

Migrantes centroamericanos en tránsito irregular por México: concepción de salud hegemónica y subalterna en contextos riesgosos y precarios*

Maya Cervantes Martínez

Miles de mujeres, hombres y niños provenientes de Centroamérica cruzan cada año la frontera sur de México con el ideal de buscar una vida mejor y más segura. Esta travesía es realizada pasando por grandes riesgos y precariedades que causan o aumentan sus problemas de salud, los cuales deben atender de alguna forma para poder continuar su camino. Es en este momento cuando se pueden vislumbrar las diferentes estrategias de atención a la salud a las que recurren los migrantes, y en donde se entrelazan las distintas formas de concebir al mundo con las circunstancias terribles del trayecto migratorio.

Este trabajo se basa en observaciones y entrevistas a 16 migrantes centroamericanos indocumentados¹ en México, ocho encargados de Casas de Migrantes y cuatro especialistas de la salud académica. La investigación se realizó en Casas de Migrantes de la ciudad de Puebla, en el estado del mismo nombre y en la ciudad de Apizaco en el estado de Tlaxcala, en México, entre febrero de 2015 y febrero de 2016.

Globalización, migración y capitalismo gore

Para comprender las condiciones que hacen posible que existan migraciones tan peligrosas es preciso comenzar por observar las consecuencias que produce el sistema económico, político y social que constriñe o beneficia a las poblaciones según sus características, como son el lugar geopolítico donde nacen, su género, su etnicidad o su clase social.

La globalización ha hecho posible la acumulación de bienes y servicios en algunas zonas geográficas, mientras que en otras se concentran problemas sociales como violencia, enfermedad y trabajo en condiciones precarias. Se trata de un desbalance de poder entre grupos

de países que propician la dependencia económica de otros (Prebisch, s.a.: 23-24; Pérez, Sunkel y Torres, s.a.: 6).

Es así que, en las poblaciones precarias, la mayoría se trata de personas empobrecidas a quienes el Estado resta importancia haciéndoles difícil el acceso a derechos básicos como justicia, salud, trabajo bien remunerado o una buena alimentación. Son poblaciones que tampoco cuentan con redes sociales fuertes que les ayuden a satisfacer las exigencias económicas y sociales de la vida (Butler, 2009: 322-323). Huelga decir que estas condiciones de precariedad se intensifican durante la migración al encontrarse en otro país, aún más alejados de sus redes sociales, en condiciones de clandestinidad y por ende de vulnerabilidad ante los ojos de los demás.

El continuo empobrecimiento de las poblaciones y la violencia diaria chocan con las aspiraciones de una vida mejor cuyos ideales encuentran en los medios de comunicación o en las historias que se cuentan boca a boca sobre mejores condiciones de vida en otros países, normalmente en los países de los bloques poderosos. La ironía de la globalización y del sistema capitalista es que mientras los capitales, la comunicación y las mercancías pueden recorrer con mayor rapidez y facilidad largas distancias, no todas las personas pueden hacer lo mismo, las fronteras geopolíticas están diseñadas para clasificar, separar, detener o facilitar el flujo de las personas debido a preconcepciones basadas en características como clase, etnia, religión y nacionalidad (Heyman, 2011: 82-90).

Las personas que no son bien vistas a los ojos del Estado encuentran formas de pasar el escrutinio fronterizo, pero padecen un constante acecho de peligro de deportación a lo largo del trayecto migratorio. Esta es una de las razones por las que muchos migrantes tienen que pasar un camino riesgoso para alcanzar el ideal que tienen de una vida digna. El riesgo en este trabajo se retoma de Ruiz (2005) quien sostiene que las poblaciones migrantes son vistas de forma ambivalente por el Estado y poblaciones receptoras: por un lado, se percibe que son peligrosas al constituir amenazas de diferentes tipos, como pueden ser: laborales al creer que sustituirán del trabajo a los habitantes locales; sanitarias al creer que pueden contagiar enfermedades; criminales al atribuir los delitos pasados y futuros a personas originarias de fuera de la población. Por otro lado, se percibe que estas poblaciones corren riesgos inmanentes al hecho de ser migrantes indocumentados, como

si su vulnerabilización dependiera de ellos y no de la falta de atención de las instituciones oficiales para salvaguardar sus derechos humanos, de la deshumanización del que son objeto y la falta de empatía de algunos sectores de la población receptora. Así, el riesgo del migrante está materializado en crimen, enfermedad, accidentes, deportación, hambre, sed o incluso la muerte.

En este punto, se pueden ver los síntomas del capitalismo en su forma más cruel, no solo la rapiña de robar las pertenencias de quienes poseen pocos objetos materiales, sino el uso de los cuerpos como objetos para trabajos forzados en campos clandestinos, la práctica de la violación sexual como forma de humillar y establecer el dominio de unos sobre otros (Segato: 2014). El capitalismo gore (Valencia, 2012) muestra lo peor de la decadencia capitalista, un sinsentido de violencia realizada para aterrorizar, con el trasfondo de continuar la acumulación de capitales y poder ejercer dominio a costa de la vida de otros. En este caso, los migrantes centroamericanos indocumentados están amenazados especialmente, pero no únicamente, por parte del crimen organizado.

De esta forma y en estas circunstancias es que muchas personas del Triángulo Norte Centroamericano (Guatemala, Honduras y El Salvador) deciden o se ven presionados para realizar una migración que los lleve idealmente a Estados Unidos o al menos a México. Esta migración “es un desplazamiento geográfico, político y subjetivo” (Aquino, 2012: 19), puesto que consiste en llevar consigo cosmovisiones y experiencias que se ven confrontadas por el encuentro con otras culturas, personas, leyes, normas, carencias y aprendizajes que hacen que las subjetividades también se reconformen. Y ante todos los peligros que atentan contra su salud y la escasa oferta de servicios médicos, los migrantes utilizan diferentes estrategias de cuidados en los que entrecruzan sus concepciones con las del país receptor.

Culturas populares y modelos de atención a la salud hegemónicos y subalternos

La percepción de lo que implica salud, enfermedad y las formas de prevenirla o tratarla varían según las diferentes culturas y las épocas.

Aún en poblaciones insertas en la mecánica globalizadora existen diferencias que se escapan a las lógicas de la ideología hegemónica sobre la salud.

Para poder analizar y comprender cuáles son los tipos de medicina a los que recurren las poblaciones, se han seguido diferentes enfoques analíticos. Este trabajo se basa en los que tienen como principio el efecto que el capitalismo ha ejercido sobre grupos vulnerables en América Latina (Menéndez, 1994; Moreno-Altamirano, 2007), también se toman en cuenta las especificidades culturales y sociales que llevan a estas poblaciones a atenderse de múltiples formas, es decir, formas hegemónicas y subalternas que coexisten en un mismo sistema de atención a la salud (Zolla y Sánchez, 2010).

Es por esto, que se parte de la noción que “cuando hablamos de salud no podemos reducirnos exclusivamente al concepto biológico, pues si partimos de que la enfermedad es algo generado y pautado desde la cultura, al componente biológico hay que añadirle también el psíquico, el social y el cultural” (Castilla, 2008: 448), estos elementos dan a las poblaciones la pauta para comprender lo que enferma al cuerpo y la forma de curarlo.

El proceso por el que se conforma la cosmovisión es variado y está en un constante cambio. Menéndez (1994: 72) menciona que la forma de concebir la salud corresponde a “sistemas ideológicos (significados)” impuestos, negociados o adaptados del resultado de las relaciones de poder entre las ideologías hegemónica y subalternas. En esta lógica, la concepción hegemónica de la salud está alineada con la medicina llamada académica, científica o alópata (Zolla y Sánchez, 2010), entra en una lógica asociada a la ciencia y a la razón apoyadas por Occidente o los bloques económica y políticamente dominantes. A diferencia de las medicinas subalternas, esta es más bien rígida y no es bien aceptado que se combine con otros modelos de atención a la salud (Press, 1978: 71-72).

Los otros modelos de atención, los subalternos, corresponden a una lógica de pensamiento diferente, no están necesariamente apartados de la lógica occidental, por su misma flexibilidad acepta la medicina académica como otro modelo legítimo de atención a la salud e incluso incorpora partes del mismo a las otras lógicas de pensamiento. Zolla y Sánchez (2010) desarrollaron el “sistema real de salud” enfocado

a los pueblos originarios de Latinoamérica, para poder comprender y observar el camino que toman estas poblaciones para atender sus problemas de salud. Se debe enfatizar que el aspecto estructural en el que se desarrolla el proceso salud-enfermedad-atención es crucial: falta de servicios de salud académica y dificultad para acceder a los que sí existen, escasos recursos económicos y desencuentros culturales entre los servicios académicos y las poblaciones. Por estas características mencionadas, el trayecto para aliviar los problemas de salud que siguen las poblaciones a veces se aleja de la medicina académica y es necesario verlos en su totalidad para comprender y atender de forma realista no solo los problemas de salud pública, sino la riqueza cultural y los saberes populares que coexisten.

De esta forma, Zolla y Sánchez (2010: 26-27) dividen de forma heurística al sistema de atención a la salud en cuatro modelos: 1) el académico, ya mencionado anteriormente; 2) el tradicional o popular, en el que se incluyen los saberes de los pueblos originarios, pero también los adaptados desde otras geografías y que han sido apropiados y adecuados a aspectos culturales que escapan de la racionalidad académica, este tipo de medicina atiende tradicionalmente enfermedades como mal de ojo, caída de la mollera o empacho, y sus especialistas pueden ser por ejemplo curanderos (médicos tradicionales) o sobadores; 3) la autoatención o medicina casera, este modelo incorpora elementos de los demás, normalmente es el primero al que se recurre (Menéndez, 1992) y suele ser aplicado por personas sin estudios o formación orientada especialmente como los especialistas de los otros modelos, los que la aplican pueden ser el mismo individuo enfermo o alguien del círculo familiar, frecuentemente una mujer (Campos, 1992: 198); 4) el último modelo que proponen es la medicina alternativa, comprende un rango grande de lógicas culturales de diferentes orígenes entre las que se encuentran la medicina tradicional china, la tradicional india, la iridología o la quiropráctica, así sus especialistas también deben ser personas que dominen la comprensión de los síntomas que van apegadas a estos sistemas y a la impartición y/o elaboración de tratamientos específicos para sus males.

Otro modelo que se añadió a la investigación fue el de la curación a través de la religiosidad, ya que no se puede soslayar que las poblaciones a las que nos referimos son altamente religiosas con una base de creencias cristianas, e incluso una gran parte de ellos cree que es posible

alcanzar la sanación divina (Pew Research Center, 2014: 12-17), no solo como una curación del alma o espiritual, sino una curación total que abarca también el cuerpo. Este tipo de curación también tiene sus propias herramientas como la fe, la oración y la imposición de manos (Garma, 2000: 88) y sus especialistas que suelen ser pastores, sacerdotes o toda una congregación actuando junta.

Elementos de la medicina hegemónica (de la académica) suelen encontrarse en las medicinas subalternas, como son el uso de medicamentos académicos (Menéndez, 1992). El que se encuentren elementos culturales de los grupos hegemónicos en los subalternos, puede ser explicado por lo que Cirese nombra como “circulación cultural” (González, 1983: 33) el cual es un proceso “de integración, recreación, negociación, resistencia y disputa cultural”, en el que las culturas populares conforman elementos identitarios propios (Valenzuela, 2003: 259).

Así, Menéndez (1981: 292, 376) sostiene que la ideología hegemónica existe en un contexto de dominación en los ámbitos económicos, políticos y sociales en los que la medicina académica, como concepción preponderante en el campo de la salud ostenta un estatus mayor que los otros modelos de atención a la salud, reconocido tanto por los grupos hegemónicos como por los subalternos, tanto por el valor simbólico asociado a los grupos de poder, como por la eficacia sobre otros modelos de atención, por lo que la medicina académica se ha ido incorporando a los otros modelos de atención a través de lo que llama «transacciones», es decir, el proceso por medio del cual el Estado y otras fuerzas dentro de los grupos hegemónicos propagan la ideología de la salud académica, a través de campañas de vacunación, clínicas, hospitales y centros de salud en lugares donde no existía esta concepción de la medicina o de la salud, y la gente la acepta y retoma de forma consciente o inconsciente, existiendo siempre relaciones oblicuas de poder.

La penetración de la ideología académica sobre la salud no es homogénea ni total, deja espacios en donde subsisten, coexisten o incluso existen gracias a ella ideologías diferentes a la hegemónica. De esta forma, las culturas populares pueden reelaborar su concepción sobre la salud y las técnicas de curación a partir de las transacciones hegemónicas, o crear algo que satisfaga sus necesidades médicas, pero que estén acorde a todos los elementos que conforman la concepción

de la salud, es decir, mental, física, social y cultural. Así, por ejemplo, la existencia de la medicina popular no necesariamente corresponde a una oposición consciente a los grupos de poder ni una forma de resistencia a la ideología hegemónica o las condiciones socioculturales y políticas (Menéndez, 1981: 392-394; García Canclini, 1986) ya que muchas veces estas innovaciones y adaptaciones, si bien se dan en contextos culturales específicos, también obedecen a circunstancias de marginación, pobreza y grandes necesidades, como sucede durante el tránsito migratorio sin documentos.

Sin embargo, como señala Giddens (1998: 51), aun en los espacios de acción más reducidos, se pueden realizar acciones que señalan la existencia de agencia siempre que involucre una reflexión sobre el actuar y no solo una reacción, como sucede también por parte de los centroamericanos migrantes incluso entre las circunstancias riesgosas y precarias que significan el transitar sin documentos por México.

De esta forma, encontramos que las estrategias que usan los centroamericanos indocumentados para resolver sus problemas de salud cuando transitan México son diversas y responden a construcciones socioculturales que tienen que ver con la idea de lo que es la salud y de lo que es la enfermedad y su respectivo tratamiento. Pero también a las circunstancias de riesgo y precariedad en que muchos se ven obligados a realizar el trayecto migratorio. En este proceso se muestra la comunión y lucha de poderes entre la ideología hegemónica y la subalterna en donde se puede encontrar imposición, pero también negociación, aceptación, apropiación e incluso resistencia.

Modelos de atención a la salud antes de la migración y durante la migración

Para poder comprender las estrategias que usan los migrantes centroamericanos para atender su salud en su paso por México, es necesario comparar y contrastar el uso de los modelos de atención que usaban antes de migrar y durante la migración.

El trayecto migratorio fue iniciado por pocos con una visita al médico, los migrantes que afirmaron haber asistido al médico como preparación para la migración fueron una pareja que llevaría consigo

a su hijo de tres años y dos personas que presentaban padecimientos anteriores, uno un dolor que no le pudieron diagnosticar y continuó con él durante el trayecto y otro que quería saber si su condición de fumador le permitiría correr:

Yo fui a ver al médico porque normalmente estaba chequeándome de los pulmones porque fumo mucho y me decían que me puedo enfermar. Entonces fui a chequearme me dijo que estaba sano entonces le dije que si podía correr. Estás sano, estás limpio... para eso fui al médico (Rodrigo², hondureño, entrevista, 2016)³.

Todos los demás utilizaron la religiosidad a modo de protección y a veces también de despedida de su familia, puesto que oraron pidiendo protección, ya fuera acompañados de sus familiares o en solitario⁴, pero sin la presencia de intermediarios institucionales como sacerdotes o pastores⁵.

De tal suerte que, en la narrativa de la migración centroamericana indocumentada a México empieza muchas veces con una oración, utilizando la religiosidad a través de una petición de protección que va más allá de la salud, pero que la abarca, y muy pocos comienzan la migración realizando acciones de acorde a la ideología hegemónica de la salud.

Medicina académica. Las personas que conformaron este estudio mostraron una ambivalencia hacia ella. Por un lado, intentaban recurrir a este modelo de atención en sus tierras, pero por otro lado se mostraban decepcionados por la falta de cupo en los hospitales, escasez de medicinas o porque menospreciaban sus padecimientos.

Al llegar a México, algunos de los testimonios de los migrantes sonaban más esperanzados que otros sobre la idea de recibir una mejor atención que en su país. Algunos se mostraban confiados en la información que habían recibido a través del sistema de Casas Migrantes, en el que les hacían saber que, sin importar su estatus migratorio, tenían derecho a la atención médica:

Depende de qué clase de accidente. Si es digamos que uno viene en el tren está tirado, se cayó, se quebró por decir así un pie pues en las otras Casas de Inmigrantes donde hemos

pasado nos han dicho que el inmigrante tiene derecho a consulta médica. Así en México o en cualquier país donde estés. El inmigrante tiene consulta médica gratuita. Lo primero sería ir a una Casa, pedir ayuda que lo lleven a uno a un hospital más cercano a una clínica o algo donde lo curen a uno. Ahora uno tiene derecho a ir a una clínica que nada que la deportación ni nada de eso (Sergio, salvadoreño, entrevista, 2016).

No todos compartían esta seguridad, para algunos que ya habían recorrido el camino varias veces, la narrativa giraba en torno a la desesperanza y de nuevo solo quedaba Dios como el último recurso para acudir en caso de sufrir una emergencia en el camino:

Y a veces como dicen, no, es un inmigrante que se muera, como no tiene dinero no les interesa. Entonces así casi el sistema de salud no se interesa por un inmigrante. Son raras las partes donde les puede ayudar. Pero no, casi no hay una emergencia [donde se puede atender una emergencia de salud] que digan. No lo hay [...] Pues me sentiría yo el 100% quizás la muerte. Imagínate quien podría tener... la... quien podría tener ¿cómo te puedo decir? El interés de quererte ayudar ¿no?. No hay nadie. Entonces allí solamente que le pidas a Dios, es el único (Carlos, hondureño, entrevista, 2015).

Los migrantes entrevistados habían logrado llegar casi a la mitad del trayecto sin padecimientos o incidentes que ellos consideraran graves, sin embargo, sufrieron asaltos, robos, torceduras o esguinces en los tobillos, rozaduras, chikungunya y fiebres. Los casos de otros migrantes reportados por ellos, por encargados de las Casas de Migrantes o por especialistas de la salud académica fueron variados, desde chequeos para embarazadas hasta atención a amputados o tratamiento de tuberculosis.

Los migrantes buscaron atención médica académica y la encontraron en hospitales, clínicas, médicos particulares, farmacias, paramédicos, organizaciones como Médicos sin Fronteras o la Cruz Roja y atención dentro o canalizada a través de la red de Casa de Migrantes⁶. Aunque este apoyo exista, no quiere decir que sea fácil conseguirlo,

debido a la lejanía entre Casas, a los pocos recursos económicos con los que viajan, al desconocimiento de la ubicación de los centros de salud, a la desconfianza de abandonar la ruta migratoria y al miedo a la deportación.

Medicina popular. Durante la investigación, las concepciones de los migrantes sobre la salud y la enfermedad derivadas de las ideologías subalternas fueron menos evidentes que las hegemónicas. Se requirió de una conversación más profunda para establecer la confianza de que estas opiniones no serían juzgadas de ignorancia (en contraposición al poder dominante de la medicina científica y su enfermedades y tratamientos aceptados).

Las concepciones sobre la medicina popular no fueron homogéneas, ni tampoco la confianza en la eficacia de los especialistas tradicionales. En este punto, aparte de la ideología médica académica, también toma parte la religiosa, puesto que algunos de ellos manifestaron no acercarse a estos especialistas debido a que iba en contra de sus creencias religiosas como se puede ver en este fragmento de entrevista cuando se les preguntó si alguna vez habían recurrido a curanderos: “sí hay brujos, porque hay brujos [en Guatemala]. Pero nosotros no hemos visto [acudido]. Es malo delante de Aquel de allá arriba [Dios].” (Ángel, guatemalteco, entrevista, 2015). La palabra «curandero» no le pareció conocida a Ángel, por lo que al precisarle que eran personas que curaban enfermedades a través de saberes tradicionales y el uso de plantas medicinales, la identificación que hizo fue con «brujos».

Las enfermedades populares o tradicionales que los migrantes manifestaron conocer en su lugar de origen fueron: caída de mollera, mal de ojo, ardor en la vista, caída de paletilla y empacho. Todas estas enfermedades podían ser tratadas por sobadores. Y siguiendo la línea de pensamiento anterior, los que se atendían con ellos, no encontraban conflicto con sus creencias religiosas pues no atribuían las habilidades curativas del sobador a poderes divinos ni sobrenaturales, se trataba de enfermedades concretas con curaciones particulares que coexistían junto a otras reconocidas por la medicina hegemónica como la chikungunya.

La caída de la mollera es una enfermedad que se da en los bebés, cuando se hunde la fontanela por mover al bebé con demasiada fuerza, este puede presentar vómito, altas temperaturas y diarrea (Cohen,

1984: 18). Roger, uno de los migrantes entrevistados relacionó esta enfermedad al mal de ojo, pues atribuyó que a los bebés que les hacían mal de ojo se les podía caer también la mollera.

Así, el mal de ojo no fue una enfermedad en la que todos creyeran, pero varios entrevistados la reconocieron y hablaron de sus síntomas como menciona Sergio:

dicen que habemos quienes –yo no tengo esa cosa que llevamos–, pero habemos quienes tenemos eso. De pequeños tal vez nos hicieron ojo y se logró criar y ya cuando crece pasa un día y un niño, cualquier cosa. Y el, bueno él que cree en ese se le hará realidad. [...] Y solo Dios sabe pues, pero vaya hay gente que dice que también los niños se les enferma de esa manera ojo tienen y empiezan a hacer la cura que tienen. Y se curó. Pero también es mortal porque tienes ojo y no lo curas te mueres pues (Sergio, entrevista, 2016).

El mal de ojo puede transmitirse consciente o inconscientemente a un bebé y los síntomas del enfermo pueden ser tan severos que incluso lo pueden conducir a la muerte. Algunos entrevistados sostuvieron que para curarse se debía pasar un huevo por la cabeza del bebé enfermo y también alcohol (Hernán, entrevista, 2016; Sergio, entrevista, 2016), aunque no dieron más detalles del tratamiento. El especialista para curar esta enfermedad era el sobador. Debido a que no se entrevistó a migrantes que viajaran con bebés, no se supo si estos enfermaron de caída de mollera o de mal de ojo durante el trayecto ni de cómo se podrían curar lejos de un sobador.

Otra enfermedad que cura el sobador, es el ardor en los ojos. Cuando uno de los entrevistados mencionó este mal, al principio no se le tomó por una enfermedad popular, puesto que, al viajar en los trenes de carga, como lo hacía él, parecía que una infección en los ojos podría ser fácilmente provocada en esas circunstancias por tierra, polvo o químicos. Lo que llamó la atención fue que se mencionara como otra enfermedad que curaban los sobadores:

Entrevistadora: ¿Esa persona que soba también cura otras cosas aparte del empacho? Roger: Para los niños que tienen ojo,

supuestamente que les pega la diarrea, se les cae la mollera.

Entrevistadora: ¿Alguna otra enfermedad que curen?

Roger: No, solo ardor en la vista

Entrevistadora: ¿Por qué da el ardor en la vista? Roger: ah porque uno agarra el tren a veces todo el día del aire sucio que a veces le toca a uno subirse a vagones que llevan pura arena [...] (Roger, entrevista, 2016).

Así que no se profundizó demasiado en el tema durante la entrevista, pero al regresar a la investigación documental, se encontró esta enfermedad descrita como una enfermedad popular del pueblo garífuna:

En Rio Tinto, ojo o mal ojo [...] no está relacionado con la vista fuerte y una causalidad mágica, como sucede a menudo en Hispanoamérica, sino a problemas de los ojos de una naturaleza física. Los síntomas son dolores de cabeza, coloración rojiza y dolor en los ojos, o una sombra sobre los ojos, y son atribuidos a calor excesivo, o irritación causada por el sol, el viento y la arena. El remedio para el ojo es herbal. Un informante aplastó varias hojas de frijolillo (*Cassia occidentalis*) [...] y aplicó esto [el líquido] directamente en el ojo. Varias personas mencionaron la necesidad de visitar a un médico para lidiar con este problema (Cohen, 1984:18).

Roger no es garífuna, sin embargo, identifica esta enfermedad como una que se relaciona con otras populares como mal de ojo, caída de mollera o empacho, las cuales pueden ser tratadas por sobadores, porque se pueden encuadrar dentro de un mismo sistema de creencias que coexiste y se mezcla con la medicina académica, ya que en la cita se menciona que se buscaba a un médico académico para tratar este mal. Roger sí padeció ardor en la vista durante el trayecto migratorio, y no recurrió a un especialista para curarse, sino a la autoatención a través de lavarse los ojos con agua o acudir a las Casas de Migrantes por gotas para los ojos que él mismo se administraba.

La caída de paletilla es otra enfermedad que fue mencionada por Rodrigo, garífuna, como una enfermedad que padecían en su tierra,

pero que podían curarse ellos mismos a través de la autoatención o a través de un sobador:

esto aquí [se toca el esternón] cuando se le sume a uno es la paletilla, se sume pa'abajo, es donde la gente le da tos y dicen que es tuberculosis. Pero si lo soban bien o si viene y se inclina en un poste... en un palo y se pone. Se para en la mañana sin hablar con nadie se pone en barra [sube los brazos en forma paralela como si se estuviera sosteniendo de una barra horizontal encima de su cabeza], esto vuelve a colocar y ya la tos para. [...] Está el hueso y cuando tú haces una mala fuerza, le haces aquí y se sume. [...] Entonces todo eso cuando tú te agitas y caminas, esto como que roza con el pulmón como que hace un fuego con el pulmón. Entonces tú quedas todo como así, una tos no muy común. Y entonces cuando tú vienes te la soban la vuelven a colocar aquí así tú ya estás normal ya no «tueses» más y ya «tueses» y botas flemas (Rodrigo, entrevista, 2016).

Esta descripción es muy similar a la que hace Cohen (1984: 19) de la misma enfermedad hace más de 30 años entre los garífunas, ahí añade que las personas dañadas por este mal pueden escupir sangre, que el padecimiento no es fatal y que el especialista puede curar usando masajes como menciona Rodrigo o a través de una ventosa que succione y ayude a levantar la paletilla. Ni Rodrigo ni otro migrante mencionaron que se les hubiera caído la paletilla durante el trayecto migratorio, por lo que no hubo necesidad de preguntarles cómo se curarían. Sin embargo, con el testimonio de Rodrigo, se sabe que es posible curarse uno mismo si conoce los masajes indicados o los movimientos que ayudan a levantar la paletilla.

El empacho es una enfermedad conocida en toda Latinoamérica, se dice que es originaria de la Península Ibérica y que en cada región del continente americano donde existe, ha tomado características locales y se ha reelaborado con creencias y saberes preexistentes a la llegada de los españoles cuya presencia documentada en los países que componen América Central, se remonta al siglo XVI (Campos y Vargas, 2012: 46-47).

Este padecimiento, a diferencia de las otras enfermedades populares mencionadas, era conocido por todos los migrantes, igual que las enfermedades anteriores, no le encontraban relación con un origen supernatural. Era una enfermedad ligada a la comida, específicamente a la cantidad de comida que se consumía y a los horarios para hacerlo, aunque también podía haber empacho ocasionado por un consumo irregular de agua. Esta son algunas definiciones del empacho:

Si usted come y tiene empacho, se come una tortilla y luego sientes que el asco, que quieres vomitar y la vomitas y tienes dolor de estómago, fiebre y pues el que sabe dónde está el empacho y eso le guían –estás empachado– y le buscan remedios. Estar empachado es duro, da fiebre, da dolor de cabeza, debilidad. Debilidad es no comer ¿verdad? Porque si comes lo vomitas, si tomas agua lo vomitas, o sea que el cuerpo no resiste nada tanto así (Sergio, 17 años, salvadoreño, entrevista, 2016).

El empacho le da porque muchas veces aguanta hambre cuando toca comer. Comía comida maltratada, ya comía comida helada. Entonces solo come dos cucharadas y se siente lleno. Cuando la reacción comienza es cuando empieza a «pupiar» muy flojo «pupiar». Ya cuando quiere volver a comer ya no tiene hambre, pero tiene empacho. La piel se le empieza a poner «pelotosa» y se le quita la voluntad de todo, empieza a vomitar cuando ya se está haciendo «ahíto» se está apoderando del cuerpo y empieza a vomitar del otro lado de la boca [diarrea]. Entonces más continuo va al baño, vomita continuo. Ya allí... ya se está haciendo... ya no es empacho sino que es un «ahíto». Ya está provocando muerte. Pero si lo quiere detener tras el empacho busque un poco de sal con agua y se lo bebe (Rodrigo, hondureño, entrevista, 2016).

En estos dos relatos podemos ver que la experimentación del empacho es cosa seria, puede incluir vómito, debilidad, falta de apetito, dolor de cabeza, fiebre y se puede complicar más volviéndose lo que Rodrigo llama ahíto, que es cuando se presentan los síntomas de forma más severa e incluye diarrea y con este

padecimiento el enfermo puede llegar incluso a morir. Todos los entrevistados sabían que el especialista para curar esta enfermedad era un sobador, asimismo conocían algunas de las técnicas y de las medicinas para lograr la curación.

Esta enfermedad, a diferencia de las otras populares, sí se reportó como un mal que había aquejado a algunos de los migrantes. La forma de resolverlo fue aplicando los conocimientos que ellos mismos tenían sobre las curaciones como dar masajes en el área del vientre y cuando era posible tomar algunos remedios que variaban según los relatos: así Helena dijo que se tomaba magnesia, Rodrigo y Néstor mencionaron que se debía beber sal con agua y Roger que se debía incluir un purgante, aunque no especificó cuál.

Al preguntarles a los especialistas de la salud si alguno de los migrantes que habían recurrido a ellos les habían consultado sobre alguna de las enfermedades populares, todos contestaron negativamente. A pesar de que ellos también conocían esas enfermedades, sostuvieron que más bien las habían escuchado entre las poblaciones locales de mexicanos y no por parte de los centroamericanos. Sin embargo, Aurora, una enfermera manifestó haber conocido a una migrante hondureña que sostenía ser sobadora, y debido a que necesitó de un tiempo más extenso en una Casa para recuperarse de sus propios padecimientos, Aurora pudo presenciar algunas de las curaciones que hacía la sobadora en México. Curiosamente sus pacientes eran mexicanos de la misma localidad donde ella se estaba recuperando y que habían escuchado que era una sobadora. Aurora no había escuchado tampoco que algún centroamericano pidiera los servicios de un sobador.

–Aurora: una señora hondureña. Que curaba de empacho, curaba de mal de ojo y curaba de huesos.

–Entrevistadora: Ah. ¿Cómo curaba los huesos?

–Aurora: sobándolos, sobándolos, que les untaba un aceite de «tintura».

–Entrevistadora: ¿Y el empacho cómo lo curaba?

–Aurora: El empacho golpes en el estómago y en la espalda, golpecitos y les daba una purga de aceite de olivo, aceite de almendras dulces combinada con magnesia lisada en té de manzanilla.

–Entrevistadora: ¿Y el mal de ojo cómo lo curaba?

–Aurora: Le hacía una limpia con huevo, ruda, artemisa son hierbas que también hay acá [...] Se veía que rezaba, pero nunca le pregunté que rezaba, sinceramente [...] Siempre que hacía una curación rezaba, cualquiera que fuera (Aurora, entrevista, 2016).

En el testimonio anterior podemos ver algunas de las formas en las que Aurora observó que la sobadora curaba. Una diferencia importante con el testimonio de los migrantes es que dentro de los rituales de curación se incluían rezos (algo que es esperado en las curaciones de medicina popular en México). Debido a que no se pudo observar una curación de sobador ni hablar directamente con esta sobadora, no se puede saber si el rezar siempre fue parte del ritual curativo o si fue incorporado durante el trayecto migratorio para los pacientes mexicanos quienes encuentran la curación completa con este elemento. Si este es el caso, de esta forma se ve la plasticidad de la medicina popular para incorporar elementos nuevos y hacerlos funcionar.

Un punto importante de resaltar es el que los especialistas en la salud académicos no habían sido consultados directamente por enfermedades populares, mientras que los migrantes sostuvieron conocerlas e incluso enfermarse de una de ellas durante el camino. Quizá esta diferencia entre ideologías y reconocimiento del poder hegemónico de la medicina académica sobre la popular está en la simple respuesta de Roger sobre el porqué de esta situación: “ellos [los médicos académicos] no creen”. Y la ironía de este asunto, es que quizá los médicos académicos no crean en las enfermedades populares, pero sí conocen las versiones locales de estas enfermedades. Por lo que claramente hace falta un diálogo entre las diferentes concepciones sobre salud-enfermedad para tratar mejor los padecimientos de los migrantes.

Medicina alternativa. Se indagó sobre el uso de este tipo de medicina por parte de los migrantes antes de emprender el trayecto migratorio y durante el mismo, pero no se tuvo registro del uso de medicina como la tradicional china, ni tampoco de otros tipos como la iridología o el uso de imanes.

Curación a través de la religiosidad. Como se había mencionado anteriormente, una parte importante de la cosmovisión de muchos

migrantes centroamericanos es su religiosidad. Esta religiosidad, en muchos casos, parece estar alejada de un culto institucional, puesto que varios migrantes sostuvieron que no creen en las iglesias porque son corruptas. La imagen de las instituciones como corruptas no fue exclusivo de las religiosas y al igual que se observó sobre las instituciones médicas, los migrantes parecían tener más confianza en ellas en México, al igual que por las personas que las componen. Todo esto va acorde a las expectativas de tener una vida mejor en otro lugar y al apoyo que habían ido recibiendo durante el tránsito migratorio a través de la red de Casas de Migrantes operadas directamente por miembros de la Iglesia católica o apoyados por ella.

De esta forma, las opiniones sobre la pertenencia a una religión también se hacían difusas durante las entrevistas en la ruta migratoria, algunos manifestaban ir a ciertas Iglesias en concreto y otros se adscribían a religiones como católica o evangélica, pero había quienes no se adscribían a ninguna religión a pesar de que todos los entrevistados manifestaron creer en Dios:

Pero te digo en este mundo Dios no busca religiones. Dios no viene por la Iglesia católica. Dios no viene por los mormones. Dios no viene por los cristianos. Dios no viene por nada de eso, viene por quien tiene buen corazón y ama al prójimo (Carlos, hondureño, entrevista, 2015).

No todos los entrevistados creían que era posible la curación divina y la intersección entre su creencia en Dios y la salud se podía establecer de esta forma para muchos: “Pues el que cree en Dios se cura, pero hay que uno siempre que buscar al médico” (Roger, hondureños, entrevista, 2016).

Otros migrantes sostenían que sabían de casos en sus lugares de origen en los que habían escuchado o presenciado curaciones derivadas de la oración y la fe en Dios, como es el caso de este testimonio:

era mujer de mi tío y él era cristiano y a la mujer de él le entro cáncer en la matriz. Y vino él y fue a los doctores y le dijeron que no, que cura no tenía que fuera en la matriz. Y que le iba caminando el cáncer, el cáncer le iba caminando,

caminando que le iba acabando poquito a poco. ¿Qué pasó? él empezó a orar y en la religión le empezó a pedirle a Dios que si qué cura le podía dar, que si qué era lo que le podía dar. Un día por revelación de Dios le mostró la cura, le mostró un árbol y todo lo demás que tenía que hacer. Ya vino él, lo que había recibido con fe se lo dio. Y allí está todavía (Sergio, entrevista, 2016).

Con este relato podemos ejemplificar lo que algunos migrantes creían: que era posible la curación divina, pero también que esta curación particularmente de enfermedades graves, venía después del desahucio de la medicina académica. La curación a través de la religiosidad fue mencionada en otros casos como en el de personas con discapacidades físicas y en el de adicción a las drogas y al alcohol⁷. Estas curaciones, como muestra el testimonio anterior, podía o no ser realizado a través de instituciones religiosas y de sus especialistas (pastores y sacerdotes), por lo que en algunos casos hay un poco más de independencia de las formas institucionales de la curación a través de la religiosidad.

Durante el trayecto migratorio se encontraron diferentes usos de la religiosidad para la curación. Como se vio anteriormente, primero fue utilizada en rituales de protección al inicio de la migración. Pero esto no se detuvo ahí, los migrantes manifestaron orar, muchas veces a solas para pedir por protección antes de dormir o al iniciar cada día, también se pudo observar a los migrantes orar junto a encargados de Casas de Migrantes antes de desayunar, cabe destacarse que no todos eran de la misma religión, pero aceptaban participar en este ritual de agradecimiento por los alimentos y de protección para retomar el camino.

Otros elementos de la religiosidad fueron el llevar consigo biblias, misales, rosarios, estampas y efigies religiosas como forma de protección. Algunas las llevaban desde su lugar de origen, otras las tomaban en el camino como en el caso de Mireya, hondureña que se identificaba como cristiana no practicante, quien comentó que una vez ya en México, se sentía afligida y con hambre y se encontró con una desconocida quien le dio una imagen de Jesús pidiéndole que tuviera confianza en Él, Mireya sostiene que inmediatamente se sintió mejor y seguía llevando la imagen con ella. Samuel, uno de los

encargados de las Casas de Migrantes afirmó que ha visto migrantes portar escapularios y que ha presenciado cómo compran o se llevan como obsequio misales y biblias para que los acompañen durante el trayecto migratorio. Cabe resaltarse que muchos migrantes son asaltados durante la migración por lo que pierden todas sus posesiones, incluyendo los elementos religiosos que traen desde su lugar de origen, por lo cual vuelven a hacerse de estos cuando tienen la oportunidad o se afianzan a lo que no les pueden robar: su fe en Dios y en el poder de la oración.

En lo que se refiere a enfermedades o padecimientos durante el trayecto migratorio y su curación a través de la religiosidad, se encontró la invocación de Dios en momentos de gran estrés, miedo, desesperación o soledad, pero también en padecimientos físicos como muestra el siguiente testimonio:

Porque cuando yo he tenido dolores de cabeza, cuando yo he tenido calentura fuerte me he inclinado y me he puesto a orar y le he pedido a Dios con fe, ¡con fe! que me ha sanado y he pensado que estoy sano. Y me he quitado dolores de cabeza y dolores de cuerpo y he seguido caminando. Dios es primogénito, es real (Rogelio, entrevista, 2016).

Como se mencionó al principio, el uso de la religiosidad como estrategia de curación durante el trayecto migratorio se da en momentos de gran necesidad y en contextos de precariedad y riesgo, pero la creencia en Dios y sus diferentes manifestaciones de desapego a la obediencia y rituales institucionales no se pueden explicar solo por estas circunstancias, son parte de procesos mucho más profundos en tiempo y amplitud de esferas de la vida. Para fines de este trabajo, basta decir que la religiosidad es una de las estrategias que se usa y que la creencia en Dios es importante no solo para la curación sino como parte de la cosmovisión de muchos de los migrantes.

Curación por medio de la autoatención. Se decidió poner al final este modelo de atención porque en él se conjugan todos los anteriores. Es el primero al que suelen recurrir las personas cuando están enfermas (Menéndez, 1992), es el más accesible, normalmente no implica un alto costo económico y el tratamiento suele ser integral,

pues cuando lo aplica un miembro del círculo familiar, además de aliviar la enfermedad, suele dar consuelo o apoyo emocional.

Este modelo de atención fue utilizado por los migrantes desde su lugar de origen, pues manifestaron automedicarse o preferir los remedios caseros basados en hierbas cuyos conocimientos eran del dominio familiar, siendo normalmente como menciona Campos (1992) una mujer la receptora de tales conocimientos y la encargada de aplicarlos, esto no impedía que otros miembros de la familia, entre ellos hombres, conocieran también algunos de los remedios.

Como se mencionó anteriormente, el uso de medicinas que entran en el rubro de ideologías sobre la salud subalternas, no significa necesariamente que quien las use haga una reflexión que muestre resistencia en contra del dominio de la medicina hegemónica, ni de sus consecuencias. Sin embargo, se pueden encontrar casos en los que discursivamente se defiende el uso de la medicina familiar sobre la académica, como en el siguiente testimonio:

nosotros los negros no necesitamos mucho los doctores porque no nos gusta las medicinas artificiales, nos gusta las medicinas caseras son más naturales, sanan más rápido, tienen más efectividad y las medicinas artificiales tienen más cancerizantes más adictivos, más desarrollos hacia ciertas cosas que muchas veces no los notamos en el momento porque nos sentimos bien por el alivio (Rodrigo, entrevista, 2016).

Rodrigo se identifica como garífuna, y defiende el uso de las medicinas originada de los saberes familiares y culturales, desde una perspectiva étnica, haciendo una reflexión sobre los contras del uso de la medicina académica, mostrando al menos de forma discursiva, resistencia a la medicina académica y también un contra discurso a la exclusión estatal en la que se encuentran esas poblaciones.

Durante el trayecto migratorio, la autoatención fue el modelo más empleado. Al comenzar el viaje llevaban consigo elementos que ellos mismos se recetaron y que pensaban, de ser necesario, les podría curar, como los que llevaban Mireya, su esposo y su hijo de tres años: “acetamamidofén, Tums y vitaminas” (Mireya, hondureña, entrevista, 2015). La anexión de las medicinas a la

autoatención y a otros modelos de atención a la salud subalternos, es uno de los síntomas más visibles del triunfo y avance de la ideología hegemónica sobre la concepción de la salud y sus tratamientos (Menéndez, 1981).

Ante los accidentes, el modelo de la autoatención también fue muy recurrido, como el caso de Héctor, quien lo curó su esposa después de que se cayera cuando los perseguían los agentes migratorios cerca de la frontera sur de México, del lado mexicano:

Porque nos siguió la Migración y me caí en un barranco y me lastimé mi tobillo y quedé así hinchado, todo esto [mostrando su tobillo]. Pero ahorita ya se me mejoró. Ahorita ya más o menos, ya puedo decir que camino, me decían que andaba yo como Moisés con un bastón [risas] (Héctor, hondureño, entrevista, 2015).

Asimismo, como se vio en modelos de atención a la salud anteriores, los casos de enfermedades populares como el empacho, fueron atendidos por los mismos migrantes según los conocimientos que habían adquirido al observar las curaciones que realizaban los sobadores.

Ahora, si se piensa que la religión institucional tiene lugares y personas dotados de intermediación divina reconocidos, así como rituales específicos, se podría decir que los migrantes entrevistados que sostuvieron ir realizando oraciones como protección e incluso como forma de curación ante males emocionales como ansiedad, soledad o miedo también recurrían a la autoatención. Sobre estos males también debe destacarse que muchos de los migrantes centroamericanos toman la decisión de salir de sus países debido a que huyen de la violencia extrema, algunos han sido testigos de asesinatos de sus familiares y otros han sido directamente amenazados de muerte. Estos acontecimientos hacen que muchos migrantes abandonen sus países con terror y estrés, para lo cual algunos sostuvieron tomar medicinas o tes como el de valeriana, de la misma forma, el trayecto migratorio está lleno de peligros como ataques sexuales, robos, asaltos, accidentes, extorciones, persecuciones, secuestros, hambre, sed, frío o calor extremos e incluso ansiedad por separarse de la familia o grupo con el que van viajando.

Todos estos estresores y los peligros con los que se encuentran, contribuyen al deterioro de la salud de los migrantes y en muchos casos van recurriendo a la autoatención en forma de automedicación y/u oración para poder mantener su salud emocional y física. Como dice el siguiente testimonio:

Gracias a Dios Él me da mucha salud. He caminado las veces que me toca y me he sentido bien saludable. Cuando me he querido enfermar siempre [pido]: Dios mío no me desmayes mi cuerpo porque tengo que llegar a mi destino (Roger, entrevista, 2016).

Conclusiones

Los migrantes centroamericanos indocumentados que transitan por México con el sueño de tener una vida mejor, utilizan diferentes estrategias para poder ir atendiendo las necesidades de atención a la salud a las que se enfrentan en condiciones precarias y riesgosas. Culturalmente, el modelo de atención a la salud académico tiene un lugar hegemónico sobre los otros modelos: popular, alternativo, autoatención y curación a través de la religiosidad, no solo por la intromisión del Estado en sistemas culturales diferentes a los occidentales, sino porque también han mostrado ser más eficaces en muchos casos, sin embargo la medicina académica ha dejado relegadas a algunas enfermedades (y tratamientos) que pertenecen a otro sistema de pensamiento las cuales presentan sintomatologías, nombres, especialistas e incluso llegan a ser tan graves que provocan muertes.

La separación entre modelos de salud es una separación heurística, en la práctica, los migrantes llegan a combinar diferentes modelos para atender un solo problema de salud, recurren a lo que esté a su alcance para poder curarse, para poder sobrevivir. La falta de seguridad en la que se realiza el tránsito migratorio, así como las condiciones extremas de este, pueden explicar en parte la utilización de algunos modelos, como la automedicación o la oración como última esperanza, pero no terminan de esclarecer el que los migrantes reconozcan por ejemplo las diferencias entre enfermedades populares y académicas. Esta distinción es parte de un proceso largo en el que están involucrados elementos como la globalización con el avance de

sus fuerzas ideológicas hegemónicas y su extrapolación de la separación entre poblaciones ricas y pobres; el Estado el cual ha abandonado a sus poblaciones privándoles o dificultándoles el acceso a servicios de salud académica, también permitiendo la existencia de trabajos precarios y sin poder detener el crimen y la violencia; la subsistencia de espacios en las ideologías y fuerzas hegemónicas que permiten que persistan y se reelaboren los conocimientos tradicionales y populares; el cambio, aceptación y reinterpretación de las creencias religiosas que han sido reemplazadas o reelaboradas, combinándose en diferentes grados entre prehispánicas, católicas y protestantes principalmente; y la desarticulación y rearticulación de las normas comunitarias y familiares con las aspiraciones sociales y personales, debido no solo por las fuerzas capitalistas, también por las guerras y por las mismas migraciones.

La forma de concebir la salud, a sus especialistas y a sus respectivos tratamientos, es un proceso que está en continuo cambio y que también se adapta según las necesidades de quien lo piensa y usa, y de las condiciones socioculturales que experimentan las personas. También puede observarse lo que a veces es una pugna y otras veces una apropiación o incluso negociación entre la ideología hegemónica y las subalternas, las estrategias para curarse que usan los migrantes centroamericanos indocumentados en su paso por México son una pequeña muestra de esto.

NOTAS

- 1 Se sigue a Ham y Bustamante (1979: 185) en el uso de la palabra «indocumentado» para nombrar a personas que entran a un país sin permisos migratorios de forma temporal o permanente.
- 2 Todos los nombres fueron cambiados para proteger la identidad de los entrevistados.
- 3 Todos los testimonios fueron tomados textualmente de la tesis (Cervantes, 2016) en la que está basado este trabajo.
- 4 Este ritual como inicio de la migración también lo han observado otros autores como Hagan (2012) y Rigoni (2008).
- 5 Otros como Hagan (2012) han registrado que hay migrantes que acuden a templos, iglesias y otros lugares sagrados para pedir protección y acuden también a sacerdotes y pastores para recibir bendición. Sin embargo, en la investigación en la que se basa este estudio, no hubo casos como estos.
- 6 Es importante destacar que estos migrantes siguen la red de ayuda y protección que les brindan las Casas de Migrantes en México, por lo que hay otros migrantes que no cuentan con el mismo apoyo, información o ayuda médica o de otro tipo.
- 7 El tratamiento para alejarse de las adicciones puede entrar en un rubro mucho más profundo que la concepción de «curar», se puede referir al concepto de «sanar» (Garma, 2000) pues implica no solo la desintoxicación del cuerpo, sino que conlleva una «desintoxicación del alma», es decir implica cambios en la forma de percibir lo bueno y lo malo y cambios de conducta que trascienden al consumo de drogas y alcohol (ver Olivas y Odgers, 2015).

BIBLIOGRAFÍA

- Aquino Moreschi, Alejandra, 2012, “De la militancia a la migración transnacional”. *De las luchas indias al sueño americano. Experiencias migratorias de jóvenes zapotecos y tojolobales en Estados Unidos*, México, D.F., CIESAS, UAM-X.
- Butler, Judith, 2009, “Performatividad, precariedad y políticas sexuales” AIBR. *Revista de Antropología Iberoamericana*, vol. 4, núm. 3, septiembre-diciembre, pp. 321-336, Madrid: Antropólogos Iberoamericanos en Red.
- Campos Navarro, Roberto, 1992, “Prácticas Médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa”, Roberto Campos comp., *La antropología médica en México*, México, D.F., Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana.
- Campos Navarro, Roberto y Vargas Escamilla, Bianca, 2012, “Las “Pegas” o “empachos” en Costa Rica y Centroamérica. Una visión Histórica y socioantropológica de una enfermedad popular”. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, volumen 6, núm. 2, pp. 45-63
- Castilla, Carmen, 2008, “Religiosidad y curación en Andalucía: el modelo de la promesa y el exvoto”, *Actas de las XXI Jornadas de Patrimonio de la Comarca de la Sierra*, Diputación: Huelva, pp. 447-463.
- Cervantes Martínez, Maya (2016). “Solo le pido a Dios protección y salud: entrecruce de salud y religiosidad en migrantes centroamericanos indocumentados en su paso por México”. Tesis de Maestría en Estudios Culturales. El Colegio de la Frontera Norte, A.C. México. 123 pp.
- Cohen, Milton, 1984, “The Ethnomedicine of the Garífuna (Black Caribs) of Río Tinto, Honduras”, *Anthropological Quarterly*, Vol. 57, No. 1 (Jan., 1984), pp. 16-27.
- García Canclini, Néstor, 1986, “Gramsci y las culturas populares en América Latina”, *Dialéctica*, Universidad Autónoma de Puebla, México, año 9, núm. 18, pp. 13-33.
- Garma Navarro, Carlos, 2000, “La socialización del don de lenguas y la sanación en el pentecostalismo mexicano”, *Alteridades*, vol. 10, núm. 20, pp.85-92.
- Giddens, Anthony, 1998, “Elementos de la teoría de la estructuración”, en *La constitución de la sociedad*, Argentina, Amorrotu, pp. 39-75.
- González, Jorge, 1987, “Los frentes culturales. Culturas, mapas, poderes y lucha por las definiciones legítimas de los sentidos sociales de la vida”, *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, vol. 1, núm. 3, pp. 5-44.
- Hagan, Jacqueline Maria, 2012, *Faith, Hope and Meaning on the Undocumented Journey*, Cambridge, Harvard University Press.
- Heyman, Josiah McC., 2011, “Cuatro temas en los estudios de la frontera contemporánea”, en Natalia Ribas-Mateos, edit., *El Río Bravo Mediterráneo: Las*

AUTOGESTIÓN COTIDIANA DE LA SALUD

- regiones fronterizas en la época de la globalización*, Barcelona, Ediciones Bellaterra, pp. 81-98.
- Ham Chande, Roberto y Bustamante, Jorge A., 1979, "Las expulsiones de indocumentados mexicanos", *Demografía y economía*, vol. 13, núm. 2, pp. 185-207.
- Menéndez, Eduardo L., 1981, *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, México, D.F., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Ediciones de La Casa Chata.
- Menéndez, Eduardo, 1992, "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en Roberto Campos, *La antropología médica en México*, Tomo 1, México, D. F., Universidad Autónoma Metropolitana, pp. 97-114.
- Menéndez, Eduardo, 1994, "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?", *Alteridades*, vol. 4, núm. 7, pp. 71-83.
- Moreno-Altamirano, Laura, 2007, "Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica", *Salud pública de México*, vol. XLIX, núm. 1, enero-febrero, pp. 63-70.
- Olivas, Olga, y Odgers, Olga, "Renacer en Cristo. Cuerpo y Subjetivación en la Experiencia de Rehabilitación de Adicciones en los centros Evangélico Pentecostales", *Ciencias Sociales y Religión/ Ciências Sociais e Religião*, Porto Alegre, año 17, n. 22, p. 90-119, jan-jul 2015.
- Pérez Caldentey, Esteban, Sunkel, Osvaldo y Torres Olivos, Miguel, s.a., "Introducción", *Raúl Prebisch (1901-1986) Un recorrido por las etapas de su pensamiento sobre el desarrollo económico*, CEPAL, pp. 5-7.
- Pew Research Center, 2014, "Religión en América Latina: Cambio generalizado en una región históricamente católica", en <<http://www.pewforum.org/files/2014/11/PEW-RESEARCHCENTER-Religion-in-Latin-America-Overview-SPANISH-TRANSLATION-for-publication11-13.pdf>>, consultado el 22 de diciembre de 2016.
- Prebisch, Raúl, s.a., "América Latina y la elevada productividad de Estados Unidos", *El desarrollo económico de la América Latina y algunos de sus principales problemas*, CEPAL, pp. 20-24.
- Press, Irwin, 1978, "Urban Folk Medicine: A Functional Overview", *American Anthropologist*, New Series, vol. 80, No. 1 (Marzo), pp. 71-84.
- Rigoni, Flor María, 2008, *Reflexiones en el camino del migrante: expresiones, gestos y rituales del pueblo indocumentado y refugiado de Centroamérica hacia El Norte*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Miguel Ángel Porrúa.
- Ruiz Marrujo, Olivia, 2005, "La inmigración indocumentada como metáfora de riesgo en la globalización", *Estudios Sociológicos*, Vol. XXIII, Núm. 2, (mayo-agosto), pp. 611-636.

Segato, Laura Rita, 2014, *Las nuevas formas de la guerra y el cuerpo de las mujeres*, Puebla, México, Pez en el árbol.

Valencia, Sayak, 2010, *Capitalismo gore*, España, Melusina.

Valenzuela Arce, José Manuel, 2003, “Persistencia y cambio de las culturas populares”, en José Manuel Valenzuela coord., *Los estudios culturales en México*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes/Fondo de Cultura Económica, pp. 208-260.

Zolla, Carlos y Sánchez García, Carolina, 2010, “Modelos de atención a la salud, pueblos indígenas en interculturalidad médica”. En *Pueblos indígenas e indicadores de salud*, México, D.F., PUMC, UNAM-OPS, OMS, pp. 26-33.