



## La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud

---

Roberto Campos Navarro



## INTRODUCCIÓN

Cuando me preguntan ¿porqué un trabajador de salud debe de saber de interculturalidad? Me surgen una serie de imágenes y experiencias. Una primera imagen que tengo es la de Winicton, un pueblo indígena de los Altos de Chiapas, donde docenas de personas tzeltales esperan su turno para pasar a consulta conmigo para que les interrogué, los explore y les recete algún medicamento. Y que todo esto sería imposible sin la presencia de un traductor porque el doctor sabe poco del idioma de los enfermos.

Es la experiencia de una nutricionista que regaña a las mujeres mayas hospitalizadas que acaban de tener sus bebés y no toman el agua de sandía que ésta les ofrece porque consideran que es una bebida demasiado fría que se contrapone su estado corporal aún caliente y que puede provocar frialdad en el útero y hacerlas infértiles.

Es la vivencia de una mujer tzotzil monolingüe en un hospital público de la Ciudad de México, que cuando le van a sacar una placa radiográfica no le permiten ser acompañada por su hermano traductor. Y la sesión se convierte en una tortura para la paciente y para los técnicos que nunca pudieron darse a entender. No fue sino hasta el día siguiente que por fortuna fue una doctora hablante de tzotzil y facilitó el procedimiento y la radiografía estuvo en un rato.

Es el éxito de un médico pasante en servicio social en un pueblo maya de Campeche cuando decide atender los partos de las mujeres en una hamaca, tal y como lo han hecho las parturientas locales y sus parteras durante cientos de años. El médico se adaptó y se ganó la confianza del pueblo, que le suplicaron se quedara a trabajar ya como médico definitivo.

Cuando analizamos y reflexionamos sobre las relaciones que se establecen entre el personal de salud y los pacientes que tienen una cultura diferente, estamos hablando del proceso de interculturalidad en el terreno de la salud. En las siguientes líneas exploraremos algunos puntos relativos a la salud y la medicina en contextos interculturales.

## **ALGUNOS CONCEPTOS Y DEFINICIONES SOBRE LA INTERCULTURALIDAD**

Definimos la *interculturalidad* como el “proceso relacional que se establece entre dos o más culturas al interior de una sociedad, que de por sí es heterogénea en cuanto a sus orígenes y características económicas, políticas y sociales” (Campos, 2004), de modo, que las relaciones que se construyen están signadas por el intercambio (la mayoría de las veces desigual), la reciprocidad y, en ocasiones, la solidaridad.

En el campo de la salud, la interculturalidad significa la incorporación explícita de la carga cultural colectiva del paciente en la relación que se establece con el trabajador de salud. En otras palabras, la interculturalidad no sólo atañe la relación médico-paciente, sino que está presente en la relación total que establece el enfermo con el servicio de salud, sea público o privado. El proceso intercultural incluye desde el portero del hospital, al chofer de ambulancia, el auxiliar de intendencia que limpia las salas hasta la enfermera, el dentista y el médico tratante, sin olvidar a los planificadores de salud, los ingenieros y arquitectos que diseñan las unidades médicas, hasta los administradores del centro de salud u hospital.

La interculturalidad en salud es definida como: “la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas”. (Oyarce e Ibacache, 1996).

De hecho, todo trabajador de salud con experiencia en zonas rurales, en especial con pueblos indígenas, ha tenido contactos, relaciones y experiencias directas de interculturalidad espontánea, de interculturalidad forzada y muy pocas veces, de interculturalidad adecuada en términos de una preparación y capacitación previa.

## ¿ES NECESARIA LA CAPACITACIÓN INTERCULTURAL DE LOS TRABAJADORES DE SALUD?

No solamente es necesaria sino que debería ser obligatoria. Vivimos en un país con más de sesenta pueblos indígenas que constituyen el 10 al 12% de la población total, una mayoría mestiza (con múltiples raíces culturales donde destaca lo español, indígena y en menor medida, lo africano) y multitud de minorías que se han integrado lentamente a la vida nacional (chinos, libaneses, judíos, etc.). Como mexicanos nos reconocemos como un país multiétnico y pluricultural. Por lo que también nuestra formación profesional y no profesional debe ser en ese mismo sentido.

Pensemos en Oaxaca. Es uno de los estados más extensos del país. Existen 18 grupos indígenas que representan una tercera parte del total de indígenas que viven en el país. Sus condiciones de pobreza y marginalidad son extremas por lo que la expulsión migracional es obligada a otras partes del país e incluso cada vez más hacia Estados Unidos. Y los que se quedan viven con índices elevados de morbilidad y mortalidad, especialmente materno-infantil. En los últimos años, se han implementado cientos de unidades médicas rurales, centros de salud y hospitales. Y la gente asiste con restricciones, con reservas o de plano ni siquiera asiste. ¿Por qué?

Uno de los motivos es el escaso o nulo manejo de la interculturalidad en salud. Se diseñan y construyen unidades médicas y hospitalarias sin consultar con los pueblos a los que se pretende servir. Centrados en el enfoque biológico/orgánico de la enfermedad, no se enseña antropología médica a los estudiantes de enfermería, estomatología y medicina en las escuelas y facultades respectivas. En las instituciones públicas de salud (concentradas en aspectos financieros y administrativos) no les interesa la capacitación de su personal, y menos, en un tema desconocido como es la interculturalidad.

No obstante, señalamos que el ejercicio de la medicina intercultural entendida como: “la práctica y el proceso relacional que se establece entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sea satisfactorio para las dos partes” (Campos-Navarro en Duarte *et al*, 2004), es un

imperativo ético personal que no únicamente depende de las instituciones donde el personal de salud se encuentra adscrito sino también del propio trabajador.

El ejercicio de una medicina intercultural la consideramos como un compromiso primero personal, y luego institucional. Es el convencimiento propio del respeto, la tolerancia y la comprensión que debo tener hacia la persona que sufre, y esto no depende de horarios, contratos y demás aspectos institucionales. Sirviendo al paciente es que sirvo a la institución. Si mi trabajo me resulta satisfactorio es porque la gente que atiendo me lo señala, y es independiente de los premios y sanciones que establece mi institución.



En este sentido, la interculturalidad es un puente, un enlace o una estrategia que toma en cuenta las variables étnico-culturales de la población indígena en el proceso de atención de salud (Citarella et al, 2000) y por ello, las acciones emprendidas deben responder a un proceso de comunicación intercultural donde la validación y negociación culturales hayan sido desarrolladas. Por validación cultural se entiende “aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente, considerando el contexto cultural del cual este modelo emerge, el cual a su vez es congruente con las explicaciones aprendidas en su grupo social” (Alarcón *et al*, 2003) y esto no implica que el trabajador de salud comparta el sistema de creencias y prácticas del paciente, pero sí lo respete, tolere y comprenda. Por “negociación cultural” se quiere expresar el conjunto de interacciones que surgen entre los usuarios y el personal de salud para llegar a mutuos acuerdos relativos al servicio que se brinda, o al tratamiento que se requiere (lo que se ha denominado ahora como adherencia terapéutica).

Una vez definidos los términos de interculturalidad, de salud y medicina interculturales, pasemos a revisar algunos aspectos prácticos en relación a las creencias y prácticas de los enfermos en México.

## **LAS PRÁCTICAS MÉDICAS POPULARES**

Durante mi formación profesional como médico en la Facultad de Medicina de la UNAM (pero podría ser cualquiera de las existentes en toda América Latina) no se nos brindó ningún elemento de conocimiento y comprensión de la cultura médica popular. Por el contrario, los profesores despreciaban y ridiculizaban cualquier creencia y práctica proveniente de los grupos sociales indígenas y populares equiparándolas con “tonterías”, “supersticiones”, y en el mejor de los casos, como saberes empíricos carentes de todo sustento científico.

Al paso de los años, y con la experiencia adquirida con grupos mestizos e indígenas del centro y sureste del país, empecé a comprender que nuestra gente poseía una inmensa riqueza en los recursos humanos, materiales y simbólicos de sus medicinas locales.

He aprendido que las razones por las cuales las personas campesinas y de los sectores populares asisten a las instituciones médicas, sean en su modalidad privada, o bien, corporativa pública, es por el reconocimiento de problemas de salud que rebasan sus estrategias de autoatención y de sus curanderos. En las zonas rurales e incluso urbanas de América Latina, la automedicación, es decir, el consumo de medicamentos sin receta médica, es elevada. Las tiendas de abarrotes, los comercios de autoservicio ofrecen docenas de productos farmacéuticos que no requieren control de las autoridades sanitarias competentes. Los encargados de las farmacias o boticas ofrecen –sobre todo en fines de semana– consulta gratuita recomendando “x” o “y” medicina, sin control ni supervisión alguna. La venta de hierbas medicinales se realiza en cualquier local de los miles de mercados fijos y móviles a todo lo largo y ancho de México. [FOTO]

Pero, ¿Cuáles son los motivos por los que la gente busca a sus médicos indígenas tradicionales? ¿Por qué recorren distancias a veces considerables para consultarlos? ¿Qué son y qué significado tienen los llamados síndromes culturalmente delimitados (SCD) en la medicina tradicional mexicana?

En primer lugar, debemos aclarar que la gente no asiste con los curanderos o médicos tradicionales por ignorancia, oscurantismo, superstición o fanatismo. En muchos lugares rurales de México asisten por que ellos son los únicos terapeutas que viven cotidianamente en la región, pues a pesar de las estrategias gubernamentales de extender la cobertura de servicios médicos modernos, no se logra cubrir todo el territorio. Por otro lado, aunque hubiera disponibilidad de centros de salud, unidades médicas y hospitales rurales, éstos no lograrían satisfacer la demanda completa de los usuarios. Sí constituyen un recurso importante para la resolución de problemas de salud pero no deben entenderse como si fueran la solución única y total.

Existen enfermedades (*disease*) o padecimientos (*illness*) que únicamente tienen salida resolutive a través de los terapeutas tradicionales. Aquí deben mencionarse los denominados síndromes culturalmente delimitados, también llamados de filiación cultural o dependientes de la cultura. Constituyen un conjunto de signos y síntomas de diversa etiología que sólo pueden ser entendidos, comprendidos y



tratados integralmente dentro de la cultura particular en que se desarrollan, pues cuentan con la clave o el código cultural que permite desentrañar su contenido simbólico y la profundidad de significados específicos.

Según la clasificación norteamericana de enfermedades mentales (DMS-IV), estos síndromes dependientes de la cultura que se hallan en América Latina y los migrantes de origen hispano en Estados Unidos son los siguientes: ataque de nervios, muina o bilis, locura, mal de ojo, nervios, brujería o mal puesto y susto o espanto. Existen otras entidades patológicas frecuentes no relacionables con los trastornos mentales como son el empacho, la caída de mollera, aires, y otras.

Una investigación con terapeutas tradicionales efectuada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1984 encontró que las diez principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional mexicana en las áreas atendidas por el IMSS en zonas rurales corresponde en orden decreciente a mal de ojo, empacho, susto-espanto, caída de mollera, disentería, aires, diarrea, torceduras, brujería y anginas (Zolla *et al*, 1988:12).

Además no hay que olvidar que un elevado número de partos en regiones indígenas de Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Campeche y Yucatán todavía son resueltos por las parteras y comadronas.

## **LOS ESPECIALISTAS**

En función de las actividades desarrolladas por los terapeutas tradicionales encontramos tres variedades principales: curanderos, adivinos y hechiceros.

En la categoría de curanderos o médicos tradicionales se incluyen todos aquellos que realizan ceremonias y rituales con un alto contenido de simbolismos curativos. En las regiones indígenas ocupan un elevado rango de la jerarquía social e incluso pueden considerárseles como sacerdotes: es el marakame entre los huicholes, el jit'eberi de los yaquis y mayosyoremes, el jmeen en la Península de Yucatán. Existen otros que curan de maleficio (y neutralizan la hechicería), los que curan con hierbas o yerbateros, los que atienden los partos (especialmente mujeres), los que arreglan

el cuerpo mediante masajes y maniobras físicas (sobadores, masajistas, fregadores y hueseros), los espiritualistas que “ceden su materia corporal” para que penetre un “espíritu sanador” y diversos terapeutas para afecciones como “aires”, mordeduras de víboras, empacho, caída de mollera, mala suerte, nervios y muchas otras enfermedades.



En la categoría de adivinos se abarca a todos aquellos terapeutas que utilizan recursos y procedimientos excepcionales para lograr un diagnóstico, un tratamiento o el pronóstico de una determinada enfermedad. Aquí aparecen los que usan los granos de maíz, los naipes, los hongos, el tabaco y otros elementos. La clarividencia y la cartomancia entrarían en este rubro.

Finalmente, aparecen los hechiceros cuyas actividades malévolas son temidas por la mayoría de la población campesina y en especial indígena. Estos practicantes no son exclusivos del medio rural pues la hechicería y sus operadores actúan también con cierta frecuencia en los medios urbanos.

Aparte de la anterior clasificación de terapeutas tradicionales en base a su funcionalidad, también los podemos establecer considerando el grado de influencia social: el curador que sólo ejerce dentro de los límites del círculo familiar (hermana, madre o abuela) o sea, a nivel doméstico; aquel que realiza curaciones a vecinos de una determinada población (experto de vecindad); el curandero que es conocido y consultado en una región delimitada; el curandero urbano, luego el curandero que brinda atención a gente de un estado, departamento o provincia y finalmente el curandero “internacional” que tiene demanda de enfermos procedentes de diversos países.

Otra clasificación tiene que ver con la ubicación rural-urbana de los curanderos. La mayoría de estudios antropológicos se han enfocado en el curanderismo rural e indígena, no obstante las investigaciones urbanas se han incrementado en los últimos años. El antropólogo norteamericano Irwin Press reconoce la existencia de un denominado “complejo curanderil urbano” que se caracteriza por la heterogeneidad de estilos que despliegan los curanderos urbanos en cuanto el lenguaje, la indumentaria, el trato con los pacientes, el ambiente del consultorio, etc., por la creciente tendencia hacia la mercantilización, por la brevedad de la consulta y la constante apelación a la confianza o fe que solicita el curandero a sus enfermos.

Otra manera de categorizar a los curanderos es de acuerdo al grado de tecnología empleada. En este sentido para el antropólogo Eduardo Menéndez existen curanderos con un mayor despliegue de recursos técnicos como los realizados por las parteras, los hueseros y los sobadores, en

cambio otros apelan a la utilización de recursos simbólicos que sería el caso de las rezanderas, ensalmadores, marakames y otros que utilizan más los rituales y los procedimientos ceremoniales por encima de las técnicas físicas.

## RECURSOS HERBOLARIOS

Por la gran variedad de regiones ecológicas, compleja topografía, diversidad de suelos, climas y heterogeneidad geográfica que permite una gran riqueza biológica, después de la India, China e Indonesia, México ocupa el cuarto lugar mundial en cuanto a la biodiversidad de especies vegetales y ello se refleja en la utilización de las plantas medicinales en los hogares mexicanos. Por supuesto, los curanderos tienen en la herbolaria medicinal un relevante recurso terapéutico.

En el *Atlas de las plantas de la medicina tradicional mexicana* (Argueta y Cano, 1994) se captaron 3103 especies, distribuidas en 1000 especies, 482 géneros y 154 familias. Casi una tercera parte son originarias de Mesoamérica, un 17% del resto de América, 16% son foráneas y un 38.5% su origen es impreciso. De las 1000 especies, un 27,7% son árboles, 28.2% arbustos, 45.2% hierbas y 5.7% son plantas trepadoras.

Los estudios etnobotánicos de Lozoya, Aguilar y Camacho (1987) permiten vislumbrar, de acuerdo a su acopio y consumo, un “cuadro básico” de medicamentos herbolarios.

Para los trastornos digestivos se emplean como espasmolíticos la manzanilla (*Matricaria recutita*) y la hierbabuena (*Mentha piperita*), como laxantes el ricino (*Ricinus communis*) y el tamarindo (*Tamarindus indica*), como anti diarréicos la guayaba (*Psidium guajava*) y aguacate (*Persea americana*) y como desparasitantes el epazote (*Chenopodium ambrosioides* L.) y estafiate (*Artemisa ludoviciana*).



Para los problemas respiratorios se utiliza como antitusígenos el sauco (*Sambucus mexicana*) y el gordolobo (*Gnaphalium semiamplexicaule*), como broncodilatadores el eucalipto (*Eucalyptus globulus*) y tomillo (*Thymus vulgaris*).

Para el tratamiento de las afecciones de la piel y traumatismos, como agentes antimicrobianos la malva (*Malva parviflora*) y la verbena (*Verbena carolina*), como antiinflamatorios la hierba del golpe (*Oenothera rosea*) y el árnica (*Hetherotheca inuloides*) y como cicatrizantes la zábila (*Aloe barbadensis*) y el maguey (*Agave mexicana*).

Para el alivio de enfermedades cardiovasculares se tienen como hipotensores al zapote blanco (*Casimiroa Edulis*) y al chayote (*Sechium edule*) y como cardiotónicos al yoloxóchitl

(*Talauma mexicana*) y la flor de manita (*Chirantodendron pentadactylon*).

Para el tratamiento de los síntomas de la diabetes y trastornos metabólicos, como hipoglucemiantes el nopal (*Opuntia sp*) y la tronadora (*Tecoma stans*) y para disminuir el colesterol el yumel (*Guatteria gaumeri*) y el tejocote (*Grataegus pubescens*).

Para la curación de padecimientos urinarios, como diuréticos los pelos de elote (*Zea mays*) y cola de caballo (*Equisetum hyemale*) y para los cálculos renales la gobernadora (*Larrea tridentata*) y hierba del sapo (*Eryngium comosum*). Finalmente, para el tratamiento de disfunciones del aparato reproductor femenino, el zoapatle (*Montanoa tomentosa*) y la ruda (*Ruta chalapensis*).

## RECURSOS SIMBÓLICOS

Si bien las plantas medicinales ocupan un espacio muy amplio y valioso de los recursos de la medicina tradicional mexicana, ésta no se reduce a la herbolaria. También deben considerarse los recursos animales (ya sean empleados directamente o a través de productos secundarios como los huevos de gallina, la miel o la leche) y todos aquellos importantísimos recursos no materiales que se emplean para lograr la curación del enfermo y aliviar sus malestares: las palabras, las actitudes y movimientos estereotipados del curandero.

El proceso de secularización que caracteriza a la medicina occidental o biomedicina en función de la terapia farmacológica y las prácticas quirúrgicas, ha subordinado la relevancia de la palabra que cura, las oraciones que confortan, las “limpias” que purifican, las maniobras corporales, entre otros elementos curativos fundamentales.

Los recursos simbólicos apelan en lo ideológico al cambio de la persona, estimula procesos psicológicos, endócrinos y neurológicos escasamente conocidos por la medicina occidental pues rebasan su orientación reduccionista de tipo biológico.

La mayoría de los terapeutas tradicionales –sino es que todos– emplean oraciones, conjuros, bendiciones, señales religiosas, movimientos estereotipados e indumentaria especial.

Cabe mencionar que algunos recursos herbolarios, animales y minerales tienen un empleo simbólico que rebasa sus características naturales. Así el ramo de pirul (*Schinus molle* L.), el chamiso (*Casearia nitida* L.), el geranio o malvón (*Pelargonium domesticus* L.H. Bailey), los huevos de gallina, los sapos, las veladoras, el alumbre, entre otros muchos productos, son frecuentemente utilizados en todo el país para la realización de “limpias”.

## COMPROMISOS

Con todo lo escrito hasta aquí sobre interculturalidad y prácticas médicas populares, ¿Qué podemos hacer cuando nuestras escuelas y nuestras instituciones no se han interesado por estos temas?

Existen dos respuestas, una a nivel individual y otra colectiva. En la primera se trata de un compromiso personal de capacitarse mediante la lectura de artículos, folletos y libros que traten sobre el pueblo o pueblos indígenas en los que trabajo o voy a trabajar. Saber lo más posible de los aspectos demográficos, epidemiológicos, botánicos y etnográficos de la región. Desde 1994 se publicó la Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana con 14 tomos, algunos de los cuales abordan los saberes médicos tradicionales de cada pueblo indígena del país. Por lo general, se encuentran en las bibliotecas de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) ubicados en varias partes de Oaxaca y del país.

Por otra parte, conocer de primera mano, las creencias y prácticas de las gentes con las cuales estoy conviviendo, y eso significa compartir mi tiempo con los pacientes y amigos indígenas. Con respeto y sin burla, indagar y escuchar, preguntar y observar. Reconocer y aceptar la cultura del otro que está frente a mí. No imponer mis formas de pensamiento, mis prejuicios ni tampoco satanizar. Escuchar y comprender, validar y negociar. En todo caso, si hay tiempo, escribir y sistematizar. Pasar de una interculturalidad pasiva, espontánea o forzada, a un proceso intercultural asumido en forma activa y adecuada, lo que llamamos una interculturalidad apropiada.

En la segunda respuesta de tipo colectivo, se trata de la capacitación institucional. Lograr que el tema sea visible en las escuelas formadoras de personal de salud, que se incluya la antropología médica en la currícula como materia obligatoria.

Lograr que la institución de salud para la que trabajo (Secretaría de Salud, IMSS u otra) incluya la salud intercultural como una válida estrategia operativa en los diversos programas del sector, sobre todo, en aquellos que permitan una reducción de los índices de mortalidad materna e infantil,

en los programas para abatir las enfermedades transmisibles como la tuberculosis, el paludismo, y en la prevención de enfermedades de contacto sexual, en especial, el SIDA.

Además, si estamos comprometidos con la interculturalidad, debemos luchar porque los centros de salud, las unidades médicas rurales y los hospitales (rurales, regionales, integrales, de concentración, etc.) se realicen adecuaciones particularizadas a cada cultura local y regional y se introduzcan modificaciones que beneficien a los enfermos y sus familiares. Se trata de hospedaje a los familiares (y que no duerman en el suelo), alimentación propia de la región (sin introducir elementos foráneos como los refrescos o pan industrializado), temazcales para el tratamiento posparto de la mujeres, algunas hamacas en lugar de camas en las regiones donde se utilizan en forma cotidiana, utilización de plantas medicinales y empleo de médicos tradicionales cuando se requiera, uso de horarios congruentes con la vida campesina, etc.

Si enlazamos nuestro compromiso personal con el compromiso colectivo, podremos tener la enorme satisfacción –como trabajadores de salud–, de que nuestras acciones tengan calidad y calidez en términos interculturales.



## BIBLIOGRAFÍA

Argueta, Arturo y Cano, Leticia (Coords.) (1994) *Atlas de las plantas de la medicina tradicional mexicana*. Instituto Nacional Indigenista, México.

Alarcón *et al* (2003) “Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales”. *Revista Médica. Chile* 131(9):1061-1065.

Campos Navarro, Roberto (2004) “La interculturalidad en la práctica del doctor Albert Schweitzer”. *Gaceta Médica, México*. 140(6):643-652.

Citarella, Luca *et al* (2000) *Medicinas y cultura en la Araucanía*. Editorial Sudamericana. Santiago de Chile.

Duarte-Gómez; Brachet-Márquez; Campos-Navarro y Nigenda, G. (2004) “Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla”. *Salud Pública, México*. 46(5):388-398.

Lozoya, X; Aguilar, A. y Camacho, R. (1987) “Encuesta sobre el uso actual de plantas en la Medicina Tradicional Mexicana”. *Revista Médica. IMSS* 25(4):283-291.

Oyarce, Ana e Ibacache, Jaime (1996) Reflexiones para una política intercultural en salud. Primer encuentro nacional de salud y pueblos indígenas. Puerto Saavedra, Chile.

Zolla, C., Del Bosque, S, Tascón, A., Mellado, V. y Maqueo, C. (1988) *Medicina tradicional y enfermedad*. Centro Interamericanos de Estudios de Seguridad Social, México.

Zolla, Carlos y Argueta, Arturo (Coords.) (1994) *Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana*. Instituto Nacional Indigenista, México.