuanto más fielmente de lo posible, las construcciones que me proporcionaba el pueblo de Xoyatla, inherentes a la locura. Este epistemológico es el nivel del otro, de la mediación con el otro, y lo que me ha permitido ha sido un acercamiento a la otredad a partir de esta última.

---

<sup>128</sup> *Ibidem*, p. 226.

La primera fase ha consistido, por tanto, en copiar todos los censos poblacionales xoyatecos, a partir del 1992-'93,<sup>129</sup> para rescatar los datos inherentes a la epilepsia,<sup>130</sup> la segunda fase se ha basado en la observación participante y en entrevistas realizadas con el pueblo, para la confrontación de dichos datos directamente con la comunidad.

Por lo que concierne al susto, he llevado a cabo un análisis de tipo histórico-etnográfico concretizando una revisión bibliográfica y entrevistas abiertas con la población. La revisión bibliográfica ha tratado de ser lo más concisa y puntual posible, siendo el susto un factor que, como enfermedad o como causa de enfermedades, está presente en casi todo el contexto latinoamericano llevando consigo una muy vasta producción etnográfica y también por el hecho que es un elemento que tomo en cuenta solamente por su variante xoyateca en relación a la locura.

No he podido contar con los datos hospitalarios de la unidad SSA de Xoyatla por dos razones en particular. La primera es que esta "enfermedad" no está considerada como tal por la biomedicina, sino que se inscribe dentro de las categorizaciones ideológicas tradicionales y, por lo tanto, no reconocidas por la medicina alópata. Quizá podría hacer parte de la nosografía de las enfermedades psicopatológicas alópatas, pero no en las orgánicas, como ocurre con las enfermedades tradicionales. La otra razón es que aunque el susto hubiese sido clasificado como enfermedad por la biomedicina, en las razones de los nahuas xoyatecos se trata del factor que causa las crisis epilépticas y la locura de tipo orgánico, entonces, probablemente no se hubiera encontrado bajo la concepción de enfermedad en si misma como por lo contrario, ocurre en otras sociedades.<sup>131</sup>

---

<sup>129</sup> En marzo del 1992 fue construida la unidad sanitaria a Xoyatla y fue llevado a cabo el primer censo poblacional por parte del médico pasante.

<sup>130</sup> Como señalaré más adelante el hecho que en los censos poblacionales de la SSA de Xoyatla, compareciera la epilepsia y no factores como la locura y el susto, que no son consideradas como enfermedades, ha sido significativo para llevar a cabo el trabajo.

<sup>131</sup> Ejemplo de sociedades que consideran el susto como una enfermedad lo tenemos en las investigaciones de Italo Signorini y Alessandro Lupo, *Los tres ejes de la vida*, México, Universidad Veracruzana, 1989, 303 p., Rolando Collado Ardon, *Una enfermedad paralela: el susto*, México, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1988, 241 p., Arthur J. Rubel, Rolando Collado Ardon, Carl W. O'Neill, *Susto. Una enfermedad popular*, México, Fondo de Cultura Económica, 1995, 257 p.

El tipo de entrevista que he llevado a cabo para la investigación es abierta, es decir, he seguido un guión de preguntas que variaban, como he mencionado, en base al individuo con el que me enfrentaba. Es importante evidenciar que las variaciones no radicaban en las preguntas en sí mismas, sino en la forma de explicitarlas, el orden con el que venían mencionadas y la omisión de algunas dependiendo de las respuestas que ya las descalificaban.

La decisión de utilizar entrevistas abiertas y de prescindir metodológicamente del espacio del cuestionario reside en un profundo análisis que se ha reafirmado con el trabajo en Xoyatla.

“Investigar viene de *vestigio*”, evidencia Jesús Ibañez, “es decir seguir la huella que los pies de la presa dejan en el camino. La investigación es una operación de caza, [...] *pero*<sup>132</sup> nuestra especie es la única que transforma en presa (caza) a miembros de la propia especie”.<sup>133</sup> La encuesta estadística y el cuestionario, jugando con las palabras de Ibañez, se presentan y delimitan como dispositivos de caza en el sentido que se inscriben en el circuito subjetivo del investigador, limitando el espacio verbal y conceptual de los individuos escogidos como representativos para el trabajo: la muestra.

Cuando realizamos una entrevista con cuestionario, sólo aplicamos con propiedad la función referencial, la de señalar cosas o situaciones (describibles en términos espacio-temporales) externas al lenguaje, presentes en el contexto existencial pero no en el convencional (dejando a parte el problema de que esas cosas y situaciones han sido constituidas por el lenguaje, en su dimensión de la lengua, que ahora aplicamos en su dimensión del habla).<sup>134</sup>

Las entrevistas, y en particular, las que se dejan abiertas, las pienso como espacios dialógicos entre entrevistador y entrevistado, aunque tenga siempre presente la acción subjetivadora del entrevistador y la acción subjetivadora del entrevistado.<sup>135</sup> Elegí utilizar este tipo de entrevista

---

<sup>132</sup> Cursivo mío.

<sup>133</sup> Ibañez, *El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden*, op. cit., p. 118.

<sup>134</sup> Ibañez, *Del algoritmo al sujeto. Perspectivas de la investigación social*, op. cit., p. 228.

<sup>135</sup> Jesús Ibañez propone una acción objetivadora del entrevistador y del entrevistado, pero a los fines del análisis de mi investigación yo elaboro la noción de la acción subjetivadora del entrevistador y del entrevistado. Ibañez, *El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden*, op. cit., p. 129.

consciente del instrumento de poder que representa el elemento pregunta y la pasividad del factor respuesta, pero asimismo con la certeza que estos papeles pueden ser puestos en discusión precisamente por la subjetividad del entrevistador, pasando por preguntas plásticas y dinámicas que contribuyen a la creación de un espacio de encuentro concebido entre dos interlocutores, finalmente de una mediación.

Se realizaron entrevistas sobre los datos mórbidos y epidemiológicos con el personal de la clínica SSA de Xoyatla: una médica, una enfermera, las dos pasantes de las respectivas carreras, y una promotora de salud del pueblo que se quedó en Xoyatla hasta el mes de diciembre de 2001.

Otras entrevistas se realizaron:

- *Acerca de los "trastornos mentales" y de particular manera sobre la locura.*

Con esta traté, en primera instancia, de verificar la presencia de trastornos mentales y si dichos trastornos se concebían y conceptualizaban tal como se consideraban por la medicina alópata. En segunda opción me adentré más en las dinámicas de la locura, después de haber constatado que en varios casos se consideraba una "enfermedad de la cabeza" y en otros una abstracción de los códigos socioculturales, bajo el *status* de *alocado* y no se incluía en las concepciones de la enfermedad.

- *Acerca del susto*

Estas entrevistas surgieron en un segundo momento de la investigación, cuando el factor del susto me fue presentado como causa primaria de una locura de tipo orgánico. Una primera parte de la entrevista vertió sobre el entendimiento del susto como enfermedad o únicamente, como se me había mencionado, como causa de otras enfermedades orgánicas, como resultaron ser la locura y la epilepsia, denominada por el pueblo "ataques". Se abordó también la cuestión médico terapéutica del susto, su etiología en un primer nivel, su sintomatología, sus manifestaciones y sus consecuencias como enfermedad, hasta llegar al entendimiento del susto como causa en sí misma y a las motivaciones que llevaban a su aparición.

Las entrevistas y la investigación sobre el susto han sido muy puntuales y han mirado solamente a entender la construcción de la locura en Xoyatla, de la cual hace parte el susto mismo como etiología.

- *Acerca de la epilepsia.*

Con esta entrevista se trató en una primera fase, de entender el espacio de movimiento de tal enfermedad hasta verter sobre la construcción por parte de la medicina alópata y la tradicional en Xoyatla en la interpretación de la misma. Aunque no se mencione con profundidad a lo largo del texto, cosa que espero tenga su continuación en futuras investigaciones, se ha tomado en consideración también la parte terapéutica por parte de los dos sistemas médicos y las figuras aptas para la curación en ambos sistemas, lo cual si en la medicina alópata es más evidente, (pero donde era también importante saber si eran médicos particulares o generales a los que se acudía) no era tan explícito en la tradicional, donde la autocuración es parte de la terapéutica de la comunidad.

Las entrevistas mencionadas han sido todas llevadas a cabo con el personal de la clínica de Xoyatla, con la comunidad, con el personal de la unidad sanitaria del municipio de Tepeojuma, dos doctores y dos enfermeros, y con las curanderas de este mismo pueblo a las cuales acuden los xoyatecos.

- *Entrevista general de la comunidad*

En estas entrevistas aparecen, además de las informaciones proporcionadas por la comunidad, los datos adquiridos en la presidencia de la cabecera municipal de Tepeojuma y los antecedentes históricos de los censos poblacionales de Xoyatla y de Tepeojuma.

Sobre la base de factores como la locura el susto y la epilepsia se ha tomado en consideración una “muestra” de veinte personas, efectuando un primer acercamiento con diecisiete familiares y profundizando en cuatro de ellos. Los casos escogidos han sido no sólo los que se han posibilitado, sino los que han encarnado lo que el pueblo comentaba, es decir que se trata de individuos que han desarrollado crisis epilépticas (ataques) en edad infantil después de haber

padecido un susto, contraído por sí mismos o transmitido por leche materna y que, después de tal accidente, han desarrollado una locura de tipo orgánico.

En Xoyatla, como se mencionará en el último capítulo, la locura presenta dos facetas, una de tipo orgánico y otra de tipo social, es decir, que se trata de un estado de locura (alocarse) que se abstrae de los códigos sociales compartidos. Partiendo también de este presupuesto, se tomará en consideración el caso de dos mujeres consideradas *alocadas* por la comunidad.

La aportación que esta investigación ha representado se dirige hacia dos vertientes. La primera es la antropológica, donde la producción de conocimiento en el suroeste del estado de Puebla pudo enfocar la atención analítica sobre una temática tan discutida actualmente, es decir los trastornos mentales que se insertan en la categorización de los síndromes culturales. Y en segunda instancia, quizá la más importante, ha podido representar un modelo aplicativo de la antropología por lo que concierne el área de la salud mental.

En el contexto xoyateco, donde como se profundizará en el último capítulo no se puede pensar en términos de un sistema cerrado *informacional* u *organizacionalmente*,<sup>136</sup> la medicina tradicional y la alópata se vuelven una amalgama teórica y empírica que, entretrejiéndose en la ideología nahua, representa el actual procedimiento médico terapéutico. Es importante aquí mencionar que aunque representando un procedimiento compartido, no es homogéneo, razón por la cual el nivel de utilización de uno o de otro, o de ambos a la vez, es bastante variable en todo el pueblo.

En el caso de la epilepsia, enfermedad reconocida en los códigos alópatas como trastorno antes del área neurológica y ahora también de la psiconeurológica, aparecía en la clínica de Xoyatla solamente el diagnóstico de un caso en el año 2001. Esto debido a que no todas las personas afectadas por la epilepsia acuden a la unidad sanitaria local del pueblo. Una razón que me había

---

<sup>136</sup> Véase Conceptos claves desde p. 70.

sido comentada, por la cual los xoyatecos no querían ser atendidos en la comunidad, es que desde hace casi un año no llegaban medicamentos para los “ataques”.<sup>137</sup>

Con este trabajo pude constatar la presencia de 20 casos, y se supone que no se trata de los únicos. Estos datos, aunque aproximados, pudieron ser comunicados a la médica encargada de la unidad sanitaria de la comunidad, que ha solicitado el medicamento a la jurisdicción y que ha empezado a ser distribuido por la comunidad desde el mes de febrero de 2002.

### ***1.7 Los conceptos clave de la tesis***

*Autopoiético:* Esto es un término utilizado por Humberto Maturana y Francisco Varela que construyeron la teoría de los sistemas autopoiéticos, es decir de sistemas organizacionalmente cerrados, pero informacionalmente abiertos. La aplicación de este término en la tesis se refiere a que los sistemas (las sociedades) no se pueden concebir como factores estáticos y cerrados, siendo las culturas sistemas abiertos organizacional e informacionalmente, pero dependientes de su entorno.

*Unilineal/unilineales.* Utilizo este concepto para referirme a un análisis y perspectiva de una sola dirección, “unilineal”, simple, que prevé sólo un universo de sentido. En el caso de la tesis se hace referencia a estos términos para indicar la concepción de una locura universal, y no cultural, por esta razón la defino como perspectiva única.

---

<sup>137</sup> Todavía no se ha confirmado porque no aparecen casos en los expedientes clínicos de los años pasados, si por falta de transcripción de los datos por los médicos pasantes o porque la gente, de verdad, no solicitaba visitas y por ende medicamentos. Lo que no he podido constatar es si la falta de medicinas por la epilepsia sea una causa o un efecto de la abstinencia a las visitas a la clínica.

*Multilineal/multilineales, polilineal/polilineales y poliocular.* Estos términos representan lo contrario de la perspectiva unilineal y con ellos me refiero a una posibilidad analítica múltiple, compleja y finalmente no reducida; esto es, son varias miradas dirigidas hacia un mismo tema, haciendo hincapié en la transdisciplina. Con tales conceptos indico la posibilidad de concebir la locura desde el punto de vista exclusivamente cultural. Es decir a una locura que varía al cambiar los contextos socioculturales en que se inscribe. Por tales razones la defino como perspectiva múltiple.

*Unitas complex.* Término utilizado por Edgar Morin para referirse a la imposibilidad de reducir el todo a sus partes y las partes al todo. Lo que sostiene es la necesidad de establecer un proceso de reenvío de uno hacia el otro. En la tesis es un concepto utilizado para hacer referencia a la complejidad de cuerpo humano y de sus enfermedades; de la mente (enfermedad mental) y del cuerpo (enfermedad orgánica) que según el paradigma cartesiano se consideraban como factores separados, y que al contrario durante la investigación se han considerado como inseparables.

*Retroalimentación.* Con *retroalimentación* o *proceso retroalimentativo* hago referencia a las nociones surgidas de la teoría de la información y las aplico a la relación entre antropólogo e informante, entre observador y observado, entre psiquiatra y paciente. En estos casos hago referencia a la influencia que cada actor social tiene sobre el otro, en un proceso de retroalimentación, y subrayo que no solamente el antropólogo ejerce su influencia sobre el informante, sino que también el observado influye y modifica al observador. El tomar en consideración esta perspectiva me lleva a considerar también un mayor estado de equilibrio y simetría con respecto en las relaciones mencionadas.

*Textualizar-contextualizar.* Son conceptos utilizados por Sudhir Kakar para hacer referencia a la forma en que la enfermedad mental es considerada por los modelos médico alópata o biomédico un

*texto* a comprender, traducir y finalmente descifrar, y por el contrario de cómo los sistemas médicos tradicionales se preocupan más del contexto de la enfermedad, porque abstraída de esto perdería su significado.

*Locura.* Hago hincapié en el término locura de dos maneras: una referente a lo que se considera en Xoyatla y la otra a lo que se entiende en la sociedad occidental. En Xoyatla la definición de locura se divide en dos instancias a las que hago referencia el último capítulo. Por su parte, locura en la “sociedad occidental” se remite a aquellos individuos que se abstraen de los códigos “normalmente” compartidos. Personalmente no tomo una posición definida sobre la locura porque la considero una institución cultural dinámica, es decir sujeta a cambios, dependiendo del contexto sociocultural en que se inscribe. Por lo tanto, intentaré demostrar que no existe un único significado de locura, como pude averiguar durante el trabajo de campo en Xoyatla.

*Sociedad occidental.* Con este concepto me refiero a la perspectiva ideológica que deriva del contexto occidental, y no tanto a los límites geográficos de conjunto de países unidos por un común origen europeo. Hago principal referencia a la biomedicina o medicina alópata que nace y se inscribe en la cultura occidental y que no reconoce en sus códigos ideológicos-conceptuales los sistemas médicos diferentes o alternativos a ella, como es el tradicional oriental.

*Transdisciplina.* Con Transdisciplina hago referencia a diferentes saberes, conceptos y teorías que pueden pertenecer a varias disciplinas, y que sustentan teórico y metodológicamente cualquier esfera de estudio.

*Psiquiatría.* Con este término no me refiero específicamente a la ciencia que se ocupa de las enfermedades mentales, porque profundizar este aspecto no es el objetivo de la tesis; a grandes rasgos presento la psiquiatría en su aspecto fuertemente globalizante hacia tales enfermedades. A lo

largo del texto abarco esta cuestión de la universalización de los trastornos mentales por parte de la psiquiatría, principalmente la freudiana, y elaboro una crítica a dicha ciencia que, según mi opinión, no ha desarrollado un adecuado acercamiento a las que la misma psiquiatría define como enfermedades mentales, en culturas no occidentales.

*Etnopsiquiatría.* Es la disciplina que instituye un acercamiento entre un psiquiatra de cultura occidental y un paciente de cultura no occidental. Esta surge en Francia a mediados de los años '90 con Georges Devereux, su "virtual" fundador, y no obstante que toma en consideración las variables socioculturales de sus pacientes, en última instancia siempre hace referencia a la ciencia psiquiátrica. Las menciones que hago a esta disciplina son para subrayar que no me inscribo en sus marco teórico, ni metodológico.

*Antipsiquiatría.* Utilizo este término refiriéndome generalmente a la corriente que nació y se desarrolló en la década de los años '60 en Inglaterra, Italia, Francia, Estados Unidos y algunos países latinoamericanos. Esta corriente se inscribe en un único marco, aunque con las debidas diferencias en cada país, es decir que ésta parte de una perspectiva que rechaza la ciencia psiquiátrica como institución y como instrumento de control social. No profundizo el concepto de antipsiquiatría pero lo menciono en el texto para especificar que no me inscribo en este enfoque y que parto de otros supuestos que explicaré a lo largo de la tesis.

*Antropología psicoanalítica.* Con Antropología Psicoanalítica me refiero a la aplicación del psicoanálisis a los fenómenos socioculturales en la esfera occidental y no occidental. Hago pocas referencias en el texto a dicha corriente y solamente hago hincapié en ella para evidenciar como nació el acercamiento entre la antropología y el psicoanálisis.

## ***1.8 Comentarios finales del capítulo***

En las premisas mencionadas es evidente que los antecedentes de la relación entre medicina tradicional y medicina alópata, representando una búsqueda de un diálogo entre cultura occidental y culturas no occidentales, es ya un todo congruente en Xoyatla.

En este sentido hablar de Psiquiatría o de Etnopsiquiatría significa abordar la lectura de dos partes distintas.

Por un lado está la parte antropológica, en donde cada interpretación debe ser analizada, o debería de ser analizada, dentro y por el mismo contexto sociocultural en el que surge, y por otro lado, está la parte etnopsiquiátrica, en donde la psiquiatría representa la medida de evaluación con la que se pretende atribuir sentido a las dinámicas y/o los hechos culturales que se toman en consideración; a pesar de que en este último caso se tome en cuenta la lógica simbólico-cosmogónica del sujeto y se utilice este mismo para llevar a cabo la perspectiva terapéutica.

Considero sea útil subrayar que la importancia de la transdisciplina no incluye solamente la aplicación de herramientas de otras disciplinas, sino también una reflexión a partir de la cual dichas herramientas tomadas en consideración se pueden re-discutir en su aplicabilidad.

Quizás lo que se podría descubrir es una imposibilidad de utilizar herramientas occidentales para abordar la dinámica de los trastornos mentales de culturas no occidentales, debido a la inadaptabilidad explicativa y operativa de los instrumentos antes mencionados.

La posibilidad de acciones específicas en la salud mental comunitaria, tiene que partir de los actores sociales, objetos de intervención, a través de los cuales se posibilitan sistematizaciones de trastornos mentales comunitarios, valorando los recursos terapéuticos tradicionales. A partir de estos se podrá establecer un espacio dialógico entre la biomedicina y la medicina tradicional, un espacio que posibilite la nosografía cultural de enfermedades que prevén universos cognoscitivos – curativos basados en la lógica comunitaria y en la vivencia subjetiva.

Quizás se pueda y se deba prescindir totalmente de la actividad medicalizante y ortodoxa, de la psiquiatría, cuando finalmente no se puede hablar de universalismo de la misma, cuando el juego de causa efecto, es decir de la sintomatología que es igual a una caracterización patológica, no se pueda aplicar a otros contextos socioculturales.

De la misma manera, quizás sería oportuno, como trataré de demostrar a lo largo del texto, dejar al “otro” la última palabra sobre sus trastornos mentales y sobre su cultura.

## **II. Santa María de la Encarnación Xoyatla, análisis de un pueblo**

La importancia del pasado xoyateco y la consecuente reconstrucción histórica de esta última hasta la actualidad, es fundamental para los fines de la tesis, de contextualizar a Xoyatla. Contextualizarla significa hoy poderla leer a la luz de un pasado de comercios, de agricultura y de la supuesta desaparición del pueblo en el siglo XVI como relata la historia oral de la comunidad. La importancia de las fuentes ha consistido en poder sustentar y reconstruir la “versión mítica” de la desaparición completa del pueblo y de su nueva fundación, volviéndolo historia.

Por otra parte el trabajo de campo que he llevado a cabo durante el año 2001-2002 en Xoyatla, me ha posibilitado un análisis del pueblo sobre todo por lo que concierne a los factores de salud-enfermedad y a las concepciones de la construcción médico-terapéutica de la locura; ejes fundamentales sobre los cuales se rige este trabajo.

## ***II.1 Xoyatla: una aproximación histórica y “mítica”***

Encuentro innecesario una profundización en el aspecto histórico de la Xoyatla prehispánica, lo que condiciona la brevedad del texto que sigue. Pero este aspecto es fundamental para introducir la actualidad xoyateca sobre la que se basa la tesis. Es importante mencionar que la parte histórica, que consideré no describir ampliamente, es la que me ha permitido relacionar algunas fuentes documentales prehispánicas con el “mito” de fundación del pueblo.

La Xoyatla prehispánica formaba parte de la región de Coatlalpan<sup>138</sup> que comprendía también la población de Izúcar. El señorío de Izúcar era seguramente el más importante de Coatlalpan desde el punto de vista del poder político-económico y social. Algunas fuentes mencionan que ocho poblaciones distintas le tributaban, entre las cuales Xoyatla (la antigua Zoyatitlanapa) y que contaba, según las cifras otorgadas por Hernán Cortés, entre 3000 y 4000 vecinos, mientras otras fuentes mencionan el número de 6000 u 8000 combatientes en la ciudad. Con respecto a lo mencionado se puede averiguar la dificultad de corroborar los datos demográficos en la época prehispánica.

---

<sup>138</sup> Geográficamente la región de Coatlalpan de la que formaba parte la Xoyatla prehispánica (Zoyatitlanapa) en el siglo XVI, comprendía las poblaciones de Izúcar, Epatlán, Tatetla, Tepapayeca, Tlapanalá, Tilapan, Chietla y Cuiluca (Colucán) y en la actualidad comprende los municipios de Izúcar de Matamoros, Tepeojuma, San Martín Toltepec, San Felipe Xochiltepec, Epatlán, Chietla, Atzala, Tilapa, Tlapanalá, Tepemaxalco, la parte sur de Huaquechula y el oriente de Tepexco. Otros pueblos que aún perteneciendo a la región de Coatlalpan geográficamente no se reconocen como parte de esta, eran: al norte Teyuca, Tepeojuma (la cabecera municipal de Xoyatla) y Tenochtitlan; al poniente: Calmecca, Cuetzpala, Chalma y Coatepec; al sur: Auehuecingo y Tenexcalco; y al oriente: Necoxtla, Axtotla, Ayotla, Totoltepec y Xochiltepec. Algunos pueblos que no formaban parte de la región geográfica de Coatlalpan pero que tenían siempre relaciones de paz y de guerra con esta región eran: al norte Huaquechula, Tetela, Temac, Zacualpa y Tepexco al poniente; Chiautla y Chiltecpintla al sur; Acatlán, Tepexi y Piaxtla al suroeste; Huehuetlán, Ahuatlán, Zoyatitlanapa, Tejaluca y Coacingo al noroeste. Carlos Salvador Paredes Martínez, *El impacto de la conquista y colonización española en la antigua Coatlalpan (Izúcar, Puebla) en el primer siglo colonial*, México, Cuadernos de la Casa Chata, Instituto de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1991, pp. 4-17.

Introduciendo la cuestión demográfica, es importante mencionar el proceso de la declinación poblacional por la cual Xoyatla ha sido afectada enormemente hasta quizá, como plantea Paredes, desaparecer completamente<sup>139</sup> y ser testigo de su repoblación y construcción.

Desde el 1520 al 1582 aparece en los reportes de la población indígena una declinación demográfica muy fuerte a causa de epidemias y enfermedades que redujo drásticamente la población; momento en que empiezan, a causa de estos factores, una serie de movimientos migratorios que causan el abandono de los lugares de asentamientos originarios.

No fueron solamente factores como enfermedades y epidemias los que redujeron tan drásticamente la población indígena sino también las guerras llevadas a cabo en la década del 1520 por Hernán Cortés y las guerras internas de la Triple Alianza en el área de Puebla-Tlaxcala.<sup>140</sup> No se tienen datos precisos de la época sobre el número exacto de la población indígena presente para poder estimar así, unas cifras inherentes a su disminución. Pero Vollmer Gunter elabora algunos números aproximados de la presencia indígena en el periodo que va desde el 1570 hasta el 1810.

En el 1570 existían 71 028.0 y en 1600 serían 36 419.5. En el 1650 la drástica reducción poblacional lleva a contar solamente 17 736.5 indígenas en el área Puebla-Tlaxcala.<sup>141</sup> Una de las poblaciones más afectadas por este fenómeno fue Huaquechula, pasando según un informe tributario, de un número de 3000 vecinos en el 1570 hasta llegar al 1681 año en que un registro constata que “el partido de Huaquechula con 11 pueblos y un barrio tenía un total de 30 españoles y 186 personas, entre mestizos, mulatos y negros; sin referirse a un solo indígena”.<sup>142</sup>

Paredes postula la hipótesis de que siendo Huaquechula una de las poblaciones más afectadas por la depresión demográfica, es posible que algunas de las que le eran sujetas hayan desaparecido

---

<sup>139</sup> Leticia Rivermar Pérez, *Uno es de donde se queda el ombligo. Migración e identidad en Santa María de la Encarnación Xoyatla, Puebla*, Puebla, Tesis de Maestría, Posgrado en Sociología, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2000, 186 p.

<sup>140</sup> Paredes Martínez, *op. cit.*, p. 60.

<sup>141</sup> *Ibidem*, p. 61.

<sup>142</sup> *Idem*.

completamente, y Xoyatla, cuyo último dato del 1571 menciona un número de 20 o 30 indios, podría ser una de estas.

La historia oral de la comunidad de Xoyatla<sup>143</sup> empieza aquí, con la fundación del pueblo actual por parte de seis personas que vinieron desde la hacienda de Huiluco.<sup>144</sup> Menciona Leticia Rivermar Pérez que probablemente la llegada de estas personas debe haber sido alrededor del siglo XVIII y que el poblado fue llamado *Chicuazempa*.<sup>145</sup>

Seis personas vinieron desde San Juan Huiluco y construyeron casas de palma y no se quisieron regresar.

El primer presidente de Xoyatla – uno de estas seis personas- era muy rico y debía mucho dinero a las otras comunidades cerca. Lo perseguían y no encontrándolo quemaron el pueblo – *Xoyatla* -,<sup>146</sup> y también la iglesia, y la virgen estaba allí. Llevaron la Virgen para Tepeojuma – *la actual cabecera municipal*- y de aquí (estuvo dos meses), pasando por todo, encontraron al presidente y lo ahorcaron a la plaza aquí en Xoyatla.

Los de Tepeojuma no querían regresar a la Virgen y los xoyatecos sacaron papeles en Puebla hasta en México para que regresara la Virgen, y la Virgen regresó a Xoyatla.

Pero Xoyatla todavía debía dinero y los de otros pueblos del vecindario cada vez que venía hacían razia; robaban todo – *hasta* - que les pagaron todo con bienes, maíz, hasta que ya no vinieron.<sup>147</sup>

A partir de este relato de historia oral de Xoyatla se pueden hacer unas primeras observaciones.

La primera es que existe un vacío de muchas décadas a partir de la declinación demográfica de la comunidad hasta el siglo XVIII mencionado en la investigación de Leticia Rivermar Pérez, cuyas afirmaciones son parte de otro relato de historia oral de Xoyatla y que probablemente la

---

<sup>143</sup> De la historia oral no existe documentación alguna, a parte de la mención en los censos poblacionales llevados a cabo por los médicos pasantes de la clínica de Xoyatla. Dichos médicos han relatado la parte histórica recopilándola de los censos del pueblo que los han precedido, a partir de la misma historia oral que la gente les proporciona.

<sup>144</sup> Rivermar Pérez, *op. cit.*, p. 77.

<sup>145</sup> Palabra de origen nahua cuyo significado es seis familias. *Idem*.

<sup>146</sup> Cursivo mío.

<sup>147</sup> Entrevista con C.P. el mes de agosto 2001.

repoblación a la que fue sujeto todo el valle de Atlixco quizá no incluyó a Xoyatla hasta la fecha mencionada.

En un censo poblacional redactado cada año por los médicos pasantes, del año 1992-1993,<sup>148</sup> aparece un registro rescatado a partir de un cuadro situado en la iglesia de la Encarnación en Xoyatla.

A mediados del siglo XIX este lugar fue asentado por gente de la población de Huiluco que se encuentra aproximadamente a una distancia de 20 Km por gente de San Diego Tochimiltzingo y San Esteban.

El día 10 de abril de 1912 fue incendiada la comunidad por las fuerzas federales, dando principio en la casa del Sr. Manuel Vargas, que fue mayordomo de la Virgen de la Encarnación, resultando detonaciones estando depositados de los juegos artificiales para la feria, incendiaron las casas en general los mismos federales.

[...] Fue el 25 del mismo mes todos los del pueblo llevaron a la Santísima Virgen a la parroquia de Tepeojuma y las autoridades de ahí mismo intervinieron para que el pueblo quedara como siempre en el mismo lugar quedando en desgracia el pueblo de Xoyatla.

Una variante de la reconstrucción histórica antecedente se encuentra en el censo poblacional de Xoyatla, llevado a cabo en el 1996-1997 por la SSA.

Se desconoce con exactitud la fecha de fundación de esta comunidad, pero se dice que proviene del poblado de Huiluco ya que antiguamente era en esta región donde posteriormente regresaban a su pueblo de origen para asentarse en este lugar lo llamaron Chicuasempa y posteriormente le dieron el nombre actual.

Se menciona por los años de la Revolución (aproximadamente de 1910 a 1915) – que por esta región estaba un general zapatista que protegía a los pobres, el cual se ganó el cariño de la población.

En el año de 1912 Sta. María Xoyatla fue invadida por el ejército federal el cual acabó la mayoría de la población. Las mujeres eran violadas y golpeadas hasta provocarles la muerte y los hombres que se resistían eran fusilados. Durante el estado de sitio recibieron ayuda por la comunidad de Tepeojuma, pero sin poder evitar la masacre.

---

<sup>148</sup> Censo poblacional en Santa María de la Encarnación, Xoyatla, presentado por Armando Lino Carranza, 1992-1993.

## ***II.2 La actualidad xoyateca***

Etimológicamente la palabra Xoyatla deriva del náhuatl *Xoyatl*, palmas, y *Tla* que en castellano significa lugar: lugar de palmas.

El pueblo de Santa María Xoyatla pertenece al municipio de Tepeojuma, Puebla, que a su vez se inserta en “la región socioeconómica de Izúcar de Matamoros y se encuentra dentro de la cuenca del río Atoyac (Mapa 1). [...] La cabecera municipal es el pueblo de Tepeojuma, que se sitúa a orillas del río Nexapa, dentro de los distritos del riego de las regiones de Atlíxco e Izúcar de Matamoros (Mapa 2)<sup>149</sup>”. Xoyatla se encuentra localizada entre dos pequeños cerros y barrancas a unos 10 km de distancia al noroeste de dicho municipio y morfológicamente pertenece al Valle de Matamoros. Este valle forma parte de la meseta poblana que se caracteriza por su topografía plana. Se encuentra rodeada de norte a sur y de este a oeste por los siguientes cerros: Loma Larga, Tepehuage, Huehue, Chipili, Tizayo, Aguayo, Maxada, Tepizcale, cerros que no superan los 200 mts. sobre este valle.

Los límites del pueblo de Santa María Xoyatla son: al norte con San Esteban, al sur: con el rancho el Astillero, al este: con San Diego la Mesa y Tochimilzingo y al oeste: con el municipio de Tepeojuma.

Su extensión territorial es de 5340 km<sup>2</sup>, con una altura sobre el nivel del mar de 1560 m.

La comunidad se identifica con dos tipos de climas:

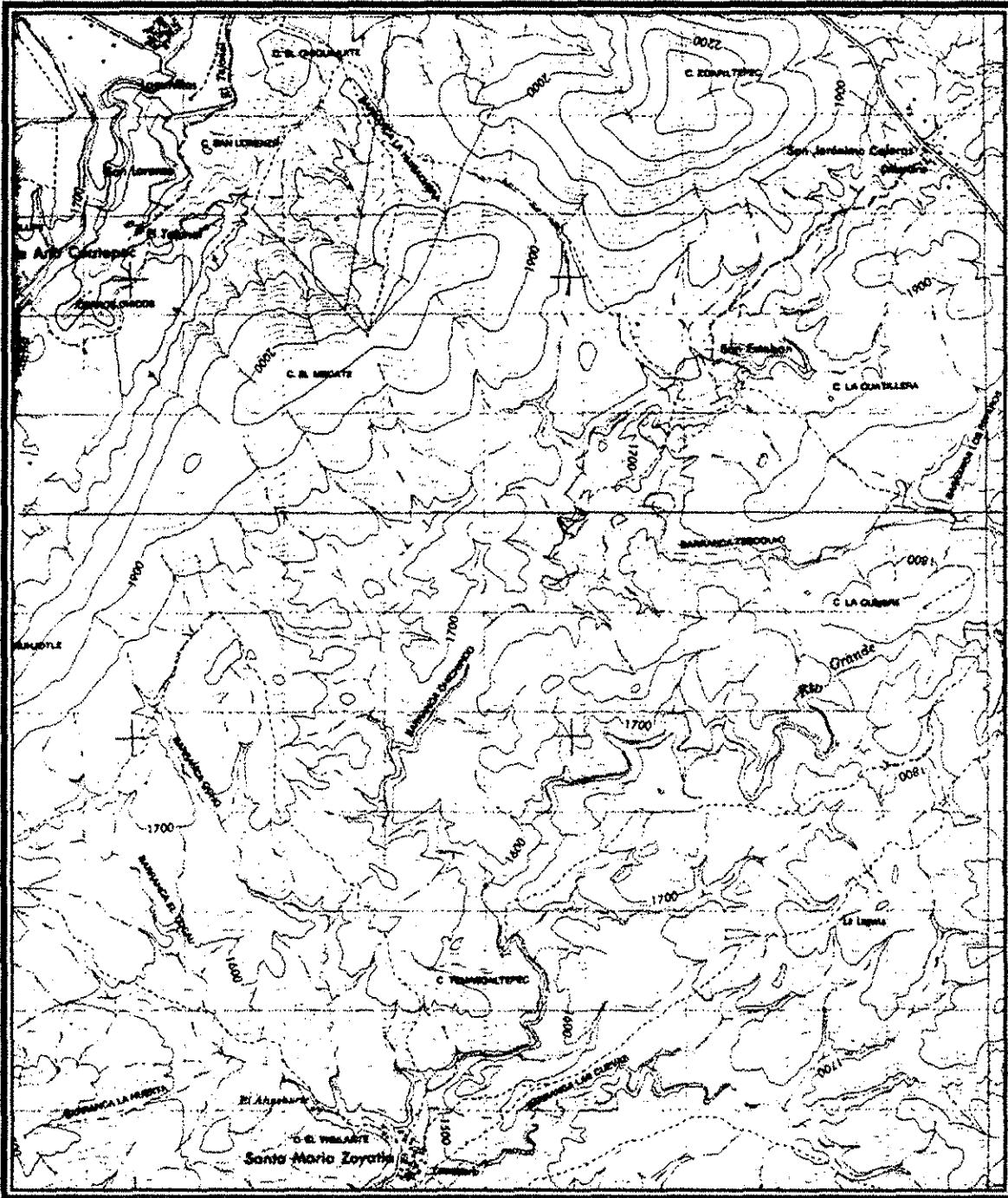
Clima semicálido: con lluvias en verano, temperatura media anual de 18 a 22 grados C., temperatura del mes más frío menor de 18 grados C., precipitación del mes seco menor de 66 mm.

Clima cálido subhúmedo: con lluvias en verano: temperatura media anual mayor de 22 grados C. Temperatura del mes más frío mayor de 18 grados C. Precipitación del mes seco menor de 60 mm.

---

<sup>149</sup>Rivermar Pérez, *op. cit.*, p. 75.

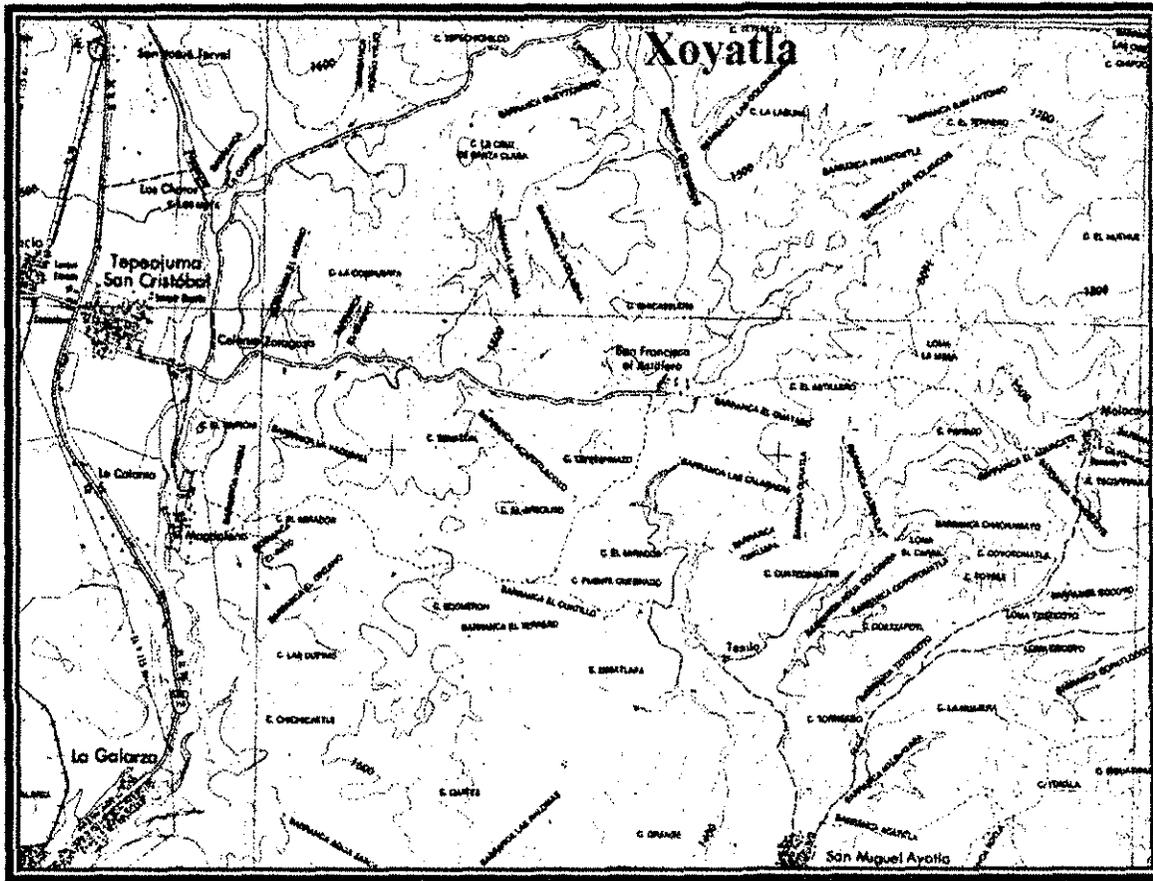
MAPA - 1-



Carta topográfica de Izúcar de Matamoros, escala 1: 50 000  
Fuente INEGI - E14B52 - 1999

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## MAPA -2-



Carta topográfica de Atlixco, escala 1: 50 000  
Fuente INEGI – E14B62 - 1999

### II.2.1 La atención tradicional a la salud

En Xoyatla la atención a la salud concierne a más de un sistema médico-terapéutico.

La unidad sanitaria local, la clínica SSA<sup>150</sup>, es el lugar donde se lleva a cabo el sistema médico alópata y los curanderos encarnan el sistema médico tradicional, al que pertenece el sistema ideológico del pueblo. Aunque estos últimos no residan en la comunidad están tan presentes como si así fuese.

<sup>150</sup> Secretaría de Salubridad y Asistencia.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En Xoyatla como señalé, no residen ya desde muchos años, figuras tradicionales que se ocupen del factor médico - terapéutico tradicional de la comunidad. La única figura todavía presente es la partera empírica, pero sus actividades actuales conciernen la venta del mezcal, del cual Xoyatla es gran productora y no ejerce más la actividad de partera como hace algunos años.

Pero no obstante actualmente no existen curanderos, hierberos o hueseros en la comunidad, todas estas figuras, que encarnan roles inherentes al factor médico - terapéutico tradicional, están presentes en la esfera epistémica de la medicina xoyateca.

La mayoría de los habitantes del pueblo recurren a unos curanderos residentes en Tepeojuma, la cabecera municipal: Los principales curanderos a quienes acuden con más frecuencia son precisamente dos mujeres, doña N., y doña P., que ejercen la profesión en sus propias casas desde hace 5 y 2 años respectivamente. Existe una tercera curandera en Tepeojuma que trabaja desde hace 25 años, pero a quien los xoyatecos parecen no hacer mucha referencia. Otra curandera residente en Puebla llega cada martes y cada jueves a Xoyatla para visitar a sus pacientes.

Cabe mencionar que no existiendo un curandero/a en Xoyatla, cada familia acude indistintamente a muchos otros residentes también en Atlixco, Izúcar de Matamoros y Puebla. Algunas personas también me mencionaron la presencia de curanderos en Veracruz, de quienes habían oído hablar mucho por familiares y a quienes todavía no habían podido hacer referencias por razones económicas, porque el viaje era muy costoso. Las ocasiones en que las personas entrevistadas han hecho referencia a estos otros residentes en Veracruz, era en casos ya analizados por todos los más cercanos a la comunidad y solamente después de su ineficacia terapéutica hicieron referencia a otros más lejanos. Por lo tanto los casos se presentan antes en Tepeojuma, que es la cabecera municipal y después en Atlixco o en Izúcar de Matamoros indiferentemente, dependiendo de la confianza que el propio núcleo familiar tenga en unos o en otros, con base a experiencias pasadas y, solamente al final de este "peregrinaje hacia la curación" se piensa hacer referencia a curanderos a quienes la lejanía parece incrementar la eficacia médico-terapéutica.

En la cabecera municipal de Tepeojuma existen también dos hueseros a los que hacen referencia los xoyatecos. Un hombre don N. y una mujer, doña D., que ejercen la profesión respectivamente desde hace 15 años el primero y 12 la segunda. En otra delegación de Tepeojuma se me mencionó también la presencia de otros tres hueseros, además de los ya indicados: dos hombres, don R., y don A., y una mujer doña P., que ejercen a partir del primero desde 2, 5 y 1 año respectivamente.<sup>151</sup>

El aspecto farmacéutico tradicional por un lado es inherente a los curanderos y por otro concierne a la autocuración.

Los medicamentos utilizados por los curanderos se basan en la herbolaria proporcionada por tiendas o por organismos privados de Puebla e Izúcar de Matamoros, que los visitan aportándoles los medicamentos que les hacen falta. Ninguno de los entrevistados me ha mencionado la búsqueda personal de hierbas medicas.

Por otro lado, la autocuración consiste siempre en la herbolaria que los mismos xoyatecos procuran conseguir en las tiendas mencionadas, basándose en el síntoma.

Estos factores se podrían analizar repensando en la figura del especialista que parece haber desaparecido en Xoyatla. El especialista único ha sido sustituido por los especialistas, las medicinas, los remedios; un plural que toma el lugar de la singularidad paradigmática médico - terapéutica.

Aunque divididos en apartados textuales y visuales (párrafos) y queriendo hacer referencia solamente a dos tipologías de sistemas médico-terapéuticos, es decir el alópata y el tradicional, es importante saber que atrás de estas dos grandes categorías están presentes muchas sub-clases médico-terapéuticas que no se inscriben precisamente en ninguna de las dos "categorías madres" sino que debido al encuentro con estas se crean las nuevas formas médico terapéuticas, todavía no

---

<sup>151</sup> Todavía no tengo datos ciertos sobre la atención que proporcionan y sobre la frecuencia con que son visitados por los xoyatecos; aspectos que pretendo profundizar en la siguiente investigación.

textualizadas, no explicitadas, no insertadas en ninguna taxonomía, pero sin duda, existentes.<sup>152</sup> Quizá no se tendrá la exigencia de crear verbalmente las nuevas categorías señaladas porque, como he mencionado a lo largo del texto de varias formas, existe una necesidad que puedo afirmar de haber experimentado en Xoyatla, de acudir a varios sistemas médicos cuya eficacia se percata caso tras caso y casi nunca se vuelve la única y definitiva.

Esto se puede aplicar indistintamente a los dos sistemas: el alópata y el tradicional.

Como señalo en el capítulo de los resultados con casos más específicos,<sup>153</sup> acudir al médico alópata y al sistema terapéutico e ideológico en el que se inscribe, no significa no visitar a un curandero, ni dejar de curarse con sus remedios, ni dejar de participar de su sistema ideológico.

## **II.2.2 La atención alópata. (Clínica SSA)**

La clínica de Xoyatla depende de la Jurisdicción n. 7 ubicada a Izúcar de Matamoros y consta de: una sala de espera, un consultorio médico, una sala de expulsión y dos cuartos para hospitalización (uno de estos tiene dos camas y otro cuarto está completamente vacío). Consta además de un cuarto para el médico, uno para la enfermera, tres baños completos, (de los cuales uno se encuentra a la entrada de la clínica, uno en el cuarto del médico y uno, casi inutilizado, en el cuarto que se queda vacío sin camas para los pacientes) una cocina, un patio y una farmacia. Algunas de estas informaciones están presentes en la tabla n. 2, elaborada sobre la base del censo poblacional del 2002 de la SSA de Xoyatla.

---

<sup>152</sup> Por la razón del encuentro entre los dos grandes sistemas médico-terapéuticos no se puede hablar de nuevas categorías, sino de sub-categorías, de sub-clases que partiendo de estas dos ramas principales forman de nuevas.

<sup>153</sup> Estoy haciendo referencia a la locura, al susto y a la epilepsia, enfermedades que desde el punto de vista orgánico se cree que afectan al corazón desde la medicina tradicional xoyateca y al cerebro desde al biomedicina. El resultado de esto es, como señalan los mismos xoyatecos, que como el curandero menciona una cosa y el doctor otra, serán ciertas las dos, razón por la cual ambos sistemas son eficaces de la misma manera, aunque en algunos casos se pueda reconocer una mayor eficacia del uno sobre el otro.

En la clínica hay servicio de luz como en toda las habitaciones de la comunidad, pero no hay línea telefónica, presente solamente en algunas tiendas. Los teléfonos de las tiendas son utilizados por todo el pueblo y el servicio de llamadas se calcula por el tiempo en que se habla con tarifas previamente establecidas.

El personal sanitario que reside en Xoyatla consta actualmente de una doctora pasante en medicina cumpliendo con su año de servicio social, que inició su trabajo actual en agosto del 2001, como se podrá notar en las tablas n. 1 y 2 en que aparecen los recursos comunitarios e institucionales para la atención de la salud. Como se verá en las tablas mencionadas, en Xoyatla están presentes solamente una doctora, una enfermera y un auxiliar de salud hasta el 2001; los promotores voluntarios que aparecen en la tabla n. 1 son parte de la comunidad, y la partera empírica que aparece en la misma tabla, como ya mencioné y no ejerce su actividad profesional.

Hasta agosto del 2001 ninguna enfermera aceptó transferirse en planta fija a Xoyatla. Con base en esta ausencia el presidente del pueblo, bajo la demanda de la doctora que no podía sostener sola el trabajo de toda la comunidad, tuvo que solicitar una enfermera a la Jurisdicción, hasta que encontraron una con el acuerdo previo de no tener necesariamente que residir en la clínica y de trabajar solamente por un horario reducido.

Después de la primera demanda por parte de la doctora y del pueblo entero, tuvo que pasar todavía un tiempo. Desde agosto, mes en que tenía que empezar su servicio, la enfermera no llegó hasta noviembre. En un primer momento de su ausencia el acuerdo del pueblo con el presidente de Xoyatla fue que toda la comunidad tenía que pagar cada mes una enfermera particular, porque desde la Jurisdicción de Matamoros no lograban encontrar una dispuesta a trabajar en Xoyatla; pero el problema se pudo resolver en los meses mencionados, hasta que la misma jurisdicción envió una.

Hasta la fecha la enfermera llega por la mañana a las 11.00, horario en el que pasa la primera combi, y se regresa con el último transporte del que puede disponer, a las 17. 00 horas.

Además de la doctora y de la enfermera, el personal de la clínica ha contado durante todo el 2001 con una promotora de salud enviada por la Jurisdicción de Matamoros. Dicha promotora que

no tenía un rol específico, sino que trabajó también como enfermera durante la ausencia de ésta, ha sido trasladada a otra localidad en planta fija en enero del 2002. Cabe mencionar que la doctora y la enfermera están desempeñando su año de servicio social y que como ellas, tampoco la promotora de salud no tenía una situación contractual de “planta fija”, razón por la cual aceptó de ser transferida en un pueblo cerca de Atlixco, en otra unidad médica.

Durante el año de trabajo de campo en Xoyatla he permanecido en la comunidad por temporadas más o menos largas quedándome en la clínica, en el cuarto vacío de la enfermera que yo ocupé por todo el tiempo en que llevé a cabo la investigación.

Esto ha sido el primer año, por lo que me comunicó el pueblo, que ninguna enfermera quiso trabajar en Xoyatla; por esta razón sólo hubo un médico atendiendo a toda la población. Actualmente la doctora sigue sola en la clínica durante la noche cumpliendo con su atención médica las 24 horas.

En lo referente a la actividad de la clínica, puedo afirmar que el censo poblacional redactado por el médico pasante en el año 2001-2002, y por ende la plausibilidad de los datos de este año todavía en curso, ha sido llevado a cabo con meticulosidad y finalmente presenta datos más precisos respecto a censos antecedentes. Quizá sea el primer censo en que los datos poblacionales sean en efecto ajustados a la realidad xoyateca estando yo misma presente cuando ha sido llevado a cabo casa por casa, en todo el pueblo durante casi un mes.

La atención que los médicos de la SSA proporcionan a los habitantes de Xoyatla es estrictamente inherente a la perspectiva biomédica y proyectada en el rechazo total de la perspectiva terapéutica tradicional. Esto significa que hasta ahora a escondida de los doctores de la clínica, los xoyatecos han continuado acudiendo a los dos sistemas médicos. Pero mientras los curanderos son conscientes de la ayuda proporcionada por los médicos alópatas, a quienes hacen referencia en enfermedades que, según ellos, solamente con la herbolaria no se podrían llevar a una total curación, o a quienes delegan totalmente el paciente considerándolo afuera de su propia área médico-terapéutica, los médico alópatas en este caso rechazan totalmente las concepciones médicas

tradicionales, como más veces ha aparecido en los censos relatados cada año por los doctores residentes en Xoyatla en la clínica SSA.

Existen los mitos de brujería, del mal de ojo y de las apariciones, sobre todo en personas que han obrado mal o por venganza de alguien hacia otra persona, llevándose entonces a cabo las llamadas curas o limpiezas por los curanderos o brujas a base de hierbas, tomas o huevos. [...] mitos y creencias se han hecho costumbres que a veces parecieran exageradas pero forman parte de la ignorancia de la gente de este pueblo.<sup>154</sup>

Esta razón es la que me ha dificultado el trabajo en Xoyatla, aunque la doctora presente en la clínica durante todo el tiempo de la investigación, haya demostrado ser más flexible en la utilización de otros sistemas médicos por parte del pueblo, respecto de quienes la han precedida en la unidad sanitaria local.

---

<sup>154</sup> Censo poblacional en Santa María de la Encarnación, Xoyatla redactado por Raymundo Salmerón Dueñas, 1994-1995.

Tabla n. 1

*Recursos comunitarios para la atención de la salud*

<b>COMUNITARIOS</b>	<b>1999 2000</b>	<b>2000 2001</b>	<b>2001 2002</b>
<i>Comité de Salud</i>	2	2	2
<i>Auxiliares de salud o equivalente</i>	1	1	0
<i>Promotores voluntarios</i>	2	2	2
<i>Parteras tradicionales</i>	1	1	1
<i>Otros terapeutas tradicionales</i>	0	0	0
<i>Médicos privados</i>	0	0	0
<i>Otros recursos comunitarios</i>	0	0	0

Fuente: SSA de Xoyatla –Recursos comunitarios de salud 2002

Tabla n. 2

*Recursos institucionales para la atención de la salud*

<i>Institucionales</i>	<i>1999 2000</i>	<i>2000 2001</i>	<i>2001 2002</i>
<i>Médico o pasante</i>	1	1	1
<i>Odontología</i>	0	0	0
<i>Enfermera pasante o auxiliar de enfermería</i>	1	1	1
<i>Tecnico en atención primaria</i>	0	0	0
<i>Trabajadora social</i>	1	1	1
<i>Otro personal paramédico</i>	0	0	0
<i>Personal administrativo</i>	0	0	0
<i>Consultorio médico general</i>	1	1	1
<i>Unidades dentales</i>	0	0	0
<i>Laboratorio clínico</i>	0	0	0
<i>Gabinete de rasgos X</i>	0	0	0
<i>Sala de expulsión</i>	1	1	1
<i>Cuarto de curaciones</i>	1	1	1
<i>Camas de tránsito</i>	1	1	1
<i>Camas censables</i>	5	5	5
<i>Quirófanos</i>	0	0	0

Fuente: SSA de Xoyatla –Recursos institucionales de salud 2002

### II.2.3 El Comité de Salud de la clínica y su relación con la emigración xoyateca.

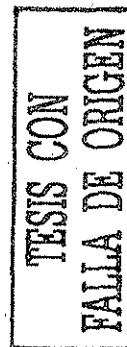
Es importante hacer referencia al papel que tiene en Xoyatla el Comité de salud formado por los mismos xoyatecos.

Es un Comité elegido por todo el pueblo cada año. Consta de 6 personas entre hombres y mujeres, que se alternan desde el lunes hasta el sábado en la clínica de Xoyatla durante todo el día, desde las 8.00 hasta las 20.00-21.00 horas.

El Comité está formado por un presidente, un vocal de saneamiento (encargado de la limpieza), un vocal de nutrición (se ocupa de la nutrición de los niños y los pesa llegando a la clínica), un vocal de educación y un vocal de planificación familiar. A pesar de que la división del trabajo se plantea como he mencionado y como aparece expuesta en la unidad sanitaria de Xoyatla, en realidad no existe ninguna tarea específica para los miembros del Comité. Indistintamente todos llevan a cabo dos tareas principales que corresponden a la limpieza de la clínica todas las mañanas, y a cobrar la cifra de 10.00 pesos mexicanos por cada consulta que lleva a cabo la doctora. El cobro se reglamenta con unos recibos que contienen el nombre del paciente, la cifra del dinero cobrado y el día de la consulta. La mitad de este recibo se queda en la clínica y la otra mitad con los pacientes. Es el presidente del Comité quien se encarga del control de las entradas de dinero. Tales sumas se utilizan, a discreción del presidente de Xoyatla, para las necesidades de la clínica como pudo ser la compra de ventiladores adquiridos desde hace unos años para soportar el clima muy cálido y seco.

El Comité de salud además de controlar el trabajo llevado a cabo por los doctores de la comunidad, adquiere importancia porque es una obligación social instituida por los Xoyatecos. Esta obligación que todos los habitantes de la comunidad deben cumplir es llevada a cabo hoy por los padres y madres o por los familiares de los inmigrados a Estados Unidos. De esta manera aun estando lejos, cumplen con sus obligaciones para la sociedad xoyateca y se garantizan su regreso a casa. Según Rivermar Pérez:

Así puede verse cuando los hombres de Xoyatla migran, ellos no rompen con las obligaciones que tienen dentro de este sistema. Sus familiares, especialmente las mujeres, se hacen cargo de dichas obligaciones. Por ejemplo, son ellas quienes cubren



con las obligaciones que los topiles tienen en cuanto a la limpieza de la iglesia se refiere. También se dan casos de migrantes que contratan y pagan a otros para que cubran sus obligaciones o que paguen las multas a las que se hacen acreedores por no cumplir con estas actividades.<sup>155</sup>

Leticia Rivermar Pérez se detiene a analizar el importante concepto de *ciudadano* en Xoyatla. Ella menciona que “todos los varones de entre 18 y 60 años y las viudas que son poseedoras de tierras ejidales tienen obligaciones y derechos con el gobierno local, es decir, *son ciudadanos del pueblo*. Dentro de esta categoría se contempla a aquellos que viven del otro lado de la frontera”.<sup>156</sup>

Es importante mencionar que las obligaciones que cubre el *ciudadano del pueblo* se aplican tanto a lo civil como a lo religioso. En Xoyatla, donde la mayoría de la población es católica, con sólo un 2% de testigos de Jehová, son muchas las obligaciones que conciernen a la iglesia.

Dentro de la comunidad se plantea una clara distinción entre las obligaciones “que cumplir” y entre aquellas que son en efecto obligaciones y las que en contrario cumplen voluntariamente, por querer participar activamente a la comunidad.<sup>157</sup>

Por un lado, aquellas que tienen con la iglesia y que se organizan a través de sistemas de cargos y de las redes conformadas por el parentesco tanto como consanguíneo como ritual y por afinidad; y por otro, aquellas que se tienen con el gobierno y que son organizadas a partir de la conformación de diversos Comités.<sup>158</sup> (Entre ellas el Comité de la clínica)

Es importante mencionar, aunque de manera aproximada el fenómeno de la migración xoyateca, que se puede fragmentar en tres etapas.

La primera comienza generalmente a los 15 años, habitualmente con la figura paterna, y el primer regreso a la comunidad se ubica entre los 19 y los 25 años, edad en la que se contrae matrimonio con muchachas del pueblo.

---

<sup>155</sup> Rivermar Pérez, *op. cit.*, p. 100.

<sup>156</sup> *Idem.*

<sup>157</sup> *Ibidem*, p. 101.

<sup>158</sup> *Ibidem*, p. 103.



Durante los meses de abril, mayo y junio del 1988, se llevaron a cabo 21 bodas religiosas de parejas que en la mayoría de los casos estaban compuestas por varones que habían migrado y mujeres que permanecieron en la comunidad, aunque hubo un caso de una mujer que también vivía en Estados Unidos y regresó para casarse.<sup>159</sup>

Otra fase se caracteriza por la repentina migración hacia Estados Unidos después del matrimonio, habitualmente con las esposas que comparten la vida de migrantes con sus compañeros hasta la que defino “la temprana edad de los hijos”, momento en el cual regresan a Xoyatla, pero esta vez a casa de los padres del cónyuge que se encargan de su cuidado. El regreso, por temporadas más o menos largas, de los hombres a Xoyatla es aproximadamente a los 30-34 años, momento que señala también la nueva partida de sus hijos ya adolescentes, preparados para enfrentarse a un nuevo ciclo generacional de migración,<sup>160</sup> como especifica Rivermar Pérez a continuación.

En los Estados Unidos los xoyatecos trabajan fundamentalmente en la rama de servicios, de manera especial en restaurantes, ocupando los puestos menos calificados y peor pagados y trabajando de 10 a 14 horas diarias en el día o en la noche, en algunas ocasiones aún los fines de semana. Además hay casos de hombres que se desempeñan como cocineros, que llegan a ganar mejores sueldos después de haber ocupado los puestos más bajos. La mayoría de las mujeres que migran se dedican a las labores domesticas, aunque también hay algunos casos de mujeres que trabajan en maquilladoras o en fábricas de ropa.<sup>161</sup>

En los censos llevados a cabo por los médicos pasantes cada año en Xoyatla a partir de 1992, encontramos una mención al fenómeno de la migración en la comunidad.

Se relata que la gente emigraba a los E. U. en los meses de febrero y marzo para regresar en el mes de diciembre con sus familias. Pero actualmente no existen más meses específicos para emigrar. También por los regresos en el pueblo no existen fechas establecidas, pero se menciona el retorno de muchos xoyatecos en el mes de abril debido a la Semana Santa y a la feria del pueblo.

---

<sup>159</sup> *Ibidem*, p. 154.

<sup>160</sup> *Ibidem*, p. 87.

<sup>161</sup> *Ibidem*, p. 89.



Es importante, hablando de migración aunque solamente a grandes rasgos, mencionar aquellas personas que no se reintegrarán más al pueblo, estableciéndose definitivamente en Estados Unidos, donde residirán por el resto de su vida, decidiendo abandonar por completo el lugar de origen.

Estos mismos individuos se pueden dividir en dos grandes categorías: los que, aunque establecidos en el extranjero, deciden seguir colaborando con las obligaciones familiares y comunitarias, en este último caso haciendo referencia a la cooperación económica para las actividades del pueblo como por ejemplo son las fiestas, y aquellos xoyatecos que terminan de enviar ayudas económicas para el pueblo y para sus familiares que se quedan en la comunidad. En el caso de inmigrados que dejan en un momento dado de enviar apoyo económico para cumplir con las obligaciones establecidas con su comunidad, los mismos xoyatecos afirman que estos individuos perderán automáticamente cualquier derecho sobre la comunidad, incluso el derecho de ser sepultados en Xoyatla hasta el punto de que *ni de muertos podrán regresar*.

Según la investigación llevada a cabo a Xoyatla por Leticia Rivermar Pérez, la migración es un fenómeno que empezó desde los años ochenta involucrando sobre todo a jefes de familias jóvenes.

Los primeros hombres que se dedicaron a salir hacia Estados Unidos lo hicieron a principio de la década de los setenta, pero fue hasta mediados de los ochenta cuando el fenómeno empezó a cobrar fuerza entre la población masculina. Según los resultados del *Proyecto de Investigación, 1988. La migración acelerada entre Puebla y los Estados Unidos*, el 78.7% de los migrantes son varones y el 23.3% mujeres.<sup>162</sup>

Aunque la comunidad disponga de estructuras escolares entre las cuales aparecen: dos de preescolar de sistema oficial, dos de nivel primaria del sistema oficial y uno de nivel secundaria del sistema oficial, en los niveles de preescolar, primaria y media básica, el factor de la emigración a tan temprana edad influye de manera bastante incidente sobre la educación y la alfabetización, verificándose el abandono de la escuela secundaria en la primera adolescencia. En el censo

---

<sup>162</sup> *Ibidem*, p. 87.



poblacional de la clínica SSA, redactado durante el año 1996<sup>163</sup> aparecen los siguientes datos: un 83% de personas sabe leer y escribir, por lo que puede señalarse que el analfabetismo se ha abatido considerablemente a través de la construcción de escuelas. Solo el 17% de la población es analfabeta, entre niños, adolescentes, adultos y ancianos, en su mayoría estos últimos.

Según los datos del censo realizado en 1994 por el CSRD, los idiomas utilizados son el náhuatl y el castellano pero en los últimos años, debido al conspicuo movimiento migratorio hacia los Estados Unidos (Nueva York y Nueva Jersey), el idioma inglés está estableciéndose como tercera lengua en Xoyatla, comunidad denominada por los pueblos vecinos como “la pequeña Nueva York”.

Por lo mencionado hasta ahora, se puede deducir la importancia de la participación de los migrantes a las obligaciones del sistema sociocultural xoyateco. En este sentido es importante señalar dentro de las obligaciones que cumplen los xoyatecos el ciclo festivo en el que participan para reafirmar su identidad de emigrantes.<sup>164</sup> Esto se puede apreciar e el esquema que sigue:

<i>FECHA</i>	<i>CELEBRACIÓN</i>
1 de enero	Año Nuevo y fiestas de la Divina Providencia
6 de enero	Día de los Santos Reyes
12 de enero	Se festeja la Virgen de Guadalupe; se realizan misas y procesiones por las calles y el mayordomo da de comer en las casas
22 de enero	Cambio de mayordomo; se festeja la Virgen de la Encarnación; se da de comer en casa del mayordomo entrante
17 y 25 de enero	Se recibe y entrega la mayordomía de la Virgen de la Encarnación
2 de febrero	Día de la Candelaria. Misas (El Mayordomo

<sup>163</sup>Censo poblacional en Santa María de la Encarnación, Xoyatla, presentado por Aarón Pérez Cabrera, 1995-1996.

<sup>164</sup>Rivermar Pérez, *op. cit.*, p. 134.



	hace comida para el pueblo y para la gente de afuera)
24 de febrero	Día de la bandera
21 de marzo	Natalicio de Benito Juárez, inicio de la primavera
5 de marzo	Día que se festeja a la Virgen de la Encarnación (El mayordomo hace comida para el pueblo)
12 de marzo	Se festeja nuevamente la Virgen de Guadalupe con misa y procesión.
19 de marzo	San José con procesión
27 de marzo	San Ramos
Viernes de Cuaresma	(Vía Crucis) Procesión
Domingo de Ramos	
Sábado de Gloria	
Domingo de Pascua	El pueblo de Xoyatla celebra la fiesta con misa cada hora, venerando a la Virgen de la Encarnación. Este día llega a la comunidad gente de muchos lugares. También realizan toros, juegos mecánicos, juegos artificiales y un baile.
5 a 14 de abril	Después del domingo de Pascua se celebra la fiesta patronal del pueblo que dura 8 días. (El mayordomo de la fiesta proporciona comida así como las autoridades)
10 de abril	Aniversario de Emiliano Zapata
3 de mayo	Santa Cruz, con misa y procesión
5 de mayo	Aniversario de la batalla de Puebla
10 de mayo	Día del trabajo
15 de mayo	Celebración de la Virgen María. Día del maestro
25 de mayo	Se festeja la Virgen María con misa
31 de mayo	Mes de María (El Mayordomo hace misas, proposiciones, cohetes y se reparte comida al pueblo)
13 de junio	Día corpus. Santísimo Sacramento, misa y

	procesión
15 agosto	Celebración de la Virgen de la Asunción
18 de agosto	Celebración de San Joaquín
15-16 de septiembre	Fiestas de independencia de México. Se celebra con un desfile tradicional encabezado por la reina de las fiestas patrias y el presidente
12 de octubre	Día de la raza
18 de octubre	Día de San Lucas (El Mayordomo hace comida para el pueblo)
28 de octubre	Días de la Animas (Todo el pueblo hace comida)
30-31 de octubre y 1 de noviembre	Día de los muertos
9 de noviembre	Día del Santo Jubileo
10-11-12-13 de noviembre	Se festejan los Santos Jubileos
22 de noviembre	Día de Santa Cecilia (El mayordomo hace comida para el pueblo)
1-23 diciembre	Posadas navideñas
12 de diciembre	Día de la Virgen de Guadalupe. Se hacen misas, proposiciones, comida para el pueblo, mariachis
24 de diciembre	Noche Buena
25 de diciembre	Nacimiento del niño Jesús
31 diciembre	Celebración del Año Viejo y del Año Nuevo con misas

A continuación mencionaré los datos demográficos y epidemiológicos de Xoyatla a partir de los censos redactados por los médicos pasantes de la clínica SSA del pueblo.

Hago referencia a estos solamente desde el año 1994, aunque el año de fundación de la unidad sanitaria local de Xoyatla y en la que ha sido redactado el primer censo anual por el médico pasante sea el 1992 y los compararé con los censos demográficos y epidemiológicos del INEGI. Hice un análisis de los dos sistemas de censos y de los datos que estos relataron, para compararlos a los datos que me han proporcionado los xoyatecos durante el trabajo de campo.

### ***II.3 Censos poblacionales del INEGI***

Antes de adentrarme en el análisis de los censos redactados por el INEGI y por la unidad sanitaria en Xoyatla, quiero subrayar una diferencia sustancial entre las dos modalidades de censar. Los censos llevados a cabo por el INEGI se aplican a los estados, municipios y localidades cada 10 años. Al contrario los censos redactados por los médicos de la SSA de Xoyatla se llevan a cabo cada año, al terminar el periodo de servicio social y conciernen solamente a la localidad de Xoyatla. Durante la investigación en las oficinas del INEGI me han comunicado la presencia de un censo del 1995. Lo definieron un “conteo piloto” y no un verdadero censo; más bien un experimento que hicieron y en que están presentes la mitad de los datos totales que se encuentran en los censos llevados a cabo cada 10 años.

Para que sea posible una comparación con cuanto he apenas mencionado, presentaré el *conteo de población y vivienda* redactado por el INEGI en el 1995 en donde se podrá notar la ausencia de la mayoría de las noticias inherente a las localidades (y la presencia, dentro del municipio de Tepeojuma, de la localidad “Emiliano Zapata” que no aparece en el censo del 2000), datos que al contrario están presentes en el último censo del año 2000, como se puede apreciar en la tabla n. 4.

Tabla n. 3

*Conteo de población y vivienda 1995*

Municipio y localidad <sup>165</sup>	Total de Vivien Habitadas <sup>166</sup>	Población total	Hombres	Mujeres
Tepeojuma (Total)	1 725	8 671	3 994	4 677
Tepeojuma	943	4 716	2 199	2 517
Caja de Agua	7	41	17	24
Los Cañaverales	1	8	*	*
Cristo el (La Mora)	2	8	*	*
Ex Hacienda San José Teruel	1	2	*	*
Ignacio Zaragoza	18	121	64	57
La Magdalena	61	368	165	203
Montecristo	3	20	7	13
El Palmar	1	7	*	*
El Paraíso	21	146	79	67
El Pedregal	13	50	21	29
El Rodeo (Santa María Guadalupe)	53	279	133	146
San Agustín las Petacas	51	267	126	141
San Antonio	2	8	*	*
San Cristóbal Tepeojuma	5	35	18	17
San Francisco el Astillero	35	153	73	80
San Pedro Teyuca	237	1135	527	608
<b>Santa María Xoyatla</b>	<b>261</b>	<b>1307</b>	<b>548</b>	<b>759</b>
Localidades de una vivienda	3	17	10	7
Localidades de dos viviendas	4	16	7	9

Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 1995

<sup>165</sup> INEGI, www.INEGI.gob.com, Censo de Población y Vivienda 2001. De acuerdo a los datos del censo realizado por UAS de esta comunidad en 1994, existe un promedio de 6.0 de habitantes por vivienda. El 99% de las viviendas son propias y solo el 1% son alquiladas; el promedio de cuartos es de 1.2. Del total de estas el 90 tiene muros de ladrillos, el 5% de adobe, el 4% de varas, el 1% de palmas. El concreto se emplea en el techo en un 80%, en un 15% lamina de albedo, un 4% de taja y en 1% en varas de palma. En un 70% el piso es de cemento, en un 30% es de tierra toda la población dispone de agua entubada, no hay drenaje. El 99% tiene energía eléctrica.

<sup>166</sup> Incluye 36 599 viviendas sin información de ocupantes.

<sup>167</sup> Incluye una estimación de población de 146. 396 personas que corresponden a 36. 599 viviendas sin información de ocupantes.

**Tabla n. 4**

**Conteo de población y vivienda 2000**

Municipio y localidad <sup>168</sup>	Total de Viviendas Habitadas <sup>169</sup>	Población total	Hombres	Mujeres
Tepeojuma (Total)	1 589	8 378		
Tepeojuma	862	4 546		
Caja de Agua	8	171		
Los Cañaverales				
Cristo el (La Mora)				
Emiliano Zapata	7	50		
Ex Hacienda San José Teruel				
Ignacio Zaragoza	17	109		
La Magdalena	64	330		
Montecristo				
El Palmar				
El Paraíso	17	111		
El Pedregal	6	32		
El Rodeo (Santa María Guadalupe)	50	277		
San Agustín las Petacas	50	247		
San Antonio				
San Cristóbal Tepeojuma				
San Francisco el Astillero	40	171		
San Pedro Teyuca	208	1097		
<b>Santa María Xoyatla</b>	<b>247</b>	<b>1303</b>		
Localidades de una vivienda	3	8		
Localidades de dos viviendas	10	53		

**Fuente: INEGI, Conteo de Población y Vivienda 2000**

<sup>168</sup> INEGI, [www.inegi.gob.com](http://www.inegi.gob.com), Conteo de Población y Vivienda 2001. De acuerdo a los datos del censo realizado por UAS de esta comunidad en 1994, existe un promedio de 6.0 de habitantes por vivienda. El 99% de las viviendas son propias y solo el 1% son alquiladas; el promedio de cuartos es de 1.2. Del total de estas el 90 tiene muros de ladrillos, el 5% de adobe, el 4% de varas, el 1% de palmas. El concreto se emplea en el techo en un 80%, en un 15% lamina de albesto, un 4% de taja y en 1% en varas de palma. En un 70% el piso es de cemento, en un 30% es de tierra toda la población dispone de agua entubada, no hay drenaje. El 99% tiene energía eléctrica.

<sup>169</sup> Incluye 36 599 viviendas sin información de ocupantes.

<sup>170</sup> Incluye una estimación de población de 146. 396 personas que corresponden a 36. 599 viviendas sin información de ocupantes.

En el censo poblacional redactado en Xoyatla en el año 2001-2002 aparece la cifra de 1320 personas en total, como se puede notar en la tabla n. 8 diferentemente de cómo estaba escrito en los censos redactados en los años anteriores por los médicos pasantes de la SSA de Xoyatla. Esto significa que el hecho de haber llevado a cabo más puntualmente el censo, respecto a los mencionados, permite de calcular casi el real número de personas tomando en cuenta el fenómeno de la migración.<sup>171</sup>

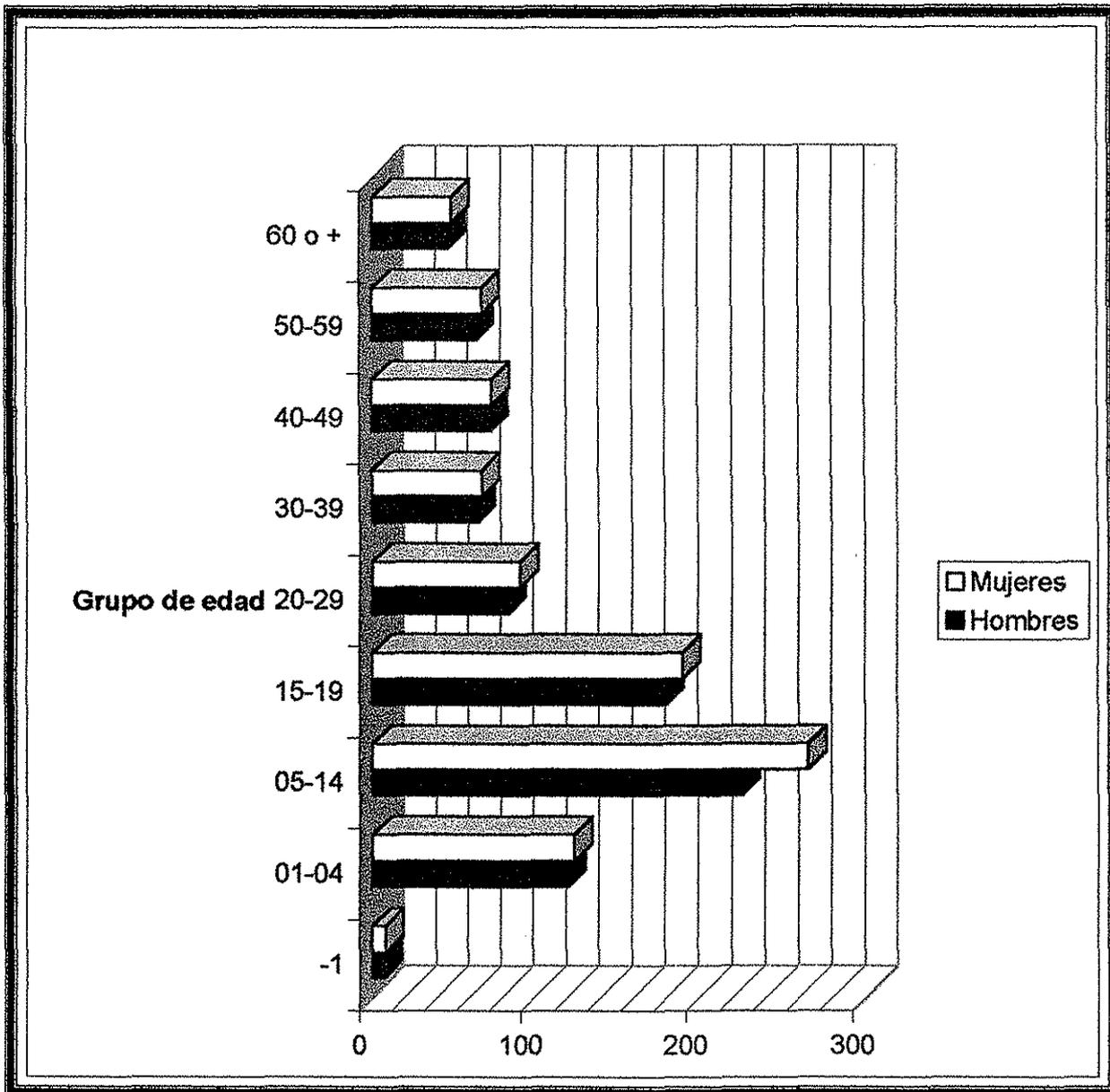
Comparando con los datos del INEGI, Tablas n. 3 y 4, con los de la SSA de Xoyatla, Tablas n. 5, 6 y 7, pienso que los primeros se acercan bastante al número real de habitantes de la localidad xoyateca.

---

<sup>171</sup> Con respecto al factor de la migración, se puede notar en las tablas n. 5, 6, 7 y 8 que el grupo de edad menor de un año es visiblemente exiguo comparados a los otros grupos de edad. Esto se debe a que muchos nacimientos se llevan a cabo en Estados Unidos y no en Xoyatla.

Tabla n. 5

*Censo demográfico del 1993 de la SSA de Xoyatla*

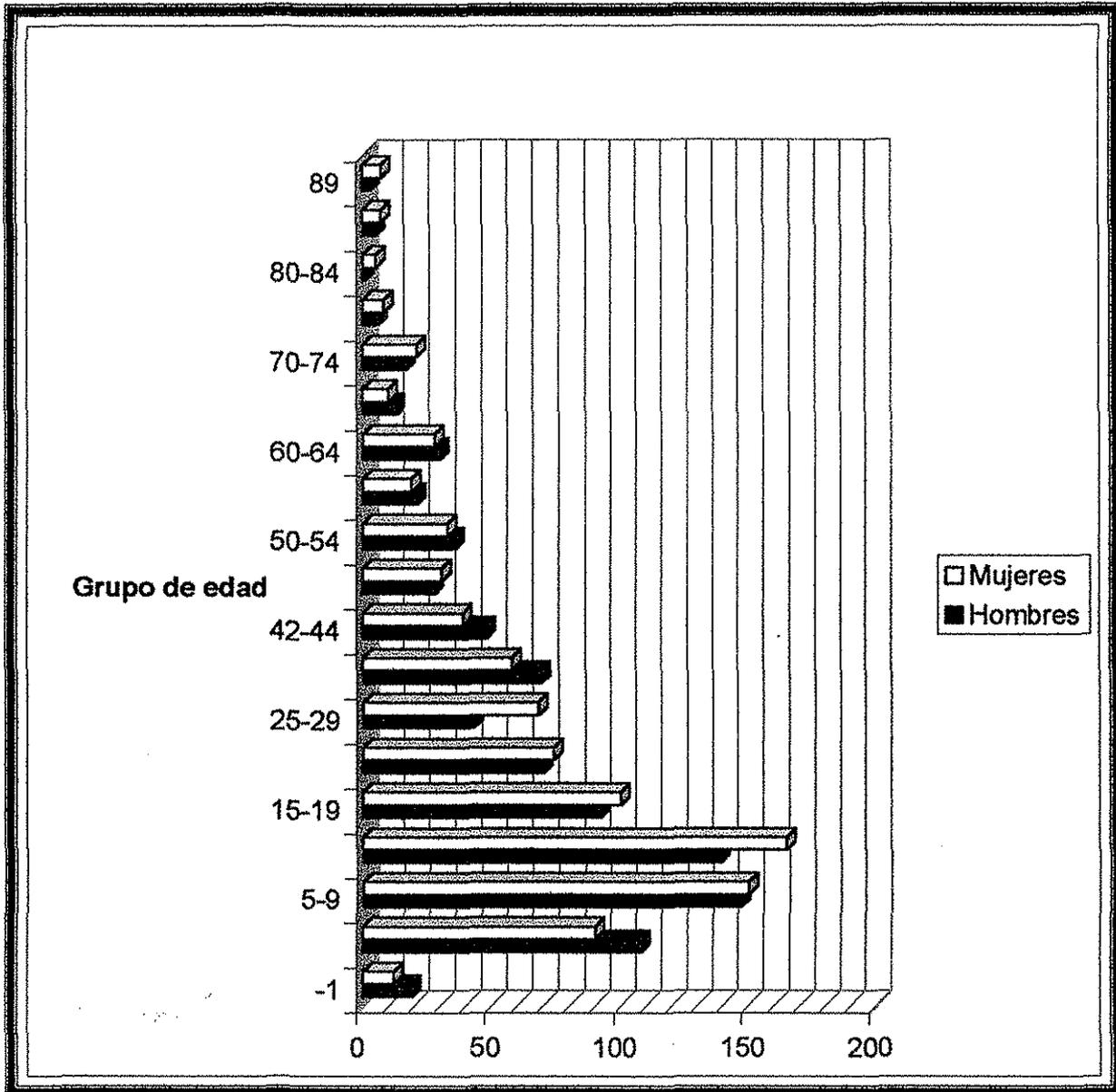


Fuente: SSA de Xoyatla – Censo demográfico 1993

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla n. 6

*Censo demográfico del 1995 de la SSA de Xoyatla*

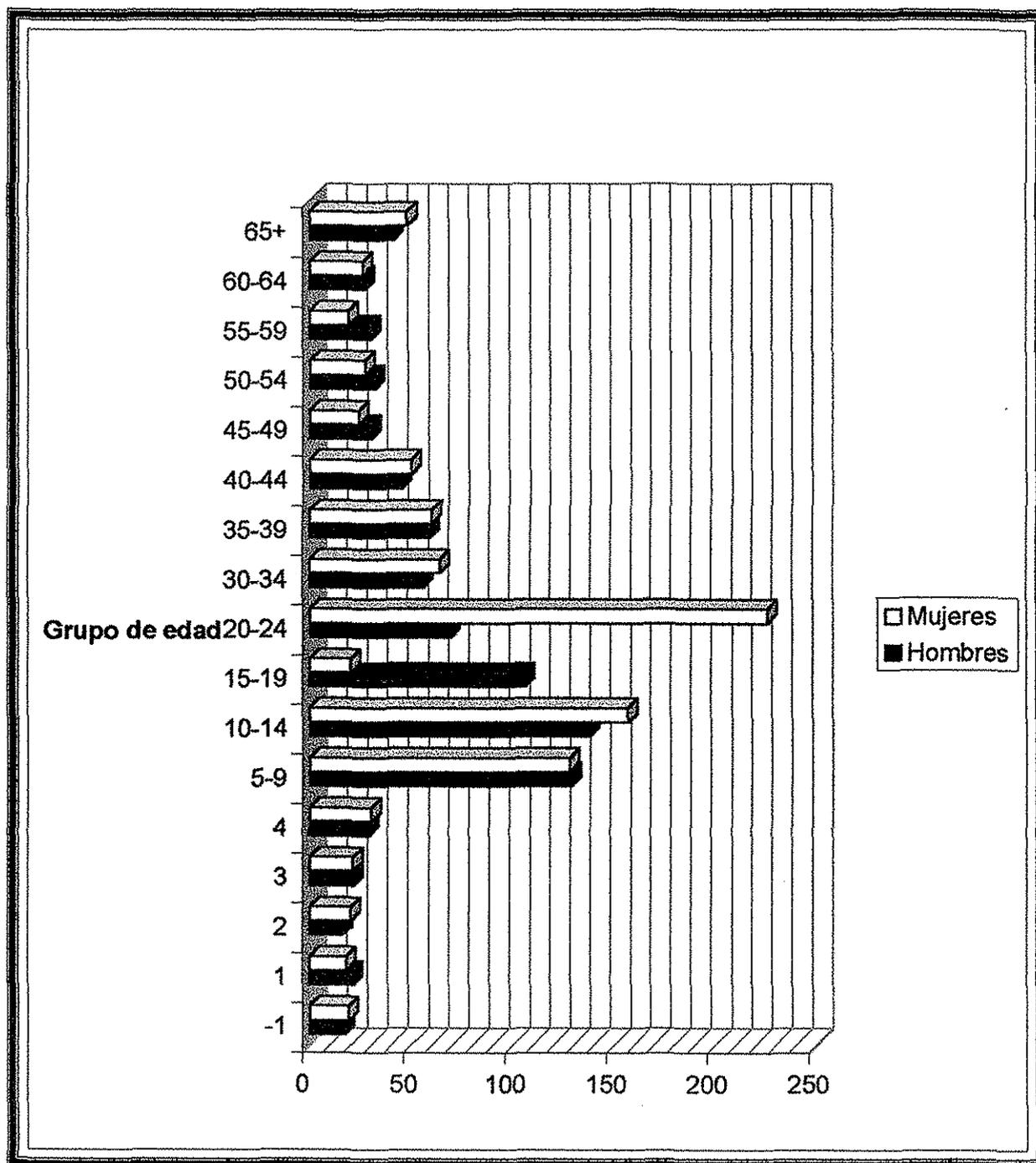


Fuente: SSA de Xoyatla – Censo demográfico 1995

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla n. 7

*Censo demográfico del 1996 de la SSA de Xoyatla*

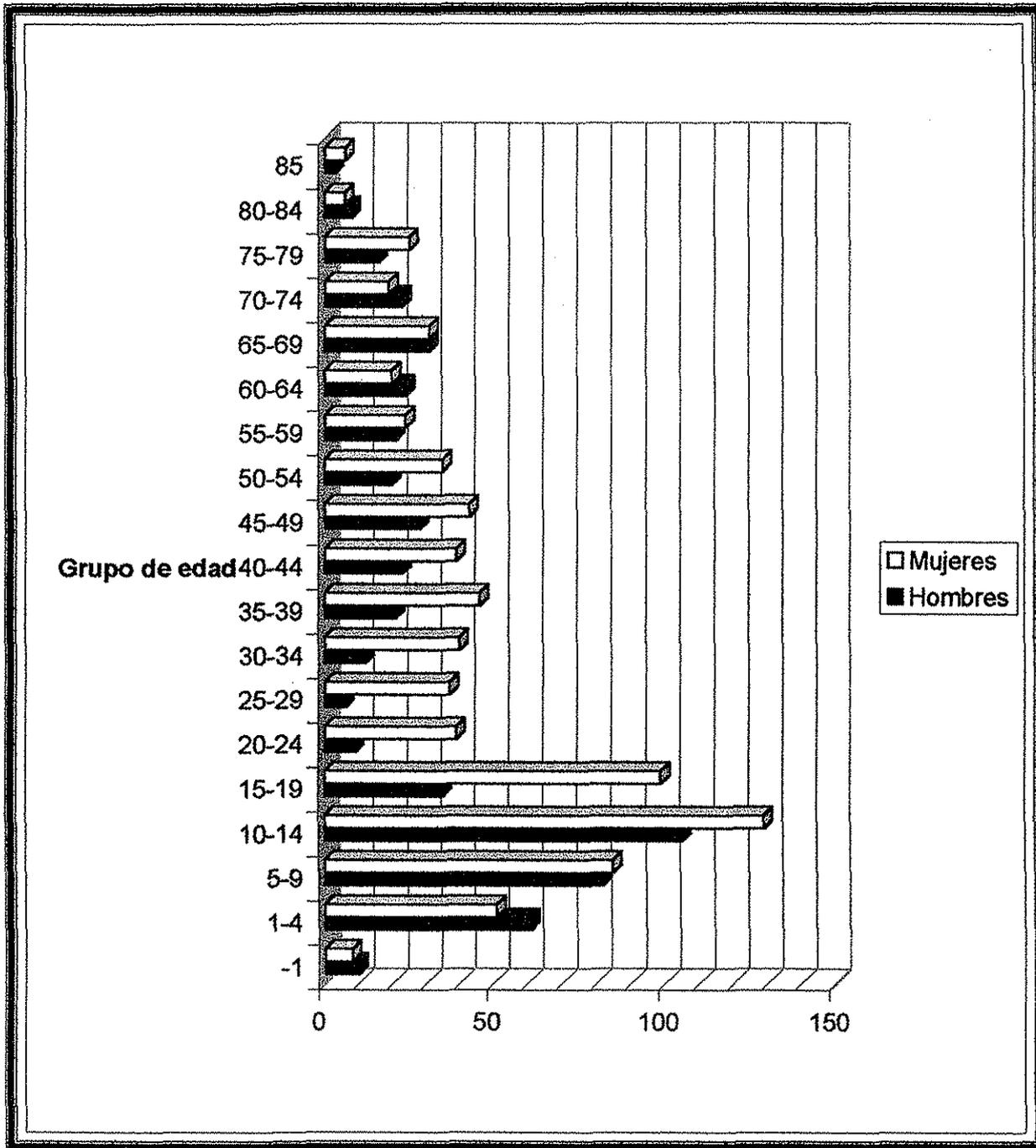


Fuente: SSA de Xoyatla – Censo demográfico 1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla n. 8

*Censo demográfico del 2002 de la SSA de Xoyatla*

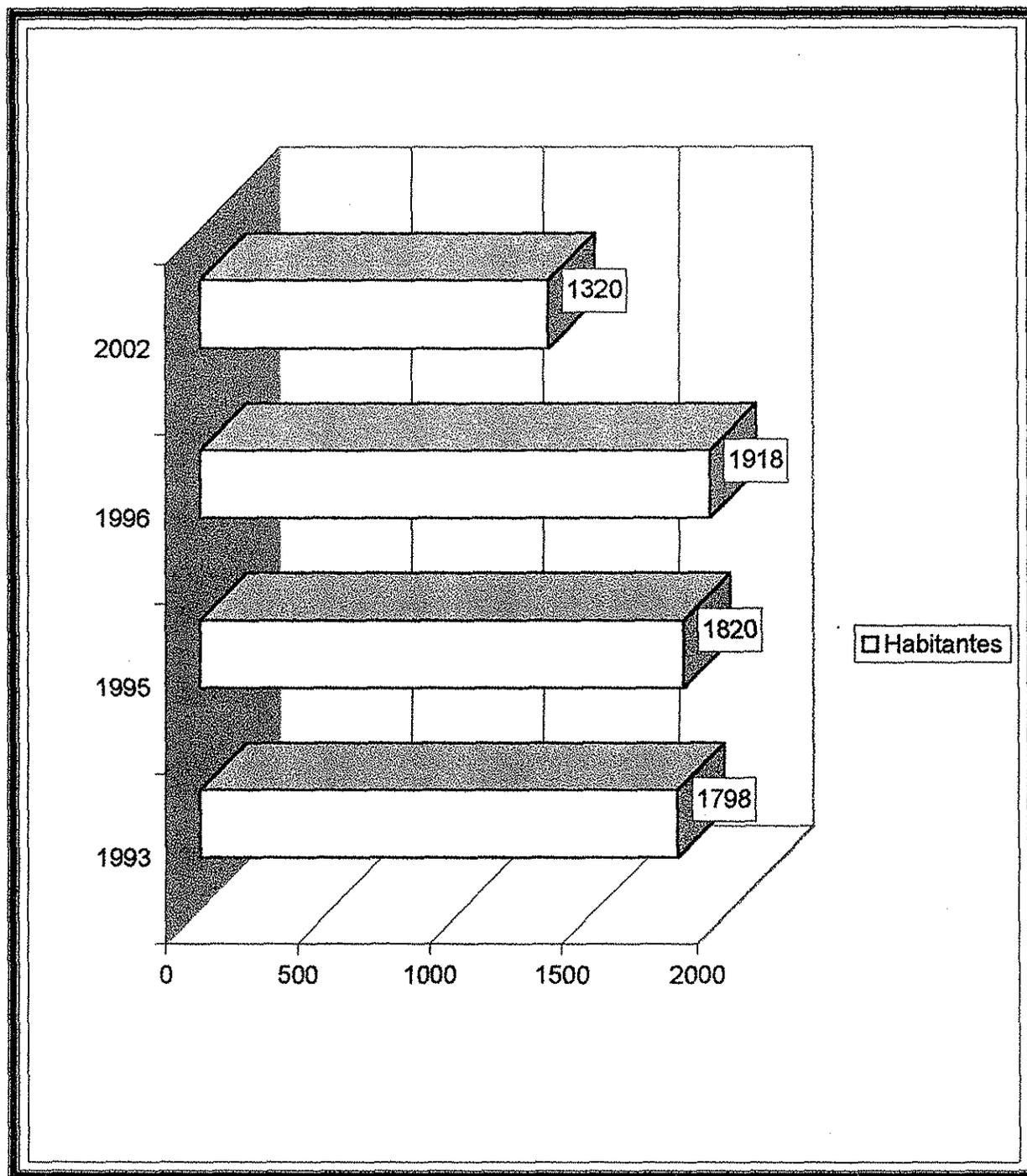


Fuente: SSA de Xoyatla -- Censo demográfico 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla n. 9

Tabla de comparación total habitantes



Cabe mencionar en lo que a los datos demográficos se refiere que, de la misma manera que con los epidemiológicos, muchos de ellos no se encuentran en la unidad sanitaria de Xoyatla.

La mayoría han sido perdidos en las cajas de la burocracia hospitalaria, y el olvido del hombre junto con la humedad y los animales que en la noche se introducen en la clínica, se han encargado de hacerlos desaparecer completamente.

Sustancialmente el problema al que me enfrenté es uno sólo pero muy grande e implica notables consecuencias.

Desde cuando fue construida la unidad sanitaria en Xoyatla los médicos pasantes no han sido sujetos a supervisión por parte de la jurisdicción de Matamoros por lo menos hasta el año 2001, fecha en que este dato se ha venido modificando. Desde entonces ha sido proporcionado un regular control de las actividades de la clínica y consecuentemente toda la documentación de los censos ha sido objeto de atención por la Jurisdicción de Izúcar de Matamoros, de la cual depende la clínica de Xoyatla.

Es importante evidenciar que la falta de supervisión por parte de la Jurisdicción ha llevado a muchos médicos pasantes, que se han alternado en la unidad sanitaria cumpliendo con su año de servicio social, a la alteración de los datos poblacionales que no han tomado en cuenta la real situación demográfica y epidemiológica<sup>172</sup> de Xoyatla. Esto quiere decir que una unidad sanitaria de planta fija como es la clínica de Xoyatla, podría seguramente alcanzar factores inherentes a la población, que no se llegarían a determinar de otra manera, o que resultarían insuficientes para los fines de una investigación. Por lo contrario es el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) el que está revelando datos mucho más precisos a nivel demográfico.

Un claro ejemplo de lo que he mencionado se puede encontrar en los datos sobre el fenómeno de la migración que en Xoyatla ha reducido de manera notable el número de la población, de particular manera la masculina y este hecho tan relevante no aparece en los datos

---

<sup>172</sup> Tomando en cuenta los datos de mi interés.

demográficos relatados por los médicos de Xoyatla, que aunque considerando el movimiento migratorio como fundamental para la comunidad xoyateca, no le han atribuido gran importancia como para determinar y por ende influir sobre el nivel demográfico.

Las consecuencias de no haber llevado a cabo censos poblacionales inherentes a la auténtica situación del pueblo, provoca que año tras año los médicos que se van alternando en la clínica, siguen haciendo referencia a los datos que los han precedido, añadiendo solamente el número de nacimientos, durante el año de su actividad laboral, a los censos pasados y, por lo tanto, la población en Xoyatla ha aparecido hasta el año 1996, como se puede notar en la Tabla n. 7, como una comunidad de casi 2000 personas, mientras que con el movimiento migratorio se podría calcular hasta la mitad de la gente realmente presente.

Lo dicho se puede replicar también por los datos epidemiológicos, como se puede apreciar en las Tablas n. 9,10 y 11, que por la misma razón de ser una mera recopilación de datos y causas de las enfermedades más comunes, se encuentra bien lejos de representar la realidad epidemiológica xoyateca, como describiré más ampliamente en el último capítulo. Las tablas n. 12 y 13 que corresponden al censo epidemiológico del año 2002, son las que puedo afirmar que más se acercan a la real condición de morbi-mortalidad en Xoyatla.

## ***II.4 Censos epidemiológicos redactados por los médicos pasantes del***

### ***Centro de Salud de la Comunidad***

En los siguientes censos de los años que van desde el 1994 hasta el 1996, se pueden notar algunos factores fundamentales que llegarán a ponerlos casi totalmente en duda y hasta lo harán perder credibilidad.

Como ya he mencionado La mayoría de los censos han sido recopilados de los antecedentes (en función de la forma y del contenido), como se verá de los censos epidemiológicos del 1994 y 1995 de la SSA de Xoyatla, que son idénticos. Por esta razón no transcribí las cifras de todos los censos redactados por los médicos pasantes desde cuando se fundó la clínica, es decir en el año 1992.<sup>173</sup>

Cabe subrayar un factor fundamental.

En todos los censos epidemiológicos redactados por los médicos de Xoyatla no aparecen como factores incidentes en la morbilidad, ni la locura ni la epilepsia y ni mucho menos el susto, ya que es esta última una institución cultural que la medicina alópata no reconoce en sus códigos y por lo tanto no es incluida en las propias categorizaciones epidemiológicas.

Es significativa esta falta de datos con respecto a los factores mencionados y de particular manera de las crisis epilépticas, enfermedad sumamente presente en la comunidad en cifras seguramente superiores a las analizadas por mí misma en este trabajo. Los casos estimados han sido 20 pero como ya mencioné no tuve la posibilidad de profundizar aún más en la investigación sobre los individuos afectados por las crisis epilépticas, porque en el trabajo he tomado en cuenta la

---

<sup>173</sup> La infraestructura fue construida en el año 1989 pero cuenta con el servicio medico sólo desde el mes de marzo de 1992. El censo poblacional redactado por el medico pasante del 1993 menciona que durante estos años, el servicio se interrumpía en el mes de junio para reiniciarse nuevamente en el mes de agosto.

epilepsia solamente para acercarme a la construcción de la locura en Xoyatla, que es el verdadero objetivo de la tesis.

No me ha sorprendido el hecho de que no comparecieran en los censos de la clínica de Xoyatla los factores del susto y de la locura por las razones básicas que mencionaré a continuación.

La locura no aparece entre las principales causas mórbidas porque en sí misma no es un término biomédico, sino una vulgarización de los mismos códigos y una generalización que comprende indistintamente las psicosis y las neurosis. Pero además de no ser reconocida como tal, aunque presente bajo las formas de loco y alocado en la comunidad<sup>174</sup> no se encuentra mencionada en los datos de la clínica porque los médicos hasta el año 2000 han utilizado las causas de morbi-mortalidad de los años anteriores, no considerando otras enfermedades que prescindieran de tales categorizaciones o por lo menos no insertándolas en los datos de los censos anuales. Es importante señalar que en el censo de localidad (Xoyatla) redactado por el INEGI en el año 2000, se mencionan algunas referencias epidemiológicas, entre las cuales, aunque no aparezca la locura como trastorno, se señalan 5 casos de “discapacidad mental” en Xoyatla, no obstante no se especifique de que tipo de discapacidades se trate.

Con respecto a lo dicho hago excepción por el último censo epidemiológico redactado en el 2001-2002 que ha coincidido con el tiempo en que he llevado a cabo la investigación, porque como se vio en la Tabla n.12 y 13, presenta causas de morbilidad ulteriormente inherentes a la Xoyatla actual y, por lo tanto, puedo definirlo un documento estadístico más atendible, aunque no propiamente exacto, con respecto a los que lo han precedido.

---

<sup>174</sup> Para mayores informaciones véase el último capítulo.

**Tabla n. 9**

*Censo epidemiológico del 1994 de la SSA de Xoyatla*

<i>Causa</i>	-1	1-4	5-14-	15-24	25-44	45-64	65+	Tot
<i>Infecciones intestinales</i>	0	5	5	6	10	10	7	43
<i>Infecciones respiratorias</i>	40	80	155	49	64	59	32	479
<i>Picadura de alacrán</i>	0	3	16	5	5	8	3	40
<i>Amibiasis</i>	0	0	1	0	1	0	0	2
<i>Candidiasis urogenital</i>	0	0	0	1	0	0	0	1
<i>Diabetes mellitus</i>	0	0	0	0	1	2	2	5
<i>Hipertensión arterial</i>	0	0	0	0	0	0	2	2
<i>Otras Infecciones</i>	2	0	3	3	1	1	1	12

Fuente: SSA de Xoyatla – Censo epidemiológico 1994

**Tabla n. 10**

*Censo epidemiológico del 1995 de la SSA de Xoyatla*

<i>Causa</i>	-1	1-4	5-14-	15-24	25-44	45-64	65+	Tot
<i>Infecciones intestinales</i>	0	5	5	6	10	10	7	43
<i>Infecciones respiratorias</i>	40	80	155	49	64	59	32	479
<i>Picadura de alacrán</i>	0	3	16	5	5	8	3	40
<i>Amibiasis</i>	0	0	1	0	1	0	0	2
<i>Candidiasis urogenital</i>	0	0	0	1	0	0	0	1
<i>Diabetes mellitus</i>	0	0	0	0	1	2	2	5
<i>Hipertensión arterial</i>	0	0	0	0	0	0	2	2
<i>Otras Infecciones</i>	2	0	3	3	1	1	1	12

Fuente: SSA de Xoyatla – Censo epidemiológico 1995

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Tabla n. 11**  
*Censo epidemiológico del 1996 de SSA de Xoyatla*

<i>Causa</i>	-1	1-4	5-14-	15-24	25-44	45-64	65+	Tot
<i>Infecciones intestinales</i>	2	5	10	8	5	7	8	45
<i>Infecciones respiratorias</i>	10	53	70	25	30	15	15	218
<i>Picadura de alacrán</i>	0	4	10	2	10	6	5	28
<i>Traumatismo</i>	0	4	10	1	2	2	1	20
<i>Mordedura de perro</i>	0	2	1	0	1	0	1	4
<i>Diabetes mellitus</i>	0	0	0	0	1	4	1	5
<i>Hipertensión arterial</i>	0	0	0	0	0	2	1	3

Fuente: SSA de Xoyatla – Censo epidemiológico 1996

**Tabla n. 12**  
*Censo epidemiológico del 2002 de SSA de Xoyatla*  
(cinco principales causas de enfermedades en menores de 5 años)

<i>Causas</i>	1999 2000	2000 2001	2001 2002
<i>Infecciones respiratorias agudas</i>	16	13	55
<i>Otitis media</i>	4	0	0
<i>Neumonías</i>	2	0	0
<i>Parasitosis</i>	1	5	5
<i>Picadura alacrán</i>	0	3	5
<i>Infecciones gastro-intestinales</i>	0	0	10
<b><i>TOTAL</i></b>	23	21	75

Fuente: SSA de Xoyatla – Censo epidemiológico 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Tabla n. 13**

***Censo epidemiológico del 2002 de SSA de Xoyatla***  
**(Diez principales causas de enfermedades generales)**

<i>Causas</i>	1999 2000	2000 2001	2001 2002
<i>Infecciones respiratorias agudas</i>	239	20	189
<i>Picadura alacrán</i>	46	4	30
<i>Parasitosis</i>	27	11	42
<i>Accidentes</i>	24	2	25
<i>Infecciones gastro-intestinales</i>	3	0	21
<i>Otitis media</i>	2	0	10
<i>Quemaduras</i>	1	0	1
<i>Displasias</i>	1	8	0
<i>Infecciones urinarias</i>	0	0	15
<b><i>TOTAL</i></b>			<b>341</b>

**Fuente: SSA de Xoyatla – Censo epidemiológico 2002**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cabe mencionar que con respecto a los datos de morbilidad en Xoyatla, han surgido de las entrevistas efectuadas durante la investigación algunas enfermedades, como la epilepsia, que no aparecen en los censos redactados por los médicos de la unidad sanitaria de la comunidad, tal como se puede apreciar en la Tabla que sigue, la n. 14 comparada con las Tablas n. 9, 10, 11, 12 y 13 redactadas por la SSA de Xoyatla.

La que sigue representa una aproximación epidemiológica sobre los padecimientos según los xoyatecos durante el año 2001-2002.

**Tabla n. 14**

***Principales causas de morbilidad según los xoyatecos en 2001-2002***

ATAQUES (EPILEPSIA)
AZÚCAR (diabetes mellitus)
PRESIÓN (hipertensión arterial)
PICADURA DE ALACRÁN
BILIS
DIARREA

**Fuente oral – epidemiología sociocultural 2002**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Por lo que concierne los datos de mortalidad en Xoyatla, puedo afirmar que los que aparecen son bastante aleatorios como se puede también notar en las tablas que siguen, la n. 15, 16 y 17. Esta aleatoriedad es debida a que los doctores con que me entrevisté confirmaron no saber con exactitud las causas de muerte de los xoyatecos, pero que para terminar los registros para la jurisdicción recopilaban informaciones de los datos epidemiológicos de los años anteriores.

Los datos de mortalidad de la clínica SSA de Xoyatla del año 2001-2002, todavía no los he podido encontrar porque ausentes del censo, pero lo que pude lograr con la investigación fueron algunas principales causas de muerte según los xoyatecos, es decir la mortalidad sociocultural, como se puede apreciar en la Tabla n. 18. El análisis se posibilita, entonces, a partir del primer factor presente en la Tabla n. 18, y en la Tabla n. 14. La epilepsia aparece como factor principal, a nivel de enfermedades más difundidas y como causa de muerte más frecuente en Xoyatla; como evidencié es muy singular el hecho que no aparezca como factor de morbi-mortalidad en ningún censo redactados por los doctores de Xoyatla. La epilepsia es concebida por los médicos de la clínica, como una enfermedad netamente ausente en el pueblo. Por lo contrario, como señalaré más detenidamente en el último capítulo, es muy difundida de particular manera entre las mujeres y niños.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Tabla n. 15**

***Mortalidad general de Xoyatla en 1992***

Causa	M	F	TOTAL	TASA
I. Enfermedad infecciosa y parasitosis	01	00	01	5.5
II. Tumores	01	00	01	5.5
III. Enfermedades de la glándula endocrina de la nutrición y trastornos de la inmunidad				
IV. Enfermedades de la sangre				
V. Trastornos mentales				
VI. Enfermedades del sistema nervoso y órganos de los sentidos				
VII. Enfermedades del aparato circulatorio	02	00	02	11.1
VIII. Enfermedades del aparato digestivo				
IX. Enfermedades del aparato respiratorio				
X. Enfermedades del aparato genito - urinario				
XI. Complicaciones del embarazo parto y puerperio				
XII. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo				
XIII. Enfermedades del sistema óseo muscular y tejido conjuntivo				
XIV. Anomalías congénitas				
XV. Afecciones originadas en el P.F.				
XVI. Estados morbosos signos y síntomas	01	00	01	5.5
TOTAL	04	00	04	22.2

**Fuente: registro civil base poblacional: 1800 habitantes**

**Tabla n. 16**  
***Mortalidad general de Xoyatla en 1993***

Causa	M	F	TOTAL	TASA
I. Enfermedad infecciosa y parasitosis	01	00	01	5.5
II. Tumores	00	01	01	5.5
III. Enfermedades de la glándula endocrina de la nutrición y trastornos de la inmunidad				
IV. Enfermedades de la sangre				
V. Trastornos mentales				
VI. Enfermedades del sistema nervoso y órganos de los sentidos				
VII. Enfermedades del aparato circulatorio	01	01	02	11.1
VIII. Enfermedades del aparato digestivo				
IX. Enfermedades del aparato respiratorio				
X. Enfermedades del aparato genito - urinario				
XI. Complicaciones del embarazo parto y puerperio				
XII. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo				
XIII. Enfermedades del sistema óseo muscular y tejido conjuntivo				
XIV. Anomalías congénitas				
XV. Afecciones originadas en el P.F.				
XVI. Estados morbosos signos y síntomas	00	01	01	5.5
XVII. Traumatismo	01	00	01	5.5
TOTAL	03	03	06	33.3

**Fuente: registro civil base poblacional: 1800 habitantes**

**Tabla n. 17**  
**Mortalidad general de Xoyatla en 1994**

Causa	M	F	TOTAL	TASA
I. Enfermedad infecciosa y parasitosis				
II. Tumores				
III. Enfermedades de la glándula endocrina de la nutrición y trastornos de la inmunidad				
IV. Enfermedades de la sangre				
V. Trastornos mentales				
VI. Enfermedades del sistema nervoso y órganos de los sentidos				
VII. Enfermedades del aparato circulatorio	01	01	02	11.1
VIII. Enfermedades del aparato digestivo				
IX. Enfermedades del aparato respiratorio	01	01	02	11.1
X. Enfermedades del aparato genito - urinario				
XI. Complicaciones del embarazo parto y puerperio				
XII. Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo				
XIII. Enfermedades del sistema óseo muscular y tejido conjuntivo				
XIV. Anomalías congénitas				
XV. Afecciones originadas en el P.F.				
XVI. Estados morbosos signos y síntomas	01	00	01	5.5
XVII. Traumatismo				
TOTAL	03	02	05	27.7

**Fuente: registro civil base poblacional: 1800 habitantes**

**Tabla n. 18**

*Principales causas de mortalidad según los xoyatecos en 2001-2002*

EPILEPSIA
PICADURA DE ALACRÁN
BILIS
DIARREA

**Fuente oral – epidemiología sociocultural 2002**

## *II.5 Comentarios finales del capítulo*

Es importante hacer unas reflexiones inherentes a los datos que expuse.

La unidad sanitaria, la SSA, de Xoyatla es un pequeño centro hospitalario en donde cada año residen y se alternan médicos para llevar a cabo su servicio social. Este último periodo antes de efectuar el examen para tomar el grado de doctores, lo pasan propiamente en Xoyatla, contexto que la mayoría de las veces resulta ser muy hostil para ellos. La hostilidad representada por el pueblo, no es debida a la gente sino a la lejanía de la comunidad con respecto a la cabecera municipal, a los pocos transportes presentes, a los horarios de estos últimos, poco flexibles y a la falta de la línea telefónica en la clínica.

Como ya he señalado esto fue el primer año en que la actual doctora ha manifestado un mayor interés para la comunidad, no solamente llevando a cabo un censo ulteriormente inherente a la realidad del pueblo con respecto a los que lo han precedido, sino también siendo más presente en la clínica durante todos los días de la semana, mientras los doctores anteriores, a escondida de la jurisdicción, se ausentaban mucho.

Esta flexibilidad por parte de la nueva doctora ha llevado el pueblo a poder tomar en consideración, abiertamente, las propias medidas médico-terapéuticas tradicionales, compartiendo con la doctora tales remedios y a utilizar indistintamente también la medicina alópata. El uso de los dos modelos terapéuticos tradicionales antes de llegar la actual doctora no era aceptado por los médicos, que no permitían a los pacientes xoyatecos de tomar (o de admitir de tomar) remedios otorgados por curanderos.

En el capítulo que sigue evidenciaré el encuentro de las dos medidas médico-terapéuticas y de cómo del encuentro de las dos se ha construido el concepto de locura.

### III. La locura xoyateca

*Las enfermedades mentales son como las flores del mal, que nos dejan perplejos en cuanto a su nacimiento, naturaleza y diversidad.*

*Henry Ey*

Tal vez lo que ocurre cuando se empieza un proceso de investigación, es que se inicia una búsqueda bien determinada, aunque no explícita y que después se lleva a cabo con otros resultados, por lo menos diferentes a los que se imaginaba; porque siempre se imagina, se quiera o no, aún pensando objetivizar lo subjetivo.

Haciendo referencia al reto establecido en el capítulo primero, es decir, el dejar a la otredad la última palabra sobre su trastorno mental, me tomé la tarea de considerar, además de una otredad xoyateca actual, los rasgos ideológicos de la salud-enfermedad pertenecientes a la antigua sabiduría nahua. Pude analizar como se construía la locura con el auxilio de los elementos de este pasado todavía presente y de un presente que de tal pasado se sigue alimentando.

Me parece de fundamental importancia explicar los senderos que partiendo de la locura (loco-allocado) me han llevado a tomar en consideración antes la epilepsia (ataques) y después su causa que, en los casos analizados en este pueblo, es representada por el susto (mamauhilitzli).<sup>175</sup>

---

<sup>175</sup> Dr. Leopoldo Valiñas, información personal.

### ***III.1 Hablando de categorías conceptuales biomédicas y de la medicina tradicional***

Es importante evidenciar que entre los objetivos de la investigación no cabe la de encontrar la adecuada analogía del susto en las significaciones biomédicas, dejando de tal manera a un lado el enfoque xoyateco de las enfermedades que lamentan y, que es igualmente importante pensar que no estoy tratando necesariamente con una comunidad carente del mismo concepto de enfermedad perteneciente a la medicina alópata.

En Xoyatla, como en otras comunidades indígenas, es necesario alejarse del pensamiento reductivo que pretende encontrar elementos, concepciones, visiones e interpretaciones puras y estáticas, sino que tales factores se tienen que concebir como un sistema dinámico de componentes propios y ajenos que conforman lo que Guillermo Bonfil Batalla llamaba la cultura propia,<sup>176</sup> es decir todos los elementos que una determinada cultura tiene la capacidad de interiorizar y de permitirse ser parte de ella, independientemente de su proveniencia. Esto vale también para el factor salud-enfermedad.

Así, se puede afirmar que, las categorías mencionadas, la locura, el susto o la epilepsia, son fruto de modelos cognoscitivos que la misma comunidad me ha proporcionado y que no representan una traducción hacia los códigos biomédicos, tal como he señalado en el capítulo primero.

De igual manera se cree importante plantear los enfoques teóricos que han sustentado las perspectivas aquí expuestas y sistematizadas.

Antes de analizar las razones de tales categorías conceptuales es importante tomar en consideración una de ellas, el susto, únicamente para aclarar la manera en que se posibilita el análisis a través de sus significaciones, y la manera en que tales significaciones permiten entender la construcción de la locura en Xoyatla. En esta investigación se hará referencia indistintamente a las

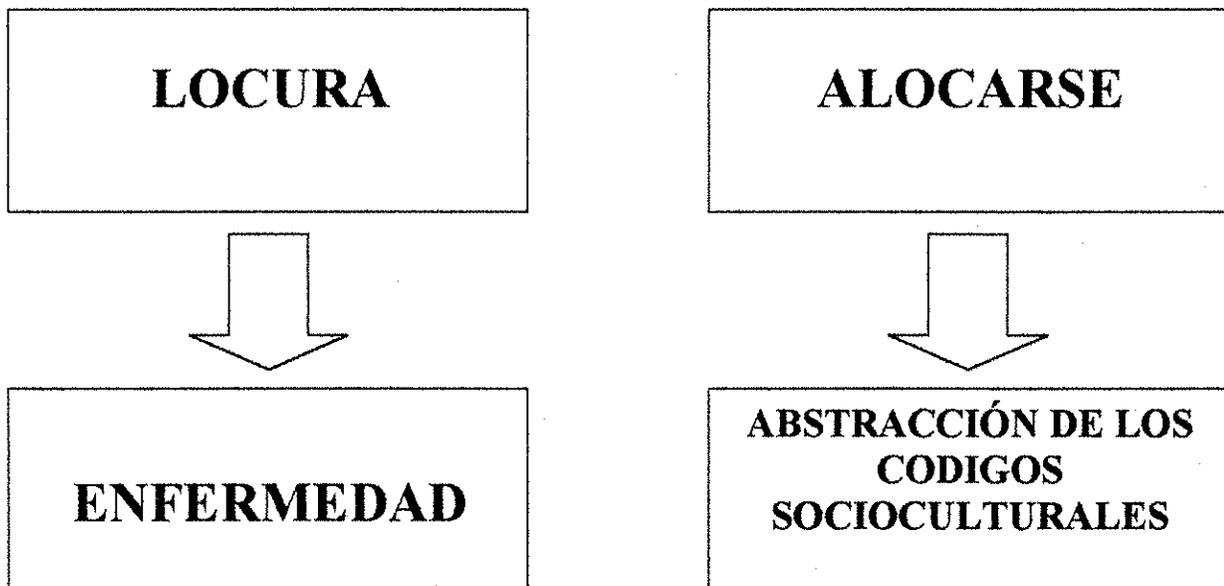
---

<sup>176</sup> Guillermo Bonfil Batalla, "Lo propio y lo ajeno. Una aproximación al problema del control cultural", *op. cit.*, p. 49.

categorías explicativas de susto y de espanto, siguiendo las dinámicas de la lógica xoyateca, en la cual se conciben como sinónimos.

La razón principal que me ha llevado a desarrollar un análisis que posibilitara el estudio sistemático de los factores mencionados, es que la locura, el susto y la epilepsia en Xoyatla se presentan como factores insertados en un proceso retroalimentativo, es decir que uno reenvía al otro, aunque quiero evidenciar que el factor del que parto para la investigación es precisamente el de la locura.

Fig. 1.



De la misma manera quiero subrayar que estamos frente a una situación de subordinación al susto por parte de las crisis comiciales o epilépticas<sup>177</sup> y de la locura, en cuanto causa irreversible, en la eventualidad de que fuese contraída por leche materna, y si el primero provoca una locura que se manifiesta como enfermedad mental (de la cabeza).

Quién ha padecido un espanto se puede volver loco y desarrollar crisis comiciales o probablemente se pueden presentar estas últimas, y no la locura, pero ser igualmente considerado *enfermo del cerebro*, porque la epilepsia en sí misma es considerada una enfermedad que afecta al órgano cerebral.

Así como se especificó por el espanto, se plantea una primera diferencia en las tramas de una similitud, pero no de la igualdad, entre la *locura* como enfermedad y la situación de *alocarse*, que representa una abstracción de los códigos socioculturales en los que se posibilita y que no se inserta en las concepciones construidas alrededor de las significaciones de la enfermedad biomédica.

El loco (enfermo) es quién sufrió un espanto, el alocado no padeció de traumas y por ende no se considera como un enfermo, siendo el susto el que provoca cierto tipo de locura, pero no de alocamiento.

Es a partir de esta perspectiva que he planteado el análisis de la locura en Xoyatla, concentrándome en esta “enfermedad” provocada por un susto, que comprende como consecuencia, además de la locura misma, también a las crisis epilépticas. Además tomo en consideración también al *status* del alocamiento, que como señalé, no depende del susto y por lo tanto no incluye tampoco las crisis epilépticas.

Es importante subrayar que la locura, en las categorías ideológicas de los nahuas xoyatecos, tiene su ubicación en el cerebro como agente dañino, en la zona cervical, mientras la concepción del

---

<sup>177</sup> Las crisis epilépticas aparecen también como crisis comiciales o mal comicial. Pedro de Horta, *Informe médico moral de la penosísima y rigurosa enfermedad de la epilepsia*, Madrid, editor Domingo Fernández, 1763, 284 p.

alocado abarca todo el cuerpo, y por ende no se conforma con los límites impuestos conceptual y discursivamente a la primera.

En las primeras entrevistas, efectuadas para averiguar la presencia de los trastornos mentales, se me mencionó el caso del joven A., que trataré más adelante, quien es definido en Xoyatla como un loco (porque corría mucho y rompía el dinero), como un enfermo *de la cabeza* y sobre todo “asustado” por la muerte de su padre, motivación por la cual según los códigos locales, desarrolló los que se llaman *ataques*. A partir de la profundización en este primer dato transcurrió un año hasta enfrentarme con los otros cuatro que he decidido analizar específicamente, y con todos los tomados en consideración durante la investigación llevada a cabo en Xoyatla.

La elección de las personas elegidas como representativas del pueblo no ha sido casual. Me he basado en los casos de locura, susto y epilepsia desarrollados a la misma edad, con la misma frecuencia, y en los cuales las crisis epilépticas aparecieron inmediatamente después del susto padecido. Cabe mencionar, en una investigación de Rubel, Collado y O’Neill sobre el susto,<sup>178</sup> la importancia que se atribuye a los tiempos de incubación de la patología: “el tiempo que transcurriría entre el contacto con una persona infectada por espanto y el principio de los síntomas”.<sup>179</sup> Los autores plantean la historia de una mujer con un tumor uterino que lamentó su enfermedad a causa de un susto ocurrido 30 años antes, y otra mujer que, después haber caído de un burro, desarrolló los síntomas de espanto después de un año.<sup>180</sup>

Es importante subrayar la masiva presencia de crisis comiciales en el pueblo y, que todos los individuos que la padecen la han contraído desde los primeros años de su vida hasta la adolescencia; ninguno de ellos muestra crisis presentadas en edad adulta.

---

<sup>178</sup> Arthur J. Rubel, Collado Ardon Rolando, O’Neill Carl W., *Susto. Una enfermedad popular*, México, Fondo de Cultura Económica, 1995, pp. 79-80

<sup>179</sup> *Ibidem*.

<sup>180</sup> *Ibidem*, p. 79.

He contado veinte casos, de los cuales solamente uno aparece en los antecedentes clínicos de la unidad sanitaria de la comunidad. Un primero acercamiento ha sido posible con diecisiete familiares, compadres y comadres, cuyos papeles se entretajan en las ramas de parentesco xoyateco, que permitieron una aproximación a quienes están afectados; además he profundizado en cuatro historias que se desenvuelven en vicisitudes del espanto, de crisis convulsivas y de locuras, principalmente en estas últimas.

Los casos que han sido propuestos para el análisis reconocen y aceptan el diagnóstico efectuado por los curanderos (susto) y por los médicos alópatas (epilepsia) y se trata en todas ellas de personas que acuden de la misma manera a la biomedicina, así como a la medicina tradicional, utilizando los dos sistemas médico-terapéuticos. Se han tomado en consideración a tres mujeres y a un hombre; éste último es el único caso encontrado en Xoyatla de un hombre cuyos *ataques* aparecieron a causa de un susto. Es interesante señalar que solamente él, de las otras cuatro personas analizadas, ha sido considerado loco y enfermo por la comunidad. Este factor lleva a considerar al joven A. como un ejemplo relevante porque, como he mencionado, la locura y la enfermedad no son conceptos congruentes el uno con el otro, sino que se trata de conceptos que determinan la diferencia entre el loco y el alocado.

La segunda razón de la que me he servido para llegar a la construcción y la interpretación de la locura, del susto y la epilepsia, ha sido la consideración de esta última por la biomedicina como una enfermedad neurológica con rasgos psicopatológicos en la mayoría de los casos, entonces, si me hubiera enfrentado a la locura sólo desde el punto de vista de las categorías explicativas alópatas, dejando a un lado las conceptuales tradicionales, hubiera afirmado que un tipo de trastorno mental en Xoyatla son las crisis comiciales, siendo el equivalente de la enfermedad neuropsiquiátrica en los contenidos biomédicos. Pero finalmente la investigación se dirige a un análisis donde se posibilitan las dos perspectivas.

En relación de lo que he expuesto hasta ahora, queda claro o por lo menos subjetivamente evidenciado, que la comprensión de un sistema médico no excluye necesariamente la de otro sino

que los dos se pueden complementar, como ocurre en este pueblo. No se trata en este caso de hablar de un complejo médico paralelo, porque evidenciar el paralelismo podría significar añadir lo tradicional a lo biomédico. Por esta razón considero más correcto definir la coexistencia de dos sistemas médicos terapéuticos.

Otro factor por el cual he tomado en cuenta tales agentes, ha sido que según las razones nahuas xoyatecas, la locura, el susto y la epilepsia, son enfermedades que se cree que afectan al corazón y al cerebro desde el punto de vista tradicional, y sólo al cerebro desde la biomedicina. En el pueblo de Xoyatla se reconocen ambos factores y se aceptan las dos medidas médico-terapéuticas.

Con este planteamiento se explicita que la concepción que se tiene en este pueblo de las dos enfermedades, (haciendo aquí referencia a una locura enferma) y del susto, que en este caso es concebido como la etiología de una enfermedad, se acerca a los cánones de significación de la medicina alópata y de la medicina tradicional y que prescindiendo de los códigos biomédicos, nunca se hubiera posibilitado un acercamiento a la riqueza epistemológica inherente a los conceptos de trastorno mental. Considero no haber desvirtuado o desnaturalizado el contenido ideológico de la medicina popular,<sup>181</sup> cuando esto no se puede considerar un paradigma estático y cerrado a estímulos teóricos "externos" y biomédicos, hablando de susto y de la enfermedad que provoca en Xoyatla: *los ataques*.

Lejos de querer representar una ecuación simplista de susto que corresponde a las crisis epilépticas, pretendo abarcar las dos categorías ideológico-conceptuales y sus contenidos, para que se posibilite una lectura antropológica de los mismos.

La dificultad que reside en el planteamiento de investigaciones multidisciplinarias, como en este caso, nace con la decisión de tomar en cuenta las categorizaciones teórico-metodológicas con más de una perspectiva de análisis, y esta misma dificultad se halla en poder utilizar tales

---

<sup>181</sup> Néstor Homero Palma y Torres Vildoza Graciela, "Propuesta de un criterio antropológico para una sistematización de las componentes 'teóricas' de la medicina popular, a propósito de la enfermedad del susto", *Relaciones*, Buenos Aires, Sociedad Argentina de Antropología, 1974, p. 164.

categorizaciones sin necesariamente inscribirse radicalmente en una u otra sin escoger, sino permitiéndose el análisis y la interpretación a partir de varias posiciones. Esta postura permite un alejamiento del reduccionismo, que concede una sola perspectiva a la vez, y posibilita un análisis dinámico con mayores elementos de discusión.

En esta investigación ha sido importante tratar de abstraerme de las generalizaciones derivadas de una perspectiva unidireccional y de sus códigos discursivos, como por ejemplo hubiera ocurrido limitándome a los prestamos de conceptos nosológicos biomédicos, o meramente médico-tradicionales, para explicar los que llamamos trastornos mentales, que quise llamar locura para abstraerme de parecidas definiciones deterministas, que los antiguos nahuas llamaban pérdida del *tonalli* y que los nahuas xoyatecas definen como pérdida de la *sombra*. También ha sido de gran importancia esta perspectiva para interpretar una enfermedad que es la directa consecuencia de la pérdida de la *sombra* y/o del *tonalli* o de la actual alma cristiana que se llama *susto* y que la perspectiva biomédica concibe como *epilepsia*, mientras que en el suroeste del estado de Puebla se define, pluralizándola, *ataques*.

Por razones que se podrían considerar de orden logístico este capítulo será dividido en varias secciones, que concebí indispensables para no perderse en la magnitud de las fuentes a las que me enfrenté durante la investigación. Los límites de los senderos por los que se están encaminando toman siempre parte del mismo orden logístico o personal ya mencionado. Decidir cual es parte de uno o cual la del otro no tiene mucha importancia, por lo que los dos encajan en las razones subjetivas de quien les está conduciendo en este viaje, entre las enfermedades culturales.

He tratado de dividir el material en tres partes: la sección de la locura, la del susto y la sección de la epilepsia. De manera particular he sentido la necesidad de fragmentar, aunque sólo fuera por una vez, las concepciones tradicionales de las concepciones biomédicas inherentes a la enfermedad de la epilepsia. El análisis del susto se inscribe hoy, solamente en la perspectiva tradicional por el hecho de que la medicina alópata desde algunos siglos ha decidido excluirlo de sus saberes.

Me parece importante subrayar que la perspectiva de la que parto representa un acercamiento a las que llamamos *síndromes culturales* y, por ende, de sistemas médico-terapéuticos tradicionales. Esto no significa alejarse totalmente del paradigma biomédico, sino tomarlo en consideración para que se posibilite un análisis en ambos los sentidos. Es muy difícil hablar de categorías explicativas que no pertenecen al panorama alópata sin mencionarlas, con los códigos propios de este mismo sistema y tratándose, por tanto, de un trabajo “esencialmente” comparativo, hice referencia a las dinámicas biomédicas y a su lenguaje, para facilitar un análisis mayormente comprensible. En los casos en que dichas concepciones no posibilitan la traducción y se pueden textualizar y contextualizar sólo a la luz de su ámbito, no serán utilizados. Este es el caso del susto.

Adentrándome en las dinámicas del susto o espanto, que en Xoyatla se consideran como sinónimos, he tomado en consideración varios factores. En primer lugar su concepción y construcción, aunque sólo en lo que es inherente a la epilepsia. Eso significa que las categorías etiológicas del susto, aquí analizadas, serán las encontradas durante la investigación y que se han manifestado por contingencias naturales y no por el encuentro con entidades extrahumanas, ni por fenómenos de orden mágico o psicológico (alteraciones psicósomáticas).

Foster<sup>182</sup> planteó que existe una creencia inherente a las experiencias emotivas fuertes, que conducen al individuo a presentar una perturbación de la conducta, evidenciando así la importancia del lado psicoemocional y de sus consecuencias de la conducta. En este caso no se tomará en consideración el elemento psicósomático porque el análisis de las historias de vida me ha llevado hacia senderos neuropsiquiátricos, de una epilepsia que presenta en casi todos los casos lesiones orgánicas. Me hubiera podido enfrentar a un viaje teórico en el campo de la psiconeuroinmunología, para determinar la influencia de la psique sobre el soma, pero he preferido no adentrarme en éstos porque necesitarían de un espacio adecuado y más amplio para su planteamiento, análisis y comprensión.

---

<sup>182</sup> Isabel Lagarriga Attias, “Caracterización etnopsiquiátrica de la enfermedad mental en México”, *Historia de la salud en México*, México, INAH, 1996, p. 297. (Serie Antropología Social)

Los casos de espanto en los que haré hincapié serán: por muerte de un pariente cercano y transmitido por la leche materna, por trauma craneal y pasado por coraje materno al niño. No tomaré en cuenta el diagnóstico en su totalidad ni el aspecto terapéutico de todos los casos, ni a nivel biomédico ni a nivel propiamente tradicional, únicamente algunas menciones, que por cuestiones temporales no he podido analizar con detenimiento.

He creído fundamental una larga introducción en el área de la psiconeurología para abordar el “mal comicial”, y de particular manera para poderlo relacionar con los casos encontrados en el área tomada en consideración, y entender que tipo de enfermedad estoy abarcando.

En esta tabla, que pretende tener la funcionalidad de un mapa, es posible identificar el camino en que nos estamos adentrando.

LOCURA	EPILEPSIA  (Solamente en relación a la locura en Xoyatla)	SUSTO  (Solamente en relación a la locura en Xoyatla)
HISTORICA-BIOMEDICA TRADICIONAL ORGÁNICA	HISTORICA-BIOMEDICA TRADICIONAL NEUROLÓGICA PSIQUIÁTRICA	HISTORICO-BIOMEDICO TRADICIONAL ORGÁNICO ETNOGRÁFICO

### *III.2 Locura, locos y alocados xoyatecos*

Aunque he afirmado en repetidas ocasiones que las hipótesis en un trabajo no hacen más que incrementar la dosis del tan criticado y obsoleto término “etnocentrismo”, porque determinan lo que se hallará, fundamentalmente esta investigación es fruto de hipótesis latentes, no textualizadas, efímeras quizá, pero a la búsqueda de “La Locura”, y de particular manera de la locura xoyateca.

Después de un año de trabajo en este pueblo, tal hipótesis tuvo que mirar en la cara otros factores que llegaban a categorizarla, es decir: a las crisis epilépticas y al susto. Veremos más adelante como estos tres elementos se van relacionando y encontrando su principio de realidad el uno en el otro, por parte de la biomedicina y de la medicina tradicional.

Pero será el caso de seguir las etapas discursivas de un orden lógico compartido, con el fin de una recíproca comprensión.

El caso que sigue representó la apertura hacia el entendimiento de la locura y los alocados en Xoyatla.

C. es una muchacha morena de 16 años; la entrevisté en la clínica del pueblo, mientras sustituía a su hermano, ya residente en Estados Unidos, en el quehacer del comité de salud de la comunidad.<sup>183</sup> Nunca se levantó de la silla en la que estaba sentada, razón por la cual, en esta primera ocasión, no pude observarla por completo, pero su constitución física era algo delgada. Noté la timidez cuando llegaron (la promotora de salud de Atlixco) y doña M.; se ruborizó y terminó de hablarme de su vida; sólo cuando se alejaron continuó la narración.

En el momento de la inspiración no paraba de hablar, era imposible no darse cuenta, pero no pensé atribuirlo a nada; quizá a la timidez. Cuando ocurría me observaba profundamente como para ver si yo me estaba dando cuenta.

---

<sup>183</sup> Para mayor información inherente al comité de salud de Xoyatla véase el segundo capítulo.

C. siguió diciéndome que estaba mal, que sufría de algo que no conocía.

Empezó a contarme que pesaba 56 Kg y que estaba gorda. Me explica que ahora está mejor, pero que estuvo muy mal: *Me desmayaba todos los días, desde cuando terminó la escuela (...) pesaba yo hasta 32 Kg.* Al preguntarle por qué, me dice que no come, que no tiene hambre y que cuando lo hace la mayoría de las veces se siente mal. *Me cae mal la comida; me siento sola.*

Eran once hermanos; tres han muertos y ella es la cuarta por edad.

*He tenido que abandonar la escuela, me dice, por trabajo.*

Se siente mal desde que terminó la escuela secundaria, desde que no ve mas a sus amigas, *antes comía siempre con ellas, ahora también si mi mamá me deja la comida (...) no puedo, me cae mal.* Dice que se siente mal también desde que sus hermanas y hermanos han partido para los Estados Unidos y ella es la última que permanece con sus padres en Xoyatla.

Mientras me hablaba de sus problemas alimentarios noto que empieza a comer las galletas que le había ofrecido al inicio de la conversación. Tomaba tres a la vez y las llevaba a la boca con toda tranquilidad, hasta que empezó a contarme de sus ayunos, dejó de comer. Le dije que terminara por lo menos estas y ella sin comentar nada, me sonrió haciéndolo.

Dijo de tener una pareja de tíos que viven en el D.F., y que hubiera querido ir con ellos para terminar sus estudios, pero no lo hizo. Las razones que me comentó han sido varias: la primera es que la ciudad le parecía demasiado peligrosa, y que además sus hermanos no querían que ella se mudara; los padres la hubieran apoyado, pero al final se quedó en el pueblo.

Cuando mis preguntas se hicieron un poco más específicas, con respecto a su estado de salud C. me interrumpió diciéndome que, además de todo lo que me había dicho, me tenía que explicar una cosa, y es que el pueblo la considera como una loca.

Me explicó que enseña catecismo a los niños y que por el contrario los padres no le agradecen su ayuda. Subraya que *son ingratos*, hablándome de las comuniones del 15 de agosto 2001, y de los problemas con los padres de los niños por la decoración floral que resultó ser demasiado cara y de la cual se encargaron todas las catequistas incluida ella. Esto provocó varios

problemas que encontraron su resolución en una pelea que se resolvió con la compra de las flores por los mismos familiares. Estos hechos, incluyendo la razón por la cual más veces al mes se dirige a Izúcar de Matamoros con sus compañeras catequistas, con motivo de los retiros espirituales, es muy mal visto en el pueblo. La gente duda que C. vaya en realidad a los retiros y se le dice que *anda como loca*. Me habla de una catequista amiga suya, casada, que se quedó embarazada dos veces y las dos abortó espontáneamente. C. me comentó que la gente parece relacionar el hecho de que haya salido de la comunidad con sus abortos, razón por la cual se le llama loca a ella también.

Tras un periodo de cuatro meses encontré nuevamente a C. y tuve la posibilidad de quedarme más tiempo con ella.

Me habló de A., un joven de Xoyatla cuyo caso presentaré más adelante, diciéndome que él también estaba loco, *pero este, loco de verdad*.

La familia lo llevó con un curandero que dijo que le echaron mal de ojo. Se subía arriba de la casa, le daban dinero y lo rompía. Un loco es diferente de los otros. Cuando uno está loco se pelea mucho, hace muchas travesuras. También los locos jóvenes faltan de educación, los padres se pelean y no hacen caso a los hijos.

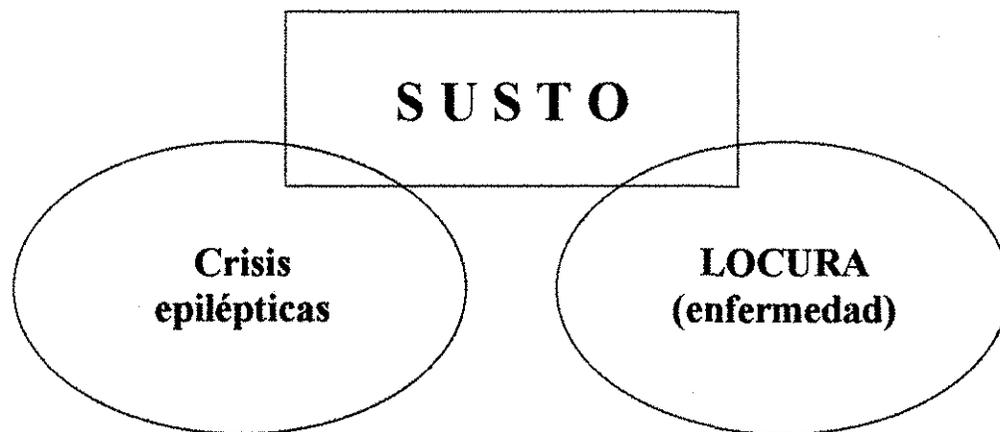
Don F., presidente del Comité de Salud, durante el año 2001, encargado del cuidado de la Clínica en Xoyatla, me menciona el mismo caso de *locura*. *Está malito de la mente por esto no hace maldades, le da la carrera, está como loquito, pero de enfermedad. Los locos se portan mal, dicen malas palabras, se pelean con otros niños, andan gritando. Los locos son los pandilleros, que escriben las paredes*. A mi pregunta de si están enfermos me dice que: *estos locos no están enfermos. Una vez entraron a la escuela y aventaron afuera los libros, los metieron a la cárcel*. Razón por la cual, desde entonces, los jefes de familia se alternan cada noche en el cuidado de la escuela, tele secundaria, que consta de aparatos muy costosos para la enseñanza.

Doña E. me dice que *los locos están mal de los nervios, de la cabeza, se le calienta la cabeza, así dicen*.

En estas afirmaciones se puede claramente distinguir, como he mencionado anteriormente, la diferencia concebida en Xoyatla entre una locura que se considera como enfermedad y los

alocados que a decir de C. son los que se vuelven locos, pero que a diferencia de los primeros no son considerados enfermos. Este último factor tiene una clara connotación sexual y se refiere sobre todo a las mujeres. En el caso de C. su *locura*, su *andar como loca*, es relacionado al hecho que una mujer no puede salir sola del pueblo, aunque esta ausencia de la comunidad sea justificada por razones como son en su caso, los retiros espirituales en Izúcar de Matamoros. Además muchas veces C. regresa a la comunidad acompañada por gente que no reside en esta, elemento que incrementa el juicio negativo sobre de ella, como mujer mala, fácil, en fin, como mujer loca.<sup>184</sup>

**Fig. 2**



El susto se presenta en Xoyatla como causa de la locura y de la epilepsia.

Desde la adquisición de estos datos, hasta el entendimiento del concepto de locura en Xoyatla, el paso ha sido fatigoso, pero aún con muchas dudas, se ha alcanzado una primera sistematización

<sup>184</sup> La asociación de la sexualidad con la locura no es “propia” solamente de la actualidad xoyateca, sino que rebasando los efímeros límites de la investigación tiene su referencia desde el final del siglo XV, cuando los hospitales, los espacios de exclusión, en que se acudían a los leprosos vienen ocupados por las enfermedades venéreas. Estas eran enfermedades que atentaban a la común moralidad, que juntas a la locura se abstraían al poder del médico y se integraban en un espacio de exclusión. Foucault, *Historia de la locura e la época clásica*, Vol. I, México, Fondo de Cultura Económica, 1988, pp. 18-19.

de la construcción e interpretación de esta generalización de varias patologías, es decir de la locura misma.

Aquí es importante mencionar una observación de Wittgenstein inherente a la locura y a su inscripción en la teoría sistémica.<sup>185</sup>

El filósofo hace notar cómo, desde la perspectiva sistémica, la locura no tiene capacidad de movimiento ni de voluntad porque, esta vez mencionando a François Laplantine, es la sociedad el sistema que prescribe como poder volverse loco, no el ser humano; “Nadie se vuelve loco como desea, la cultura lo ha previsto todo”.<sup>186</sup>

Fritz B. Simon instituye una interesante analogía entre el *loco* y el *malo*, “que es la pregunta que se plantea cuando una persona abandona el marco de las reglas “normales” y desconoce las leyes y los tabúes corrientes”,<sup>187</sup> y que en el caso xoyateco configura perfectamente una locura enferma, inculpable y orgánica, y una locura moral, culpable y ajena a la ubicación corporal.

Quién está loco puede ser como A., que es un *enfermito de la cabeza*, y que se porta diferente del resto del pueblo, que transgrede las reglas socioculturales, aún no queriéndolo hacer, como en el caso de C. que tenía razones aparentemente válidas para ausentarse de la comunidad y no cometer alguna falta, pero que sin alguna duda las cometía a los ojos de la gente del pueblo.

Es este el caso de otras mujeres como por ejemplo de B. madre soltera de 23 años. Madre soltera porque su esposo no quiso reconocer a la hija que tuvieron dentro del matrimonio, y la dejó en Xoyatla mientras él emigró a Estados Unidos con su nueva pareja. B., para los Xoyatecos es una *loca*, una *alocada*, por su situación familiar, por tener una hija y haber sido abandonada y porque su hija no lleva el apellido paterno. Pero no representa una loca enferma, sino una “mala mujer”, una mujer que es considerada así por romper los esquemas socioculturales. Según ella los locos son

---

<sup>185</sup> Fritz B., *op. cit.*, p. 75.

<sup>186</sup> François Laplantine, *La etnopsiquiatría, Una nueva disciplina. Síntesis de conceptos fundamentales de la psiquiatría, la etnología, la antropología y el psicoanálisis*, *op. cit.*, p. 65.

<sup>187</sup> Fritz B., *op. cit.*, p. 70.

*personas negativas, es quién se porta raro, diferente de todos los otros.* Por supuesto que ella no se incluye en la categoría, aunque sepa lo que el pueblo comenta. De la misma manera, tiene conciencia de que será muy difícil encontrar otra pareja, un padre para su niña, por la misma razón de su hipotética locura.

En una entrevista efectuada en mes de diciembre del 2001 me explicaba que: *ya soy demasiado grande para los chavos de Xoyatla, que todos se agarran una pequeña, de 14-15 años.* Me habló de una pseudo relación que tiene con un hombre casado y que a pesar de vivir en Estados Unidos la llama por teléfono. Cabe subrayar que en la comunidad hay sólo unos cuantos teléfonos ubicados en algunas tiendas y que todo el pueblo recibe sus llamadas en dichas casetas. Para poderlas recibir se utiliza un micrófono que se oye por toda el área de la comunidad, gritando los nombres del emisor y del receptor. Una vez la esposa de este señor que telefonaba a B. se enteró de tales llamadas, y él para defenderse a los ojos de su compañera acusó a B. de ser una *loca* que lo va persiguiendo, cosa esta de la que la primera se enteró, aunque no especifica como y por parte de quién.

La locura en Xoyatla no aparece como una vulgarización de conceptos psiquiátricos, como se utiliza comúnmente en otros contextos socioculturales.<sup>188</sup> Ésta, en sociedades que se insertan principalmente en la realidad biomédica es una modalidad atípica de conducta que no depende directamente de la persona, sino que se considera el “resultado de estructuras, funciones y procesos que se apartan de la norma biológica o psicológica”.<sup>189</sup>

En Santa María de la Encarnación Xoyatla estar loco corresponde a una enfermedad de la cabeza, y se verifica cuando se calienta el cerebro y se pierde la razón y, en segunda opción concierne a la situación de alocado, que es diferente aunque se pueda confundir. En el Códice

---

<sup>188</sup> Hablando de “otros contextos” sería reductivo hacer referencia sólo a sociedades occidentales, porque estar inscritos en este marco no es garantía de concepciones uniformes de trastornos mentales, ni de versiones popularizantes en su uso, así como otras sociedades indígenas no son garantía de interpretaciones diferentes, de la biomédica, de trastornos mentales y de las facetas que asume la locura en el ámbito verbal y conceptual.

<sup>189</sup> Fritz B., *op. cit.*, p. 70.

Florentino aparecen varias referencias principalmente a las mujeres alocadas. “La mujer que es mala es muy loca; incorregible, torpe, desvergonzada, que fácilmente se enfrenta y deshonra a su linaje (...) y la que es mala es mal acondicionada, alocada y precipitada en todo<sup>190</sup> [...] la hija mala o bellaca, es mala de su cuerpo, disoluta, loca [...]”<sup>191</sup>

Ocurrió en el pasado agosto 2001, que en la búsqueda de la locura, de los trastornos mentales, me encontré con la enfermedad de la epilepsia y su causa: el susto.

En una entrevista a Doña E. mientras tejía un petate en su turno del cuidado de la clínica de Xoyatla, como miembro del comité de salud para el 2001, hablándome de la locura, hizo referencia al joven A. (ya mencionado por C.) que a decir de todo el pueblo está enfermo de la cabeza, del cerebro.

La asociación locura-enfermedad no fue establecida después de una pregunta mía, sino a causa de que el concepto de locura, como enfermedad, es parte de los códigos socioculturales xoyatecos, aunque no sea común a todos. Es importante hacer unas consideraciones sobre tales códigos.

Los xoyatecos son un pueblo que se tiene que abstraer del concepto de estaticidad o de cultura cerrada, con elementos culturales propios en el sentido de puros. Xoyatla es una comunidad abierta, con un muy vasto movimiento migratorio pasivo hacia Estados Unidos y con las figuras femeninas como sostenedoras de gran parte de la economía familiar gracias a la producción y a la venta de petates y de tenates a los mercados de las provincias cercanas de Tepeojuma y Atlixco.<sup>192</sup> De la misma manera por lo que atañe a la medicina, son un pueblo que no se contenta con un primer diagnóstico ni tradicional ni biomédico. Habitualmente acuden a ambos a la vez o alternándolos, dependiendo de su funcionalidad y sobre todo de la gravedad de la urgencia. Esto los lleva a tener

---

<sup>190</sup> Bernardino de Sahagún, *Códice Florentino*, ed. Facsimilar, 3 Vol., Tomo II, libro X, cap. 13, México, Secretaría de Gobernación, editorial Giunti Barbera, 1969, pp. 34-35, fojas 29-33.

<sup>191</sup> *Ibidem*, p. 4.

<sup>192</sup> Para una profundización del argumento véase el segundo capítulo.

mucho contacto con centros médicos particulares situados entre Atlixco, Izucar de Matamoros y Puebla, donde quien tiene más posibilidades económicas de acudir a tales recursos llega a una concepción de las enfermedades que se une a la que se inscribe en el pueblo y en su propia, considerando la variable subjetiva con que se individualizan las concepciones socioculturales.

Gran parte del pueblo desconfía bastante de la atención médica que proporciona la clínica situada en Xoyatla.

En varias entrevistas he notado que la atención médica depende en gran medida del médico pasante que cambia cada año, de él, de su disponibilidad más que de sus capacidades, cosa que no se pone en discusión, pero que adquiere una importancia secundaria en la medida en que se trata de poder ser escuchados y atendidos en el momento de necesidad.

Un buen médico es el que atiende siempre, a cualquier hora, el que responde a las necesidades del pueblo, el que receta lo que se le pide y proporciona sueros orales, de manera particular a los niños y a los alcohólicos. Por último es quien se encuentra siempre presente en las urgencias, (las picaduras de alacrán son muy frecuentes) quien no se aleja de la comunidad demasiadas veces en una semana porque el pueblo entero se quedaría sin atención y el centro médico más cercano se encuentra a 30 Km, alcanzable con una combi que parte del pueblo hacia la cabecera municipal de Tepeojuma cada hora, y finaliza su servicio a las 17.00 p.m.

Muchos xoyatecos de igual manera acuden a la clínica, (médico general) al médico particular y a los curanderos. En los casos hallados, como ya evidencié, se ha encontrado una afluencia particular hacia cuatro curanderas, tres residentes a Tepeojuma y otra en Puebla Esta última llega cada martes y cada jueves a la comunidad a visitar a sus pacientes y a proporcionarles las curas necesarias.<sup>193</sup>

Doña E. fue la primera persona que me permitió reflexionar sobre el trastorno “cerebral” del joven A. de quien se dice que *pierde mucho la memoria y (que) anda muy mal.*

---

<sup>193</sup> Para mayores informaciones inherentes a la atención médica a Xoyatla véase el segundo capítulo.

A los cuatro meses de distancia logré encontrarme con la mamá de este joven y entrevistarme con ella.

La madre, T. llega a la clínica con los tres hijos: A. de 15 años, R. de 13 y L. de 6 años. Comienza hablándome de su hijo A. porque me quería pedir "ayuda" para él.

*Empezó con dolores de cabeza, no podía respirar y tenía ataques.* Lo llevaron a Atlixco y fue curado con medicina naturista (jarabe de hierbas). Fue después internado a la clínica sur n.5 de San Juan Dios.

*Lo llevamos también a Puebla para curarlo de la cabeza. No maneja bien de su mente. Le dimos unas gotas; se le daban la noche y la mañana estaba bien. Ahora le doy la tarde. Perdió la memoria, se quería ir.*

Lo llevaron con un curandero de Izúcar de Matamoros,<sup>194</sup> le hizo una limpia y después de esta empezó a empeorar. Pedía tortillas y le quería pegar a la mamá, *pedía dinero y lo rompía*. El padrino que reside en Tepeojuma, les aconsejó de bañarlo con agua bendita, pero *no sirvió de nada*. Lo llevaron entonces a Atlixco para *encerrarlo* en un centro de alcohólicos en donde estuvo retenido por dos meses y medio. En este centro le dijeron a la madre que con las gotas administradas hasta entonces, el joven se ponía más nervioso. Me comenta la madre: *A lo mejor le hace mal.*

Es importante mencionar el hecho de que A. no fuese alcohólico pero algunos doctores particulares aconsejaron a los padres internarlo en el centro más cercano a la casa donde se posibilitaba un internamiento y sobre todo donde los padres lo podían visitar. Se trataba de la institución de alcohólicos de Atlixco.

Antes frecuentaba la secundaria pero no la terminó por la aparición de los síntomas, aunque faltaban solamente tres meses para finalizarla.

---

<sup>194</sup> Estoy haciendo referencia al municipio de Izúcar de Matamoros, aunque por fluidez de lectura utilizo sólo Matamoros.

Al preguntar a la madre si se acordaba de algo que pudiera ser la causa de que el niño empezara a estar mal, me contestó: *el niño tenía miedo, le tenía miedo de que la gente lo iba a pegar*, y al tratar de profundizar preguntas sobre este miedo, me comentó que creía que el niño pudiera estar asustado, pero después de habérselo preguntado más veces y no haber obtenido respuesta positiva, me comentó que no se imaginaba la causa, aunque creyera que pudiera ser espantado por algo.

La madre no me mencionó (lo hizo la doctora de la unidad sanitaria de Xoyatla) que los primeros síntomas aparecieron después de la muerte del padre de A.

En los expedientes médicos de A. se menciona una visita del 18 de octubre del 2001 y en el diagnóstico solamente aparece: *paciente en tratamiento psiquiátrico, se desconoce patología.*<sup>195</sup>

En una entrevista del 27 agosto 2001, Doña E. hablándome de A. me lo presentó como un niño que *perdía la memoria. A la escuela no contesta. Le pregunto a la mamá como siente, que le duele, pero ella no me dice, no más porque yo le pregunto, me dice que no le duele nada, pero dice que yo soy la mamá, lo veo como anda y eso es lo que yo veo por esto lo llevo a curar.*

Esta reacción de A. a la muerte del padre, el trauma emocional que padeció, me hizo reflexionar sobre muchos factores dando importancia a una causa desencadenante, un fenómeno que en Xoyatla se veía como *enfermedad de la cabeza* y que estaba estrictamente relacionado con la enfermedad identificada como *ataques*, es decir, las crisis epilépticas.

---

<sup>195</sup> El tratamiento psiquiátrico que se menciona corresponde al periodo de internamiento al centro para alcohólicos que he señalado anteriormente y ha sido planteado como tal por el censo poblacional del año 2001. Cabe mencionar que siendo un centro de alcohólicos no suministra tratamiento psiquiátrico a causa de la ausencia de especialistas. En este sentido el doctor ha afirmado la presencia del tratamiento psiquiátrico porque la gente se lo ha comentado de esta manera, pero realmente nunca visitó al joven que fue internado, y nunca pudo averiguar el tratamiento que se le suministró en dicho centro.

### III.2.1 Síndromes culturales

La temática de las enfermedades culturales es un punto muy controvertido, que merece la pena mencionar ahora que nos estamos acercando a significaciones complejas de la salud y de la enfermedad.

Ha sido abarcada por varias y diferentes disciplinas del área de las Ciencias Sociales y cada cual la ha tratado desde su campo en particular, lejos de una multidisciplinariedad con la que poderse permitir un análisis profundizado y multifacético de las enfermedades en cuestión, y de las problemáticas que estas desencadenan. Autores como Georges Devereux y François Laplantine, planteando una única estructura mental, psicológica, aunque admitiendo una diferencia en la manera en la que esta estructura se manifiesta por la influencia sociocultural a la que está expuesta, pusieron en evidencia la existencia de diferentes enfermedades culturales, pero todas como facetas de un mismo núcleo psíquico común.

El problema ha sido tratado desde varias perspectivas, una de las cuales ha sido la mencionada igualdad psíquica de la naturaleza humana y, por ende, la igualdad de enfermedades psíquicas aunque con categorizaciones diferentes. Es decir, cambia el *contenido superficial* pero no la forma, por el contrario lo que se pretende plantear es que se trata de un *contenido profundo* el que determina el cambio, aunque por supuesto, la forma se quede igual. Por *contenido superficial* se puede entender la manera de categorizar enfermedades, y *contenido profundo* se refiere al sentido mismo; a un nuevo contenido en el contenido y a una nueva forma en la forma, que a su vez son determinados por el ámbito sociocultural.

Una primera diferencia se tiene entonces que plantear entre la igualdad cerebral, mental, y la desigualdad psíquica. La mente, el cerebro se inscribe en la naturaleza, mientras que la psique se inscribe, como ya he señalado ampliamente en el capítulo primero, en la cultura, aunque es correcto notar que como evidencia Edgar Morin, “el hombre no está constituido por dos estratos

superpuestos, uno bionatural y uno psicosocial, [...] porque es evidente que cada hombre es una totalidad bio-psico-sociológica.”<sup>196</sup>

Muchas investigaciones se han debatido en la definición de los *síndromes* culturales y en lo que es inherente al susto de la misma manera se ha discutido mucho siendo un síndrome encontrado en varias etnias.<sup>197</sup>

Se ha llevado a cabo un análisis sobre los casos de susto encontrados en Santa María de la Encarnación Xoyatla en relación a la locura, por lo que se hablará explícitamente de él y de un caso de pérdida de la sombra, y se dejarán a un lado las profundizaciones inherentes a las alternativas de la significación del mismo, como pueden ser: *tierra y pasmo*<sup>198</sup> y su respectivo significante, a las cuales apenas se hará mención.

Literalmente, *agarrar la tierra*, o el *agarrado del alma por la tierra*, se refiere a un individuo que se comportó de tal manera que provoca el enojo de los espíritus que residen en la tierra, o si se acuesta a dormir en algún lugar y despierta sobresaltado su cuerpo no alcanza a recuperar su espíritu que se queda vagando y solitario<sup>199</sup>. Una curandera de Tepeojuma, me confirmó la posibilidad de la pérdida del alma: *es posible que el alma se despliegue por unos instantes, pero regresa inmediatamente, no puede estar por mucho afuera, porque uno se moriría.*

Tal como evidenciaron Rubel, Collado y O’Neill, existe un alto número de investigaciones del orden de las ciencias blandas que han abordado la temática de las enfermedades culturales, populares o tradicionales, entonces sus definiciones se han alternado según los periodos en el que tales trabajos veían efectuados. Se hablaba de *enfermedades folk*, las que difícilmente podían encontrar un propio marco de referencia en contextos ajenos a los que se inscribían y desarrollaban, y de enfermedades exóticas, diferentes, pero siempre enfermedades y por tanto traducibles en el

---

<sup>196</sup> Edgar Morin, *El paradigma perdido, el paraíso olvidado*, Barcelona, Kairós, 1974, p. 21.

<sup>197</sup> Rubel, Collado, O’Neill, *op. cit.*, p. 23.

<sup>198</sup> *Idem.*

<sup>199</sup> Palma y Torres, *op. cit.*, p. 167.

mejor de los casos, y en los peores, pues, se consideraban maneras de concebir y categorizar propias de gente ignorante, sin cultura y sin educación.<sup>200</sup>

La dificultad en todo esto, entonces, reside en el tomar posición sobre la globalización de las enfermedades, y aunque el término de globalización puede parecer bastante caduco por lo manido, es seguramente el más indicado para referirse a la realidad a la que me enfrenté y a las investigaciones que se están actualmente llevando a cabo por las Ciencias Sociales.

Por lo anteriormente señalado cuando se hace referencia a las enfermedades mentales y a las enfermedades orgánicas, se habla de dos tipologías de síndromes diferentes entre sí. Otro esfuerzo que se tendrá que hacer en el entendimiento de lo que se quiere demostrar, y es tratar los dos factores en un proceso de influencia recíproca, como es el caso de la epilepsia, considerada enfermedad orgánica por la neurología, y enfermedad mental a causa de lo orgánico por la neuropsiquiatría y la psiquiatría y como es el caso del susto, considerada como una enfermedad mental por la psiquiatría y psicoanálisis y enfermedad orgánica en Santa María de la Encarnación Xoyatla en donde, como mencionaré más adelante, la sintomatología de un susto significa haber contraído la locura, la epilepsia y tener el corazón afectado por uno de los dos factores.

Es importante también delimitar el campo de los precedentes trabajos como el que ha llevado a cabo Pages Larraya y León,<sup>201</sup> quien atribuye el susto a causas psiquiátricas.

Entre otros autores que han hipotetizado este factor como un problema casi exclusivamente psicológico, en primera instancia, se encuentra Collado. “Mi actitud médica hacia el susto era de interés, considerándolo un problema fundamentalmente psicológico pero con escasa repercusión orgánica, a parte en casos de larga evolución y nula solución”.<sup>202</sup>

---

<sup>200</sup> Para una profundización del argumento véase el segundo capítulo.

<sup>201</sup> Rubel, Collado, O’Neill., *op. cit.*, p. 27.

<sup>202</sup> Collado Ardon, *op. cit.*, p. 109.

En realidad, los resultados obtenidos demostraron que en Xoyatla el susto se construye e interpreta como una enfermedad orgánica más que psicológica y que incluye órganos bien definidos como el corazón y el cerebro.

### III.3 El susto - *mamauhiliztli*

Asustarse, *mamauhitia* en el náhuatl xoyateco, es un concepto que ha sido y sigue siendo difícil de definir por las complejas facetas que representa, como enfermedad y como etiología de otras enfermedades.

Cuando se le considera enfermedad en si misma, su etiología, sintomatología y diagnóstico aparecen bien definidos, y los diferentes rostros con que se manifiesta e interpreta en varios ámbitos socioculturales demuestran ser variantes de la misma enfermedad. Otra peculiaridad del susto es la de ser considerado como la etiología de otras enfermedades: la epilepsia y la locura como se ha encontrado en la investigación llevada a cabo en Xoyatla.

El susto causa enfermedades no es una enfermedad. Cuando se asusta uno se sale la sombra, el alma. Uno se queda así como traumatado, queda como tonto, uno se puede volver loco y le pegan los ataques a la cabeza. Para que se regrese, la curandera le repone la sombra, su espíritu, así regresan a su lugar. Pero con los ataques ya se quedan asustados ya no hay remedio, hay sólo calmantes. A veces dicen que el vino sagrado del padre lo ayuda, pero no los cura, como que calma, pero bien, bien, no.<sup>203</sup>

En la mayoría de las investigaciones el susto ha sido analizado<sup>204</sup> como una enfermedad tradicional cuya definición en los códigos biomédicos se ha traducido en términos psiquiátricos.

Como mencioné anteriormente, Rubel, Collado y O'Neill plantean que esta psicologización de la enfermedad tuvo como consecuencia la de no tomar en consideración los problemas orgánicos,<sup>205</sup> aún cuando se lamentaban. En el trabajo en Xoyatla, lo que pude averiguar es que los médicos alópatas no descuidan los factores orgánicos, sino que estos elementos los interpretan a la luz de la biomedicina, los medicalizan y psicologizan sin dejar espacio a la respuesta tradicional.

---

<sup>203</sup> Entrevista a doña C., en febrero 2002.

<sup>204</sup> Ejemplo de las cuales es la investigación de Rolando Collado Ardon, *Una enfermedad paralela: el susto*, México, Facultad de Psicología, UNAM, 1988, 241 p.

<sup>205</sup> Rubel, Collado, O'Neill., *op. cit.*, p. 19.

Alberto Ysunza Ogazón,<sup>206</sup> al contrario de Rubel, Collado y O'Neill, plantea lo orgánico del susto como enfermedad, con formas específicas como parasitosis intestinales en el pueblo de *Yancuictlalpa*.

Padecer de susto, estar asustado, se basa en el entendimiento común de que un individuo se compone de un cuerpo y una sustancia inmaterial, una esencia, que puede separarse del cuerpo (...) o bien quedar cautiva de fuerzas sobrenaturales. Esta esencia puede abandonar el cuerpo al dormir (...) pero también a causa de una experiencia perturbadora (...).<sup>207</sup>

Cabe subrayar que no todas las experiencias perturbadoras tienen como consecuencia enfermarse de susto y sobre la base de esto se puede afirmar que este tiene una etiología *doble y derivada*.<sup>208</sup> La impresión y el trauma tienen que ser bastante fuertes para que se provoque la pérdida del alma. Establezco aquí el ejemplo del espanto como enfermedad en sí misma y no como causa de otras enfermedades.

Muchos investigadores han asociado el susto o espanto con síndromes psicóticos.

Pages Larraya<sup>209</sup> identifica la mayoría de las enfermedades "tradicionales" como desórdenes psiquiátricos cuya etiología se inscribe en el estrés y en la depresión. Este último factor es retomado también por Rubel, Collado y O'Neill quienes la consideran como una de las explicaciones del susto. Otras razones de la aparición del espanto son halladas por estos últimos autores en las diferencias de género, en los dos roles que asume lo masculino y lo femenino en el contexto sociocultural. Cada individuo tendrá que desempeñar la tarea específica de su sexo y su edad, y ambos factores se basarán en la variable social y subjetiva que pertenece a cada individuo, y cuando esto falta puede llevar al surgimiento de la enfermedad, como se especifica a continuación.<sup>210</sup>

---

<sup>206</sup> Alberto Ysunza Ogazón, "Estudio bio-antropológico del tratamiento del susto", *Estudios sobre Etnobotánica y Antropología Médica*, México, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, s/a, pp. 59-73.

<sup>207</sup> Rubel, Collado, O'Neill, *op. cit.*, p. 26.

<sup>208</sup> Palma y Vildoza, *op. cit.*, p. 166.

<sup>209</sup> Rubel, Collado, O'Neill, *op. cit.*, pp. 27-28.

<sup>210</sup> *Ibidem*, p. 32.



El hombre sano enferma cuando se enfrenta a problemas que afectan una o más de las esferas orgánica, psicológica o social y no logra superarlos. Una vez enfermo dispone de dos tipos de recursos para recuperar la salud: los tradicionales y los modernos. Dentro de los recursos tradicionales está el diagnóstico de la enfermedad (...) y los recursos tradicionales que van desde los productos naturales hasta la petición de intervenciones sobrenaturales (...).<sup>211</sup>

Los autores plantean que si de alguna manera se quiere analizar el susto, se tiene que leer a la luz de explicaciones estresantes y de problemas sociales no resueltos por el individuo, lo cual llevaría a una presión social o familiar tan fuerte capaz de desencadenar la enfermedad.

Este fenómeno se ha plateado como una impresión súbita, amenazante, que tiene la capacidad y la fuerza de afectar a sujetos débiles provocando la salida del alma del cuerpo y como consecuencia su pérdida.<sup>212</sup> Para que el susto se pueda definir como tal es indispensable que un hecho pasado que provocara una fuerte impresión lo sustente<sup>213</sup> y que independientemente del tiempo de incubación, el cual es subjetivo, este se manifieste. Por ejemplo en el caso de S., cuya historia se citará más adelante, se puede notar que el espanto padecido fue inmediato al trauma cerebral. La madre me contó que el primer ataque fue inmediatamente después del golpe que S. *se dio contra el molino, que se la llevó*. Esto ha sido considerado por los xoyatecos y por varios curanderos como un caso muy fuerte y muy grave; *por esta razón lamenta la madre todavía no se curó*.

El espanto se identifica como una enfermedad tradicional, es decir como una enfermedad no reconocida por la biomedicina; representa "la enfermedad" y la etiología de otras enfermedades, y por lo tanto tiene que ser contextualizada para poder ser entendida y explicada.

Uzzel<sup>214</sup> plantea que en el caso de niños asustados son los padres quienes categorizan la enfermedad, quienes la inscriben en las lógicas sociales en las cuales están insertados. Lo que el

---

<sup>211</sup> *Ibidem*, pp. 39-40.

<sup>212</sup> *Ibidem*, p. 81.

<sup>213</sup> Rubel, Collado, O'Neill, *op. cit.*, p. 83.

<sup>214</sup> Collado Ardon, *op. cit.*, p. 32.

autor no evidencia es el hecho de que no es una relación de poder la que se instaura y en que los padres llaman susto a una enfermedad que podría ser cualquier cosa, en términos biomédicos, sino que esta denominación de “cualquier cosa”, para poder encontrar su explicación en el ámbito sociocultural, se tiene que contextualizar desde dentro del sistema y no desde fuera; por esta misma razón los padres la nombran y así le permiten existir.

En lo referente a Xoyatla, además, se tiene que tomar en consideración que el susto es sólo la causa del padecimiento, no el padecimiento en sí mismo. Los “ataques”<sup>215</sup> que son los representantes sintomatológicos de la enfermedad, encuentran su lógica en el espanto y, por tanto, se curan con curanderos, pero también se inscriben en una lógica biomédica porque la resultante sintomatológica, los “ataques”, se curan con medicina alópata.

Cada tipología de medicina atribuye etiológicamente las razones de la enfermedad en sus códigos y sobre la base de estos establece un diagnóstico y una estrategia terapéutica, que lejos de ser sencilla puede convertirse en un largo proceso de curación pasando por muchos curanderos, médicos alópatas o los dos a la vez, hasta encontrar las adecuadas medidas para el regreso a la salud y al equilibrio del sujeto.

Por lo tanto se podría decir, que sobre la base de los casos analizados en Xoyatla, los curanderos que curan el susto lo hacen o harían en base a la enfermedad curando el núcleo de lo que provoca las crisis epilépticas, sin embargo la medicina alópata cura sólo el síntoma, el “ataque”, dejando intacto en núcleo de la enfermedad, que en este caso no reconoce como tal. O mejor dicho, en este caso, la biomedicina atribuye a otro órgano la causa de la enfermedad, el cerebro, y opera sobre éste, pero no se reconocen los efectos en Xoyatla, porque en las lógicas nahuas tomadas en consideración no es solamente el cerebro la parte afectada sino también el corazón, e interviniendo solamente en el primero no se llegaría a una completa curación. Tales razones llevan a alternar curas biomédicas para la epilepsia y remedios otorgados por los curanderos.

---

<sup>215</sup> *Ibidem*, p. 132

En este sentido puedo afirmar que en Xoyatla el cerebro y el corazón se reconocen ambos como órganos afectados por el susto y por la epilepsia.

Un estudio llevado a cabo en una población quechua, situada en el suroeste del Perú, Bolton<sup>216</sup> planteó una analogía entre el susto y la palabra “tierra”, que hace referencia al mismo espanto y a la enfermedad de la hipoglucemia, síndrome que se verifica cuando el valor de la glucosa baja respecto a los niveles normales.

Es muy interesante notar, desde esta primera asección, cómo ya Galeno, para curar o prevenir los ataques de epilepsia, aconsejara un buen desayuno sobre todo para evitar las crisis producidas por hipoglucemia debidas al estómago vacío: “Alrededor de las diez de la mañana (comer) un poco de pan centeno”.<sup>217</sup> Es importante evidenciar que la hipoglucemia es un factor convulsivante y que la anoxia cerebral es capaz de igual manera de provocar convulsiones,<sup>218</sup> tal como las crisis comiciales.

Patologías orgánicas como la hipoglucemia y en buena medida la epilepsia, nos abren la posibilidad de adentrarnos en los organismos asustados,<sup>219</sup> y descubrir por otra parte la necesidad de contextualizar las enfermedades orales para transformarlas en texto y poderlas leer y finalmente descifrar y descodificar. Actualmente se encuentran muchas investigaciones que han tratado de interpretar el susto asociándolo a patologías psicoemocionales y psiquiátricas<sup>220</sup> pero no existen muchas que traten el aspecto orgánico. La mayoría de las veces, tales investigaciones mencionan factores específicos que son considerados como explicaciones etiológicas del susto cuando este se

---

<sup>216</sup> *Ibidem*, p. 26.

<sup>217</sup> Julio Hernández Peniche, *Epilepsia, diagnóstico y tratamiento*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1977, p. 8.

<sup>218</sup> Osvaldo Fustinoni, *Semiología del Sistema Nervioso*, Buenos Aires, El Ateneo, 1972, p. 265.

<sup>219</sup> Collado Ardon, *op. cit.*, p. 26.

<sup>220</sup> *Ibidem*, p. 27.



considera una enfermedad. Estos son: el factor del estrés, de particular manera en las mujeres<sup>221</sup> o la incapacidad de un individuo de poder desempeñar el papel social que le corresponde.<sup>222</sup>

En 1969, Seijas, con un trabajo entre los niños sibundoy de Venezuela, y Palma y Torres Vildoza, en un trabajo con los niños de la Puna en Argentina,<sup>223</sup> no coinciden con la teoría de Rubel, Collado y O'Neill que inscriben una de las causas del susto a la imposibilidad de desempeñar el rol atribuido al individuo por la sociedad, evidenciando así la importancia de las presiones sociales en el desarrollo de la enfermedad. En las investigaciones llevadas a cabo con niños, Seijas, Palma y Torres llegaron a desmentir esta afirmación, porque es muy difícil que un niño pueda tener conciencia del papel social que le ha sido asignado, o que se les asignará desde la etapa de la pubertad. En segunda opción es difícil que un niño se entere de las presiones sociales y de las expectativas que tales presiones determinan, que influyendo en el individuo lo llevarían al desarrollo de la enfermedad. Aunque, al respecto se tiene que mencionar que el susto en Xoyatla se puede transmitir por leche materna y que, por ende, puede ser la madre a no poder desempeñar el papel que prescribe su contexto sociocultural.

Isabel Lagarriga<sup>224</sup> plantea que una de las causas más importantes de trastornos de la conducta se inscribe en la idea de haber cometido faltas, en la idea de pecado en contra de las divinidades; esto desencadenaría un estado de ansiedad que traería como consecuencia el trastorno.

Sin necesariamente tomar partido con ninguna de las posiciones citadas, las cuales dependen no sólo del contexto sino de las edades de los actores sociales tomados en consideración, mencionaré que estas posiciones son aplicables a la a investigación llevada a cabo en Xoyatla, aunque es difícil poder tomar directamente en consideración el estrés en las mujeres a nivel etiológico. Esto porque todas las mujeres con las que he trabajado en el curso de la investigación, en

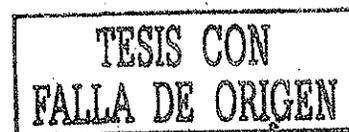
---

<sup>221</sup> *Ibidem*, p. 28.

<sup>222</sup> *Ibidem*, p. 241.

<sup>223</sup> *Ibidem*, p. 28.

<sup>224</sup> Lagarriga Altias, *op. cit.*, p. 297.



el momento de adquisición del susto, eran demasiado pequeñas para desarrollar un estado de estrés capaz de llevarlas a enfermarse y a padecer las consecuencias orgánicas del susto que señalaré más adelante, pero también es importante mencionar que la mayoría de los casos que he podido analizar no han padecido de un espanto directamente, sino indirectamente, por medio de sus respectivas madres.

Según una persona que está asustada está muy corta de espíritu y uno se va con los sacerdotes, uno le reza una oración y ya (...) necesita ayuda uno que está a corto de espíritu, de fuerza necesita, y se puede asustar más. Los niños se asustan más, si los padres se pelean, o si uno llega a pasar en un lugar donde habían pegado a uno o lo mataron. Si yo mato a una persona soy corto de espíritu y me llega a dar el ataque hasta que uno se muere porque no le dejan. El mal, el diablo, no me deja. No lo ve, pero el alma, el corazón, si lo ve. Uno no lo ve, pero el corazón lo ve. Y no es en cualquier momento, sólo en ratos. En vista no lo ve uno, pero el corazón lo ve y se espanta. Nos acostamos a dormir según está uno durmiendo, pero el corazón si, ve algo. Hay veces que cuando ve a alguien que lo pegaron o lo mataron, se asusta. A veces pasa rápido, a veces tarda mucho, pero así pasa. Si uno llega a matar un chivo o un marrano la sangre le pega. Uno se enferma de aire o de susto, le molesta uno más, deja de comer y se debilita más el cuerpo hasta la muerte.<sup>225</sup>

Don E, presidente del comité de salud de la clínica durante el año 2002, sigue contándome que:

*padecer de susto* en Xoyatla se dice *padecer mamauhtia*. Cuando uno tiene susto le da la calentura, se espanta por algunas cosas, entonces es susto. (...) espanto o susto es igual. No se sale el alma cuando uno se asusta. No, como se le va a salir el corazón. Atrás del cuello (zona cervical) pega el susto, se calienta el cerebro. El curandero hace la limpia con el blanquillo, en el centro de Puebla, con hierbas. A veces cuando uno está durmiendo y se despierta por el susto, le duele del cerebro por esto se levanta asustado. Siente que ya duele y ahora le decimos susto. Le da calentura y no quieren comer, ni duermen bien. Antes tiene calentura y después se espanta. Cuando tos se espanta cada rato.

En esta investigación no se han podido analizar con detenimiento muchos elementos inherentes al espanto o susto, como los apenas mencionados por Don E., pero he decidido señalarlos tal y como aparecieron en la entrevista, esperando profundizar estos aspectos en un próximo trabajo.

<sup>225</sup> Entrevista con E. I., del comité de la clínica de Xoyatla en diciembre 2001.

Es importante citar parte de una entrevista efectuada en el mes de febrero del 2002 con Doña P., una de las curanderas de Tepeojuma a quien acuden muchos xoyatecos para ser curados de *ataques*.

El derivado del susto es una posesión. Ha habido caso de que un niño llega a acostarse con un muerto. Un caso (...) a los nueve días de haberse acostado con el muerto empezó con los ataques y mi abuelita (curandera a su vez) lo curó dándole de comer corazones de chupa rosa o chupa mirtos, (aves) y se curó. La epilepsia al nacimiento es incurable y depende de la luna. Depende de que le hagan un hechizo o un encantamiento a la mamá. Entonces ya se arraizó estos desde niños (...) el susto pasado por pecho se enraíza porque pasa de lo espiritual a lo físico. En la leche materna aposenta todo el susto, esto es veneno y puede atar a los niños.

El susto se puede localizar en el cerebro, en el estómago, en la boca del estómago y también en el corazón. El único susto que no se puede curar es el del hígado.

Este trabajo tiene como concreto punto de referencia cuatro casos que han sufrido de susto en edad infantil, casi todos entre los tres y cuatro años de vida. Ninguno de ellos o de sus familiares me habló de faltas de ningún tipo, propiamente por la dificultad de poder transgredir el código sociocultural en el que se inscriben a una temprana edad. Dos mujeres se consideran responsables del susto de sus hijas, la madre de J. que se lo pasó a través del coraje y afectó su corazón que era muy débil, y la madre de C. que se lo transmitió amamantándola después haber sufrido el largo duelo por la muerte de su cuñado en un accidente.

A continuación mencionaré el caso de Z. una muchacha de Xoyatla que padeció el susto transmitido por la madre, durante la infancia, y que por esta misma razón desarrolló la epilepsia.

Doña A. es la abuela de Z. La encontré en una reunión de Progresas<sup>226</sup> y me contó de su nieta Z. de 20 años que sufre de *ataques*. *Cuando le pega el ataque se priva, se va al suelo, se queda dormida, se queda morada, truena los huesos y sale espuma de su boquita*. Me cuenta que un curandero se ofreció de curarla, *pero*, comenta, *ya no le creemos*.

---

<sup>226</sup> Progresas es el programa de educación, salud y alimentación dirigido a la población en extrema pobreza. Actualmente se llama *Oportunidades*.

Z. es una muchacha de veinte años, con las facciones y la constitución de todas las xoyatecas de su edad. Pelo largo y lacio, amarrado en una cola, su rebozo negro que le envuelve las espaldas y los zapatillos de plástico que venden en el mercado de Tepeojuma y que llevan la mayoría de las mujeres de la comunidad, pero a diferencia de muchas de sus coetáneas, tiene la mirada hacia el piso y una sonrisa triste que la acompaña. La madre me dijo que casi no conoce el español, que habla sólo el náhuatl, y que no fue a la escuela por culpa de los *ataques; es por esto que no habla*. La trajeron sus padres a la clínica porque en mi visita de la tarde a su casa, la abuela y la madre me comunicaron que el padre no estaba y que querían que yo hablara también con él para que me pudieran explicar bien, los dos, lo que le pasó a su hija.

Llegaron a la clínica con parte de la familia: Z. y el hermano más pequeño que se durmió en las piernas de la madre después de pocos minutos.

El padre tenía entre las manos un rollo de papel, una electroencefalografía de cuando ella tenía 10 años.

El padre es el que me cuenta y la madre, sentada a su lado, confirma sus palabras asintiendo con la cabeza. Empezó con los “ataques” a los 3 años, se comió un taco de arroz con huevo tras lo cual vomitó. Desde este episodio la llevaron con un curandero de Atlixco. La limpiaron con huevo para el susto y para el coraje, pero no se curó. Dijeron que la causa fue un espanto, un susto, porque en el periodo en el que la mamá le daba el pecho se murió su cuñado (hermano del marido). La mamá se espantó y la siguió amamantando.

En mayo se asustó la madre y en enero siguiente a Z. le salió un grano en la base de la garganta, cerca de la yugular. La llevaron con un curandero de Matamoros porque la limpia precedente no logró curarla, y esta vez le dieron “cucharadas”<sup>227</sup> y gotas. El grano desapareció pero poco después le salió un lunar (que llaman mancha) en la mejilla izquierda de aproximadamente 6 cm que le cubría hasta la oreja. Tampoco este curandero la ayudó y seguía empeorando. Los padres

---

<sup>227</sup> Jarabe de hierbas de tomar a cucharadas en el día.

preocupados empezaron entonces a dirigirse hacia los médicos alópatas, cuando todavía no existía la clínica de Xoyatla, hasta llegar con un neurólogo de la ciudad de Puebla.

Le hicieron estudios neurológicos de los cuales no se aprecia ningún problema orgánico. Pero después me enseñaron una electroencefalografía donde aparecen claramente las ondas alteradas de las convulsiones epilépticas, confirmadas por el diagnóstico del médico. Me dicen que lo que tiene su hija es una enfermedad del corazón, y la misma afirmación me la dará doña G. hablándome de su hija J. que sufría de ataques y de mal en el corazón, en una entrevista que señalaré más adelante.

Me repitieron lo del grano (dicen tipo quiste) que desapareció después de haberle suministrado algunas medicinas. Con éstas últimas los ataques disminuyeron un poco, de 8 a 4 veces al día.

*La agarra todo del lado izquierdo, se cae hacia la izquierda, se va de espalda, se pone tiesa y se le moran los labios. Duran 2-3 minutos y después reacciona sola.*

Mencionan nuevamente el lunar diciéndome que antes no estaba tan extendido, y que muchos les dicen que fue tras la aparición de este lunar cuando empezaron los ataques, como si fuese un signo de la enfermedad.

La madre le siguió dando el pecho después que se asustó; el curandero no le dijo que interrumpiera de amamantar. Solo Z. fue limpiada y curada por susto no la madre que lo padeció y que seguía transmitiéndoselo a la hija a través la leche que le daba, según la lógica del espanto.

El curandero prohibió a la muchacha algunos alimentos: el blanquillo (porque tiene aire, decía), el refresco (podía tomar solo de sabor), el chocolate. Me comenta la madre de Z., que no fue curada a tiempo y por esto *no resultó*. Que apenas se enteraron que existían unas curas para el susto. Unos jarabes de *peonia* y de *yolloxochitl*, pero apenas nos platican. *Dicen cuando se espanta se le pone su sombra* (me indica la muñeca y el pliegue del brazo), *que sale de allí, pero nosotros nunca lo sabemos así.*

Fitzsimmons, en un manuscrito no publicado,<sup>228</sup> plantea que el susto representa una adaptación patológica de la ansiedad que termina por producir daño fisiológico a través del sistema nervioso central,<sup>229</sup> y de esta aserción encontramos confirmación en el desarrollo de la epilepsia causada por susto *infantil-directo*, o transmitido por la leche materna, *infantil-indirecto*, lo cual no modifica la manera de evolución de la enfermedad ni la sintomatología, sólo el modo de contraerlo.

Un caso ulterior que vale la pena de mencionar es el de J. de 29 años.

J. no lee ni escribe, no pudo ir a la escuela porque los *ataques* no se lo permitían. *Está mal del corazón*, doña G. la madre, comenta que se le atribuye la culpa de la enfermedad de su hija.

La afectó y por esto se enfermó del corazón. Mi enojo la llevaba a afectarse porque era muy débil, era muy chiquita y no aguantaba mis enojos, mis corajes, pero yo sí, porque era yo ya grande. Le pegó a 8 meses. No había clínica ni vacunas, estaba muy desnutrida, le daban cucharadas de "mempamin [Epamin®]". Tal vez está molesta, como que le quiere atacar. Después de cada ataque duerme como para tres horas. Se sonreía y así quedaba.

El ataque le agarraba con la luna llena: *menguante; la luna cuando es llena le agarra, creciente o llena.*

Dice no estar segura de saber de qué depende, cree que se debe a que le pasó un susto a la hija, pero que *así era* y las otras mujeres presentes confirman lo dicho.

Subraya que sus corajes se los pasaba a la hija porque le daba todavía el pecho, y la niña se enfermaba porque era débil del corazón.

Un curandero se ofreció curarla *pero dijo muchas mentiras* y el marido no quiso más hacerla curar.

---

<sup>228</sup> Collado Ardon, *op. cit.*, p. 31.

<sup>229</sup> *Idem.*

### III.3.1 Los síntomas

Aunque en esta investigación se ha tratado el susto sólo como etiología de la epilepsia, es decir de una enfermedad orgánica, es importante también tomar en cuenta trabajos que lo han considerado como una enfermedad en sí misma para obtener un cuadro ulteriormente completo de la significación de tal factor.

Arthur Rubel, en un estudio llevado a cabo con tres diferentes grupos étnicos de México: mestizos, zapotecas y chinantecas del Estado de Oaxaca,<sup>230</sup> plantea que la mejor manera de enfocar la atención sobre la problemática del susto, cuando esto se considera una enfermedad, es la descripción que los enfermos y sus familias dan de esto, es decir su contextualización. La persona afectada por susto está: “inquieta durante el sueño, el resto del tiempo inerte, debilitada, deprimida e indiferente al alimento, el vestido y la higiene personal”.<sup>231</sup>

El organismo de la persona afectada se debilita, “la sangre pierde color y consistencia, se vuelve agua, no tiene fuerza y por eso no tiene color, se hace rosada (...) es la sangre que se asusta y la sangre la que perece”.<sup>232</sup> Síntomas generales que Italo Signorini y Alessandro Lupo evidencian haber encontrado, durante su investigación en el pueblo de Santiago Yancuictlalpan situado en la sierra norte oriental del estado de Puebla, son: la falta de apetito, la palidez, la sensación de ahogo por hinchazón del estómago, vómito, taquicardia, fiebre, cuerpo hinchado, y señalan, como factor muy importante, la exploración del pulso donde este “parece saltar en la vena”,<sup>233</sup> los síntomas que se podrían definir generales son los que desembocan en enfermedades ulteriormente fuertes y que por falta de atención pueden conducir a la muerte.<sup>234</sup> Los autores plantean que quién padece el susto

---

<sup>230</sup>Arthur J. Rubel, “Introducción al susto”, en *La antropología médica en México*, México, UAM, Tomo 2, 1992, p. 111.

<sup>231</sup>*Idem*.

<sup>232</sup>Italo Signorini y Lupo Alessandro, *Los tres ejes de la vida*, op. cit., p. 119.

<sup>233</sup>*Idem*.

<sup>234</sup>*Ibidem*, p. 121.

se ve afectado en uno de los tres sistemas del yo: social, psicológico y orgánico, y que el estrés, que está afectando a uno de los sistemas, puede ser parcial o totalmente transmitido a otros que se involucran en estas lógicas.

Por lo que concierne a la sintomatología del susto en Xoyatla, se puede decir que casi en todos los casos analizados se ha manifestado con las crisis convulsivas, casi inmediatas, después de haber contraído la enfermedad.

En el caso de A., el primero analizado, la sintomatología ha sido más compleja. Después de la muerte paterna ha empezado con fuertes dolores de la cabeza, una profunda melancolía y tristeza, a no hablar y perder la conciencia, tras esto siguieron las crisis comiciales, la falta de apetito y por último el factor desencadenante que ha sido la agresividad hacia la madre. Su caso ha sido acercado al de la locura porque *le daba la carrera*, pero nunca fue considerado un verdadero loco porque el pueblo estaba enterado de que la verdadera enfermedad era otra, es decir que había padecido un susto con la muerte de su padre y que era la epilepsia, *los ataques*, con que se manifestaba.

### III.3.2 La etiología

El espanto se presenta como modelo patológico de etiología sobrenatural<sup>235</sup> y como etiología en sí mismo para el desarrollo de enfermedades como la epilepsia.

Basándose en los estudios de Selye del estrés y de lo que Scott y Howard definen como tensión, elaboran unas definiciones en las cuales “encajar” el susto<sup>236</sup> cuando éste se considere una enfermedad en sí mismo.

1. El susto sólo aparecerá en situaciones sociales que las víctimas consideran estresantes.
2. El estrés social reflejado en el susto será de naturaleza intracultural e intrasocial. El estrés ocasionado por un conflicto entre culturas o por la marginalidad cultural o

---

<sup>235</sup> Laureano Reyes Gómez, “El espanto: un ejemplo integral de la concepción zoque salud-enfermedad”, *Memorias del Tercer Coloquio de Medicina Tradicional Mexicana. “Un saber de discusión”*, México, UNAM, Escuela de Estudio Profesionales de Zaragoza, febrero, 1989, p. 12.

<sup>236</sup> Signorini y Lupo, *op. cit.*, p. 117.

movilidad social de una persona será simbolizado por problemas diferentes a las del susto.

3. El susto aparecerá como consecuencia de un episodio en que una persona es incapaz de cumplir con las expectativas de su propia sociedad, para el papel social en que se han incluido.
4. Uzzel llega a posiciones diferentes a éstas, sosteniendo que “la persona que se enferma de susto adopta un papel de ‘enferma’, básicamente para imponer su propia definición a las situaciones controlando así las interacciones. Esto no necesariamente implica un “estrés de papel” o una inadecuación percibida para satisfacer las demandas de un papel<sup>237</sup>”.

Los autores sostienen que aunque las víctimas remiten a varios acontecimientos traumáticos para explicar su estado, consideran probable que el espanto refleje los efectos acumulativos de un debilitamiento a plazo bastante largo, resultante de problemas sociales que las víctimas no habían logrado resolver.

### **III.3.3 Consecuencias de padecer un susto**

Foster plantea<sup>238</sup> una diferencia entre el susto español y el mexicano. Menciona que según las concepciones españolas el susto causa malestares que nada tienen que ver con la pérdida del alma. Los malestares son dolores en la región del apéndice, ataques, desmayos y perturbaciones en la menstruación.

---

<sup>237</sup> *Idem.*

<sup>238</sup> López Austin, *op. cit.*, p. 251.

Para adentrarnos en la lógica del susto, pero también en la de la locura, será importante hacer referencia a las ya mencionadas tres instancias anímicas mayores<sup>239</sup> que se ven afectadas por él.

Con *Yolia*, *Teyolia* o *Toyolia*<sup>240</sup> los antiguos nahuas indicaban la entidad anímica más importante, una entidad que pertenecía al hombre ya antes de llegar al mundo, desde al vientre materno y que no se separa del hombre en toda la vida, hasta la muerte. El punto focal de residencia del *yolia* es en el corazón. Cabe mencionar que los males que afectan el corazón, debido a una conducta inmoral, a una opresión flemática o daños causados por hechicería tenían la capacidad de dañar también al *yolia* lo cual llevaba a contraer la estupidez, la epilepsia o la locura.<sup>241</sup> Aquí es importante detenerse un momento para reflexionar sobre las analogías y similitudes entre los antiguos nahuas y los actuales nahuas xoyatecos.

Como ha sido mencionado por López Austin, queda evidente, que son los daños debidos a una conducta inmoral, inadecuada, los que afectan al corazón y al *yolia*, conllevando a desarrollar la estupidez, la locura y hasta la epilepsia.

Es importante entonces definir que este tipo de locura referente a una conducta inmoral, es identificada con el *status* del alocado, pero que no tiene como consecuencia daños en el corazón por no tener ubicación orgánica. La locura que, por el contrario, puede afectar al corazón, independientemente del *yolia* que en Xoyatla no es reconocido como entidad anímica por la importancia adquirida de una sola alma cristiana, es la que se define como una enfermedad y que por sus cualidades es capaz de afectar al corazón y de provocar la epilepsia.

Una última cosa cabe mencionar, y es que en Xoyatla no es precisamente la locura la que provoca las crisis comiciales, sino que las dos se consideran factores secundarios a una fuerza mayor, es decir al espanto que provoca a ambas y, aunque se pueda afirmar que un fuerte susto es

---

<sup>239</sup> *Ibidem*, p. 252

<sup>240</sup> *Idem*.

<sup>241</sup> *Idem*, pp. 256-257.

capaz de provocar un estado de locura y esta a su vez puede provocar las crisis, la real etiología en la comunidad se inscribe siempre en el primer factor.

El *Tonalli*, entidad anímica de origen celeste, ubicada en la cabeza, a diferencia del *yolli*, tiene la capacidad intrínseca de poderse abstraer del cuerpo humano en que reside, también durante el curso de la vida. Un tipo de daño que puede subir el *tonalli*, es el susto accidental o susto provocado.<sup>242</sup> Las causas de su alejamiento o salida del cuerpo humano se pueden dividir en endógenas y exógenas. De las primeras forman parte los estados de sueño, así como los de inconsciencia, y de las causas exógenas se mencionan el susto, la brujería o el castigo divino.<sup>243</sup>

La tercera entidad anímica mencionada por López Austin es el *ihiyotl*. Esta se creía ubicada en el hígado y su origen, según los antiguos nahuas, era por insuflación y se producía en el momento en que el niño era ofrecido al agua.<sup>244</sup>

Los antiguos nahuas, como ya he mencionado, creían que la entidad anímica afectada por el susto fuese el *tonalli*, una razón ulterior para considerar en Xoyatla a los epilépticos, de quienes se dice que se les calienta la cabeza, el cerebro, aunque en la zona cervical, mientras el *tonalli* se ubica en la coronilla. Señala López Austin que en el caso de que el daño padecido provocara una grave enfermedad, para curar al afectado se tenía que buscar el *tonalli* que se había perdido<sup>245</sup> con varios rituales que comprendían amenazas, oraciones e invocaciones.

En los nahuas de Xoyatla la grave enfermedad que estoy tomando en consideración es la epilepsia, aunque no sea la única provocada por espanto, y los rituales para recuperar la sombra<sup>246</sup> que se perdió a causa del susto, consisten en gritar tras de los oídos de la enferma y hablar a la sombra para que se regrese. Encontré un único caso en el que se me habló de pérdida de la sombra,

---

<sup>242</sup> *Idem*.

<sup>243</sup> Signorini y Lupo, *op. cit.*, p. 42.

<sup>244</sup> López Austin, *op. cit.*, p. 258.

<sup>245</sup> *Ibidem*, p. 113.

<sup>246</sup> En este caso se menciona la sombra como sinónimo de alma, como relatan los xoyatecos.

pero aún en este se afirmaba no conocer el significado de tal pérdida. En los otros casos parecía no haber relación alguna con la pérdida de una de las “entidades anímicas”; tal como subrayan Signorini y Lupo<sup>247</sup> están “desapareciendo” los conceptos de varias entidades anímicas, que a causa del susto padecido se alejan del individuo y se está dejando espacio a una concepción anímica inmortal, la cristiana, que sólo después de la muerte abandona el cuerpo para regresar a Dios. En Xoyatla existe la concepción de una única entidad anímica vigente, y esta es la del alma inmortal que aunque no es cierto que regrese al cielo después de la muerte corporal, es asunto de Dios saber donde se va. *El alma se sale cuando ya se muere uno y tampoco sabemos si sale, sólo Dios sabe.*

*¿Nosotros como vamos a dar cuenta?*

En propósito cabe abrir una paréntesis sobre el concepto de sombra que ha sido ampliamente analizado por Gonzalo Aguirre Beltrán en una monografía sobre la presencia de la población negra en la localidad de Cuajinicuilapa. Él evidencia que esto de la sombra no es un concepto occidental, y que más bien es propio de la cultura negra de África.<sup>248</sup> La sombra se describe como una concepto inmaterial que tiene la misma forma del cuerpo humano y se diferencia del concepto de alma<sup>249</sup> porque esta última es concebida como la parte que abandona el cuerpo después de la muerte trasladándose a un mundo ultraterreno, por lo contrario la sombra puede salir del cuerpo en vida, sin causar su muerte.<sup>250</sup> A este propósito es importante señalar que la posibilidad de que la sombra salga de la persona sin causar la muerte de esta última, la lleva a adquirir algunas peculiaridades. Esta se puede ausentar del cuerpo durante periodos de tiempo más o menos largos, y durante sus recorridos fuera del cuerpo, puede ser susceptibles de ataques por parte de otra sombra, perteneciente a un vivo o a un muerto; en los dos casos se le puede dificultar el regreso en el cuerpo

---

<sup>247</sup> *Ibidem*, pp. 133-134.

<sup>248</sup> Gonzalo Aguirre Beltrán, *Cuijla*, México, Fondo de Cultura Económica, 1958, p. 177.

<sup>249</sup> Aquí hago referencia al concepto de sombra y no quiero profundizar demasiado el de alma, pero hago referencia también a este porque Beltrán las identifica como dos de las cuatro partes fundamentales que componen a una persona: el cuerpo, el alma, la sombra y el tono. *Ibidem*, p. 177.

<sup>250</sup> *Ibidem*, p. 178.

del que salió y es posible que se extravía.<sup>251</sup> Es en estas ocasiones que la ausencia de la sombra extraviada o de la sombra que padece una fuerte impresión, puede afectar al individuo posibilitando el surgimiento de enfermedades. En tales casos para evitar la muerte se necesita un especialista que “agarre la sombra” y le permita regresar en el cuerpo sanando así a la persona.<sup>252</sup>

Regresando a la concepción xoyateca de una sola alma, es importante señalar como hicieron Signorini y Lupo, pensar en un proceso de cambio de las comunidades indígenas en el que las antiguas concepciones se vuelven un todo con las nuevas, dejando espacio a las que podrían aparecer como contradicciones, pero sólo a quienes esperan erróneamente en una estaticidad perpetua de tales contextos.

A continuación señalo un caso de Xoyatla, inherente a lo dicho hasta ahora.

Este testimonio se cree importante porque se trata de un joven recién regresado de los Estados Unidos con su familia después muchos años de ausencia por la migración a que adhieren la mayoría de los xoyatecos.

Un hermano mío, S., y los otros también salieron trastornados. Se asustaron, antes. El susto es primero de la enfermedad. El susto hace que se quede mal de la cabeza.

Una señora cuando estaba niña se fue a Tepeojuma vender (...) y de regreso a Xoyatla, algunos hombres esperaban a su padre para matarlo, y así fue, lo mataron, la niña vio todo muy bien y se volvió medio loquita. *Al preguntarle como es un loco, me contesta que*<sup>253</sup>: Uno loco puede que es enfermo, puede que no, (...) a veces platican que si un hombre se enamora de una mujer se vuelve loco y no está enfermo, pero se vuelve loco, se aloca.

Cuando se espanta uno es la cabeza la que sufre. Anda temblando y baja de peso. Por la noche se levanta y sale el alma, o tiene pesadilla, que uno se asusta por la pesadilla.

Cuando estaba chico me agarró un mal de aire, dijeron mis abuelos, creen que si, saben.

Fui a Tepeojuma con una curandera y me curaron con el blanquillo, le echaron alcohol al blanquillo, lo pasó en todo el cuerpo, pero me dieron después también aspirinas, entonces no sé cuál de los dos me curó. Son mis abuelitos que lo creen...yo no se.

Uno por mal aire agarra calentura y uno los limpia y los deja. Yo veía los niños chiquitos, si los sacas por la noche, no pueden dormir, no sé que sienten, empiezan a chillar, algunos dicen que sea un espíritu. La familia cuando regresa a la casa siente raro, a veces dicen que uno lo sigue, que lo apachurra. Es el niño que ve al espíritu, también los mayores se espantan, uno siente mal. El mal aire es un espíritu que hace

---

<sup>251</sup> *Idem.*

<sup>252</sup> *Idem.*

<sup>253</sup> *Cursivo mío.*

maldad, espanta, y te espantas porque ves al espíritu. Dicen que si una persona muere se queda el espíritu.

En estas afirmaciones hay mucho sobre lo que reflexionar. En primer lugar, en referencia a lo antes dicho, se pone en duda el único papel de la medicina tradicional, hasta no saber qué sistema médico terapéutico puede curar un susto o un mal aire, si una limpia o una aspirina. El segundo factor es supuestamente la diferencia entre el uno y el otro, inscrita en ideologías que parecen todavía pertenecer a la comunidad por la forma, pero no más por el contenido, elemento que se podrá notar en la segunda etapa de la entrevista, abajo mencionada.

La diferencia entre un mal aire y un espanto se puede inscribir en el orden del exógeno y del endógeno. En el susto sale la sombra que es una esencia que abandona el cuerpo, y por ende existe un movimiento desde dentro hacia afuera: Endógeno-exógeno; y en el caso del mal aire es un espíritu ajeno el que entra dentro de una persona por lo que la dinámica es exógeno-endógeno. El *aire* representa una “enfermedad” constituida por elementos dañinos volátiles e invisibles que afecta al cuerpo humano entrando por las cavidades naturales o por los poros de la piel.<sup>254</sup> Las variedades de aires son muchas y no pretenden ser elaboradas y analizadas en esta investigación, pero cabe mencionar la validez que adquiere en Xoyatla como factor equivalente al espanto; como se puede apreciar en el testimonio que sigue:

Un señor que le gustaba mucho andar por la noche una vez vio una mujer tapada por un reboso.

La viene siguiendo y le habla y la mujer no contestaba; él escucha un ruido y la agarra y le vio los ojos, feos y grandes, era un espíritu, y se espantó y se murió.

Se le salió la sombra.

En el pueblo se van perdiendo muchas cosas y se estudia más y se van dando cuenta de muchas cosas. Antes no querían estudiar, los papás no los dejaban estudiar o no tenían dinero, tenían chivos, ganado y los mandaban a cuidarlos. Cuando yo estudiaba no pude seguir, estaba yo con mis abuelitos y no pude estudiar, ya con mis hijos (...) la cosa es si los muchachos quieren estudiar, todos se van por el otro lado (Estados Unidos), está muy mal.

---

<sup>254</sup> Lozoya Legorreta Xavier, Velázquez Díaz Georgina y Flores Alvarado Angel, *La medicina tradicional en México. Experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR 1982-1987*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1988, p. 67.

Otra vez un señor borracho iba al campo a tomar las palmas secas, cortaba manojitos y los regalaba a las señoras para el fuego. Una vez que fue no regresó, se perdió. Su yerno fue con las autoridades después unos días. Fueron al cerro y lo encontraron muerto. Lo comieron los animales. Nadie se quería acercar para levantarlo porque estaba todo comido, pero un señor se acercó y lo levantó y lo trajeron. Se agarró el aire. La noche este señor no podía dormir porque cuando cerraba los ojos veía al muerto y después le dijeron de hablar con él y decirle de dejarlo tranquilo. Fue que pisó con los guaraches la grasa del cuerpo del señor muerto y le dijeron de cambiar los huaraches. Los tiró y quedó tranquilo.

Evidencian Signorini e Lupo<sup>255</sup> que el susto es uno de los daños más grandes que podría sufrir un hombre, debido también al hecho de que no solamente lleva a contraer muchas enfermedades, sino también la muerte. En las formas de diagnóstico se ha demostrado que es mucho más frecuente en los niños por la debilidad que todavía presentan respecto a los adultos. Los autores destacan la creencia según la cual el *ecahuil* (sombra) es todavía muy débil porque su fuerza es todavía el reflejo del tonal que tampoco llegó en la infancia a su completo desarrollo.<sup>256</sup> Esto me lleva a comparar tales datos con los nahuas del suroeste de Puebla, en Xoyatla, donde los casos de epilepsia encontrados surgieron todos en edad infantil, aunque los entrevistados fueran adultos. Los niños, de particular manera los recién nacidos o los fetos son más propensos a sufrir de susto que *le perjudica el cerebro* porque son muy frágiles.

*Cuando la mamá se asusta el niño, en la matriz, se encoge, se hace más pequeño, como que se quiere esconder. De la misma manera el niño nace mentalmente trastornado si el padre tiene relaciones sexuales con la madre mientras está borracho, entonces es muy frecuente que puedan nacer niños mutilados, sin algunos órganos. Antes pensábamos que si un niño nacía sin pies o brazos era que la luna se los comía.*

La presencia de las crisis epilépticas en Xoyatla depende en gran medida de la conducta materna, la cual es propensa a afectar al hijo transmitiéndole el espanto padecido. En los casos analizados, dos de cuatro sufrieron de espanto porque las respectivas madres los amamantaron

---

<sup>255</sup> Signorini y Lupo, *op. cit.*, p. 64.

<sup>256</sup> *Ibidem*, p. 65.

después de haber padecido a su vez un susto y, siendo muy pequeños y frágiles, desarrollaron la enfermedad.

Cabe mencionar una entrevista con una mujer xoyateca que sufrió de espantó durante la niñez y con su madre que la mayoría de las veces hablaba por ella.

La encontré por la calle de regreso de casa de doña G., la mamá de J., que sufre de ataques y a la que hubiera querido entrevistar de nuevo. Doña G., pasó veloz frente a mí diciéndome que: *otro día*, porque tenía que ir a hacer los tamales por la noche del 25 de diciembre. Mientras estaba caminando me llamaron de nuevo casi a gritos indicándome una señora de aproximadamente 40 años: S.; *le quiere hablar que ella también tiene ataques*.

Nos presentamos y empezamos a caminar juntas hacia su casa y me empezó a contar de su "enfermedad", hasta que, al preguntarle cuando fue el primer ataque, guardó silencio, ya no contestaba más, empezó a jugar nerviosamente con el rebozo que tenía en las piernas y mirando al suelo no me respondía. Traté de tranquilizarla hasta que, después de unos pocos minutos, llegó la madre y ella se calmó, dejó que hablara por ella y me contara la historia de su padecimiento.

El primer ataque fue a los 13-14 años cuando le agarró el molino<sup>257</sup> y estuvo todo el día privada. Le hablaron al dueño del molino que todavía estaba a Atlíxco, la curaron. Esto fue en septiembre. A noviembre se fue a Tepeojuma con su tía y le agarró la enfermedad. Antes miraba para arriba y después se desmayaba.

Con el efecto de la luna, cuando llega a ¼ la agarra, o cuando se va a morir.

La llevó con un curandero que le dio *cucharadas* para el susto porque dice que le pusieron sombra.

Cuando se va su sombra pa' arriba los labios y los brazos se vuelven blancos.

La curandera le pasaba flores en las manos, le gritaba su nombre atrás del oído diciendo de regresar en su lugar. Perdió la sombra. La llevé con los naturistas y le dieron ampolletas porque antes perdía la conciencia por más de media hora. Le dieron vino consagrado con la nuez moscada, tila, estrella del mar, concha del mar, perla del mar, sangre de pito real, flor de manita, (y que era para el susto que se agarró al molino).

Le dieron tres botellas de este vino de tomar a cucharadas. Al molino la primera vez que le dio llevaba chiles en el reboso. Le cae el mixtamal y un lado del reboso se atoró en el molino.

---

<sup>257</sup> Molino para moler el maíz.

*Me habla S:* me siento como si en cualquier lugar de mi cuerpo me pica un alacrán antes de las crisis<sup>258</sup>. *Interrumpe la mamá:* sintió en estos días que la pellizcó, entonces, si no es hoy, será mañana que le va a agarrar. El jueves se sintió pellizcar el dedo, se le durmió el brazo y se le paró el dolor aquí *me indica la base del cuello*. Cuando le hicieron la radiografía le encontraron una cicatriz aquí *me indica la zona cervical*. Ahora le agarró el 4 de noviembre y esperábamos el ataque el 4 de diciembre, pero no llegó hasta este sábado pasado, el 22 de diciembre. Le duele mucho la cabeza, el cerebro.

En este caso es importante señalar que la epilepsia traumática aparece habitualmente después de un año en que se ha verificado el trauma craneal; esto significa que sólo después de este lapso de tiempo aparecerán las crisis convulsivas<sup>259</sup>. Trimble explicita de la misma manera que el traumatismo del cráneo es una causa muy común de epilepsia que se desarrolla sólo en los casos de una severa lesión, hasta producir una amnesia postraumática por más de 24 horas. “Por lo general causa tanto convulsiones generalizadas como focales y en 50% de los pacientes que desarrollan epilepsia postraumática; el primer ataque no se presenta sino hasta un año o más después de la lesión”<sup>260</sup>.

### ***III.4 El encuentro entre la medicina tradicional y la biomedicina en la cura del susto y de la epilepsia.***

En la investigación se ha podido constatar un encuentro entre las dos medicinas, sin que uno prevaleciera sobre el otro.

El curandero interviene en la etiología, el susto que en sí mismo constituye la causa. La biomedicina interviene sobre la sintomatología, la epilepsia, dejando a un lado la causa que sólo la neurología o la neuropsiquiatría explican en su marco de acción teórica. Los dos se complementan y refuerzan en la cura de estos dos tipos de enfermedades. Me dijo Don E.: *Cuando era yo chiquito,*

---

<sup>258</sup> Cursivo mío.

<sup>259</sup> Fustinoni, *op. cit.*, p. 265.

<sup>260</sup> Michael R. Trimble, *Neuropsiquiatría*, Limusa, México, 1984, p. 242.

*siempre iba a Atlixco con el curandero, pero después el doctor la inyectaba, pero antes siempre se limpiaba.*<sup>261</sup>

Curando el susto de raíz, que en este caso se presenta como la causa de la epilepsia, desaparecerá también la epilepsia, efecto secundario desde el punto de vista tradicional y trastorno primario desde la perspectiva biomédica.

---

<sup>261</sup> Don E., presidente del Comité de Salud de la clínica xoyateca en el año 2001; entrevista del 13 de febrero de 2002.

### III.4 La Epilepsia

*Mi ánimo (...) no es enseñar a volar las aguilas, de que soy incapáz, sino el que los enfermos y enfermas, por cualesquier licitos, y posibles modos consigan su deseada salud ó à lo menos alivio aún corto.*

*Pedro de Horta*

Antes de introducirnos en las etiologías orgánicas que provocan a la epilepsia será útil argumentar un viaje teórico e histórico en las razones neurológicas, psiquiátricas, históricas y etnográficas de esta enfermedad.

El origen de la palabra epilepsia es en sí mismo muy elocuente. Deriva del griego y significa *ser tomado* o *sorprendido, atacado*, y el uso vulgarizado de la palabra transformó la referencia verbal de la enfermedad definiéndola: *ataque*. Plantea Julio Hernández que este término tiene una referencia sagrada por su definición en latín: *morbis sacer, morbis divinus* o *lues delfica* y mágica porque era propiamente una entidad metafísica la que atacaba y poseía al paciente. Pero la historia de la palabra epilepsia tiene aún otras connotaciones. Por el hecho de que se suspendían hasta las asambleas, *comicias*, si algún asistente presentaba una crisis, esta enfermedad tomó el nombre de *mal comicial*.<sup>262</sup> Paracelso durante la época medieval la llamó *mal de la caída, morbus caducus* y *morbis lunaticos*. Esto último, como veremos más adelante, es porque se pensaba que el epiléptico era afectado por la actividad de la luna, siendo el mismo dios de la luna el que provocaba la enfermedad.<sup>263</sup>

El texto antiguo más conocido sobre la epilepsia es de Hipócrates: *Sobre la enfermedad sagrada*, aproximadamente del 400 a.C., obra que hacía notar cómo las enfermedades nerviosas y mentales eran las que más frecuentemente generaban interpretaciones mágico-religiosas.<sup>264</sup>

---

<sup>262</sup> Hernández Peniche, *op. cit.*, p. 2.

<sup>263</sup> Simón Brailowsky, *Epilepsia. Enfermedad sagrada del cerebro*, México, F.C.E., 1999, p. 18.

<sup>264</sup> *Ibidem*, p. 20.

Durante el Renacimiento existían muchas creencias que atribuían tanto la epilepsia, como la locura a fenómenos de posesiones demoníacas.

En un texto del 1580, el *Malleus Maleficarum* (libro de cacería de brujas), se informaba de casos de epilepsia infligida por medio de huevos que se habían enterrado juntos a los cuerpos de las mismas brujas.<sup>265</sup>

Pero las medidas de acercamiento de la epilepsia con la locura no terminan con la comparación demoníaca. También se atribuían los dos factores a gente que tenía particulares capacidades adivinatorias por medio de espíritus y que las dos enfermedades representaban nada más que síntomas de sus poderes y de la sabiduría que los caracterizaba. Un ejemplo, del caso apenas citado, es el personaje de Mahoma, el fundador del Islam, al cual se atribuía la epilepsia que adquiría el valor de un don divino y positivo, de un don que lo diferenciaba del resto de los mortales.<sup>266</sup>

Las prescripciones para los pacientes epilépticos consistían en la prohibición de baños, de algunos pescados, las carnes (de particular manera la de cabra),<sup>267</sup> el uso de ropa negra y el tocar la piel de cabra, así como cruzar las manos y los pies, y en la época romana se relata la prescripción de beber la sangre que manaba de las heridas de los gladiadores.<sup>268</sup> “Se menciona que el muérdago que se recoge en la luna nueva, sin la ayuda de un instrumento de hierro, podía curar la epilepsia, si no había tocado tierra”.<sup>269</sup>

La eficacia de algunos vegetales llevó a Galeno a varios experimentos con la mandrágora, raíz de peonia. Se observó que un niño, afectado por la epilepsia, logró no sufrir de ataques durante

---

<sup>265</sup> *Ibidem*, p. 23.

<sup>266</sup> *Ibidem*, pp. 24-25-26.

<sup>267</sup> Nótese que la cabra ha sido considerada por mucho tiempo un animal demoníaco por sus patas que en las representaciones antropomórficas eran una peculiaridad el demonio. Este aparecía con dorso de hombre y artos inferiores de cabra.

<sup>268</sup> Hernández Peniche, *op. cit.*, p. 5.

<sup>269</sup> *Ibidem*, p. 6.

ocho meses cuando llevaba la raíz puesta al cuello; razón por la cual Galeno pensó que el principio activo de la peonia se libraba al contacto con el cuerpo y que fueran absorbidas con la respiración, logrando *calentar* la parte afectada.<sup>270</sup> Cabe mencionar que la raíz de peonia es todavía utilizada por los xoyatecos en la cura del mal comicial.

En la época de Galeno las prescripciones observadas en la cura de la epilepsia no terminan con la raíz de peonia. Otras prescripciones se piensa que ayudaban a superar o aliviar la sintomatología de la enfermedad: “la colación matutina se prescribe para evitar las crisis producidas por hipoglucemia”,<sup>271</sup> tomar vinagre diluido con miel de abeja y jugo de cebolla, “bebida que tenía que ser tomada después de una purga y si fuese posible efectuado en el principio de la primavera y tener lugar cada día antes que un joven dejara su casa para ir al gimnasio”,<sup>272</sup> rasurarse la cabeza, aplicar un cataplasma de vinagre, evitar la violencia y la actividad sexual, vivir en un lugar caliente y seco a consecuencia de que la epilepsia era una enfermedad fría.

Considerando la epilepsia como una enfermedad fría y flemática<sup>273</sup> se explicaba su emanación en la pubertad por el cambio de temperatura, ya que entonces el cuerpo se vuelve más seco y caliente. Por el hecho que algunas epilepsias se curaban cuando el paciente contraía la fiebre cuartana, especialmente si ésta era crónica y se acompañaba de intenso escalofrío, la causa se atribuía a que esto adelgazaba la flema y el paciente podía liberarse de ella.<sup>274</sup>

Las prohibiciones no se quedaban a un lado y junto con las prescripciones formaban todo un *iter* conductivista con el que enfrentarse a la enfermedad, combatirla o por lo menos disminuirla en sus manifestaciones.

---

<sup>270</sup> *Ibidem*, p. 7.

<sup>271</sup> *Ibidem*, p. 8.

<sup>272</sup> *Idem*.

<sup>273</sup> En el Códice Florentino la epilepsia aparece como una enfermedad caliente y no fría y se prescriben elementos para disminuir el calor como el tlatlacótic o acacoxihuitl. Carlos Viesca Treviño, “Las enfermedades mentales en el código Badiano” en *Estudios de Cultura Náhuatl*, México, Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM, n. 12, 1976, p. 82.

<sup>274</sup> Hernández Peniche, *op. cit.*, p. 8.

El *onanismo*<sup>275</sup> fue considerado durante mucho tiempo la causa más influyente para el desarrollo de la enfermedad y en el mismo Evangelio de San Mateo (17:15.16) se hace referencia a un espíritu que provocaba la epilepsia tomando posesión de un hombre y que esto se pudo combatir solo con mucha fe y con oraciones y ayuno, entendiéndose con este último concepto también el ayuno sexual, en que está implicada la masturbación.

En el precioso documento representado por el Códice de la Cruz- Badiano aparecen referencias a la epilepsia que merece la pena mencionar. Este es un manuscrito fechado el 22 de julio de 1552<sup>276</sup>; su autor Martín de la Cruz era un “médico”<sup>277</sup> indígena noble<sup>278</sup> de Tlatelolco que trabajaba en el Colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco atendiendo a los jóvenes indígenas que allí estudiaban. La presencia de los médicos indígenas en el Colegio era probablemente debida a la epidemia del 1545 que afectó a la mayoría de los colegiales,<sup>279</sup> motivación por la cual se piensa que su presencia se volvió imperante. Juan Badiano, lector<sup>280</sup> en el Colegio de la Santa Cruz, originario de Xochimilco, es una figura muy importante en la redacción del Códice: a él tocó traducirlo al latín desde el náhuatl que escribió o dictó Martín de la Cruz<sup>281</sup> aunque aparezca en muchas ediciones<sup>282</sup> como el autor del Códice, dejando en el olvido a Martín de la Cruz. El documento fue escrito bajo

---

<sup>275</sup> Con el término *onanismo* se entiende la masturbación.

<sup>276</sup> Carlos Viesca Treviño, *Ticiotl, Conceptos médicos de los antiguos mexicanos*, México, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM, 1997, p. 44.

<sup>277</sup> En la primera página del Códice aparece que Martín de la Cruz no tenía ningún estudio de medicina, sino que era un médico que se formó sobre la base de la experiencia empírica. Viesca Treviño, “...Y Martín de la Cruz, autor del código de la Cruz Badiano, era un médico tlazolteca de carne y hueso”, *Estudios de Cultura Náhuatl*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, Vol. 25, 1995, *op. cit.*, p. 481.

<sup>278</sup> En un documento del 1977, intitulado *Comentarios al Códice de la Cruz-Badiano*, aparece la mención de un breve texto en la que se dice que Martín de la Cruz era un indio principal, es decir un noble. *Ibidem*, p. 485.

<sup>279</sup> *Idem*.

<sup>280</sup> En el monumento que erigieron a Xochimilco para los dos, escribieron que ambos eran médicos xochimilcas. Viesca Treviño, “...Y Martín de la Cruz, autor del código de la Cruz Badiano, era un médico tlazolteca de carne y hueso”, *op. cit.*, p. 480.

<sup>281</sup> Viesca Treviño, *Ticiotl. Conceptos médicos de los antiguos mexicanos*, *op. cit.*, p. 44.

<sup>282</sup> Viesca Treviño, “...Y Martín de la Cruz, autor del código de la Cruz Badiano, era un médico tlazolteca de carne y hueso”, *op. cit.*, p. 479.

encargo de don Francisco de Mendoza, hijo del primer virrey novohispano para ser enviado a España como regalo para el rey, otra motivación por la cual el destinatario pudo haber influido no solamente en la parte de la redacción en latín, sino también en el ámbito pictográfico el cual recuerda la mejor tradición y técnica de dibujo europea.<sup>283</sup>

La referencia a las alteraciones epilépticas se dividen en el Códice Badiano en dos formas: “una caracterizada por quietud y convulsiones (gran mal) a la cual le daban el nombre de *huapahuziztli* y otra que se caracterizaba por temblor (crisis mioclónicas) a la que denominaban *hihixcayotl*. En el *Códice* no aparecen referencias mágico religiosas, sino eran consideradas enfermedades culturales.”<sup>284</sup>

Cuando es reciente e mal sagrado son útiles piedrecillas que se hallan en el buche de halcón de los pajaritos huactl y del gallo; la raíz de *quetzalatzonyatl*, el cuerno de venado, el incienso blanco, el cabello de muerto y la carne quemada de topo encerrado en una olla. Todo bien molido en agua caliente. El que tiene este mal debe beber hasta vomitar, la anterior mezcla y puede ser útil antes de que la beba, tomar el jugo de un arbusto que se llama tlatlacótic y cuya raíz ha de ser molida<sup>285</sup>. [...] Observa el tiempo en que la epilepsia ha de venir, porque entonces al aparecer la señal, el epiléptico póngase en pié y púncensele los cartílagos y los costados. Cuando se levante ha de beber hiel canina y al mismo tiempo se le ha de echar en la cabeza una mixtura hecha de hojas de *quetzalatzonyatl* y *tetzizilini*, hierba *acocoxihuitl*, molidos en agua. Debe comer también cerebro de comadreja y de zorra. Se le deben dar sahumerios con el nuen olor del nido de ratones quemados en las brasas y el incienso blanquacino y de plumas de ave llamada *cozcacuahutli*.<sup>286</sup>

En este enunciado del *Libellus* existen algunos factores que considero importante mencionar.

El hecho por el cual se prescribe cerebro de comadreja y de zorra nos hace pensar en la importancia que tenía el cerebro como centro anímico en la medicina indígena, seguramente fruto de la educación europea que recibió Juan Badiano, en el Colegio de la Santa Cruz de Tlatelolco.<sup>287</sup>

---

<sup>283</sup> Viesca Treviño, *Ticiotl. Conceptos médicos de los antiguos mexicanos, op. cit.*, p. 48.

<sup>284</sup> Hernández Peniche, *op. cit.*, p. 10.

<sup>285</sup> Martín de la Cruz, *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*, México, Fondo de Cultura Económica, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1991, p. 73.

<sup>286</sup> *Idem*.

<sup>287</sup> Carlos Viesca Treviño y de la Peña Paez, *Las enfermedades mentales en el Códice Badiano*, México, Estudios de cultura náhuatl, V. XII, 1976, p. 81.

La importancia adquirida por el sistema cerebral se subraya teniendo presente que de los tres centros anímicos más importantes del hombre nahua prehispánico: el hígado, el cerebro y el corazón, éste último era considerado el asiento de las enfermedades, el que venía alterado por el ejercicio de las facultades mentales<sup>288</sup> y no el cerebro como en la medicina alópata.<sup>289</sup>

Otro factor importante es la introducción de elementos que se podrían considerar de “psicoterapia” como las flores que huelan bien, canciones y música prescritas en la cura de la melancolía y en esta categoría caben mencionar la aromaterapia de los buenos olores en la melancolía y en la epilepsia.<sup>290</sup> Otra cura análoga para la melancolía es individuada por Hinojosos quien aconseja de “comer ave o carnero, asado o cocido y con él especies aromáticas que tengan buen olor [...] *que el enfermo*<sup>291</sup> durante algunas horas del día trate con gente que le trate de Dios y otras veces le den música.”<sup>292</sup> Juan de Barrio también hace referencia a que los enfermos de melancolía “han de estar en un ayre claro y no escuro ni que huela mal”.<sup>293</sup> En la cura de la epilepsia se menciona la importancia del *aire* en este caso utilizado como aire purificador, curativo; el “buen olor de nido de ratones” quemado. Se ha de notar que la *melancolia* en el siglo XVI se consideraba como una clase de locura, junto a los *dementes* y a los *furiosos*.<sup>294</sup> “El término aparece definido (...) como enfermedad conocida y pasión muy ordinaria, donde hay poco contento y gusto (...) pero no cualquiera tristeza se puede llamar melancolía en este rigor”.<sup>295</sup> En un texto de John

---

<sup>288</sup> López Austin, *op. cit.*, p. 208.

<sup>289</sup> Para una profundización de este argumento véase el capítulo II.

<sup>290</sup> Viesca y de la Peña Paez, *Las enfermedades mentales en el Códice Badiano*, *op. cit.*, p. 81.

<sup>291</sup> Cursivo mío.

<sup>292</sup> German Somolinos d'Ardois, *Historia de la psiquiatría en México*, México, Secretaría de Educación Pública, Setseptenta, 1976, p. 83.

<sup>293</sup> Tienen que estar en un aire claro y no oscuro ni que huela mal. *Ibidem*, p. 87.

<sup>294</sup> María Cristina Sacristán, *Locura e Inquisición en Nueva España, 1571-1760*, México, El Colegio de Michoacán, Fondo de Cultura Económica, 1992, p. 36.

<sup>295</sup> *Idem*.

Brown, *Elementa Medicinae*, del 1780 aparecen como cura de la epilepsia las bebidas alcohólicas y para la curación de la histeria se aconseja el opio. “En el México virreinal [...] el enfermo mental, el que aparece en las obras de la época como melancólico, maniaco o histérico, hubo que sufrir los devastadores efectos de una continua administración de opiáceos sustituida o acompañada de frecuentes y copiosas sangrías”.<sup>296</sup>

La magia simpática tiene también su importancia dentro del Códice.

El hecho de comer cerebro de comadreja es para que las calidades de este animal se transfieran con la ingestión a las personas afectada por la epilepsia. Los antiguos nahuas atribuían una gran importancia al cabello, elemento que se menciona en el *Libellus* en la cura de la epilepsia. Su importancia era debida “por su proximidad a la coronilla de la cabeza, sitio bañado por el *tonalli*”.<sup>297</sup>

El cabello de muerto, en el caso al que me estoy refiriendo, es un elemento que me lleva a considerarlo como representante de la muerte, de la enfermedad, como si suministrándolo la enfermedad muriera; las plumas de *cozcacuauhtli*, el zopilote, animal calvo es asociado el concepto de “calvicie, longevidad, discreción y, por ende, ausencia previa de enfermedad con la necesidad que de todas estas cosas tienen el epiléptico”.<sup>298</sup>

En un texto farmacológico de la Edad Media<sup>299</sup> que aparece bajo el nombre de Joannes Messu, se establecen 6 puntos para el tratamiento de la epilepsia:

1. Que se administre un régimen dietético y alimenticio.
2. Que las sustancias mórbidas se preparen para ser evacuadas.
3. Que sean evacuadas.

---

<sup>296</sup> Somolinos d'Ardois, *op. cit.*, p. 118.

<sup>297</sup> López Austin, *op. cit.*, p. 182.

<sup>298</sup> Viesca, *op. cit.*, p. 81.

<sup>299</sup> Hernández Peniche, *op. cit.*, p. 12.

4. Que se tenga cuidado de que el residuo de las sustancias mórbidas se dirija hacia otra parte del cuerpo.
5. Que el cerebro y cualquier otro órgano en el cual se originan enfermedades se restaure.
6. Que los diversos síntomas que son incidentes en la presencia de la enfermedad se corrijan.

De acuerdo con este procedimiento se debían aplicar sanguijuelas sobre la zona esplénica y una cataplasma de excremento de pichón y huevos de cuervo. Así le llevaba la sustancia mórbida de la cabeza al brazo y se generaba fiebre, para curar al epiléptico. Este tratamiento era particularmente eficaz teniendo lugar en el otoño.<sup>300</sup>

En esta época se empezó a descartar la teoría de la influencia del ciclo lunar, aunque Rumberg, director del Hospital Universitario de Berlín, y anteriormente Paracelso, aseguraba la importancia planetaria de la Luna especialmente si era nueva o llena, en la aparición de las crisis epilépticas. Se vio en el anterior capítulo de la historiografía xoyateca, como el elemento lunar adquiere una importancia fundamental como mecanismo para reglamentar y determinar las crisis convulsivas: los “ataques”.

En estos años aparecen también las primeras estadísticas inherentes a la epilepsia y a su etiología, en las cuales el terror se menciona como causa mayor con 21 casos sobre 70, la tristeza como segunda causa a nivel de importancia, 10 sobre 70 y la masturbación y los trastornos menstruales con 3 casos sobre 70 como tercera causa.<sup>301</sup> Esto me deja pensar que el factor mental y orgánico se encuentran todavía en un proceso de continua referencia del uno al otro por lo que es inherente a la epilepsia. No obstante el *susto*, el *miedo* o el llamando *terror* empiezan a ser tomados poco en consideración por parte del panorama biomédico desde el 1860 hacia adelante, es evidente la influencia que sigue teniendo el factor mental, la psique sobre el soma en la determinación etiológica de la enfermedad.

---

<sup>300</sup> *Idem.*

<sup>301</sup> *Ibidem*, p. 14.

Con la determinación de las causas de la enfermedad y con la división entre los factores mentales y los factores orgánico, la misma enfermedad empezó a padecer su proceso de fragmentación. Fue de estos años la división entre *petit mal* y *grand mal*, *absence*, *etat de mal*,<sup>302</sup> así como adquiriendo importancia la materia gris en la aparición de las crisis se comenzó a pensar que éstas podían afectar a sistemas parciales, que tenían lugar específicamente en la corteza cerebral y que se definían como la pérdida de función temporal del tejido nervioso. “Epilepsia es el nombre para la ocasional súbita, excesiva rápida y local descarga de la sustancia gris”.<sup>303</sup>

En el siglo XIX, con la evolución de las ciencias médicas la epilepsia adquiere una importancia diferente no sólo en las concepciones mágico-religiosas que la caracterizaban, sino también por los lugares en donde se ubica y traslada.

La primera transformación se tiene con Pinel quién logra que las cárceles se vuelvan lugares para recibir los enfermos de epilepsia, transformándose en asilos. Esto se debe al hecho por el cual “tal enfermedad ha sido considerada por todo el siglo XIX un trastorno mental junto al asma, la tos ferina, el ilio, el tétanos, las rabias y las neuralgias hasta que Kraepelin la sistematizó junto a las dos grandes categorías de las enfermedades psiquiátricas: 1) la demencia precoz y parafrenias, 2) las enfermedades maniaco-depresivas 3) las enfermedades epilépticas”.<sup>304</sup>

Con Jackson Hunghiling, un epileptólogo que dio la primera definición científica de la epilepsia : “una descarga ocasional, súbita, excesiva, rápida y localizada de la sustancia gris”, y con el descubrimiento de Hans Berger de la Electroencefalografía (EEG), se tuvo la certeza teórica y visual de la localización cerebral de las descargas; la epilepsia entonces, se producía en el cerebro.

---

<sup>302</sup> Pequeño mal y grande mal, ausencia, estado de mal. *Ibidem*, p. 13.

<sup>303</sup> *Ibidem*, p. 17.

<sup>304</sup> Portellano Pérez José Antonio et al., *Las epilepsias. Un estudio multidisciplinar*, Madrid, Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, 1991, p. 59.

### III.4.1 La Epilepsia y los trastornos mentales

Se tratará de hacer una primera distinción entre el desarrollo de factores psicóticos que se desarrollan con el estado de epilepsia y que de esta derivan, y con factores psicóticos de otro origen que generan la epilepsia. Entonces hablamos de epilepsia con psicosis en el primer caso y de psicosis con epilepsia en el segundo.

Lo que se tendría que definir es qué tipo de consecuencias psíquicas lleva consigo una enfermedad que afecta el Sistema Nervioso Central.

El probable padecimiento de enfermedades psiquiátricas dependerá en gran medida de la presencia de lesiones cerebrales, focales o difusas, aunque existen posiciones como la de Portellano Pérez<sup>305</sup>, que ponen la atención sobre la epilepsia como un estado emocional alterado del sujeto que la padece. Esto llevaría a pensar que disminuyendo entonces, las tensiones psicológicas, de la misma manera disminuirían las crisis. Esta afirmación no excluye el orden orgánico de la enfermedad, cuya etiología reside en la disfunción de sistema neurológico, sino que el factor desencadenante de las crisis puede ser debido a tensiones psíquicas.

Con la reafirmación orgánica de los trastornos psiquiátricos, desaparece también la idea de que la degeneración progresiva del enfermo epiléptico llevaría a desarrollar una psicosis o demencia.<sup>306</sup> Según los estudios del 1942 de Lennox confirmados en el 1968 por Graham y Ruther, se sabe que al menos 2/3 de los epilépticos son mentalmente normales.<sup>307</sup>

En un estudio realizado por Flor Henry, en el 1969, se compararon enfermos con epilepsia del lóbulo temporal con episodios psicóticos y enfermos epilépticos del lóbulo temporal que nunca habían sufrido trastornos psicóticos. En esta investigación se demostró que la epilepsia del lóbulo temporal del “cerebro dominante” predispone al enfermo a tener manifestaciones psicóticas,

---

<sup>305</sup> *Ibidem*, 95.

<sup>306</sup> Brailowsky, *op. cit.*, pp. 62-63.

<sup>307</sup> *Idem*.

mientras que la epilepsia del lóbulo temporal del cerebro “no dominante” se asocia con fenómenos maniaco-depresivos, y la del lóbulo temporal dominante se asocia a episodios esquizofrénicos.<sup>308</sup>

Los ataques psicomotores y las crisis frecuentes del lóbulo temporal son inversamente proporcionales a las psicosis epilépticas, lo que significa (según Flor Henry) que dichas crisis y las psicosis son manifestaciones antitéticas u opuestas de un mismo trastorno de la función cerebral. Las psicosis epilépticas periódicas está en relación con una lesión cerebral mínima y cuando las psicosis epilépticas son de tipo crónico se relacionan con una lesión cerebral severa.<sup>309</sup>

Pero las convulsiones por histeria, por ejemplo, se distinguen de las epilépticas por algunas ausencias de síntomas típicos: la mordedura de la lengua, la relajación de los esfínteres, la conservación de los efectos pupilares.<sup>310</sup>

Hoy se sabe que la epilepsia puede manifestarse casi exclusivamente por trastornos mentales, por lo tanto es indispensable el estudio de esta enfermedad no solamente desde la perspectiva neurológica, sino también desde el aspecto psiquiátrico.

Cabe mencionar un factor importante en el diagnóstico de esta enfermedad, es decir, la dificultad con la que esto se lleva a cabo debido a la semejanza sintomatológica o el simplismo con el que se ha llegado a diagnosticar cada convulsión como epilepsia. Esto ha llevado más veces a confundir lo que es propiamente un trastorno epileptoide con enfermedades propiamente psiquiátricas, con patologías que presentan convulsiones.

Un ejemplo de lo apenas mencionado, son enfermedades como la esquizofrenia o como la histeria, que se presentan ambas con convulsiones y pueden ser fácilmente confundidas por epilepsia; aunque haya sido comprobado el hecho por el cual durante las convulsiones un epiléptico desvía continuamente los ojos, mientras las convulsiones histéricas, en el segundo caso, se

---

<sup>308</sup> Augustín Caso Muñoz, *Fundamentos de psiquiatría*, México, Editor Noriega, Editorial Limusa, 1989, p. 498.

<sup>309</sup> *Idem.*

<sup>310</sup> Fustinoni, *op. cit.*, p. 265.

caracterizan por la mirada hacia el suelo.<sup>311</sup> Charcot, quien pensaba en una afinidad entre los dos factores, llamó este encuentro entre la histeria y la epilepsia: *histeroepilepsia*.

Se ha venido convalidando la idea de que la epilepsia pueda estar estrictamente relacionada con trastornos psiquiátricos como la esquizofrenia, afirmando que los pacientes que padecen de crisis comiciales desarrollan una enfermedad parecida a la esquizofrenia, y más en general a la locura. Hughlings Jackson sostuvo que: "La epilepsia es la causa de la locura en el 6% de los locos".<sup>312</sup>

Otra enfermedad psiquiátrica que ha sido relacionada a dichas crisis es la depresión y lo que se ha demostrado es que durante la hospitalización para el tratamiento de la depresión, los ataques epilépticos han disminuido notablemente.<sup>313</sup>

Investigaciones como la de Guerrant<sup>314</sup> han invalidado estos conceptos. Él supone que las crisis epilépticas y los trastornos mentales presentes en sujetos epilépticos provienen ambos del mismo trastorno neuropatológico, confiriendo, así a los trastornos mentales un carácter genético. De esta afirmación se puede establecer una primera posición inherente a la relación entre epilepsia y trastornos mentales. Una segunda posición es la que atribuye vida independiente al uno y al otro, es decir, que considera los trastornos mentales como un factor independiente de la epilepsia y quizá un efecto secundario a las crisis, debido a la violencia de las mismas.

Existen por lo menos dos posiciones antagónicas en la determinación etiológica de la epilepsia. La primera es la que considera el surgimiento de trastornos mentales por las lesiones neurológicas, y un segundo punto de vista es que el trastorno mental en un epiléptico puede

---

<sup>311</sup> *Idem*.

<sup>312</sup> *Ibidem*, p. 252.

<sup>313</sup> *Ibidem* p. 260.

<sup>314</sup> *Ibidem* p. 246.

presentarse como un efecto secundario al daño cerebral,<sup>315</sup> es decir que no son determinantes para la aparición de la enfermedad convulsiva.

Pero un punto más importante es entender la existencia de una epilepsia *a priori*, es decir, de la llamada “personalidad epileptoide”. Muchos estudios inherentes a la temática han trazados algunos rasgos típicos del enfermo de epilepsia y de su entorno sociocultural. Rasgos como la pegajosidad, la sobreprotección, la prolijidad y la impulsividad<sup>316</sup> han caracterizado y por tanto formar una personalidad de la epilepsia, aunque todos estos factores se podrían colocar a *posteriori* en las crisis. Otras investigaciones sostienen que la personalidad epiléptica se sustenta también por el hecho de que quienes sufren lesiones del lóbulo temporal, habitualmente se presentan como sujetos más impulsivos e irritables, egocéntricos y paranoides.<sup>317</sup> Los afectados por el lado derecho se describieron como pacientes serenos y alegres y los afectados por el lado izquierdo presentaban paranoia y dependencia.<sup>318</sup> Lo que sustenta estos estudios fundamentalmente, no es la existencia de una personalidad epileptoide, sino que los individuos que presentan lesiones del lóbulo temporal son ulteriormente susceptibles al desarrollo de trastornos psiquiátricos<sup>319</sup> “en especial si tienen más de un tipo de convulsiones o si los trastornos del EEG son del lado derecho”.<sup>320</sup>

Como resultado de la investigación llevada a cabo, empírica y bibliográfica, se puede afirmar que no existe una personalidad epileptoide *a priori*, sino una serie de condiciones físicas que imposibilitan una existencia que se inscriba en la normalidad del contexto sociocultural en el que se inserta, así las concordancias de varias psicosis con la epilepsia son verificables en la medida en que se tomen en consideración a *posteriori* de la enfermedad. Cabe afirmar que en el caso de la

---

<sup>315</sup> Trimble, *op. cit.*, p. 246.

<sup>316</sup> Seva Díaz, *op. cit.*, p. 368.

<sup>317</sup> Trimble, *op. cit.*, p. 251.

<sup>318</sup> *Idem.*

<sup>319</sup> *Ibidem*, p. 252.

<sup>320</sup> *Idem.*

epilepsia desarrollada en edad infantil, esta influye notablemente sobre la personalidad del individuo, viéndose limitado en sus actividades, o más bien, viéndose inscrito en actividades diferentes respecto a sus coetáneos debido a las convulsiones. Entonces, no se trata de personalidad epiléptica a priori, sino a posteriori de la enfermedad que contribuye al nacimiento de psicosis, aunque algunas posiciones como la de Pond<sup>321</sup> plantean que los sujetos epilépticos afectados por el “pequeño mal”, sean más neuróticos y pasivos que otros, evidenciando así rasgos típicos de la personalidad epileptoide. Junto a Pond, Hill sostuvo y apoyó el concepto de personalidad epiléptica atribuyendo a los individuos que padecen de convulsiones del lóbulo temporal rasgos de impulsividad, egocentricidad, perseverancia e religiosidad,<sup>322</sup> y aparecían como individuos sujetos a alteraciones súbitas de la conciencia y que sufren de alucinaciones.<sup>323</sup> Este tipo de epilepsia aparece en muchas investigaciones como la que afecta más también en el ámbito mental desarrollando una incapacidad psiquiátrica.

### III.4.2 Una enfermedad tendencialmente femenina

Pedro de Horta,<sup>324</sup> en un texto<sup>325</sup> del 1763<sup>326</sup> define la epilepsia como:

una forzada involuntaria preternatural violenta convulsiva concusion ò sacudimento de las partes nerveo-membranosas musculosas de todo el cuerpo, con privacion de sentidos, causada por una espasmodica estrictura de las membranas que cifien el

---

<sup>321</sup> Pond D. A., “Aspects of Epilepsy in children”, *Journal of Medical Science*, s/l, s/e, n. 48, 1952, pp. 404-410.

<sup>322</sup> Trimble, *op. cit.*, p. 251.

<sup>323</sup> *Idem.*

<sup>324</sup> Pedro de Horta, *Informe médico moral de la penosissima y rigorosa enfermedad de la epilepsia*, Madrid, edit. Domingo Fernández, 1763, 284 p.

<sup>325</sup> La obra está escrita en español antiguo y en la transcripción se ha tratado de recopilar fielmente el texto. No se cree necesaria una obra de transcripción por lo que la sintaxis y la estructura gramatical adhieren a las reglas actuales de escritura del idioma.

<sup>326</sup> Pedro de Horta, evidencia Somolinos d’Ardois, individuando la enfermedad de la epilepsia como una enfermedad natural, ha podido evitar la intervención de la inquisición que juzgaba algunas enfermedades como preternaturales o transnaturales, es decir que operaban bajo influjo demoníaco. Somolinos d’Ardois, *op. cit.*, p. 99.

cerebro, espinal medula y nervios, y por subseguido influxo de los espíritus animales, muy impetuosos, y violentos à los organos motores, poco y muy diminuto a los sensorios.<sup>327</sup>

Él distingue entre los que llama tres universales: la *epilepsia*, los *movimientos* que define *convulsivos* y los *movimientos espasmódicos vagos*.

Los movimientos convulsivos se reconocen para caracterizar los miembros externos y el tronco exitado por la espasmódica estructura de las membranas que ciñen la medula espinal y nervios, que de ella se originan, y por el impetuoso influxo de los espíritus animales ázia los organos motores.<sup>328</sup> Los movimientos espasmódicos vagos son una violenta involuntaria mas o menos vaga sucesiva agitacion y contraccion de todas las partes del cuerpo, mayormente de los miembros externos que trae origen de (...) irritacion hecha por pavor sutil, acre, volatil en las membranas nervosas, que visten principalmente las junturas, propagadas muchas veces en fuerza de consentimiento à las meninges del cerebro y medula espinal. (...) La epilepsia trae consigo privacion de sentidos y se sujeta en las membranas del cerebro. Los movimientos convulsivos se sujetan a las meninges de la espinal medula, no inducen privacion de sentido (...).<sup>329</sup>

Las causas a las cuales de Horta atribuye el surgimiento de la enfermedad son de varios orígenes:

Unos decían, que estas enfermedades eran solo efectos naturales: otros, que podían ser demoniacas: y entre los de este partido, unos afirmaban, que debían conjurarse, y otros que no. Y aún hubo quien firmasse, que se pensaba, el que si las enfermedades eran diabolicas, se retirassen los enfermos de los medicos, y solo los curassen los Confessores, ò Exorcistas.<sup>330</sup>

Repetidas veces en el texto se encuentran referencias a la sintomatología de la enfermedad y entre los síntomas más frecuentes aparecen el dolor al corazón y al pecho como males introducidos, identificables de esta manera como factores exógenos. Una segunda definición de factores que se pueden considerar como exógenos son los atribuidos a las mutaciones de la luna "(...) Algunas diabolicas viejaciones afligen en la posituras especiales de la luna, como en la conjuncion, llena,

---

<sup>327</sup> *Ibidem*, p. 4.

<sup>328</sup> *Idem*.

<sup>329</sup> *Idem*.

<sup>330</sup> *Ibidem*, p. III, introducción.

(...)”,<sup>331</sup> del tiempo y de particular manera en la mujer se hace referencia al periodo que precede o que sigue al ciclo menstrual.

La mujer es identificada como el género más afectado por la epilepsia, los *movimientos convulsivos y espasmódicos vagos* y es considerada como la más frágil junto a los niños, y expuesta a factores innumerables que las llevan a contraer el mal casi voluntariamente: “por cualquier causa u ocasión, como repentina, y no esperada turbación de ánimo, pesadumbre, intensa meditación, bebidas que embriagan, excesivo calor o frío (...) ansia en el corazón o vientre (...)”.<sup>332</sup> A lo largo del texto aparecen muchas referencias al corazón y al vientre que resultan ser las partes más afectadas por las tres “causas universales”, independientemente de que si sean factores exógenos o endógenos los que las producen.

En una investigación desarrollada en los hospitales Fray Bernardino Álvarez de la ciudad de México, llevada a cabo por Isabel Lagarriga,<sup>333</sup> se evidenció como la enfermedad mental era concebida diferentemente por las mujeres que por los hombres. Las mujeres internadas plantearon varias causas de sus enfermedades, que se consideraban propias del género femenino. La mayoría de las entrevistadas y sus familiares mencionaban que la menstruación,<sup>334</sup> el embarazo y de particular manera el segundo parto, eran factores determinantes para el desarrollo de trastornos de la conducta, y como principal factor en orden de importancia, aparecían las relaciones conflictivas con el sexo opuesto, como causas del desencadenamiento de enfermedades.

En estos primeros renglones me puedo atrever a una primera división entre quienes son afectados por factores exógenos independientemente de su comportamiento y sus actitudes, y quienes, haciendo referencia sobre todo a las mujeres, aunque sujetas a contraer la enfermedad por

---

<sup>331</sup> *Ibidem*, p. 28.

<sup>332</sup> *Ibidem*, p. 8.

<sup>333</sup> Isabel Lagarriga Altias, “Algunas concepciones populares sobre la locura femenina en México”, *op. cit.*, p. 299.

<sup>334</sup> *Ibidem*, p. 92.

cuestiones meramente exógenas, parecen atraerla por factores de comportamiento, de humor y de actitud, quizás a causa de las que se han definido cuestiones endógenas al género femenino.

Ahora bien, según lo afirmado, el género femenino ha sido históricamente penalizado<sup>335</sup> respecto al masculino y son los factores endógenos (el mal dentro de sí mismas) los que lo determinan, por esta razón aparecen como individuos más propensos que otros (que el género masculino) a contraer el mal comicial.

---

<sup>335</sup> No es este el contexto para llevar a cabo un análisis profundizado de la penalización del género femenino con respecto al masculino, por ende, estoy haciendo referencia solamente a los conceptos de salud – enfermedad.

### III.5 La locura, el susto y la epilepsia

Hacia fines del siglo XV, cuando Colón descubrió América, y a principios del siglo XVI, cuando Cortés conquistó México, evidencia Zilboorg que se fundieron las teorías de Galeno e Hipócrates y que varios problemas clínicos eran analizados a la luz del elemento benigno y maligno por naturaleza<sup>336</sup>. Según el ya mencionado *Malleus Maleficarum*,<sup>337</sup> se evidenció que la locura, la brujería y la herejía fuesen elementos que componían un mismo sistema maligno.

“Según el *Malleus*, el diablo podía perjudicar la humanidad de seis maneras: producir amor morboso de un hombre por una mujer, o viceversa; sembrar los celos en un individuo; producir impotencia; causar enfermedades físicas; causar la muerte y ocasionar la pérdida de la razón.”<sup>338</sup>

Paracelso, en su libro *Enfermedades que llevan a una pérdida de la razón*, subrayaba la naturaleza de las enfermedades mentales, afirmando por ejemplo que la epilepsia era un “disturbio de los *spiritus vitae* precipitado por la comida y por el vapor” y el tratamiento consistía en alcanfor y polvo de unicornio para la ‘epilepsia espiritual’<sup>339</sup> y que de igual manera “los *insani* nacían locos debido a enfermedades del semen, o porque recibieron influencias de la luna *in utero*”.<sup>340</sup>

---

<sup>336</sup> Ari Kiev, *Curanderismo*, México, Cuadernos de Joaquín Mortiz, 1972, p. 42.

<sup>337</sup> Somolinos d'Ardois, cita en extenso un párrafo del *Malleus Maleficarum* que vale la pena mencionar: “La tesis del *Malleus* es tan sencilla como horrible para nosotros. Se divide en tres partes. La primera representa una argumentación que intenta demostrar la existencia de la brujería y las brujas, o para ser más exactos, demostrar mediante argumentación antes que por demostración empírica que la persona que no cree la existencia de las brujas está en un error sincero o bien contaminado de herejía. La segunda parte se consagra a las que hoy llamaríamos descripciones clínicas. Esta parte nos habla de varios tipos de brujas y de los diferentes métodos que se pueden usar para identificarla [...]. La tercera parte trata de las formas legales de examinar y sentenciar una bruja. Llega a los detalles de los procedimientos legales y la técnica de liberar un bruja del diablo o de entregarla al brazo secular de la justicia para su ejecución, que en la mayoría de los casos se hace mediante la hoguera. Este libro no es un tratado desapasionado, frío, legalista; es más bien de un tono polémico, argumentador, desdeñoso, amenazador e intransigente. Está escrito con la firme convicción y el ardiente celo que hizo a los autores completamente insensibles al olor de la carne humana quemada”. D'Ardois, *op. cit.*, pp. 91-92.

<sup>338</sup> Kiev, *op. cit.* p. 43.

<sup>339</sup> *Ibidem*, pp. 43-44.

<sup>340</sup> *Idem*.

En otro libro escribió que la locura podía evitarse con la confesión<sup>341</sup> mezclando así el empirismo de la epilepsia con el misticismo de la locura. El médico español Juan de Barrios identificó la locura como una enfermedad que se engendra en “[...] el septo inflamado<sup>342</sup> o herido porque como el septo está siempre en perpetuo movimiento, por el movimiento mueve y envía al cerebro vapores y humores malos de los cuales se hace locura [...] estar frenéticos y locos siempre es de inflamación que se hace en la tela delgada y sustancia de los sesos”.<sup>343</sup>

Durante este mismo periodo Félix Plater hizo una primera distinción de trastornos mentales en cuatro categorías: los estados de debilidad mental, los estados de inactividad como la epilepsia, catalepsia y apoplejía; la excitación mental y la hiperexcitación.<sup>344</sup>

Tanto los excesos como la represión de la sexualidad son capaces de producir epilepsia y locura, de la misma forma que el miedo.<sup>345</sup> También son causas de locura: heredar las obsesiones sobre la actividad sexual, y la pica (comer tierra), que lleva a la obstrucción del trato gastrointestinal, luego a formar bolos. Otra mención a la obstrucción de los intestinos es la que ve el nacimiento de la apoplejía.<sup>346</sup>

Es importante en estas afirmaciones constatar la presencia de la medicina hipocrática que se mueve sobre una ideología humoral. Según Hipócrates cada uno de los humores del cuerpo estaba caracterizado por cualidades asociadas al fuego, la tierra, el agua o el vapor.

La sangre era caliente y húmeda, la flema fría y húmeda, la bilis amarilla caliente y seca, la bilis negra fría y seca.<sup>347</sup> El equilibrio entre dichos factores es sinónimo de salud, mientras el exceso

---

<sup>341</sup> *Idem.*

<sup>342</sup> El septo transversal es el diafragma. Somolinos d'Ardois, *op. cit.*, p. 82.

<sup>343</sup> *Idem.*

<sup>344</sup> Kiev, *op. cit.*, p. 45.

<sup>345</sup> *Ibidem*, p. 64.

<sup>346</sup> *Ibidem*, p. 62.

<sup>347</sup> *Ibidem*, p. 64.

o la falta de uno de estos elementos representará la enfermedad. Por lo tanto, el equilibrio del físico es fundamental para mantener la salud de un individuo.

La localización náhua de la enfermedad mental se tiene que concebir dentro del marco cosmogónico náhuatl del hombre en el cual la personalidad se concebía en las imágenes del “rostro y corazón”.

Los centros anímicos mayores son representados por la cabeza, *el tonalli*, el hígado y el corazón, *yolia*, *toyolia* o *teyolia*. Este último superaba los dos en importancia y en número de funciones. En la cabeza se ubicaban conciencia y razón; en el corazón, todo tipo de procesos anímicos, y en el hígado, los sentimientos y pasiones que pudieran estimarse más alejados de las funciones de los conocimientos, es una gradación que va de lo racional (arriba) hasta lo pasional (abajo) (...) los pensamientos más elevados y las pasiones más relacionadas con la conservación de la vida humana se realizaban en el corazón.<sup>348</sup>

Parece ser que el corazón jugaba el papel del mediador entre los dos extremos de la racionalidad y de la pasión.

López Austin,<sup>349</sup> al describir las concepciones del cuerpo humano para los antiguos nahuas, evidencia la importancia que se atribuía a las fracturas, las dislocaduras y torceduras porque provocando una inflamación de la parte afectada por el trauma se pensaba que podía producir una hinchazón del vientre y por último un daño al corazón. Para curar el temido daño al corazón, uno de los tres centros anímicos mayores, se prescribía la punción en el lado izquierdo del cuerpo en la vena del corazón que en la actualidad se piensa ubicada en una vena primaria que desde los genitales pasa por el ombligo y llega al corazón.<sup>350</sup> Evidencia Somolinos d'Ardois como además de poder ser desviado y torcido, creando los presupuestos para las enfermedades, en la forma más grave de todas el corazón se puede perder.<sup>351</sup>

---

<sup>348</sup> López Austin, *op. cit.*, p. 219.

<sup>349</sup> *Ibidem*, p. 178.

<sup>350</sup> *Ibidem*, p. 179.

<sup>351</sup> *Ibidem*, p. 26.

En el Códice de la Cruz – Badiano, como ya he mencionado, aparecen prescripciones para la curación del mal comicial: *al aparecer la señal, el epiléptico póngase en pié y puncensele los cartilagos y los costados.*<sup>352</sup>

Tal como lo evidencia León Portilla<sup>353</sup> el “rostro – corazón” se podría traducir en la nosología occidental como “fisonomía moral y principio dinámico del ser humano”. “El dueño de un rostro sabio es un hombre fisionómicamente cabal cuya faz refleja su rectitud moral. El corazón, por su lado, preside toda la actividad y el dinamismo del individuo”.<sup>354</sup> Por tanto para el hombre nauha prehispánico, a diferencia del hombre occidental, era el corazón no el cerebro el centro rector de los sentimientos y pasiones, corazón que es necesario recuperar cuando se pierde en los meandros de su exterior, retorciéndose.

Tal vez, dice Somolinos d’Ardois, la situación más psiquiátrica de toda la patología prehispánica sea aquella que bajo el nombre de *yollopoliuhqui* se puede traducir como *el que ha perdido el corazón*.

A diferencia de cuanto evidencia d’Ardois, antes de la “era de las luces” es decir del siglo XVIII, el hombre occidental tenía como punto regulador de los movimientos anímicos el mismo corazón, que cuando se perdía o se retorcía en un hombre náhua, era el causante de la aparición del trastorno emocional, lo que hoy se definiría mental y que el curandero reintroducía en el paciente para sanarlo.

Al corazón pertenecen las referencias a la memoria, al hábito, a la afición, a la voluntad, a la dirección de la acción y la emoción. Participa, además en cada uno de los estados y procesos anímicos que sirvieron para clasificar el material, rebasando en ellos, con una sola excepción la acción de las demás partes del cuerpo. La excepción en cuestión es la de la percepción que pertenece al grupo ix (el cual se concentra propiamente en el campo del conocimiento y en las funciones de la percepción<sup>355</sup>). El

---

<sup>352</sup> De la Cruz, *op. cit.*, p. 209.

<sup>353</sup> Somolinos d’Ardois, *op. cit.*, p. 25.

<sup>354</sup> *Ibidem*, p. 26.

<sup>355</sup> López Austin, *op. cit.*, p. 213.

corazón puede ser alcanzado, captado, leído, visto, puede conversarse con él, se le puede dirigir hacia las cosas (...) el corazón era concebido como un órgano alterable, para bien o para mal; del exterior lo modificaban el tiempo, las ofensas, los hechizos, la esclavitud; del interior, el ejercicio de las facultades mentales, la ira y los pecados. Los pecados y con ellos el torcimiento del órgano, provocaban sus enfermedades más notables; la locura y la maldad.<sup>356</sup>

En el *Libellus Medicinalis*, aparece una planta, la flor de *Yolloxóchitl*,<sup>357</sup> como una eficaz medicina contra el mal de corazón.

El corazón, por cuanto mencionan los textos de Sahagún, era concebido como el centro vital y como órgano de la conciencia y que el desmayo era concebido como un amortecimiento del corazón, así como la epilepsia era considerada como una forma muy grave de amortecimiento, que se verificaba con una fuerte opresión sobre este órgano.<sup>358</sup>

Por cuanto es inherente al elemento del vientre se puede ver que el hígado para los antiguos nahuas, aparece como uno de los tres centros anímicos mayores y que en este se producía la ira y el aborrecimiento, sentimientos que se vinculan a un estado de hinchazón.<sup>359</sup> Los pecados contribuían al mal funcionamiento del hígado “lo que conducía inexorablemente el individuo a la locura y a la maldad”.<sup>360</sup> Es interesante notar que Doña P., una curandera de Tepeojuma, me comentó que el susto se puede localizar en el cerebro, en el hígado y también en el corazón y que se pueden curar casi todos los tipos de espanto, dependiendo de su gravedad, pero que el único contra el cual no se puede hacer nada es el que afecta al hígado; otra aseveración es importante hacer sobre el mal funcionamiento de este órgano.

Como he evidenciado en el texto, es muy difícil en la comunidad xoyateca hacer referencia al factor de los pecados que podían conducir al desarrollo de enfermedades como la locura y la

---

<sup>356</sup> *Ibidem*, pp.207-208

<sup>357</sup> *Yollótl*: corazón, *xochitl*: flor.

<sup>358</sup> López Austin, *op. cit.*, pp. 187-188.

<sup>359</sup> *Ibidem*, p. 210.

<sup>360</sup> *Idem*.

epilepsia, porque todos los afectados eran demasiado pequeños para poder cometer faltas de algún tipo. Además, todos los individuos tomados en consideración eran hijos de matrimonios llevados a cabo en la iglesia de la comunidad y todos bautizados; por ende se tiende a excluir cualquier tipo de falta que pueda recaer sobre los niños, a menos que éstas, no fuesen cumplidas por los padres. Nunca me fue mencionado por miembros de la comunidad el hecho de que la “elección o llamada” de seres sobrenaturales pudiera ser la causa de enfermedades como la locura y la epilepsia.

Es interesante hacer notar que la mención del acta de *puncelar* los costados en donde reside el corazón (centro anímico mayor segundo los antiguos nahuas) y los cartílagos (donde residen los centros anímicos menores para los mismos) constituyen elementos que me permiten muchas dudas y dejan abiertas varias interpretaciones.

Un elemento importante se debe de tomar en consideración, y es que en Xoyatla, como ya he mencionado, se piensa que es desde los cartílagos y los pliegues por donde se sale la *sombra*, y es siempre por los cartílagos que se repone la sombra, aunque los mismos xoyatecos admiten desconocer la razón de este hecho.

La *sombra* se puede perder por un susto accidental o provocado,<sup>361</sup> “se cree que separada en cualquier forma del cuerpo, los seres ávidos de su energía, que son los que intencionalmente asustan al hombre, la aprisionan o la devoran”.<sup>362</sup>

Atendiendo a lo que he afirmado hasta ahora, se puede reflexionar también sobre el hecho de que es en los pliegues de los brazos donde se localiza el pulso. Muy importantes para los antiguos nahuas eran las coyunturas, cuyos dolores eran “asociados a los descensos de la temperatura y al aumento de la humedad, constituían para el creyente una prueba de la invasión de los seres fríos (o aires)”.<sup>363</sup> Los nervios, los ligamentos y los tendones eran muy importantes porque se concebían

---

<sup>361</sup> La pérdida de la sombra es considerada por López Austin, Como un daño al tonalli al exterior del individuo, que podía también sufrir daños al interior del individuo. López Austin, *op. cit.*, p. 237

<sup>362</sup> *Ibidem*, p. 247.

<sup>363</sup> *Ibidem*, p. 177.

como las ataduras de los componentes corporales<sup>364</sup> y entonces, tal como evidencié, en Xoyatla siguen teniendo su importancia aunque la razón por la cual se atribuye esta esfera de fragilidad a los pliegues y ligamentos se admite desconocer.

La sangre es un elemento al cual se atribuía fuerza vital según las creencias de pueblos mesoamericanos y un medio para recibir un daño exógeno.<sup>365</sup>

En la Xoyatla actual *agarrar la sangre* de un animal muerto era un elemento negativo que podía hasta quitar el alma, *se enferma de aire uno* y dado que el remedio para curar la epilepsia es *puncelarse* los cartílagos y los costados para que la sangre fluya fuera del organismo, de esto se puede deducir que la epilepsia no es una enfermedad endógena, sino exógena, que llega del exterior por causas naturales o sobrenaturales, (susto) y que al exterior tiene que regresar, por medio de las sangrías, para la correcta curación del individuo afectado.

Otro elemento importante que cabe señalar en el Códice de la Cruz - Badiano es el remedio contra la *mente abdera*, y así como para la epilepsia, se menciona el mal humor del pecho como síntoma de enfermedad, y en su curación se prescribe una perla, igual que en Xoyatla, para combatir al susto (agarrado) y restablecer la salud.

El que tiene así la mente bebe el jugo de la raíz molida de tlatlacotic, en agua caliente para que vomite. Pasados algunos días, beba antes de comer el jugo de las flores *yolloxochitl* y *cacahuaxochitl*, lo mismo que las cortezas y raíces, para que expulse radicalmente el mal humor que tenga en el pecho. En tercer lugar, ha de tomar, molidos en agua, los pedrusquillos que se hallan en el buche de las aves *xiuhquecholtotl* y *tlapaltotl*, *tetlahuitl*, con las piedras preciosas *tlacalhuatzin* y *eztetl* y una perla. Del líquido se han de hacer dos partes: una se bebe y la otra se la echa al enfermo en la cabeza de modo que escurra. Hecho eso, ha de llevar en las manos una piedra que se halla en el buche del *huactli* y también hiel de lechuza. Con beber esto y llevar en la mano lo dicho se recobrará el sentido y volverá a la salud mental. Se ha de untar su parte frontal de la cabeza con cerebro de venado y plumas de paloma, bien molidas y puestas en agua, juntamente con cabellos humanos. En el cuello ha de llevar colgando una piedrecita que se halla en el buche de la golondrina.<sup>366</sup>

---

<sup>364</sup> *Idem.*

<sup>365</sup> *Ibidem*, p. 179.

<sup>366</sup> De la Cruz, *op. cit.*, p. 77.

Otra referencia a la salud mental presente en el Códice de la Cruz - Badiano es el remedio contra el miedo o la micropsiquía, en el cual se menciona la acción de tomar sangre de zorra y zorruela molido en agua de espuma del mar, elementos que aparecen también en la cura de la epilepsia y del susto en el *Libellus Medicinalibus Indorum Herbis* y en la *Xoyatla* actual.

*Libellus*: cerebro de zorra y de comadreja y elementos marinos como espuma del mar (contra la epilepsia, contra el miedo y la micropsiquía)

*Xoyatla*: cerebro de chuparosa o chupamirto (contra la epilepsia y el susto) y elementos marinos (concha del mar, perla del mar).

El miedoso beba una poción preparada con hierba tonatiuh, ixih, que tiene brillo de oro, de la hierba tlanextia, xihuitl, tetlahuitl y tierra blanquizca. Todo eso ha de beberse desleído en agua de río o del riachuelo y se le agreguen flores de cacaloxochitl, xochitl, y tzacohuxochitl. Úntalo con un emplasto que confeccionarás con sangre de zorra y zorruela, sangre y excremento de gusano acuecuyalotl, laurel, excremento de golondrina molido en agua y espuma del mar. El que espantado únicamente por el rayo o la centella, únjase con el jugo de aquel árbol en que cayó el rayo y todas clases de hierbas que allí mismo o en su cercanía se crían, molidas. El agua en que se deslía este ungüento tendrá que ser de sabor amargo.<sup>367</sup>

---

<sup>367</sup> *Ibidem*, pp. 75-76.

### ***III.6 Comentarios finales del capítulo***

En este largo capítulo, construido a partir de dudas, contradicciones, analogías y suposiciones, interpretado con los xoyatecos en tan sólo varios meses de convivencia, de análisis recíproco, en un sistema abierto de preguntas y respuestas con las que nos hemos retroalimentado ambos, se ha tratado de instituir un lazo entre un pasado y una actualidad nahua de 2000 almas, sobre la antigua y la actual sabiduría que toda la comunidad me ha permitido acariciar con los sentidos, transcribir con mis plumas y mis cuadernos, con la tinta y el papel.

Por una vez más atestigüé que el universo de las enfermedades mentales no se puede abstraer de las lógicas orgánicas, que las dinámicas corporales se pueden volver físicas y que las psíquicas pueden afectar a la materia, y que, finalmente, en un universo concebido como una complejidad quizá inalcanzable en su totalidad, todo depende del filtro con el que se escoge mirar al mundo, cualquiera que sea.

## Conclusiones

Esta investigación se desarrolló durante un año, a partir del mes mayo 2001 hasta el mes de febrero 2002, con tres meses y medio de trabajo de campo en total, y representa un primer análisis de la concepción de la locura en Xoyatla, que hace referencia a los códigos socioculturales nahuas actuales. Este trabajo constituye una forma de reiterar la imposibilidad de acercamiento a la *otredad* partiendo de la *misimidad* (si mismo). Es decir, que el acercamiento al otro incluye necesariamente este otro y sus códigos socioculturales, y los modelos definidos *a priori* no son medidas adecuadas para hacerlo sino que es necesario utilizar, además de los propios, los modelos de la alteridad.

Con base en esto continuo a interrogarme sobre la concreta posibilidad de incluir solamente esta otredad, la realidad cultural nahua y sus interpretaciones, sin correr el riesgo de reproducir los modelos que pertenecen al investigador. Ciertamente esto no se puede excluir del trabajo. Mi sistema interpretativo, mis construcciones y taxonomías estarán latentemente presentes en las tramas de la cosmología que definí propia de los xoyatecos, pero finalmente, esto es parte del trabajo antropológico, y la importancia reside en estar conscientes de este factor.

Tomar en consideración este aspecto ha sido fundamental para poder alcanzar los resultados del trabajo que presenté en la última parte de la tesis y que considero satisfactorios para el acercamiento que tuve con la comunidad y con las dinámicas que Xoyatla me ha otorgado con respecto a instituciones culturales como la locura.

Cuando empecé la investigación pensaba que la búsqueda de un factor como la locura podía ser suficiente para abarcar la complejidad de los padecimiento de tipo mental de este pueblo. Elegí el término de *locura* porque representa una generalización y una vulgarización de los diagnósticos de trastornos mentales comúnmente utilizados por parte de la medicina alópata. Locura es una palabra que en sí misma no se refiere a patologías específicas, sino a todas aquellas que connotan un alteración en el comportamiento “normal”, un disturbio de la conducta, o para ser más exactos se

refiere a las enfermedades que manifiestan una diferencia con respecto en el comportamiento socialmente compartido. En este caso, el verdadero logro de la investigación inicia con el análisis del significado de esta palabra que, no solamente no se refería a específicas formas patológicas del comportamiento, sino que no se utilizaba para indicar una generalización o una vulgarización de otras enfermedades, como he demostrado a lo largo de la tesis.

Lo que pude averiguar en esta investigación fue que el fenómeno de la locura, en Santa María de la Encarnación Xoyatla, es un factor que puede adquirir el *status* de enfermedad o ser considerado como una abstracción de los códigos socioculturales denominado *alocamiento*, se considera como un mecanismo de control dirigido contra quien atenta a las reglas sociales. Actualmente se concreta en los casos de las jóvenes xoyatecas que por varias razones se ausentan de la comunidad, aparentemente sin la aprobación del pueblo. Como he mencionado el alocamiento afecta de particular manera a las mujeres y representa una faceta de la locura que no denota una enfermedad, de acuerdo con la explicación local. Un ejemplo de alocamiento es representado por una muchacha que para cumplir con su trabajo de catequista, se dirigía de Xoyatla hasta Izúcar de Matamoros regresando a la comunidad de origen por la noche.

La locura es una enfermedad que, a diferencia del alocamiento, aflige indistintamente a hombres y mujeres, se considera como un *mal de la cabeza* y es localizada en la zona cervical y en el corazón, mientras que el alocamiento no tiene ubicación corporal, sino que afecta a todo el cuerpo.

La locura enferma, según la concepción xoyateca, es causada por el factor del susto. En la mayoría de los casos tomados en consideración el susto se transmitía de la madre a su hijo, durante el periodo de lactancia.

El susto provoca otra enfermedad que se considera *de la cabeza*, esto es, la epilepsia o *ataques*, parafraseando con este último término a los pobladores de la comunidad. Las crisis epilépticas, tal como la locura, se ubican corporalmente en el cerebro y en el corazón.

El susto o espanto, según los nahuas xoyatecos, se considera solamente como causa de enfermedades, como en el caso de la locura y de la epilepsia, y no constituye una enfermedad en sí misma.

Estos han sido los principales resultados de la investigación que por el mismo hecho de haber sido reconocidos como tales dejan espacio a un futuro trabajo, con el fin de verificar la existencia de otras “enfermedades de la cabeza” dependientes del susto.

Considero haber alcanzado lo que me propuse al principio de la investigación: llevar a cabo un análisis sobre la interpretación de la locura en Xoyatla, verificar la construcción de la misma y entender qué relación tiene el factor de la locura xoyateca con el modelo occidental que propone solamente una locura enferma, un trastorno mental.

Estos resultados, sobre todo la existencia de la epilepsia como “enfermedad de la cabeza”, han abierto el campo de investigación hacia una congruencia con la biomedicina, cuyos códigos se pueden hoy difícilmente abstraer de cualquier contexto incluida Xoyatla. La concepción médico-terapéutica “tradicional” propia de esta comunidad es un amalgama teórica-empírica con la alópata, difícil es pretender escindir el uno del otro, e incluso resultaría reductivo para los fines de un trabajo como este. Pero la pregunta inicial partió de otro presupuesto: entender cómo se construía un padecimiento como la locura y no tanto determinar los factores auténticamente y propiamente médicos-tradicionales-nahuas distinguiéndolos de los médicos- alópatas.

Como ampliamente he evidenciado, la concepción de la locura en esta comunidad tiene un valor que he podido alcanzar solamente siendo congruente (o por lo menos tratando de serlo) con los aspectos metodológicos que planteé al comienzo de la investigación, lo que me ayudó a sustentar el trabajo y a seguir la línea teórica que elegí desde el principio. Esta última se basó en autores como Edgar Morin y Michel Foucault, quienes me han posibilitado no solamente una lectura de los datos desde varios puntos de vista (psico-sociales), sino que han permitido un acercamiento metodológico a lo observable. Este acercamiento a la totalidad del cuerpo, a la totalidad de los sistemas socioculturales, así como la importancia del elemento más pequeño que

conforma dichos sistemas, me ha permitido una labor de investigación *a priori*, de gabinete, y un ordenamiento y una clasificación del dato *a posteriori*, para tener un análisis más puntual de los resultados.

Por otro lado he alcanzado los objetivos satisfactoriamente.

El primero se ha enfocado, como ya ampliamente lo mencioné, en el análisis de la concepción de la locura; los otros han sido desarrollados con base en éste, y eran inherentes a la perspectiva médico-terapéutica y a sus actores sociales. Estos objetivos los he podido apenas esbozar a nivel analítico porque el profundizarlos implicó más tiempo de lo que efectivamente tuve a disposición.

Lo que no pude comprobar fueron las hipótesis principales del trabajo, las que había planteado como una búsqueda de los trastornos mentales y que, por lo tanto, observé a los trastornos según los códigos alópatas, por lo que en Xoyatla no se manifestaban. Una hipótesis de trabajo se había concentrado en el fenómeno de la migración, pensando en que la depresión que noté en las mujeres de la comunidad podía ser a causa de la ausencia de sus maridos e hijos residentes en los Estados Unidos. Pude verificar este dato como lo estoy exponiendo, pero fundamentalmente hubiera desviado mucho la investigación de su objetivo principal pensando en los trastornos mentales según los modelos diagnósticos y sintomatológicos propios de la disciplina psiquiátrica y por lo contrario no pertenecientes a los cánones ideológicos de los xoyatecos, que no comparten el mismo valor de la depresión femenina con el modelo biomédico o alópata.

Lo que ocurre en toda investigación es que a partir de una primera hipótesis se plantean nuevas, y se reiteran las pasadas, para que se posibilite una medida de control del mismo trabajo, para no perderse en la magnitud de los datos etnográfico, para que no se desenfoque el objetivo central de la investigación.

En realidad la búsqueda de la locura me ha llevado a formular la hipótesis misma de su existencia, es decir que planteé su presencia en esta comunidad, hasta llevar a cabo la investigación según el objetivo principal y abriendo nuevas puertas para futuras investigaciones, porque el factor

del susto, la locura y la epilepsia, son elementos que tendrán necesariamente que ser analizados en Xoyatla y con más detenimiento.

Es importante entender por lo que he dicho ahora, que el susto y la epilepsia son factores que se tienen necesariamente que profundizar para entender mejor su relación con la locura, para analizar que otras enfermedades además de la locura y la epilepsia provoca el susto, y por lo tanto que formas ulteriores adquiere.

Estos últimos elementos representan verdaderas instituciones culturales y, por ende, ejes fundamentales para poder determinar una taxonomía de los “trastornos mentales culturales” en Xoyatla; esto representa sin duda alguna un reto al que me enfrentaré en próximas investigaciones.

Otro aspecto que tendré que profundizar es el que concierne el factor médico terapéutico “tradicional”, para adentrarme en las dinámicas de los remedios otorgados, (herbolaria) más de cuanto pude hacer en esta primera labor de investigación. Por lo dicho, será necesario profundizar también en otro aspecto, es decir en las figuras tradicionales, que en este caso serían los curanderos, que se ocupan de su propio sistema médico. Será indispensable también profundizar en el factor de la autocuración, ya que los mismos curanderos de Tepeojuma, a que más frecuentemente acuden los xoyatecos, adquieren sus remedios en tiendas de herbolaria en los municipios de Atlixco e Izúcar de Matamoros.

Me gustaría también tener la posibilidad de analizar en un siguiente trabajo la medida con que se utilizan los dos sistemas médico terapéuticos (el alópata y el tradicional), haciendo referencia no solamente al susto, a la locura y a la epilepsia, sino verificar la eventualidad en que otras enfermedades requieran exclusivamente de un determinado sistema médico o si por lo contrario en todas las otras formas de las “enfermedades de la cabeza” se pueden complementar los dos sistemas, como fue por la locura y la epilepsia.

La próxima investigación seguirá vertiendo sobre los “trastornos” xoyatecos hasta tratar de llevar a cabo un trabajo completo sobre lo que concierne a la etiología, la curación y la construcción de dichos “disturbios”.

Este primer acercamiento a Xoyatla ha sido muy constructivo y muy impactante a la vez. Sentí más veces mi profesionalidad ponerse en duda frente a las enfermedades, al dolor y a la desesperación de las personas con que he trabajado durante todo este año. Acercarse a los sufrimientos de la gente, nunca podrá considerarse una empresa fácil, aún creyendo que la propia “ortodoxia científica” pueda ser una barrera de supuesta objetividad contra cualquier emotividad durante el trabajo de campo.

Las personas con las que trabajé, son las que me han abierto sus casas, sus vidas, sus cotidianidades y su universo ideológico, el mismo universo que les estoy proporcionando como la experiencia más preciosa, pasada de antropólogo a antropólogo y sobre todo, sin olvidarlo nunca, de persona a persona.

## Referencias Bibliográficas

- Aguirre Beltrán Gonzalo, *Cuijla*, México, Fondo de Cultura Económica, 1958, 242 p.
- ————— “La medicina indígena”, *América Indígena*, México, Ediciones del Instituto Indigenista Interamericano, V. 2, N. 2, 1947, pp. 107-127.
- ————— *Antropología Médica*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ediciones de la Casa Chata, 1986, 312 p.
- ————— “El rol de la medicina en las regiones de refugio”, *Homenaje a Juan Comas en su 65 aniversario*, México, V. 1, 1965, pp. 23-77.
- ————— *Medicina tradicional y atención primaria*, México, Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social, Secretaría de Educación Pública, 1987, 95 p.
- Anzures y Bolaños María del Carmen, *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismo y conflictos*, México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 1989, 212 p.
- American Psychiatric Association, *DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, s/l, Pichot Pierre, American Psychiatric Association, Barcelona, Masson, 1983, 513 p.
- Augé Marc, *Las formas del olvido*, Barcelona, Gedisa, 1998, 109 p.
- Bajtín Mijaíl M., *Yo también soy. Fragmentos sobre el otro*, México, Taurus, 2000, 172 p.
- Basaglia Franco, *Che cos'è la psichiatria?* Milano, Baldini e Castoldi, 1997, 298 p.
- ————— *Razón, locura y sociedad México*, Siglo Veintiuno, 1978, 199 p.
- ————— *Psiquiatría o ideología de la locura*, Barcelona, Anagrama, 1972, 124 p.
- Bastide Roger, *Sociología de las enfermedades mentales*, México, 1998, 364 p.
- ————— *Antropología aplicada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1972, 217 p.
- ————— *El sueño, el trance y la locura*, Buenos Aires, Amorrortu, 1976, 300 p.
- ————— *Introducción a la psiquiatría social*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1940, 116 p.

- Beneduce, *Frontiere dell'indentità e della memoria. Etnopsichiatria e migrazioni in un mondo creolo*, Milano, Franco Angeli, 1998, p.
- \_\_\_\_\_ "Che cos'è l'etnopsichiatria?" s/l [www.ethnopsichiatrie.net/actu/beneduce.htm](http://www.ethnopsichiatrie.net/actu/beneduce.htm), 2000, pp. 1-23.
- Berlinguer Giovanni, "La enfermedad mental como violencia humana" en *Psicología Ciencia y conciencia*, El Salvador, Universidad Centro Americana, 1986, pp. 507-519.
- Bonfil Batalla Guillermo, "Lo propio y lo ajeno. Una aproximación al problema del control cultural", *Utopía y Revolución. El pensamiento político contemporáneo de los indios de América Latina*, México, Nueva Imagen, 1981, 439 p.
- Brailowsky Simón, *Epilepsia. Una enfermedad sagrada del cerebro*, México, Fondo de Cultura Económica, 1999, 148 p.
- Buendía José, *La locura, su imagen social en Murcia. Un análisis psicosocial de las actitudes de la población hacia la enfermedad mental*, Murcia, Universidad de Murcia, 1986, 204 p.
- Butt Colson Audrey, *Oposiciones binarias y el tratamiento de la enfermedad entre los akawaio*, Caracas, Universidad Católica Andrés Bello, Instituto de Investigaciones Históricas, Centro de Lenguas Indígenas, 1978, 41 p. (Colección de lenguas indígenas, serie menor 2).
- Canguilhem Georges, *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo Veintiuno, 1982, 242 p.
- Caso Muñoz Agustín, *Fundamentos de psiquiatría*, México, Editor Noriega, Editorial Limusa, 1989, 1212 p.
- Castaldo Miriam, *Guillermo Bonfil Batalla, profilo storico-critico di un grande antropologo messicano*, Roma, Universidad de Roma, "La Sapienza", Tesis de licenciatura en Antropología Social, a.a., 1999-2000, 186 p.
- Certeau Michel de, *La fábula mística*, México, Universidad Iberoamericana, Departamento de Historia, 1994, 352 p.
- Changeaux Jean-Pierre y Paul Ricoeur, *Lo que nos hace pensar. La naturaleza y la regla*, Barcelona, Ed. Península, 1999, 285 p.
- Clerget Darpoux Françoise, "La loca carrera tras el gen de la locura" *Mundo Científico*, Barcelona, La Recherche, octubre, 1998, V. 18, N. 194, p. 21-23.
- Collado Ardon Rolando, *Una enfermedad paralela: el susto*, México, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1988, 241 p.
- *Conteo Población y Vivienda. Resultados definitivos. Tabulados básicos*, Tomo III, México, Instituto Nacional de Estadística e Informática, 1995, 1556 p.

- Coppo Piero, "Note al margine di una polemica francese", s/l [www.ethnopsichiatrie.net/actu/coppo.htm](http://www.ethnopsichiatrie.net/actu/coppo.htm), s/f, pp. 1-18.
- —————*Los que curan a los locos. Historias de la meseta dogon*, Barcelona, Península, 1998, 192 p.
- Crowcroft Andrew, *La locura*, Madrid, Alianza, 1971, 239 p.
- Cruz Martín de la, *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*, México, Instituto Mexicano de Seguro Social, ed. Facsimilar, 1964, 394 p.
- Devereux George, *Etnopsicoanálisis complementarista*, Buenos Aires, Amorrortu, 1975, 285 p.
- —————*De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, México, Siglo Veintiuno, 1977, 410 p.
- —————*Mujer y mito*, México, Fondo de Cultura Económica, 1989, 286 p.
- Díaz Guerrero Rogelio, "Acerca de la etnopsicología mexicana", *Revista del residente de psiquiatría*, México, V. 1, N. 4, 1991, pp. 2-9.
- Domínguez Moisés P., "Progresos para controlar a los pobres", *Memoria*, México, Centro de Estudios del Movimiento Obrero y Socialista, N. 10, abril, 1998, pp. 8-13.
- Ey Henri, "Naturaleza y clasificación de las enfermedades mentales", *Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología*, México, Fondo de Cultura Económica, N. 5, enero-abril, 1967, pp. 68-82.
- —————et al., *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Masson, 1980, 1100 p.
- Fabietti Ugo, *Storia dell'antropologia*, Bologna, Zanichelli, 1999, 318 p.
- Faranda Laura, *Dimore del corpo. Profili dell'identità femminile nella Grecia classica*, Roma, Meltemi, 1999, 112 p. (Gli Argonauti)
- Feria Velasco Alfredo et al., *Epilepsia, aspectos neurobiológicos, médicos y sociales*, México, Instituto Nacional de Neurobiología y Neurocirugía, 1997, 426 p.
- Fileni Franco, *Analogico e digitale. La cultura della comunicazione*, Udine, Edizioni Goliardiche, 1997, 277 p.
- Forrester John, *Seduciones del psicoanálisis: Freud, Lacan y Derrida*, México, Fondo de Cultura Económica, 1995, 418 p. (Colección de Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis)
- Foucault Michel, *Malattia mentale e psicologia*, Milano, Raffaello Cortina, 1997, 101 p.
- —————*La volontà di sapere*, Milano, Feltrinelli, 1999, 142 p.
- —————*Historia de la locura en la época clásica*, Vol. I, México, Fondo de Cultura Económica, 1988, 574 p.

- ————— *Historia de la locura en la época clásica*, Vol. II, México, Fondo de Cultura Económica, 1988, 410 p.
- ————— *Los anormales*, México, Fondo de Cultura Económica, 2000, 350 p.
- Frances Allen et al., *DSM IV. Estudios de casos. Guía clínica para el diagnóstico diferencial*, Barcelona, Masson, 1999, 347 p.
- James Frazer, *La rama dorada. Magia y religión*, México, Fondo de Cultura Económica, 1956, 860 p.
- Fustioni Osvaldo, *Semiología del Sistema Nervioso*, Buenos Aires, El Ateneo, 1972, 493 p.
- Geertz Clifford, Clifford James et al, *El surgimiento de la antropología posmoderna*, Barcelona, Gedisa, 1998, 334 p.
- Gerhard Peter, *Geografía histórica de la Nueva España 1519-1821*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1986, 493 p.
- Goffman Erving, *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 1998, 378 p.
- ————— *Estigma; la identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu, 1970, 172 p.
- Gros Frédéric, *Foucault y la locura*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2000, 108 p.
- Guinsberg Enrique, *Normalidad, conflicto psíquico, control social*, México, Plaza y Valdes, 1996, 460 p.
- Guinzburg Carlo, *Il formaggio e i vermi. Il cosmo di un mugnaio del 500*, Torino, Einaudi, 1999, 196 p.
- Hacking Ian, *La Domesticación del Azar, erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*, Barcelona, Gedisa, 1991, 363 p.
- Harrison, *Principios de medicina interna II*, Madrid, Interamericana, Mc Graw-Hill de España, 1994, 3029 p.
- Hernández Peniche Julio, *Epilepsia, diagnóstico y tratamiento*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1977, 169 p.
- Homero Palma Néstor y Graciela Torres Vildoza, "Propuesta de un criterio antropológico para una sistematización de las componentes 'teóricas' de la medicina popular, a propósito de la enfermedad del susto", *Relaciones*, Buenos Aires, Sociedad Argentina de Antropología, 1974, pp. 161-171.
- Horta Pedro de, *Informe médico moral de la penosissima y rigorosa enfermedad de la epilepsia*, Madrid, edit. Domingo Fernández, 1763, 284 p.

- Ibañez Jesús, *El regreso del sujeto, la investigación social de segundo orden*, Barcelona, Siglo XXI, 1994, 189 p.
- —————*Del algoritmo al sujeto. Perspectivas de la investigación social*, Madrid, Siglo XXI, 1985, 365 p.
- Imberton Deneke Gracia María, “La vergüenza: una enfermedad entre los Choles de Chiapas”, *Thule*, Perugia, Centro Studi Americanistici “Circolo Amerindiano”, Argo, n. 8-9, abril-octubre, pp. 223-244.
- Jones Ernest, *Sociedad, cultura y psicoanálisis*, Buenos Aires, Paidós, 1964, 150 p.
- Kardiner Abram, *Fronteras psicológicas de la sociedad*, México, Fondo de Cultura Económica, 1955, 512 p.
- Kiev Ari, *Curanderismo*, México, Cuadernos de Joaquín Mortiz, 1972, 209 p.
- Kirchhoff Paul, *Historia Tolteca-Chichimeca*, México, Instituto Nacional Antropología e Historia, Secretaría de Educación Pública, 1976, 287 p.
- Kolb C. Lawrence, *Psiquiatría clínica moderna*, México, La Prensa Medica Mexicana, 1983, 1016 p.
- Lagarriga Attias Isabel, “Caracterización etnopsiquiátrica de la enfermedad mental en México”, *Historia de la salud en México*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1996, pp. 295-305. (Serie Antropología Social)
- —————“Algunas concepciones populares sobre la locura femenina en México”, *La Mujer en México. Una perspectiva antropológica*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia, 1996, pp. 87-95. (Serie Antropología Social)
- —————“Concepción y terapia de la enfermedad mental en la medicina tradicional de México”, *Otra América en construcción. 46 Congreso Internacional de Americanistas. Memorias del simposio identidad cultural, medicina tradicional y religiones populares*, Ámsterdam, Instituto Colombiano de Cultura, 1988, pp. 239-253.
- Laplantine Françoise, *La etnopsiquiatría. Una nueva disciplina. Síntesis de conceptos fundamentales de la psiquiatría, la etnología, la antropología y el psicoanálisis*, Barcelona, Gedisa, 1979, 131 p.
- —————*La influencia que cura. Antropología de la enfermedad. Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*, Buenos Aires – Argentina, Ediciones Del Sol, s/f, 418 p.
- Lepore Laura, “La Investigación Participativa: proposte per la ricerca e l’intervento in salute mentale comunitaria” en *Salute mentale di comunità; elementi di teoria e pratica*, Milano, Franco Angeli, 2000, pp. 147-179, (Collana Scienze e Salute)
- Lévy-Bruhl Lucien, *Las funciones mentales en las sociedades inferiores*, Buenos Aires, Lautaro, 1947, 365 p.

- Lombardi Satriani Luigi Maria, Mariola Boggio, Francisco Mele, *Il volto dell'altro. Aids e immaginario*, Roma, Meltemi, 1997, 132 p. (Gli Argonauti)
- López Austin Alfredo, *Textos de Medicina Náhuatl*, México, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, 1975, 225 p.
- ————— *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas, I*, México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 1989, 490 p.
- Lozoya Legorreta Xavier, Velázquez Díaz Georgina y Flores Avarado Torres, *La medicina tradicional en México, Experiencia del Programa IMSS-COPLAMAR 1982-1987*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, 1988, 93 p.
- Lupo Alessandro, *La tierra nos escucha. La cosmología de los nahuas a través de las súplicas rituales*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Instituto Nacional Indigenista, 1995, 320 p.
- Luria Alexander, “El cerebro y el psiquismo” en *Psicología Ciencia y Conciencia*, El Salvador, Universidad Centro Americana, 1986, pp. 116-138.
- Malberg Bertil, *Manuale di fonetica generale*, Bologna, Il Mulino, 1994, 311 p.
- Mallet Jacques y Claudine Laurent, “La esquizofrenia en el tamiz de la genética” *Mundo Científico, La Recherche*, octubre, 1998, Vol. 18, n. 194, pp. 29- 31.
- Martino Ernesto de, *Magia e civiltà*, Milano, Garzanti, 1984, 286 p.
- Maturana Humberto y Francisco Varela, *De maquinas a seres vivos: autopoiesis la organización de lo vivo*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1997, 133 p.
- Medina Andrés, *En las cuatro esquinas, en el centro*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, 2000, 350 p.
- Meluin Zax y Emory L. Cowen, *Psicopatología*, México, Nueva Editorial Interamericana, 1979, 500 p.
- *Memorias del Tercer Coloquio de Medicina Tradicional Mexicana. Un saber en discusión*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Zaragoza, febrero 1989, 253 p.
- Menéndez Eduardo L., *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonia y autocuración (gestión) en salud*, México, Cuadernos de la Casa Chata, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1984, 121 p.
- Moreno Muñoz Miguel, “La determinación genética del comportamiento humano” *Gaceta de Antropología*, Granada, Asociación Granadina de Antropología, febrero, N. 11, 1995, pp. 46- 58.

- Morin Edgar, "La relación atropo-bio-cósmica", *Gaceta de Antropología*, Granada, Asociación Granadina de Antropología, Laboratorio de Antropología Cultural, enero, N. 11, 1995, pp. 5-11.
- ————— "La unidualidad del hombre", *Gaceta de Antropología*, Granada, Asociación Granadina de Antropología, Laboratorio de Antropología Cultural, enero, N. 13, 1998, pp. 5-9.
- ————— *El Método III*, Madrid, CATEDRA, 1994, 263 p.
- ————— *Ciencia con Conciencia*, Barcelona, Anthropos, 1984, 369 p.
- ————— *El paradigma perdido, el paraíso olvidado*, Barcelona, Kairós, 1974, 263 p.
- Nathan Tobie, *La follia degli Altri. Saggi di Etnopsichiatria*, Roma, Ponte delle Grazie, 1990, 244 p.
- ————— *La influencia que cura*, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 1997, 200 p.
- ————— *El semen del diablo. Elementos de etnopsicoterapia*, Buenos Aires, Losada, 1991, 221 p.
- Nebreda J. Jesús, "Sobre hechiceros y curanderos o el antropólogo y su estrategia", *Gaceta de Antropología*, Granada, Asociación Granadina de Antropología, N.11, 1995, pp. 23-31.
- Paola Furio di, *L'istituzione del male mentale*, Roma, Le Esche, 2000, 160 p.
- Pandolfi Mariella, *Perché il corpo*, Roma, Meltemi, 1996, 180 p.
- Paredes Martínez Carlos Salvador, *El impacto de la conquista y colonización española en la antigua Coatlalpan (Izúcar, Puebla) en el primer siglo colonial*, México, Cuadernos de la Casa Chata, instituto de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 1991, 117 p.
- ————— *La región de Atlixco, Huaquechula y Tochimilco. La sociedad y la agricultura en el siglo XVI*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Fondo de Cultura Económica, 1991, 182 p.
- Pavlov Ivan, "El reflejo condicionado" en *Psicología Ciencia y Conciencia*, El Salvador, Universidad Centro Americana, 1986, pp. 207-226.
- Pérez Taylor Rafael, "Antropología y diversidad cultural", *Estudios de Antropología Biológica*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Asociación Mexicana de Antropología Biológica, V. X, 2001, pp. 721-735.
- ————— *Aprender-comprender la antropología*, México, Compañía Editorial Continental, 2000, 399 p.
- ————— *Antropología y Complejidad*, Barcelona, Gedisa, 2002, 190, p.

- Perissinotto Luigi, *Wittgenstein*, Milano, Feltrinelli, 1997, 135 p.
- Piaget Jean e Inhelder Bärbel, “Los factores del desarrollo mental”, *Psicología Ciencia y conciencia*, El Salvador, Universidad Centro Americana, 1986, p. 181-186.
- Pierre Genton y Genton Pierre, *Epilepsias*, Barcelona, Masson, 1995, 149 p.
- Portellano Pérez José Antonio et al., *Las epilepsias. Un estudio multidisciplinar*, Madrid, Ciencias de la Educación Preescolar y Especial, 1991, 260 p.
- *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Barcelona, editores Salvat, Editions Rammont, S. A., 1973, 140 p.
- Quezada Noemí, *Enfermedad y Maleficio*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, 2000, 181 p.
- Ramírez Marco Teodoro, “Deleuze y la filosofía”, México, *Revista de Filosofía*, Universidad Iberoamericana, a. XXXIII, enero-abril 2000, pp. 54-86.
- Raymond D. Adams y Victor Maurice, *Manual de principios de neurología*, México, Interamericana, Mc Graw-Hill, 1994, 544 p.
- Rivermar Pérez Leticia, *Uno es de donde se queda el ombligo. Migración e identidad en Santa María de la Encarnación Xoyatla*, Puebla, Puebla, Tesis de Maestría, Posgrado en Sociología, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2000, 186 p.
- Ristich Groote Michèl de, *La locura a través de los siglos*, Barcelona, Bruguera, 1973, 332 p.
- Roheim Geza, *Magia y esquizofrenia*, Barcelona, Paidós, 1982, 204 p.
- Rubel J. Arthur, “Introducción al susto”, *La antropología médica en México*, México, Universidad Autónoma de México, Tomo 2, 1992, pp. 105-125.
- Rubel J. Arthur, Collado Ardon Rolando, O’Neill Carl W., *Susto. Una enfermedad popular*, México, Fondo de Cultura Económica, 1995, 257 p.
- Sacristán María Cristina, *Locura e Inquisición en Nueva España, 1571-1760*, México, El Colegio de Michoacán, Fondo de Cultura Económica, 1992, 157 p.
- Sahagún Bernardino de, *Códice Florentino*, México, Secretaría de Gobernación, Editorial Giunti Barbera, ed. Facsimilar, 3 Vol. 1969.
- Santemma Adriano, *Diritti Umani. Riflessioni e prospettive antropologiche*, Roma, La Goliardica, 1998, 374 p. (Collana di Contributi di Antropologia Storica)
- *Secretaria de Gobernación y Gobierno del Estado de Puebla, Los Municipios de Puebla*, México, s/e, 1988, 1178 p.

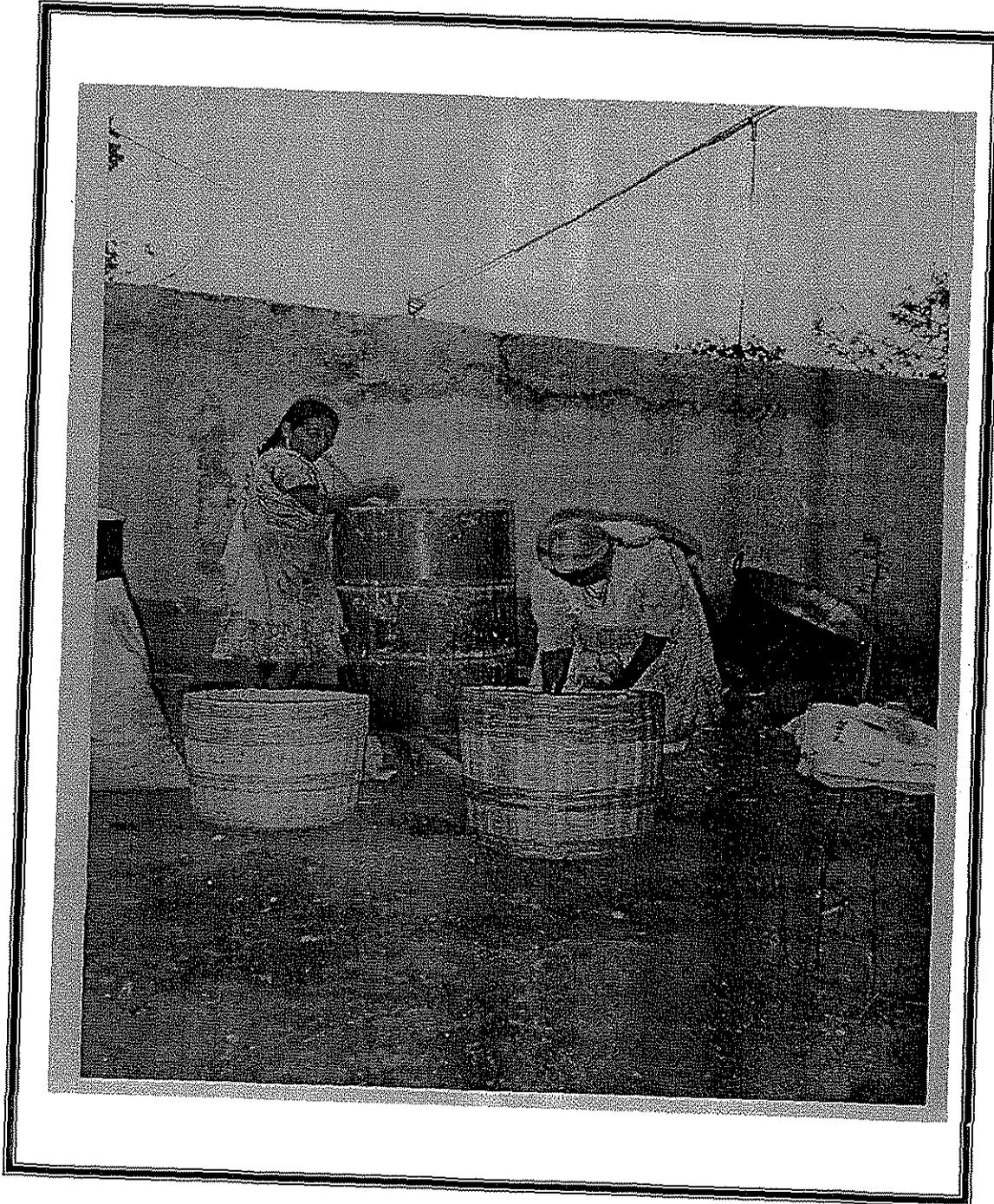
- Sedeño Livia y María Elena Becerril, *Dos culturas y una infancia. Psicoanálisis de una etnia en peligro*, México, Fondo de Cultura Económica, 1990, 244 p.
- Seva Díaz Antonio, *Psiquiatría Clínica*, Barcelona, ESAXS, 1979, 614 p.
- Signorini Italo, "Patterns of fright: multiple concepts of susto in a nahua-ladino community of the sierra de Puebla, México", *Ethnology*, V. XXI, N. IV, 1982, pp. 313-323.
- Signorini Italo y Alessandro Lupo, *Los tres ejes de la vida*, México, Universidad Veracruzana, 1989, 303 p.
- Simon Fritz B., *Autoorganización de la Locura*, Buenos Aires, Amorrortu, 1998, 303 p.
- Snezhnevski A. V., *Manual de psiquiatría*, Moscú, Ediciones Mir, 1987, 479 p.
- Solana Ruiz José Luis, "Cerebro, espíritu, conocimiento y psiquismo. Contribuciones desde la antropología compleja de Edgar Morin. Principios epistemológicos, cómputo y conocimiento", *Gaceta de Antropología*, Granada, Asociación Granadina de Antropología, enero, N. 13, 1998, pp. 11-23.
- ————— "La unidad y diversidad del hombre en la antropología compleja de Edgar Morin", *Gaceta de Antropología*, Granada, Asociación Granadina de Antropología, enero, 1995, pp. 12-16.
- Solana Sosa Enrique, "Tres procedimientos diagnósticos de la medicina tradicional indígena", *Alteridades*, México, Tecnigráf, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Departamento de Antropología, a. 6, N. 1996, pp. 19-26.
- Somolinos D'Ardois German, *Historia de la psiquiatría en México*, México, Secretaría de Educación Pública, Sepsetenta, 1976, 149 p.
- Sudhir Kakar, *Chamanes, místicos y doctores. Una investigación psicológica sobre la India y sus tradiciones para curar*, México, Fondo de Cultura Económica, 1989, 444 p.
- Sutherland H.J.M., et al., *Epilepsia. Diagnóstico e tratamiento*, México, El manual moderno, 1982, 164 p.
- Szasz Thomas S., *Ideología y enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu, 2001, 255 p.
- Tellenbach Hubert, "La epilepsia como enfermedad convulsiva y como psicosis", *Revista de Psicoanálisis Psiquiatría y Psicología*, México, enero-abril 1967, pp. 55-67.
- Ther Ríos Francisco, *Ensayo sobre la alteridad. Sujeto, poder y violencia*, México, Tesis de Maestría en Antropología Social, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, 1999, 127 p.
- Thomas Norman D., *Envidia, brujería y organización ceremonial. Un pueblo zoque*, México, Secretaría de Educación Pública, Setentas, 1974, 175 p.
- Trimble Michael R., *Neuropsiquiatría*, Limusa, México, 1940, 395 p.

- Vallejo Nagera J.A., *Introducción a la psiquiatría*, Madrid, Científica Médica, 1981, 501 p.
- Vasconcelos Daniel, *Lo cotidiano de las epilepsias*, México, PAX, México, 1991, 101 p.
- Víctor E. Frankl, *Psicoterapia y humanismo*, México, Fondo de Cultura Económica, 1987, 219 p.
- Viesca Treviño Carlos, *Ticiotl, I. Conceptos médicos de los antiguos mexicanos*, México, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1997, 184 p.
- ————— “El concepto de enfermedad en Mesoamerica”, *Actes du XLII Congrès International des Americanistes. Congrès du Centenaire*, Paris, Singer Polignac, 2-9 septiembre, V. VI, 1976, pp. 257-270.
- ————— “Posibilidades para abordar e estudio de la medicina náhuatl”, *Estudios de Cultura Náhuatl*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, N. 18, s/a, pp. 295-314.
- ————— *Cultura Náhuatl*, México, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Nacional Autónoma de México, N. 12, 1976, pp. 79-85.
- ————— “El tratamiento de las enfermedades mentales en el Códice Badiano”, en *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, México, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo, A.C., 1977, pp. 21-26.
- ————— “...Y Martín de la Cruz, autor del código de la Cruz Badiano, era un médico tlatelolca de carne y hueso”, *Estudios de Cultura Náhuatl*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, V. 25, 1995, pp. 479-498.
- Viesca Carlos y Andrés Aranda, “Las alteraciones del sueño en el Libellus De Medinalibus Indorum Herbis”, *Estudios de Cultura Náhuatl*, México, V. XXVI, 1996, pp. 147-161.
- ————— “Las enfermedades reumáticas entre los nahuas prehispánicos”, *Estudios de Cultura Náhuatl*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, V. XXVII, 1997, pp. 319-324.
- Viesca Carlos e Ignacio de la Peña Páez, “Las enfermedades Mentales en el Códice Badiano”, *Estudios de Cultura Náhuatl*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Históricas, V. XII, 1976, pp. 79-84.
- Von Bertalanfy Ludwig, *Teoría General de los Sistemas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1972, 289 p.
- Wittgenstein Ludwig, *Della certezza*, Torino, Einaudi, 1999, 110 p.

- Ysunza Ogazón Alberto, “Estudio bio-antropológico del tratamiento del susto”, *Estudios sobre etnobotánica y antropología médica*, México, Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, Carlos Viesca Treviño, s/a, pp. 59-83.
- Zolla Carlos, *Medicina tradicional y enfermedad*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 1988, 146 p.
- Zolla, Elémire, *Los místicos de occidente*, Barcelona, Paidós, 2000, 386 p.
- —————*Antología del psicoanálisis*, México, Uteha, 1962, 305 p.
- —————*Sobre la desdicha y la felicidad: Morfología del espíritu en la historia de la cultura*, Caracas, Monte Ávila, 1975, 269 p.

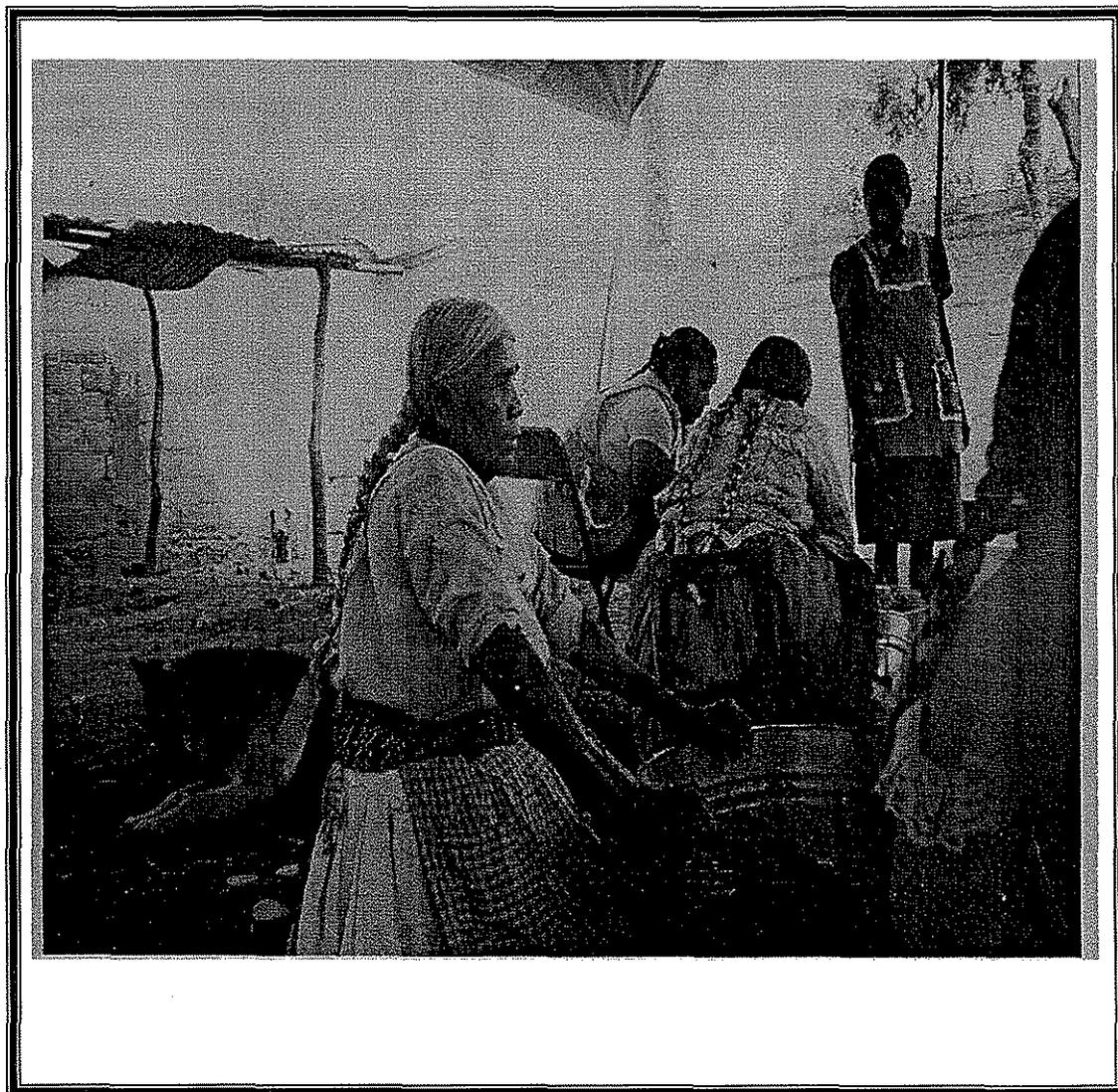
## Anexos

FOTO -1-



Mujeres xoyatecas durante la tarde del 24 de diciembre, cociendo tamales y poniéndolos en los chiquihuites.

FOTO -2-



Mujeres xoyateca preparando el mixtamal.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

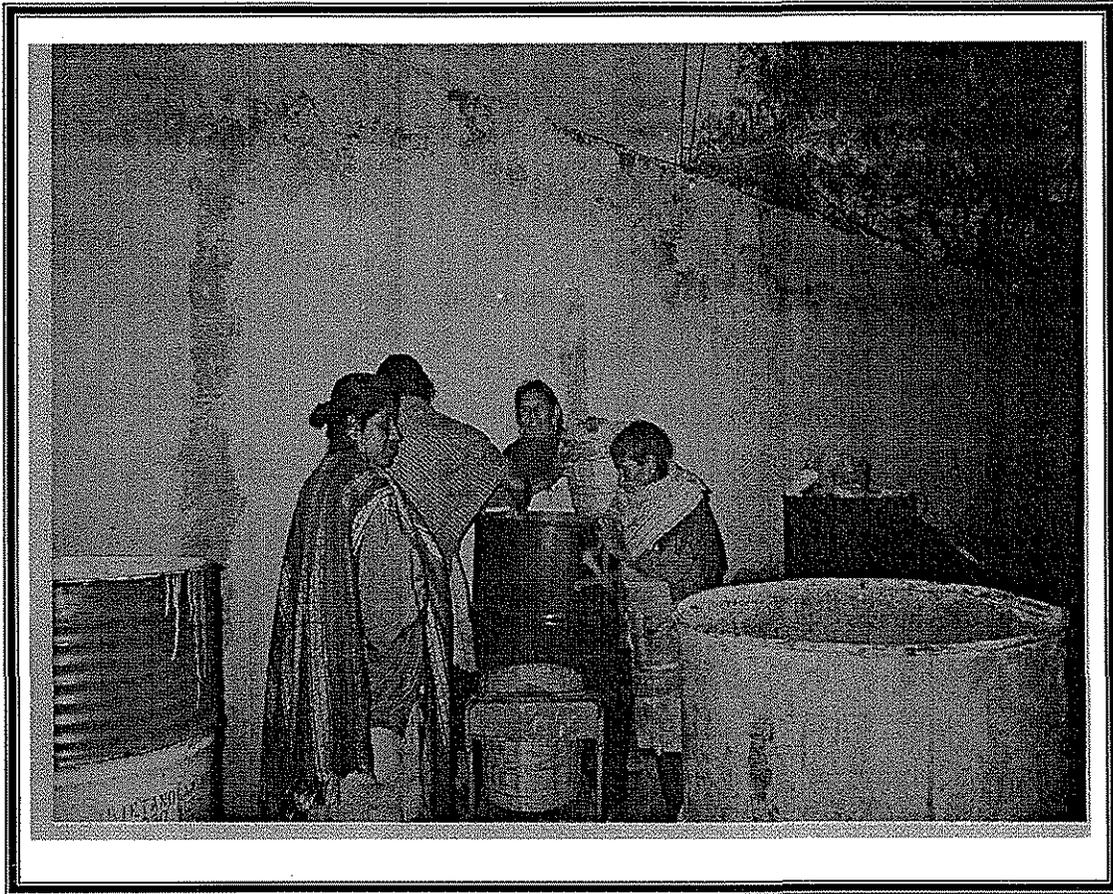
FOTO -3-



Mujeres xoyatecas preparando tamales para la noche del 25 de diciembre.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

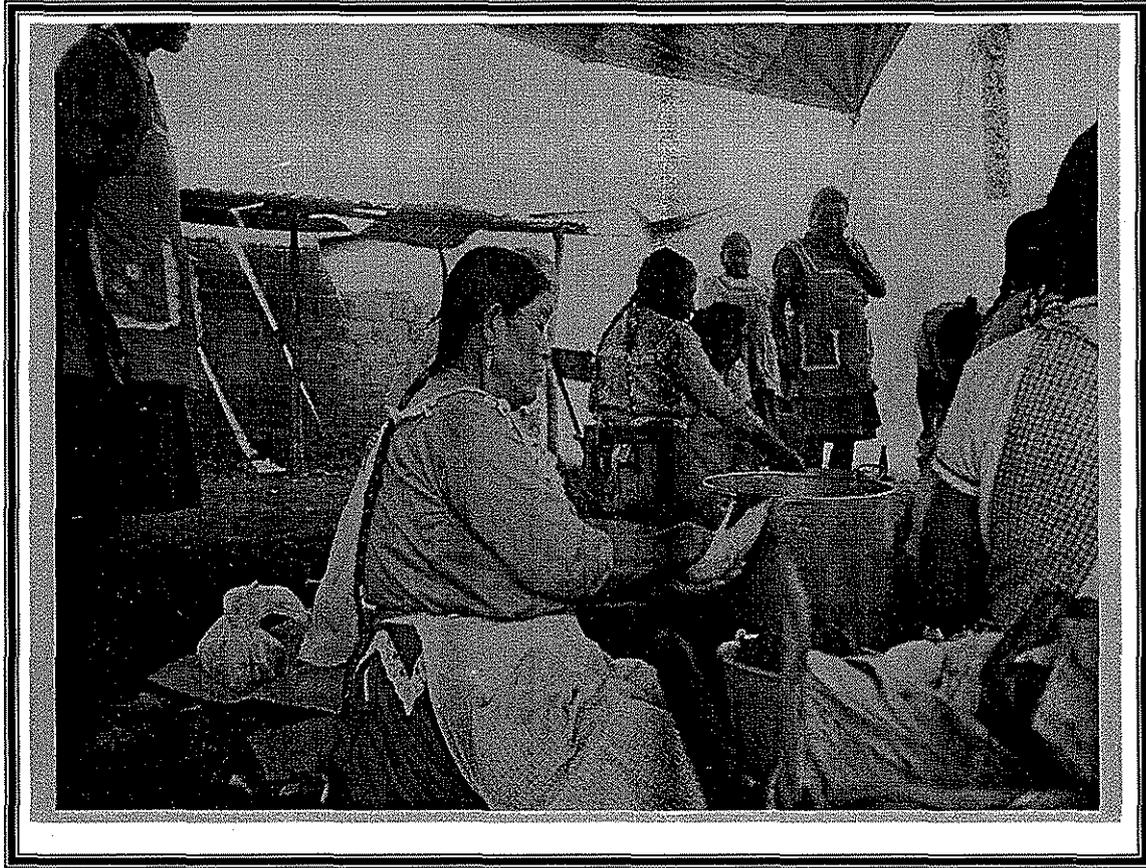
FOTO -4-



Mujeres xoyatecas cocinando durante la madrugada del 24 de diciembre.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FOTO -5-



Mujer preparando tamales

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FOTO -6-



Noche del 24 de diciembre, llevando flores al nacimiento en la casa del padrino.

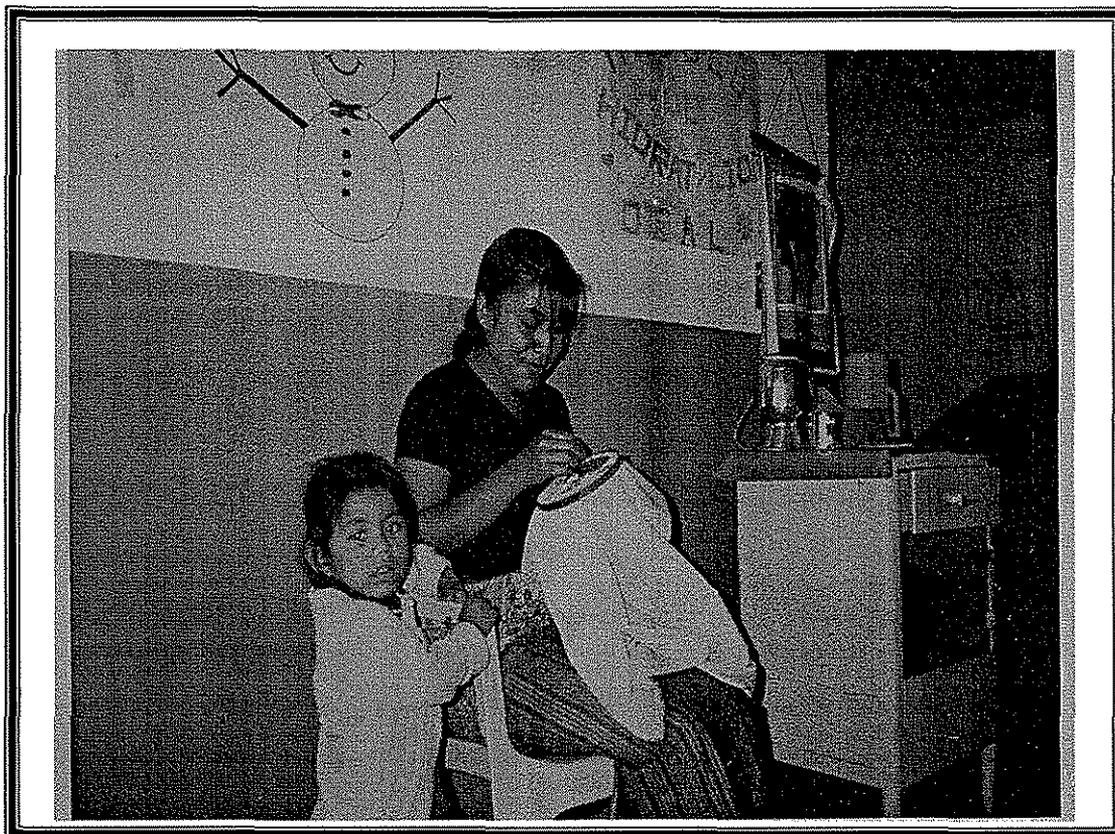
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FOTO -7-



Noche del 24 de diciembre, llevando flores al nacimiento en la casa del padrino.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Miembro del comité de salud de Xoyatla con su hermana menor, sustituyendo a su padre en el trabajo en la clínica

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN