

LA SOCIABILIZACIÓN DE “LA ENFERMEDAD”: LAS MUJERES INDÍGENAS ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

THE SOCIALIZATION OF “THE ILLNESS”: INDIGENOUS WOMEN IN THE FACE OF THE COVID-19 PANDEMIC

María del Carmen Orihuela Gallardo¹
Ivonne Vizcarra-Bordi²

Resumen: A lo largo de la pandemia de COVID-19, se registraron estrategias complejas para detener los contagios, la enfermedad y la muerte entre las comunidades indígenas de México. En algunos casos hubo cierre de caminos para impedir el paso o el acceso a los espacios habitados, pero la organización social de los pueblos estuvo caracterizada por las prácticas de las mujeres que buscaban mantener la salud a partir de su concepción del cuerpo en la relación salud/enfermedad. En la atención de las mujeres a las personas contagiadas prevaleció el manejo de plantas curativas propias de las localidades y las que fueron compartidas entre pueblos. Las acciones de cuidado no se quedaron en el cierre de accesos o en sembrar plantas medicinales, más bien, las prácticas que las mujeres mantuvieron en acción fueron saberes activos con características de afectividad extraordinarias. Desde una mirada a los sistemas complejos de la salud/enfermedad, se identifica que en la atención a la enfermedad prevalecieron prácticas de cuidado ético: rituales, elaboración y ofrecer alimentos con alto poder curativo. De manera que las mujeres dieron respuesta a la enfermedad de COVID-19 con apego a las prácticas de sanación fundamentadas por la contención social de los

1 Posdoctorante del Conahcyt en el instituto de Ciencias Agropecuarias y Rurales (ICAR), UAEMEX.

2 Profesora-Investigadora del ICAR, UAEMEX.

síntomas de contagio, no en el aislamiento. *Palabras clave: ritual para sanar; plantas medicinales; afectividades; prácticas curativas; solidaridad*

Abstract: Throughout the COVID-19 pandemic, there were complex strategies to stop contagion, disease and death among Mexico's indigenous communities. In some cases, roads were closed to prevent passage or access to inhabited spaces, but the social organization of the peoples was characterized by the practices of women who sought to maintain their health based on a conception of the body and its relationship between health and illness. In the women's care of infected people, the use of local healing plants prevailed, as well as those that were shared among common. The actions of care were not the closing of access or planting medicinal plants, but rather, the practices that women kept in action an active knowledge with characteristics of extraordinary affectivity. From a look at the complex systems of health/disease, it is identified that in the attention to the disease, ethical care practices prevailed: rituals, elaboration and offering food with high curative power. Thus, women responded to the COVID-19 disease by adhering to healing practices based on the social containment of contagious symptoms, not on isolation. Keywords: ritual for healing; medicinal plants; affectivities; healing practices; solidarity

Introducción

En un primer momento, la pandemia causada por la enfermedad contagiosa de COVID-19 tenía una capacidad letal sobre toda la humanidad. En esos momentos se pronosticó que habría mayor daño para los grupos poblacionales que contaban con menor atención del sistema de salud pública, como es el caso de las localidades rurales donde habitan pueblos indígenas. Estas poblaciones no escaparon de las acciones del Estado para contener la velocidad del contagio y sus efectos letales en la salud de la población que presentaba factores de riesgo. Principalmente, las estrategias estuvieron basadas en el confinamiento en los hogares, la suspensión de todas las actividades del sistema educativo, el cierre de centros de trabajo no esenciales y en el monitoreo televisivo

para mantener informada a la población sobre las restricciones de movilidad y el avance epidemiológico de la pandemia. De esta manera, la interacción virtual, remota y de transporte de mercancías a domicilio se convirtieron, para muchos hogares, en el único medio de socialización.

Asimismo, estas acciones dejaron en evidencia las profundas desigualdades sociales que caracterizan a países como México, donde la mayoría de la población en condiciones de pobreza no tuvo la posibilidad de confinamiento ni acceso a la interconectividad digital para adaptarse a los nuevos esquemas de vida bajo condiciones de aislamiento social.

Históricamente, se ha asociado a las comunidades indígenas con tres fenómenos interconectados: pobreza, desnutrición y enfermedad. Fenómenos que provienen de problemáticas estructurales resultantes de la crisis económica de 1982, la cual derivó específicamente en la “quiebra de la economía campesina, abandono de tierras y disminución de producción alimentaria” (Calderón, Espinosa, Cárdenas, Hernández y Rubio, 2022, 99), lo que repercutió negativamente en las condiciones de vida de sus poblaciones.

En estos contextos de rezago social y de poco acceso a la salud pública, las organizaciones internacionales pronosticaban que entre las comunidades indígenas la afectación de la pandemia sería mucho más intensa (ONU Mujeres, 2020). Además, se avizoraban consecuencias devastadoras, intensificadas, entre otros problemas, por la falta de trabajo rural remunerado (Camacho, 2020). Desde estas perspectivas, parecían pocas las posibilidades de las comunidades indígenas para superar la pandemia a partir de sus saberes y prácticas sociales y culturales. La poca confianza del Estado sobre las capacidades de los pueblos indígenas para salir adelante alentó a la Organización de las Naciones Unidas a establecer una alerta especial sobre la situación de las sociedades indígenas (ONU Mujeres, 2020).

Contra viento y marea de la difusión de estos discursos, se sabe que muchas comunidades indígenas cerraron sus accesos a los pueblos y limitaron el acceso a su territorio como una forma de prevenir los contagios (Camacho, 2020). Además, intracomunitariamente, en las localidades consultadas para este estudio, se atendieron las recomendaciones de mantener poco o nulo contacto físico, por lo que se evitaron reuniones, asambleas y fiestas comunitarias. En el caso de Cuentepec, Morelos, por ejemplo, se tomaron las medidas de aislamiento tras sufrir un alto nivel de contagio de COVID-19 y tener la intervención de la Secretaría de Salud para controlarlo.

Por otro lado, en estos contextos comunitarios de tradición indígena, observamos un gran protagonismo de las mujeres, quienes a través de sus prácticas de socialización del cuidado, crearon mejores condiciones durante la enfermedad de COVID-19 para propiciar la salud, continuaron aprovechando los recursos naturales y sus prácticas agrícolas –producción, consumo y comercialización de la producción de los cultivos– para tratar de lograr alguna estabilidad alimentaria y la obtención de la medicina (Calderón et al., 2022). Junto a esto, los recursos sociales permitieron atender las afectaciones a la salud.

En efecto, “la enfermedad”, como se conoce a los síntomas producidos por COVID-19 en las comunidades indígenas, fue atendida y enfrentada por mujeres a partir de prácticas sostenidas por una *ética del cuidado* que “se traduce en la interpelación del otro necesitado que exige ser atendido” (Vizcarra, 2020, p. 52). En el marco de esa ética, y debido a su rol vinculado a la maternidad, “las mujeres se convierten en la clave y el motor de la acción moral” (Vizcarra, 2020, p. 52). El actuar femenino está guiado por la empatía y la compasión que se genera por la relación con las diferentes personas con las que mantienen afectividad y que requieren necesariamente cercanía física (Vizcarra, 2020).

Cuerpo, enfermedad y sociabilización de la enfermedad son categorías que buscamos comprender desde el análisis de la narrativa de poblaciones indígenas. Su relevancia radica en sus códigos culturales explícitos y sobreentendidos que están cargados de representaciones de las relaciones sociales en sí mismas. Si bien son categorías que no solamente están sostenidas en el ámbito simbólico, sino también en la materialidad que cobra la palabra para expresar la impotencia, el dolor y la esperanza de vida que se presenta con el resurgimiento de la ayuda social.

En este sentido, la perspectiva de género nos aproxima a mirar las relaciones, narrativas y significados de la vida, la salud y la enfermedad de las mujeres indígenas. Bajo esta premisa, aquí ponemos el énfasis en observar lo que permanece oculto ante las posturas generalizantes que ignoran el sentido social de las afectividades humanas en las comunidades indígenas. Nuestro interés es reconocer lo que permite la perseverancia de la vida, nos interesa dar cuenta de los saberes indígenas y sus formas sociales para atender crisis de salud, como las generadas por el COVID-19. Ante lo cual, las preguntas que dirige esta investigación son ¿de qué manera se expresan los saberes ancestrales sostenidos por la sociabilización comunitaria, que se aplican durante los periodos de incertidumbre para remediar los síntomas de enfermedad? ¿Se encuentran

en la memoria histórica o surgen como estrategias de sanación novedosas? Y, en ese sentido nos preguntamos si ¿la sociabilización en sí misma se presenta como una acción para mantener el control sobre el avance y agravamiento de las afectaciones a la salud en las comunidades?

Algunas respuestas a este cuestionamiento las encontramos en las experiencias de mujeres, campesinas e indígenas que pusieron en marcha diversas estrategias sociales emergentes para hacer frente al desabasto alimentario, la carencia de los servicios de salud y la falta de acceso a la educación por vía remota.

De esta manera, el objetivo de este estudio es identificar las estrategias sociales de las mujeres indígenas frente a la llegada y diseminación del virus SARS-CoV-2 en sus comunidades. Con esta finalidad, se realizaron entrevistas semiestructuradas entre 2021 y 2022 a mujeres adultas, mayores de 45 años, y jóvenes, de 25 a 35 años; también, a varones con autoridad política y liderazgo comunitario. Con la aplicación de los instrumentos basados en una metodología etnográfica, se realizó el registro de la narrativa testimonial sobre las prácticas y saberes empleados durante el período de aislamiento social indicado durante la pandemia. Posteriormente los datos fueron sistematizados y analizados para identificar lo experimentado por las mujeres, habitantes de pueblos originarios, al aplicar sus estrategias ancestrales y novedosas que buscaban restablecer la salud o eliminar los síntomas de enfermedad que las familias o personas cercanas experimentaron al interior de las comunidades durante la pandemia de COVID-19. Las personas, mujeres y varones que colaboraron en esta investigación son habitantes de Cuentepec, Morelos; de Atla, Chila, Pahuatlán, Puebla; Santa Ana Ixtlahuaca, Estado de México; Tankuché y Nunkiní, Campeche; Valladolid y Espita, Yucatán; y Yaxché, Quintana, Roo.

Escenario social y económico de las comunidades de estudio

En México, el primer caso de COVID-19 se registró el 28 de marzo de 2020. En las comunidades indígenas los contagios comenzaron varias semanas, o incluso meses después. Cada una de estas comunidades vivió una experiencia distinta durante la pandemia. Algunas tuvieron una alta mortandad, mientras que otras no tuvieron afectaciones graves de la salud individual y colectiva. Al respecto, ofrecemos una síntesis de datos demográficos de las comunidades

Tabla 1. Comunidades indígenas de estudio en datos sociodemográficos y afectación por COVID-19

Grupo social	Datos poblacionales	Crisis por COVID-19
Nahuas de Cuentepec, Temixco, Morelos	Habitantes: 4001 Mujeres: 2026 Actividad económica: cultivo de la milpa. Migración intensa de hombres y mujeres a la CDMX, Cuernavaca y Temixco, Mor.	Alta mortandad entre abril y junio de 2020.
Nahuas de Atla, Pahuatlán, Puebla	Habitantes: 2179 Mujeres: 1119 Actividad económica: cultivo de la milpa, bordados de prendas y migración temporal moderada a la CDMX, Puebla y Tulancingo, Hgo.	Bajo nivel de mortandad. Entre enero de 2022 la mayor parte de la población presentó síntomas.
Mazahuas de Santa Ana, Ixtlahuaca, Edo. de México	Habitantes: 4385 Mujeres: 2358 Actividades económicas: agricultura y migración pendular a la CDMX y a Toluca, Edo. Méx.	Alta mortandad por contagio de COVID-19, entre enero y febrero de 2022. Contagios severos en la "tercera ola de COVID-19".
Otomíes de Chila, Honey, Puebla	Habitantes: 1220 Mujeres: 624 Actividad económica: producción de café, maíz, caña de azúcar, árboles frutales de plátano, naranja, limón, maracuyá, guayaba; y ganadería.	Nivel muy bajo de mortandad. Se presentaron síntomas de COVID-19 a lo largo de la pandemia.
Mayas Peninsulares	Nunkiní, Cam. Habitantes: 6485 Mujeres: 3245 Actividad económica: cultivo de la milpa, cría de ganado. Migración temporal, temporal y definitiva a la ciudad de Campeche, Cam., Mérida, Yuc. y Cancún, Q. R. Tankuché, Cam. Habitantes 1228 Mujeres: 581 Actividades económicas: agricultura, apicultura, ganadería y migración pendular y temporal. Migración a Mérida, Yuc. Y Cancún, Q. R. Yaxché, Q. R. Habitantes 367 Mujeres: 185 Actividad economía: agrícola, ganadería familiar. Migración pendular a Tulum y Cancún, Q. R.	Alta mortalidad principalmente de adultos mayores. Período de mortandad entre octubre y noviembre de 2021. La población no reporta muertes por COVID-19. Sí hubo personas con síntomas asociados . La población no reporta muertes ni contagios por el virus SARS-Cov-2.

de estudio y datos generales de las afectaciones por COVID-19 para mostrar las diferencias entre ellas (tabla 1).

Sin un tratamiento teórico, los diversos escenarios pueden resultar convenientes para justificar algunas intervenciones institucionales, o bien, para reafirmar las estigmatizaciones que argumentan ignorancia, vulnerabilidad y debilidad de estos pueblos. Sin embargo, los relatos obtenidos para este trabajo apuntan a ser muchas veces contradictorios a esos discursos.

Así, por ejemplo, la Secretaría de Salud mostró ineficiencia en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas ya diagnosticadas en el medio rural mexicano, condenando a esas poblaciones de alta incidencia a sufrir las consecuencias letales de COVID-19. En sus reportes epidemiológicos, dicha Secretaría resaltó que en las localidades indígenas los recursos sanitarios se caracterizaban por la falta de personal y de medicamentos, por lo que requerían de intervenciones estratégicas especiales. Sin embargo, el problema pandémico rebasó la capacidad de gestión de los sistemas de salud, y se abandonaron sus “buenas intenciones” de atención prioritaria, afectando el seguimiento médico habitual que se les daba a las y los pacientes indígenas con enfermedades crónicas y a mujeres embarazadas. Ante este escenario de ausencia de autoridades de salud e incertidumbre, se esparció la desconfianza generalizada hacia los servicios de salud pública (Calderón et al., 2022, p. 108).

Así, en algunas comunidades donde se comenzaron a presentar casos de COVID-19, meses después de que la Secretaría de Salud instaurara la estrategia de contención de contagios, se presentaron fuertes protestas, como el cierre de los accesos a los espacios habitados para evitar que “los de afuera” llevaran el virus a sus comunidades, como fue en las localidades consultadas de Nunkiní, Tankuché, Yaxché, Cuentepec y San María Ixtlahuaca. Además, se suscitó el rumor de que vendrían las autoridades a contagiarlos para su exterminación, y ocurrió así en Cuentepec y Santa María Ixtlahuaca. En otros casos, las autoridades simplemente no llegaron, debido al aislamiento geográfico de las comunidades, como sucedió en Tankuché y Yaxché.

Pese a ello, las realidades de las comunidades fueron más complejas de lo observado desde el centro del país. Las dinámicas sociales cambiaron drásticamente en el primer año de la pandemia, puesto que se detuvieron los flujos migratorios pendular y temporal, en los que participaban tanto hombre como mujeres: 1) la llegada de la pandemia coincidió con los meses en que se comenzaba el ciclo agrícola, principalmente de Morelos y de Campeche, donde

se trabajan los terrenos para la siembra desde abril; y 2) el retorno de jóvenes migrantes puso a prueba una nueva situación de aislamiento social, que a la vez exigió su reincorporación a la vida productiva agrícola y de recolección, situación registrada en Cuentepec, Atla y Nunkiní. El cierre de los caminos y otros accesos comunitarios y la falta de trabajo fuera de la comunidad ocasionó severas consecuencias económicas para los hogares rurales dependientes del ingreso extraagrícola. Pese a ello, el retorno de migrantes a sus comunidades y su inserción en el trabajo familiar de la producción de la milpa, posibilitó de alguna manera, que sus cosechas amortiguaran la falta de alimentos en la mayoría de las familias.

Gladys Tzul Tzul (La Casa Encendida 2020), pensadora maya, señala que los hombres y las mujeres migrantes que volvieron a las comunidades se enfocaron en el cuidado del espacio comunitario. Una joven nahua, recordando el inicio del aislamiento comunitario y el cierre de los accesos a los pueblos, dice que “las mujeres estaban felices porque regresaron sus esposos a trabajar las milpas” (Fabiola, 24 años, Atla, Puebla). No obstante, la población residente se mantuvo alerta para no contraer la enfermedad frente al retorno de sus parientes, que venían de las ciudades con altos índices contagio. En ese contexto y ante la fortaleza que sentía la población indígena al comparar sus comunidades con lo que ocurría en las ciudades, registramos una narrativa coincidente entre las mujeres que refería el aprecio al medio ambiente de sus territorios. Así lo expresó con una sonrisa Ofelia, de Atla, Pahuatlán: “Nosotros no nos enfermamos como en la ciudad porque vivimos en un espacio verde y con aire limpio” (Entrevista de trabajo de campo, 2021-2022).

Muchas personas desarrollaron cierto estado de conciencia sobre las consecuencias económicas que traería la falta de movilidad y trabajo fuera de la comunidad. De cierta forma, la preocupación por la falta de dinero estaba relacionada directamente con las limitaciones para poder acceder a la salud privada, medicamentos y a la interconectividad digital y virtual, más que por abastecerse de alimentos.

Los relatos de las mujeres apuntan a que la alimentación fue de las menores preocupaciones en los tiempos del confinamiento, pues el acceso al maíz y otros productos de la milpa, la recolección de quelites y frutos, además de la cría de animales en los traspatios, cumplieron con su función esencial: la seguridad alimentaria de los hogares y comunidades. Tener en sus platos alimentos saludables es valorado como la retribución del buen cuidado y el trabajo en los

terrenos de cultivo. Al preguntar a doña Guadalupe de Atla, Puebla si hubo escasez de alimento durante la pandemia, respondió: “¿Cuál? Siempre tuvimos el maíz. Eso es lo que comemos acá”. En el caso de Yucatán, el gobierno repartió despensas a las comunidades como forma de apoyo, las cuales contribuyeron a alimentar algunos hogares que no tenían acceso a la tierra agrícola.

En efecto, quienes tuvieron mayores preocupaciones y se sometieron a un estado de estrés fueron las personas que no contaban con terrenos para la milpa. Por ejemplo, Isabel de Nunkiní, Campeche (sin tierra), constantemente expresaba su angustia por no contar con alimentos para ofrecerlos a su familia —esposo, una hija y una nuera con embarazo avanzado, otros seis hijos, además de nieto pequeño—.

Estas angustias se expandieron hacia otros campos del cuidado como fue la higiene y las medidas de prevención que no explicaban cómo detectar síntomas y atender la infección en caso de presentarse en sus hogares y comunidades. Por ejemplo, la información divulgada en folletos en lengua indígena, radio y televisión, permitió conocer las medidas de cuidados de limpieza que las autoridades proponían. Sin embargo, las mujeres no tenían certeza sobre la forma en que se aproximaba el peligroso virus a su localidad y, menos aún, cuáles serían los síntomas que comenzarían a esparcirse. Incluso, aún algunas personas continúan sin creer en la existencia del “coronavirus”, como lo llaman los mayas de Yucatán. Por estas razones el ambiente social estaba cargado de incertidumbre y desasosiego, que se incrementaba en los períodos en que se presentaban los contagios, y en algunos casos; las muertes. La gente se daba cuenta de la gravedad de la enfermedad cuando “las campanas de la iglesia tocaban dos o hasta tres veces al día para anunciar la muerte de alguna persona más en la comunidad” (Alma Lili Cárdenas, Santa Ana, Ixtlahuaca, Estado de México, abril de 2022; doña María Villegas, Cuentepec, Morelos, diciembre de 2020; Isabel Moo, Nunkiní, Campeche, noviembre de 2021).

Como se puede observar con estos ejemplos, las respuestas de las poblaciones indígenas ante la pandemia requieren de una aproximación particular para generar categorías que permitan observar y explicar la proyección que cada grupo social tiene ante una crisis sanitaria. Un primer paso es distinguir las diversas contradicciones sociales, tales como las afectaciones al cuerpo que pueden ser semejantes o diferenciadas de acuerdo con la cultura de cada persona, y permanecer en aislamiento cuando la intercomunicación es esencial para mantener las redes sociales activas y disminuir la tensión social. Esas

particularidades se distinguen en la dimensión social de las prácticas comunitarias para el cuidado de la población ante el riesgo de enfermar y morir. Este actuar está intrínsecamente vinculado con las formas de cuidado a la persona.

Las mujeres indígenas ante la pandemia

Observar la pandemia por COVID-19 desde una perspectiva centrada en las poblaciones indígenas tiene como principales características mirar lo singular y lo propio; a partir de ello es posible identificar cómo la vida comunitaria fue dirigida por las mujeres para generar estrategias de acompañamiento ante la incertidumbre y caos derivados de la enfermedad y la muerte. Los elementos sociales que convergen son recuperados por la memoria histórica del grupo social.

Las interacciones comunitarias entre las mujeres son “interacciones íntimas, cotidianas, de resistencia” (Lugones, 2011, p. 106). En estas se manifiesta un proceso de comunicación afectiva entre las personas (Vizcarra, 2020), la cual se desarrolla en las actividades sociocomunicativas. La capacidad de formular estrategias sociales para dar respuesta a los acontecimientos repentinos se dan en concordancia con la perspectiva que cada pueblo tiene sobre el mundo, conceptualizado como propio (Orihuela, 2020).

La forma de actuar de las mujeres que se originó en este contexto puede mirarse desde el concepto filosófico de la *ética*, del griego *ethikós*, ‘costumbre, hábito, carácter’. Es la reflexión crítica sobre la moral, la moralidad; el sistema de normas y reglas de conducta de los individuos en su relación con la sociedad y entre sí, una de las formas de la conciencia social” (García, 1999). Se trata de las acciones éticas más visibles y profundas con una economía moral apegada a una vida comunitaria que permite la subsistencia de la población con una tradición campesina (Vizcarra, 2002). Esto es, un trabajo que tiene como principal impulso integrar la sociedad por medio de acciones que fundamentan la permanencia y continuidad de la vida sociocultural de los grupos indígenas.

En este sentido, la *ética del cuidado* abarca todas las acciones que tienen como intención nutrir el bienestar. Por ejemplo, las mujeres preparan la comida para alimentar el cuerpo y el alma, y también participan en la elaboración de la *medicina* para sanarlos. Estas acciones construyen, a la vez, fortalezas afectivas de mutualidad y corresponsabilidad, que en los contextos de la pandemia

sirven de estrategia para atender los síntomas provocados por el contagio de COVID-19.

En las comunidades de estudio, la memoria histórica no permite actuar en contra de las normas sociales que sostienen el actuar ético. Por lo contrario, la atención a las personas, a los cultivos, a los recursos y, en conjunto, a la integración social de la comunidad, estuvo caracterizada por la ética del cuidado, siendo la cotidianidad la arena donde se refuerzan las prácticas y saberes. En contextos comunitarios de los pueblos indígenas, las personas tienen estrategias para propiciar el bien común (La Casa Encendida, 2020).

En las experiencias de las comunidades de estudio, el actuar social se dirigió hacia el impulso de estrategias que contribuyeran a crear alternativas de contención económica, social y corporal. Una de esas estrategias residió en la generación de procesos intracomunitarios que les permitió la contención de los síntomas de COVID-19. De acuerdo con las narrativas registradas, las mujeres realizan actividades esenciales relativas a la atención, producción y creación de contenidos de comunicación validados en el colectivo de mujeres. A través de sus actividades, ellas fortalecieron los lazos comunitarios de convivencia. Durante la pandemia, la tenacidad de las mujeres no solo sobrepasó el mero cuidado comunitario. Lejos de ser débiles, las mujeres se superponían, a pesar de tener síntomas de COVID-19, tan solo por el hecho de sentirse comprometidas con la vida humana y de restablecer la salud de los cuerpos físicos y sociales de sus personas cercanas. Su experiencia de cuidado se socializó rápidamente con otras mujeres, que vivían el mismo proceso, para intercambiar saberes sobre tratamientos, limitaciones, recomendaciones y prohibiciones. Se restablecieron, se reinventaron y se reconocieron para procurar la recuperación de las personas cercanas.

En muchos de los casos se identificó que las prácticas de cuidado que las mujeres llevan a cabo habitualmente se intensificaron. Esto permitió proveer de atención los integrantes de la familia, ofreciendo alimentos conocidos como portadores de bienestar, como atoles y preparaciones medicinales, ambos cargados de un afecto que resultaba también medicinal. La relevancia y significación de los cuidados hacia la población enferma, y en condiciones de cuarentena, contuvieron la ansiedad y el miedo.

Entre los pueblos indígenas, la enfermedad tiene matices adicionales de los atribuidos al cuerpo físico, pues su comprensión se extiende a un mundo no natural de concepciones cosmológicas que se integran a la noción de corporalidad.

El medio ambiente, el territorio y los recursos que cada pueblo tiene forman un cuerpo-cosmos (K'inál Antsetik, 2021). Con ello se reconoce un amplio y complejo alcance de la sociabilización de los saberes relacionados con la enfermedad, pero también la misma sociabilización creaba afectividades y fortalezas personales (Butler, 2016).

Las mujeres se sitúan en el centro de la dinámica social que permite la continuidad de la vida y el orden comunitario. La enfermedad, con todas sus implicaciones, irrumpió esa cotidianidad provocando un reacomodo de las relaciones sociales en las comunidades. Ante esto, es prudente preguntarse si estas estrategias comunitarias de sociabilización y provisión de recursos, que generan estabilidad emocional, pueden también ser una estrategia de restablecimiento del orden social frente a los momentos de crisis e incertidumbre.

Para responder esta cuestión, habrá que tomarse en cuenta que surgieron nuevas condiciones económicas, poblacionales y alimenticias que reacomodaron las dinámicas de las comunidades indígenas, pero también se crearon condiciones de resistencia comunitaria como parte de las tácticas de vinculación social. Muchas de ellas son llevadas a cabo por las mujeres que activan sus redes de solidaridad y reciprocidad comunitaria. Lo anterior se observa desde el hecho de salir de sus casas para apoyar a otras mujeres en la atención de la enfermedad, y hasta en el compartir comida preparada para la familia que tiene uno o varios enfermos. Además, entre sus conversaciones mantienen una comunicación constante sobre lo que ocurre en el entorno, e inclusive aprendieron rápidamente a utilizar las redes sociales como Facebook y WhatsApp como un medio de eficaz de comunicación y vinculación intercomunitaria.

Prácticas, emociones y expresiones solidarias frente a la pandemia

Al llegar la pandemia repentinamente, las sociedades indígenas estaban preparadas para la contingencia, pues sus redes sociales se encontraban activas. A través de estas, las mujeres se ocuparon de restablecer la salud entre los enfermos, a pesar de que el distanciamiento social fue una práctica impuesta. Así, surgieron estrategias sociales que pudieran cumplir el distanciamiento sin romper los lazos comunitarios, como ofrecer comida, estar pendiente de la salud de las personas, estar agrupados pendientes unos de otros, identificar

a las personas que vivían solas, comunicarse entre familiares para realizar pequeñas reuniones y mantener las actividades rituales que dan tranquilidad a la población.

Ante la pandemia, una alta cantidad de la población migrante, principalmente nacional, volvió o permaneció mayor tiempo en las comunidades de origen con sus familias. Las mujeres que permanecen habitualmente en la comunidad mantuvieron sus actividades de hospitalidad. Es decir, ellas cuidaron y proporcionaron elementos afectivos a las familias para poder mantener o recobrar la salud.

Sin duda, el período de aislamiento sanitario impactó la interacción social. Por un lado, la separación social representó un peligro para la cohesión intracomunitaria, dado que uno de los principios éticos más importantes en las comunidades es la intensa colaboración generada por prácticas de apoyo, solidaridad y reciprocidad. Por otro lado, el resultado del aislamiento social para la salud emocional generó tensión y temor ante lo que estaba ocurriendo. Como estrategia de afrontamiento, las personas recurrieron a las prácticas conocidas que fortalecen las relaciones sociales con la ayuda mutua: compartir alimentos y transmitir la receta de la medicina.

Las acciones éticas durante la pandemia fueron constantes. Eli Casanova describe que en Valladolid, población maya en Yucatán, una de sus amigas, cuando enfermó su hermana, le pidió a Eli poner “una mesa afuera de su puerta para ofrecerle comida y fruta para que tuviera comida para mis hijos”. Con este tipo de actitudes, las mujeres no solo restablecieron redes sociales, sino lazos de ayuda mutua y confianza femenina, procurando que las personas enfermas no se sintieran solas, aisladas o relegadas, sino apoyadas por su grupo social. Asimismo, Eli describe que en una localidad de Quintana Roo en la que habita su hermano, todo el pueblo enfermó pero nadie murió, porque al encerrarse colectivamente se dedicaron a comer caldos y productos de la milpa, donde las mujeres tienen una gran responsabilidad productiva y reproductiva.

La alimentación fue adaptada a los requerimientos de salud que priorizó la preparación de comida “saludable”. Se requería producirla de sus propios cultivos como la milpa, en los huertos y en el traspatio (espacios de cuidado e interacción femeninos). Relata don Vidal Pat que en su comunidad, Tankuché, Campeche, nadie se enfermó. A pesar de que “nadie tenía dinero”, mucha población contaba con sus milpas, y si esto no era suficiente para la familia,

siempre recurrían a doña Isabel, una mujer conocida por su bondad en la comunidad de Tankuché. Ella “hacía mucha comida para ofrecer a todas las personas, amigos, familiares o vecinos que llegaran a su casa. Siempre tenía comida preparada”.

De la misma manera, algunas comunidades en las que la gente no se enfermó, dieron apoyo a otras comunidades con la enfermedad y en escasez. Maribel, de la comunidad de Yaxché, en el municipio de Tulum, Quintana Roo, dice: “tenemos una costumbre de solidaridad”. Para ella no hubo una gran crisis, refiriéndose a pasar hambre, ya que su familia mantenía sus cultivos y procuró maíz todo el año. Lo que sí fue motivo de angustia fue el no tener trabajo para solventar los gastos para adquirir aditamentos o medicamentos y atender la diabetes de su madre.

Las acciones de mujeres nahuas de Puebla y Morelos, mazahuas del Estado de México, otomíes de Puebla y mayas peninsulares coinciden en las siguientes prácticas de la ética del cuidado al cuerpo social: compartir, cultivar y elaborar la medicina; retomar el consumo de la producción de la milpa para fortalecer el cuerpo nutricionalmente; compartir alimentos solidariamente; cuidar a los enfermos mientras presentaban los síntomas, continuidad con los rituales dedicados a los seres protectores de los recursos vitales, como el agua y la milpa; así, contuvieron la ansiedad y miedo ante el devenir frente a la enfermedad.

La concepción de la enfermedad: los aires

Desde una perspectiva cultural, el territorio se vincula con el cuerpo por medio de una asociación a los agentes que provocan la enfermedad de COVID-19. Aquí se expresa una relación con los saberes ancestrales sobre los *vientos*. Los mayas peninsulares lo describen como “la causa frecuente de diversas enfermedades, principalmente los personificados como maléficos [...] que pueden acarrear hasta la muerte, tienen ciertas características que los hacen diferentes y con diversos grados de peligrosidad” (Chávez, 2013, p. 173). Dichos aires son vientos que se distinguen fácilmente de los atmosféricos.

Entre los nahuas, los “aires” que enferman son nombrados *yeyecatl* (‘aire, enfermedad’). Mantienen una forma hostil hacia los seres humanos, se introducen por cualquier orificio para enfermar, se les vincula “con procesos de salud y enfermedad, así como de la medicina doméstica” y “requiere de

pequeños exorcismos que adoptan la forma de ‘limpias’ ” (Lorente, 2015, p. 253). Con relación a estos registros sobre la cosmovisión maya y nahua sobre los *vientos* o *aires* que enferman, la narrativa de algunas mujeres revela que la COVID-19 se percibe de forma semejante a los vientos (tabla 2).

Tabla 2. Expresiones asociadas a los *vientos*

María Villegas, 63 años (nahua) Cuentepec, Morelos	Luisa Huchim, 91 años (maya) Espita, Yucatán
“[el coronavirus] es un <i>viento</i> como <i>yeyecatl</i> , es un viento que enferma”.	“Dios mío, tuvo que venir esta enfermedad <i>viento</i> a nosotros, Señor, si es tu voluntad o es voluntad de otro, no puedo decírtelo, pero bendice a todos”.

Fuente: Elaboración propia.

Las estrategias de adaptación a la nueva dinámica que planteó la presencia de un virus desconocido, foráneo o extraño al entorno natural, pero que vino para integrarse al medio ambiente, generó nuevas condiciones para recuperar el cuerpo y la salud.

Eli Casanova, especialista en lengua maya, identificó en la narrativa maya que el COVID-19 se incorporó a la percepción de la población en la forma de *vientos*, los cuales tenían capacidades malignas (Comunicación personal, 20/02/22). Es decir, fueron enviados con la capacidad de enfermar. Así, si la enfermedad fue provocada, está sujeta a ser controlada con tratamientos medicinales, como los basados en jarabes elaborados con plantas de olor fuerte. Los jarabes, por lo general, se asocian a características no tangibles o físicas, de modo que el olor es el poder curativo. En general, los “aires” o “vientos” a los que se asoció a la enfermedad de COVID-19 son similares a los comúnmente conceptualizados como personas o seres no humanos; la diferencia que tienen estos nuevos “vientos” que adquirieron presencia a partir de la llegada de la “enfermedad de COVID-19” es el nivel de peligrosidad y los síntomas que provocan al tener contacto con el cuerpo.

En este caso, como sucedió en todas las comunidades consultadas, *la contra* es ingerida como té, jugo o tintura. No se trata de una “limpia”, como se le llama cuando se despega del cuerpo, como si tuviese el virus “pegado” y se asocia a la pérdida de energía vital, sino de un agente que pone en constante validación sus saberes, prácticas y capacidades de reinventar y legitimar nuevos tratamientos, que si funcionan en uno o uno, los mecanismos de difusión comunitarios asegurarán que el tratamiento esté socialmente aceptado.

La entrega del escapulario, un antiguo ritual para atender la nueva enfermedad

Una práctica de *cuidado a la salud* de la familia para prevenir las enfermedades consistía en continuar con las actividades rituales —agrícolas, de recursos y de padrinzagos—, ya que permitía mantener la continuidad de los *dones*, los regalos o presentes, entregados a los “seres protectores” de los recursos. No obstante, en la primera fase de la pandemia, algunas festividades patronales fueron suspendidas, con la condicionante de que cada familia daría su “promesa”³ de no descuidar ciertas responsabilidades comunitarias. Tiempo después, las actividades colectivas realizadas en espacios privados se reactivaron obligadamente, pues de estas dependía la salud de algún familiar.

Esto, de ninguna manera se trató de un acto de rebeldía o necedad ante la insistencia de cancelación de reuniones por parte de las autoridades sanitarias y políticas; antes bien, es un acto de recuperación de lazos solidarios para salir adelante. Se sabe que la redistribución de tareas, trabajo, tiempo y recursos que se ponen en circulación durante una fiesta, genera vínculos que derivan en el fortalecimiento de las redes sociales de solidaridad y alianzas. Se puede decir que la población actúa frente a la incertidumbre organizándose colectivamente. Ciertamente, según la comunidad, existieron reacomodos para organizarse de otra manera. Por ejemplo, en Cuentepec, Morelos, se aceptó sin mayor reproche la cancelación de la fiesta patronal.

Sin embargo, las prácticas rituales correspondientes a la salud no podían dejar de realizarse, por lo que las autoridades permitían reuniones colectivas de no más de veinte personas. Afirma doña María, habitante de Cuentepec, que “nadie se quedó sin su Santo”, y enfatiza que si te eligen de madrina y no aceptas, “el Niño se muere”. De modo que no se puede dejar de realizar el ritual, el cual consiste en que “las familias se reúnan, y la familia del enfermo ofrezca una comida a los padrinos, y ellos, por su parte, vestirán con un traje rojo al ahijado entregándole su escapulario. Los asistentes deberán bailar y estar contentos hasta tarde”.

Este ritual se distingue por tener como principio formalizar un lazo de parentesco entre la familia del enfermo con otra familia de la comunidad. Así

3 La “promesa” es el don o regalo que los fieles católicos se han comprometido a entregar a una Virgen o Santo, al realizarle una solicitud sobre salud o algún otro bien.

se establecen vínculos indestructibles entre los padres y los padrinos, lo cual permite la reconciliación ante las rupturas o distanciamientos. Esta actividad estrecha alianzas o pactos que descansan sobre un sustento ético entre familias de la misma comunidad.

La enfermedad y la relación del frío/calor

En la memoria colectiva hay enfermedades conocidas y registros de otras epidemias como la de viruela, la gripa española, el cólera. Cada enfermedad se asocia con la temperatura, de tal modo que hay enfermedades calientes y enfermedades frías. Por lo general, para atenderlas se buscan remedios que encuentren un equilibrio que permita estabilizar la temperatura corporal.⁴ Esto remite a una concepción vigente a la salud corporal y social que puede implicar acciones miméticas o analógicas dentro de las prácticas médicas tradicionales. De esta manera, cada enfermedad reconocida tiene su medicina.

Para tratar el COVID-19 como una enfermedad fría, las mujeres preparan una infusión con diversas plantas en forma de medicamento, pues se debe tomar en dosis. Un medicamento que no siempre resultó ser el remedio para curar, pues algunas personas comenzaron a morir. A pesar de ello, no se puso en duda su sistema de curación, pues era un “virus desconocido hasta para la naturaleza”.

Debido a la rapidez con que se presentó la muerte, que causó gran impacto entre la población, en un inicio se expandió un sentimiento de impotencia individual y social, de dolor, desconsuelo e incluso desorientación, porque no se podía recobrar la salud a partir del intercambio de *dones* o presentes con las Vírgenes, Santos o seres no humanos, a los que se les tiene devoción o con los que se mantiene una relación (Orihuela, 2020).

Descuidar la costumbre implicó, en algunos casos, abandonar por un tiempo el cuidado de otras personas, por lo que para propiciar la recuperación de la salud se reactivaron prácticas y saberes de la medicina tradicional tan

4 La relación frío/calor es una concepción ampliamente distribuida entre los pueblos de tradición mesoamericana; no solo se encuentra en el cuerpo, sino que define las plantas y alimentos. Incluso, múltiples elementos están cargados de lo fresco y el calor, como los cerros, rumbos, Santos y objetos, no necesariamente relacionados con la temperatura. Así, comer los “alimentos apropiados significa la conservación de la armonía” (López Austin, 1993).

pronto como fue posible. Además de incorporar un escapulario diferente a los acostumbrados, se utilizaron principalmente dos tipos de compuestos para elaborar la medicina. Por un lado, se requerían las plantas de cada región cuyo poder curativo era ya reconocido, como la hierba santa, el limón, la moradilla, entre muchas otras. Por otro lado, se sumaron preparaciones de plantas y otros compuestos asociados a lo caliente, como canela, jengibre, ajo y cebolla. La búsqueda de las plantas curativas incluyó hojas como el eucalipto. Estos últimos ingredientes fueron conseguidos y plantados en los traspatios o en la milpa para tener al alcance las plantas que comprobaron su efectividad en el tratamiento de la enfermedad. Enseguida se presentan algunas expresiones sobre la curación de la enfermedad a través de los saberes herbolarios de mujeres entrevistadas:

Mi hija me dio un jugo cuando sentí dolor de garganta. Tenía un sabor muy fuerte, pero me lo tomé [...]. **Rápido me curó.** (Don Constantino, Cuentepec, Morelos)

Para comprobar la efectividad de las plantas “las mujeres se pusieron a plantar las medicinas en sus solares para tener la medicina cuando se necesite”. (Rosario Collí, Nunkiní, Campeche)

Mi hermana heredó el conocimiento de las plantas de mi mamá. Ella se dedicó a hacer los preparados de la tintura de la medicina en frascos; toda la gente llegó a buscarla. Eran plantas de mucho olor conocidas en el pueblo por ser curativas. (Elí Casanova, Valladolid, Yucatán)

A la *x'meen*⁵ no le pidieron el *haanli kool*,⁶ la buscaron para comprarle la medicina. Era eucalipto y jengibre. (Isabel Moo. Nunkiní, Campeche)

5 *X'meen*, vocablo en idioma maya compuesto por “x”, prefijo que denomina a una mujer, y *meen*, ‘hacedor’, se traduce como ‘la hacedora’. Es decir, así se nombra a los ritualistas, personas que tienen como quehacer el manejo de las enfermedades provocadas por los vientos a través de tratamientos tradicionales como el uso de las plantas y rituales especializados.

6 *Hanli kool*, nombre compuesto en lengua maya referente a *hanli*, ‘comida’ y *kool*, ‘milpa’, se traduce como ‘comida de milpa’ y se refiere al ritual realizado para ofrecer comida ritual a los seres que protegen las actividades económicas que se realizan tradicionalmente.

Eran plantas calientes: ajo, canela, jengibre [...]. Esos no son de acá, pero sí se consiguen. Eso tomamos y nunca nos dio *covi*. (Ofelia Pérez, Atla, Pahuatlán, Puebla)

Todas sabemos las medicinas para hacer los tés, lo hago todos los días y eso hemos estado tomando. (Guadalupe, Atla, Pahuatlán, Puebla)

Cabe destacar que en comunidades mayas como Nunkiní, Campeche o Espita, Yucatán, no se acudió a los especialistas en rituales para solicitar intervenciones en la atención del COVID-19, pues la enfermedad provocada por los *vientos* es atendida de forma doméstica (Lorente, 2015, p. 257).

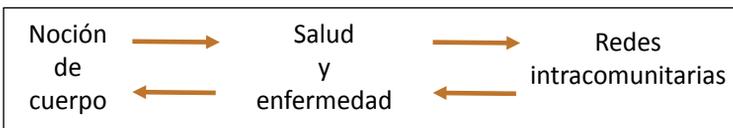
En estas comunidades, las hierbas locales utilizadas para enfermedades frías fueron las primeras en la lista para tratar la COVID-19. Después se integró el eucalipto, pues las mujeres mayas constataron que funcionaba para tratar la tos y la fiebre. Es importante mencionar que estos tratamientos no fueron aceptados por toda la población, pues existen adultos mayores mayas que aún hoy en día no creen en la pandemia por COVID-19. Incluso, algunos de ellos no se han puesto la vacuna, aunque pocos de ellos y “por si acaso” han aceptado la medicina preparada con plantas cultivadas y preparadas por las mujeres de la familia.

Sociabilización de la enfermedad en la apropiación de la medicina

La noción integral de la salud y de la concepción médica comunitaria no se agota en la ingesta de remedios ni medicamentos, sino que implica también mantener saludables los lazos comunitarios (cuadro 1).

Como se ha insistido, entre las prácticas de las mujeres sobresalen la siembra y preparación de la medicina contra el COVID-19; la preparación de alimentos

Cuadro 1. Relación de la noción de cuerpo con el entorno comunitario



Fuente: Elaboración propia.

apropiados para estabilizar el cuerpo; el establecimiento de pactos, alianzas y acuerdos sociales que implican un alto nivel de compromiso social, la solidaridad y la transmisión de la identidad y sus normas éticas.

En su conjunto, estas prácticas expresan aspectos que inciden en la identidad, la vida comunitaria, el cuidado a la comunidad –medio ambiente y población–, la transmisión de normas de convivencia cooperativa, solidaria y recíproca (Orihuela, 2020). Por su nivel de complejidad, han quedado invisibilizadas las cargas afectivas en cada una de las actividades relacionadas con el cuidado, las cuales adquieren significado en emociones que se fusionan en la noción de cuerpo-cosmos. Es decir, la fortaleza de las mujeres trasciende la concepción del cuerpo físico. Su dimensión incluye un cuerpo social que se construye a través de sus prácticas comunitarias (tabla 3).

Los recursos de cuidado que las mujeres poseen se expresan en sus prácticas, las cuales integran el manejo del medio ambiente o su territorio geográfico, lo que a su vez se traslada a la interrelación comunitaria. Por ello, los saberes, los elementos del territorio y las relaciones sociales comunitarias se ponen en juego para producir la medicina y aplicarla.

Tabla 3: Esquema de la construcción del cuerpo sociocomunitario de las mujeres. Cuerpo-cosmos, ética del cuidado social de las mujeres

Cuerpo-sociedad	La imagen de la mujer está determinada por las relaciones intracomunitarias que realiza. Su cuerpo comunitario se encuentra interconectado con las prácticas de otras mujeres (y sus familias) de la comunidad.
Cuerpo-acto	La construcción del cuerpo de las mujeres está dado a partir de las prácticas que desarrolla.
Cuerpo-integración global	Se reafirmaron rituales, discursos y prácticas de la vida comunitaria y global.
Cuerpo-alimentación	Para atender la enfermedad de COVID-19, las mujeres se avocaron a preparar alimentos saludables y nutritivos, que fortalecen el cuerpo a la vez que están cargados de la memoria historizada de afectividad como son los atoles de maíz, que aportan energía física y calor, además de ser una bebida profundamente reconfortante para quien padece la enfermedad.
Cuerpo-salud.	Las mujeres actuaron en la recuperación del cuerpo desde sus saberes ancestrales basados en la relación frío-caliente. La medicina y la alimentación se conformaron con plantas y preparaciones asociadas a lo caliente.

Fuente: Elaboración propia.

Durante la pandemia se generaron diversos elementos comunicativos entre las poblaciones de pueblos originarios. A través de estos se distribuyeron mensajes sociales explícitos y múltiples sobreentendidos colmados de información basada en códigos culturales. En esta situación de alerta sanitaria la información se transmitió de forma muy eficaz entre los pueblos, aun si estaban distantes. Gracias a que las mujeres jugaron un papel determinante en la formación de redes de comunicación, se distribuyó la información sobre la medicina y los procedimientos curativos y preventivos. Fue tan eficiente esta estrategia que la mayoría de las mujeres de las comunidades indígenas incorporaron los medicamentos en sus procedimientos curativos y preventivos.

Roberto Rodríguez (2024) argumentó que un mayor número de muertes por COVID-19 estuvo cargado a los sectores de la población con menos recursos económicos, entre los que se encuentran los pueblos indígenas y afrodescendientes, pues no contaban con alimento ni atención médica necesaria para permanecer en sus comunidades. No se tenía la atención médica para atender el contagio de COVID-19, tampoco para atender otros padecimientos o condiciones que requerían atención continua como lo es el período de embarazo. Las muertes se produjeron porque las personas se vieron obligadas a salir de las comunidades para trabajar, puesto que se trataba de quienes aportaban un gran número de servicios en las ciudades.

Ante esta situación, las comunidades indígenas tuvieron en sus manos el tomar las estrategias para recuperar la salud; muchas de estas fueron mantener la sociabilidad con todo lo que aporta a la continuidad de la vida. La sociabilidad, entonces, consiste en un tratamiento compuesto por la transmisión de saberes, cohesión social a través de la generación de redes de cuidado ético que permiten compartir alimento, medicina basada en plantas, entre otros tratamientos que propiciaron la reducción de la ansiedad y el miedo. Con todo esto se produce una relación de solidaridad que da contención del sentimiento de angustia por la visualización del devenir, cargado con las nociones de enfermedad asociadas a la llegada del COVID-19.

Conclusiones

Entre los puntos que han invisibilizado el papel de las mujeres en las dinámicas comunitarias frente a las estrategias de sanación, se encuentran las miradas

que estigmatizan los roles de género, donde el actuar en comunidad es más que reproducción de relaciones sociales dominadas por la cultura patriarcal. En este sentido, los aspectos comunicativos y de socialización se vieron amañados de discursos distantes a las realidades que vivieron los pueblos indígenas durante la pandemia por COVID-19. En su justa dimensión, este trabajo procuró visibilizar esos procesos, que construyeron formas sociales determinadas frente a la pandemia.

La forma de actuar de las mujeres se apegó a las prácticas de cuidado culturales conocidas por la sociedad. La noción de salud y enfermedad, desde las ontologías nahuas y mayas, remiten a daños sociales que recaen en la pérdida de la energía vital. Así, el COVID-19 se asoció con concepciones culturales previas de la enfermedad, y de la misma forma fue dado tratamiento, de acuerdo a la comprensión de la antigua forma de recobrar la salud, incluyendo las interacciones sociales, aunque estuvieran restringidas durante el periodo que duró la pandemia.

La comprensión del tipo de enfermedad, su tratamiento y su medicina, estuvo también basada en la información y los saberes colectivos, ya sea por las relaciones intracomunitarias y extracomunitarias que propiciaron una apropiación y una certeza de la efectividad de la medicina —elaborada de plantas que permitían restablecer el equilibrio del cuerpo—, o bien, por la llamada “desobediencia” para recuperar lazos de solidaridad, pues las medidas de distanciamiento y aislamiento social iban en contra de los códigos éticos y morales de los pueblos indígenas, códigos que permitieron reforzar los vínculos sociales con implicaciones preventivas y curativas.

La capacidad de vinculación que favorece la cohesión social es una de las mayores fortalezas de los pueblos originarios. Gran parte de la reinención de los procesos de sanación guarda relación con la capacidad de generar relaciones sociales que ayuden a crear los vínculos de solidaridad y reciprocidad social, reforzando así los pactos y las relaciones de alianzas sustentadas en los valores éticos que permiten generar la estabilidad en la que descansa la salud social.

Referencias

- Butler, J. (2016). El deseo de vivir. La ética de Spinoza bajo presión. En *Los sentidos de sujeto* (pp. 87-118). Herder.

- Calderón, A., Espinosa, G., Cárdenas, L., Hernández, C., y Rubio, A. (2022). Mujeres rurales, alimentación y cuidados: el contexto de la pandemia de COVID-19. En Gómez-Abarca. C. (Coord.), *Pandemias. Crisis y estrategias de contención en México y Centroamérica* (pp. 97-112). Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas; Centro de Estudios Superiores de México y Centroamérica; Observatorio de las Democracias, Sur de México y Centroamérica.
- Camacho, Z. (2020, 7 de abril). Pandemia: 16 millones de indígenas en vulnerabilidad absoluta. *Contralínea*. <https://n9.cl/i785f>
- Centro de Culturas Indígenas del Perú, y Enlace Continental de Mujeres Indígenas de las Américas (2020, 11 de mayo). *Mujeres indígenas frente a la pandemia del COVID-19*. <https://www.iitc.org/wp-content/uploads/Informe-COVID19-ECMIA.pdf>
- Chávez Guzmán, M. (2013). *Cuerpo, enfermedad y medicina en la cosmología maya del Yucatán colonial*. Universidad Autónoma de Yucatán.
- García Sierra, P. (1999). *Diccionario filosófico. Manual de materialismo filosófico. Una tradición analítica*. Fundación Gustavo Bueno. <https://www.fgbueno.es/edi/bfe.htm>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). *México en cifras*. <https://n9.cl/65cxk>
- K'inál Antsetik, A. C. (2021). *Aura Cumes, Conferencia magistral*. K'inál Antsetik A. C. Video en YouTube. <https://cutt.ly/wX7jE5h>
- La Casa Encendida. (2020). *Otros mundos posibles con Gladys Tzul Tzul*. Video en YouTube. <https://cutt.ly/ax7jsqA>
- López Austin, A. (1993). *Textos de medicina náhuatl*. Instituto de investigaciones Históricas-UNAM.
- Lorente Fernández, D. (2015). Notas. *Revista Española de Antropología Americana*, 45(1), 253-285.
- Lugones, M. (2011). Hacia un feminismo decolonial. *La manzana de la discordia*, 6(2), 105-119.
- ONU Mujeres (2020). *Mujeres indígenas en contexto COVID-19: ¿cómo les impacta?* <https://n9.cl/3nxw9>
- Orihuela Gallardo, M. (2020, junio). Reciprocidad: una práctica comunitaria para enfrentar y superar la COVID-19. *Notas de Coyuntura del CRIM*, 37. <https://acortar.link/3AY7Lf>

- Rodríguez Soriano, R. (2024). Pandemia de COVID-19 en México en cuarentena: efectos de racismo y el clasismo. En Pilatowski, M. (Coord.), *La reconfiguración de los imaginarios nacionales a partir de la pandemia de COVID-19* (pp. 165-175). UNAM.
- Vizcarra Bordi, I. (2002). *Entre el taco mazahua y el mundo. La comida de las relaciones de poder, resistencia e identidades*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Vizcarra Bordi, I. (2020). *Volteando la tortilla. Género y maíz en la formación actual de México*. Universidad Autónoma del Estado de México; Juan Pablos Editor; Banco de México.

Entrevistas

- Alma Lili Cárdenas, Santa Ana, Ixtlahuaca, Estado de México, abril de 2022.
Constantino, Cuentepec, Morelos.
- Elí Casanova, Valladolid, Yucatán. Comunicación personal, 20 de febrero de 2022.
- Fabiola. Atla, Puebla.
- Guadalupe de Atla, Pahuatlán, Puebla.
- Isabel Moo, Nunkiní, Campeche, noviembre de 2021.
- María Villegas, Cuentepec, Morelos, diciembre de 2020.
- Maribel, Yaxché, Tulum, Quintana Roo.
- Ofelia, Atla, Pahuatlán, Puebla. Trabajo de campo, 2021-2022.
- Rosario Collí, Nunkiní, Campeche.