



**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA**

Tesis de licenciatura en antropología sociocultural

“Crear o reventar”, tensiones entre prácticas curativas populares y científicas
en sectores medios del Gran Buenos Aires y Capital Federal.

Alumna
Agustina Gracia

Director
Dr. César Ceriani Cernadas

ÍNDICE

Agradecimientos	2
Introducción	3
Definiciones centrales	8
Disposición del estudio	12
Capítulo 1 “Mal de ojo”, “empacho”, y “daño”, un recorrido etnográfico	14
El “mal de ojo”	16
Palabras sanadoras, palabras secretas	18
El “empacho”	23
Las curaciones populares como actos rituales comunicativos, el rol de la oración	25
Curaciones populares y catolicismo	27
La envidia y el criterio de inclusión/exclusión	28
El “daño”	33
Capítulo 2 Medicina tradicional y Medicina científica. El síntoma en cuestión	48
Proceso de salud-enfermedad-atención	55
Diversos discursos sobre la salud, legitimidades en tensión	60
Medicina tradicional y terapias alternativas	63
El rol de las terapias alternativas	65
Ejercicio <i>ilegal</i> de la medicina, la disputa por el saber	67
Capítulo 3 Curación tradicional y Curación biomédica. Puentes y fronteras	75
Eficacias simbólicas “renovadas”	78
Recorridos terapéuticos	80
La curación como mandato y la presión social	86
Capítulo 4 Nociones de Cuerpo en la medicina tradicional, nociones de cuerpo en la biomedicina. Representaciones en tensión	89
Múltiples casos, múltiples representaciones	94
Conclusiones	107
Anexo	115
Bibliografía	119
Videografía	127

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer a todas aquellas personas sin cuya ayuda esta tesis no hubiera sido posible. En primer lugar a todas aquellas personas que me abrieron las puertas de sus casas y sus mundos, sin otro interés que colaborar en un proyecto por momentos incomprensible. A todos ellos gracias por la generosidad y la paciencia.

También querría mencionar el enorme aporte de mi director César Ceriani quien ha sido un guía permanente durante este camino por sus ideas, sus minuciosas correcciones y, sobre todo, por ser un gran motivador y fomentar mi vocación por la antropología.

También agradezco inmensamente a mis compañeros del GIEPRA¹ por las discusiones, por ayudarme a pensar y repensar y por las oportunidades.

A mis profesores, a mis compañeros y a mis amigos por la lectura atenta, los comentarios, las correcciones y sugerencias desde el principio hasta el último momento.

Especialmente gracias a Sebastián Cohen por las largas noches de estudio, por haber sido un compañero en todo el sentido de la palabra y fundamentalmente por su amistad incondicional.

Por último, a mi familia por saber comprender y apoyarme siempre en este largo camino hacia la licenciatura.

¹ Grupo Interdisciplinario de Estudio sobre el Pluralismo Religioso en Argentina.

INTRODUCCIÓN

Esta tesis aborda la problemática de las “curaciones populares” presentando una exploración etnográfica sobre dos prácticas específicas: la curación del “ojeo” y del “empacho”. A partir de esta investigación intentaré comprender y explicar de qué manera estos dispositivos se insertan en las elecciones respectivas a la salud y la curación en sectores urbanos de clase media, dentro del área del Gran Buenos Aires y Capital Federal.

Mi interés por este campo surge a partir de mi propia aproximación y percepción de los saberes sobre el cuerpo y la salud. Teniendo en cuenta que mi grupo familiar más íntimo está conformado por profesionales de la salud (médicos), mi visión acerca de estos procesos estuvo siempre marcada por una perspectiva positivista en la que existía solo un mínimo margen de acción para los factores simbólicos y psicológicos. De esta manera, el mundo del “curanderismo” o de la “medicina popular” siempre fue una temática y práctica ajena, sin embargo, no pude dejar de notar la fuerte presencia que estas prácticas y enfermedades poseían en círculos muy cercanos al mío. Particularmente, entre mis amigos y sus familias quienes también pertenecían a sectores urbanos de clase media de un alto nivel de instrucción y, en muchos casos, profesionales.

Quizás esta tesis pueda entenderse como un intento de romper con el supuesto evolucionista de que las prácticas curativas populares son resabios o supervivencias de una cultura “supersticiosa” propia de tiempos pasados, y por lo tanto, conocimientos indefectiblemente condenados a ser olvidados. Olvidados bajo el parámetro de un progreso unilineal que dejaría atrás todo signo de “subjetividad” para dar lugar, ahora completamente, al desarrollo de la objetividad científica en todos los terrenos.

Es necesario deshacerse de este prejuicio para abrirse a la posibilidad de captar la verdadera naturaleza del fenómeno y entenderlo en su positividad, es decir, de acuerdo a lo que éste es, y no de acuerdo a lo que no es. A su vez, cabe aclarar que mi enfoque no pretende imponer una interpretación “etic” de las funciones de estas prácticas, sino intentar como sostiene Strasser:

que el principio rector de este modo de investigación sea el hacer posible la manifestación de ese “otro” sin ejercer sobre él la violencia cognitiva imponiéndole un código de interpretación al que nunca hubiera apelado para dar cuenta del sentido de sus acciones (Strasser 2011: 49).

Ser una suerte de “traducción” que reordene estas prácticas y creencias en términos comprensibles para los sujetos que nos mantenemos ajenos a las mismas. La tarea de interpretación antropológica otorga una lógica a este universo, únicamente para aquellos que hayamos dificultades en captar -y aceptar- la comprensión nativa de los hechos.

La elección del objeto de estudio está fuertemente marcada por una intención de volver la mirada hacia nuestra propia sociedad y comprender la particularidad de sus creencias y prácticas haciendo especial hincapié en la diversidad que presenta nuestro medio cultural más cercano.

Creo fundamental cuestionar el estereotipo del habitante de la ciudad como individuo racional y secularizado, cuyas acciones son guiadas exclusivamente por marcos epistemológicos de corte positivista. La vigencia y actualidad de la que gozan las “prácticas curativas populares” -en tanto “tecnologías simbólicas” aplicadas a la salud y el bienestar- da cuenta de la significación e importancia que cobran en el paradigma actual. Se pone en evidencia que un abordaje meramente científico, o científicista, resulta insuficiente para satisfacer la demanda de los pacientes *incluso* en el siglo XXI, *incluso* en las clases medias, e *incluso* en medio de una gran ciudad como lo es Buenos Aires.

Sigo la línea teórica de Eduardo Menéndez, quien critica fuertemente la visión más extendida de la antropología médica a la hora de abordar la “medicina tradicional”. El autor principalmente intenta desestructurar la asociación apriorística y evolucionista que se realiza entre el modelo médico “tradicional” y el campesinado (y en menor medida, las clases bajas urbanas), el analfabetismo y el atraso en términos de conocimiento (Menéndez 1981: 322) y su contraparte dentro de esta dicotomía rural – urbano. Tal como señala este antropólogo:

para estos autores lo urbano, ajeno a sus composición clasista, aparece asociado mecánicamente con un determinado tipo de racionalidad definida a priori, que tal como está planteada no existe ni en la cotidianeidad de lo urbano ni en la cotidianeidad de lo rural (Menéndez 1981: 337).

Mi propuesta intentará dar cuenta de algunas de las complejas configuraciones simbólicas y epistemológicas que se ponen en juego, por parte de los actores, a la hora de abordar y lidiar con un tópico tan central como es el de la salud. Por lo tanto, creo necesario indagar en aquellos intersticios en los que la medicina popular y la biomedicina se yuxtaponen, coexisten o entran en tensión. Debido a esto, nos centraremos en aquellos sujetos que recurran a ambos tipos de atención médica (medicina tradicional y biomedicina) en forma alternada o simultánea. Me apoyo en el trabajo de Arrué, Kalinsky y Carrasco (1994) para establecer la necesidad de indagar

en las periferias de los sistemas de conocimiento aquí tratados ya que estas constituyen “zonas atravesadas por la ambigüedad y ofrecen un campo de mezclas, posibilidades y restricciones. Son ellas quienes pueden volverse hacia otros sistemas de conocimiento” (Arrué et al. 1994: 82).

En cuanto a la metodología, podría encuadrarla bajo la premisa malinowskiana según la cual el objetivo primordial del trabajo etnográfico es descubrir dentro de un conjunto de hechos sin importancia las leyes que rigen a cualquier fenómeno socio-cultural (Malinowski 1986). Siguiendo esta línea y con el claro objetivo de “captar el punto de vista del nativo, comprender su visión de su mundo” (Malinowski 1986: 41) he realizado periódicamente observación participante y entrevistas recurrentes y semi estructuradas en un número reducido de familias pertenecientes al conurbano bonaerense y Capital Federal, entre cuyas prácticas pude detectar claramente la cura del “empacho” y el “ojeo”. También se realizaron entrevistas semi abiertas a miembros de la comunidad médica de Buenos Aires con el fin de dar cuenta de la forma en la que el discurso biomédico y el discurso del “saber popular” se interpela y se pone en cuestión.

A su vez, incorporo las advertencias de Malinowski sobre la forma en que la teoría atraviesa el campo y de cómo, el investigador de campo necesariamente se orienta a partir de la teoría. Rosana Guber va a profundizar esta perspectiva retomando los aportes del llamado “giro reflexivo” en antropología (Marcus y Fischer 1986), al afirmar que no solo la teoría atraviesa el campo sino que la propia subjetividad del investigador atraviesa, a su vez, el campo y la teoría. También tomo de esta autora la necesidad de entender a la entrevista como una relación social y una instancia de observación fundamental en la que se debe tener en cuenta el contexto y la conducta del entrevistado (Guber 1991). Centrándose siempre en la “no directividad”, es decir, no en la búsqueda de respuestas puntuales sino en la aplicación de una “atención flotante” que no privilegie de antemano ningún punto de discurso del interlocutor y, simultáneamente, le permita a este “asociar libremente”. Únicamente a través de este método se hace posible comprender la forma en la que los informantes piensan, viven y otorgan sentido a los fenómenos que atraviesan (Guber 1991).

Dentro del marco de una investigación de tipo cualitativa, además de la observación participante, ubico a la entrevista como la herramienta metodológica privilegiada, esto se debe a ciertas transformaciones que se fueron suscitando en la metodología de trabajo. El carácter abierto que marca al enfoque de la investigación cualitativa me permitió no solo transformar gran parte del encuadre teórico con el que me aproximé en un primer momento a este fenómeno, sino

también realizar modificaciones “sobre la marcha” en relación a las herramientas metodológicas que resultaban más apropiadas en cada momento del trabajo.

En primera instancia consideré que la observación participante sería el medio privilegiado para acercarme al objeto que pretendía conocer. Si bien las entrevistas eran el recurso obvio para profundizar en la forma que tenían los sujetos de significar sus prácticas, consideraba que la observación sería la llave o puerta de acceso a tener un acercamiento real a este fenómeno. La instancia de la entrevista me resultaba en cierta medida más “artificial”, menos realista. Buscando así los célebres “imponderables de la vida real” realicé grandes esfuerzos por presenciar esos momentos de curación. Pero pronto empecé a notar que mi presencia generaba importantes modificaciones en este contexto, tenía la sensación de que, en estos momentos, se exacerbaba la reserva o la parquedad, los diálogos se veían reducidos hasta casi la desaparición, la gestualidad y hasta la presencia de objetos centrales se mostraban en raras ocasiones y en forma verdaderamente austera. Si bien mi presencia había sido aceptada, no era difícil ver en estos actos una forma de “resistencia” hacia mi actividad ahí. El único momento en el que mi presencia se “naturalizaba” era cuando yo misma era sometida a mediciones e intentos de curación. En ese punto, el diálogo se abría y considero que se le podía otorgar un sentido claro a mi participación.

Fue a partir de estos eventos y a partir de las entrevistas con estos mismos sujetos que pude notar este desfasaje. Cuando en la observación el diálogo con el paciente se reducía a los comentarios imprescindibles, durante las entrevistas a solas tanto con los “curadores” como con los pacientes habituales me relataban los extensos cuestionarios que habían ocurrido en tal o cual caso, las conversaciones informales que sucedían durante la curación, los permanentes consejos médicos sobre hábitos, alimentación, etc.

Personalmente considero que la entrevista era percibida como una instancia menos violenta, en la que se podía desarrollar un diálogo más abierto. A los pocos minutos de comenzar, la molestia que representaba el grabador quedaba olvidada y el diálogo fluía sin mayores restricciones. Creo que la diferencia descansaba en que, en este punto, yo también podía ser analizada, interpelada y, en cierta medida, entrevistada e investigada. Era inevitable remitirme a mis propias experiencias como paciente y a mis impresiones respecto de las distintas prácticas que se estuvieran discutiendo. Lo contrario ocurría durante los períodos de observación: el silencio y la presencia de la libreta me colocaban en una posición misteriosa, sospechosa o

incluso amenazante (Daich y Sirimarco 2009). A pesar de los numerosos intentos de explicación, no se entendía que estaba haciendo ahí.

Por todos estos motivos comencé a modificar mis prioridades, y pronto las entrevistas tomaron el lugar central en mi abordaje. Si bien en un principio me resultaba una tarea bastante compleja profundizar en las temáticas que me interesaban, a medida que se desarrollaba el trabajo empecé a entender que esas formas de asociación libre me habían permitido el acceso a ciertas lógicas muy enriquecedoras para mi tema, a las que jamás hubiera arribado de no ser por la apertura que me esforzaba en mantener. Rápidamente comencé a apropiarme yo misma de esta apertura y de esta forma de asociar temas y experiencias, sin temor a interferir o contaminar el discurso del nativo con elementos de mi propio discurso (Cardoso de Oliveira 1996).

Partiendo de las entrevistas, podremos ver cómo los participantes significan y estructuran el mundo social, teniendo en cuenta que tanto entrevistador como entrevistado tendrán un rol clave en este proceso. Proceso que se desarrolla de forma siempre asimétrica, pero en una asimetría en permanente cambio, en la que los roles se alternan de acuerdo a las particularidades de ese encuentro y a los temas que se aborden. También se deben tener en cuenta factores como: edad, sexo, pertenencia social, nivel de instrucción general, “especialización” en un saber determinado, etc. Todos ellos inciden en mayor o menor medida al interior de esta puja.

A pesar de esto, es necesario reconocer que la irrupción del antropólogo en el mundo social del “otro” y, su inevitable tarea de cuestionarlo, interpelarlo y ponerlo en palabras, constituye en sí mismo un acto de violencia simbólica. Según Cardoso de Oliveira, la forma de “zanjar” esta brecha es hacer de esa relación un vínculo dialógico a partir de construir al informante como un verdadero interlocutor. Hacer del encuentro entre los dos “horizontes semánticos” – del informante y del investigador- un encuentro etnográfico, un espacio donde ambos se abran generando una “fusión de horizontes”, sin pretensiones ilusorias de neutralidad o absoluta objetividad (Cardoso de Oliveira 1996).

Por último, he retomado de los trabajos de Elsie Rockwell la intención de “documentar lo no documentado” a través de la etnografía (Rockwell 1989: 7) y la concepción del análisis etnográfico como la construcción de nuevas relaciones no previstas.

De esta manera, los objetivos de este trabajo se organizan en torno a tres cuestiones centrales: 1) describir quiénes son los agentes que realizan las curaciones 2) indagar en qué ámbitos se realizan las mismas 3) explorar de qué manera se llevan a cabo. Junto a esto, se pretende explicar

dónde reside la eficacia de las prácticas curativas populares, particularmente en los casos de la curación del “empacho” y el “ojeo”.

A fin de explorar esta temática me centraré en algunas hipótesis de investigación: en primer lugar, considero que al indagar este tipo de curaciones, se hallarán representaciones diferenciales sobre el cuerpo, la persona, la enfermedad, la curación y la muerte que se ubicarán en tensión con la perspectiva biomédica. Por otra parte, la eficacia de la curación “popular” del “empacho” y el “ojeo” descansaría en el manejo y conocimiento de una técnica específica, así como también en la posesión de algún tipo de poder divino/sobrenatural. Por último, considero que el discurso de la biomedicina, debido a su carácter institucional oficial, se ubicaría en una posición hegemónica respecto a los conocimientos populares sobre curación y cuerpo, deslegitimándolos y quitándoles verosimilitud.

DEFINICIONES CENTRALES

Para adentrarnos más profundamente en esta discusión, debemos dejar en claro ciertas definiciones centrales que serán imprescindibles para avanzar con este trabajo: en primer lugar, tomaré en cuenta la clasificación de Idoyaga Molina (2000) sobre la enfermedad como un fenómeno que involucra algún tipo de desequilibrio en el interior del individuo, o entre el individuo y los seres que lo rodean. Podemos reducir esta clasificación a cinco tipos de desequilibrios. En primer lugar se encuentran los desequilibrios orgánicos, los cuales se manifiestan exclusivamente a nivel corporal y pueden referir a cualquier tipo de disfunción orgánica. Un buen ejemplo de esto es el caso del “empacho” ya que se trata de un malestar estomacal causado por un tipo de alimentación inadecuada. En segundo lugar, podemos ubicar a los desequilibrios entre las entidades que integran a la persona de acuerdo a cada definición cultural. Una de estas disarmonías puede ser el “susto” (una disociación entre cuerpo y alma). Luego, podemos mencionar a los desequilibrios sociales, males que se manifiestan tanto en el plano físico como en el social, como son el caso del “ojeo” o el “daño” (problemáticas que profundizaremos en el siguiente capítulo). En cuarto lugar se mencionan desequilibrios espacio-ambientales (como es el caso del “mal aire”) y, por último, se encuentran los desequilibrios religioso-rituales que hacen referencia a la relación con seres míticos (Idoyaga Molina 2000).

Antes de introducirme de lleno en el análisis del material de campo – el que sin dudas será el fundamento central de este trabajo-, resulta necesario elaborar un breve recorrido por aquellos autores, corrientes teóricas o conceptos que han resultado de importancia en esta discusión.

La cuestión de las prácticas curativas populares ha sido enfocada y problematizada desde diferentes ramas de la antropología así como también desde otras ciencias sociales. Desde el estructuralismo, cabe destacar el aporte realizado por Lévi-Strauss en lo referente a curas chamánicas. Considero que la noción de “eficacia simbólica” es uno de los conceptos que más han contribuido a la comprensión de las prácticas que aquí nos ocupan. Se entiende la noción de “eficacia simbólica” como la capacidad de inducir una transformación orgánica por medio de una reorganización estructural; es decir, como la capacidad de hacer pensable una situación dada que en un principio se percibía como intolerable a través de homologarla a términos conocidos por los sujetos (Lévi-Strauss 1986 [1973]).

Como ya he mencionado anteriormente, desde la antropología de la salud, considero de fundamental importancia los aportes de Eduardo Menéndez (1991) respecto del proceso de salud/enfermedad/atención en cuanto a su naturaleza social. Particularmente me interesan las concepciones sobre enfermedad, atención y muerte, entendidos como hechos sociales, teniendo en cuenta la gran cantidad de símbolos y representaciones colectivas que giran en torno a estos fenómenos. A su vez, concuerdo con el enfoque relacional esbozado por el autor, según el cual, la relación médico- paciente debe ser comprendida como una díada que a su vez se encuentra insertada en un entramado de relaciones personales e institucionales que la limitan y, a su vez, la constituyen. El autor advierte la necesidad de tener en cuenta la manera en la que cada una de las partes que componen este campo relacional, constituyen una realidad diferente al considerarlas como totalidad. De acá parte la necesidad de comprender todo saber en relación al contexto en el que aparece. Por otra parte, retomaremos de Menéndez la discusión que plantea en torno al discurso médico hegemónico y su relación con la medicina tradicional. Su perspectiva queda elocuentemente plasmada en la siguiente frase:

La biomedicina a partir de sus criterios de objetividad, considera negativa y hasta perjudicial a gran parte del saber médico tradicional. Para ella el eje determinante de las diferencias está puesto en la naturaleza científica de su propio saber y en la naturaleza cultural de los servicios de salud tradicionales (Menéndez 1991: 79).

Para adentrarnos en esta perspectiva relacional será clave tener en cuenta el concepto de “campo” elaborado por Pierre Bourdieu. Para este autor, los campos sociales se definen como: “espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias” (Bourdieu 1987: 108). En estos espacios, lo que se pondría en juego es un capital de algún tipo por el cual se disputan todos los actores que integran el campo. De modo que, dentro del campo médico, podremos establecer de qué manera los distintos actores que entran en juego – médicos alópatas, “curadores”, “curanderos”, terapeutas alternativos, etc.- se disputan un capital que es, simultáneamente, material (recursos económicos, espacios, pacientes) simbólico y político (credibilidad, legitimidad).

Estas tensiones resultan de gran relevancia a la hora de percibir las relaciones de desigualdad que se entretajan entre el discurso médico hegemónico y las formas populares de curación.

Retomando los tropos centrales en los trabajos de Lévi- Strauss (eficacia simbólica), así como también los de Menéndez (proceso de salud/atención/enfermedad), César Ceriani Cernadas (2006) ha realizado ciertas elaboraciones en su artículo “El poder de los símbolos. Magia, enfermedad y acto médico”. En el mismo se plantea la necesidad de profundizar la comprensión de las prácticas curativas que él denomina “mágicas”, así como también la necesidad de “establecer puentes comunicativos entre distintas epistemologías médicas” (Ceriani 2006: 1). Esta indagación es fundamental para comprender las vinculaciones entre cultura y enfermedad, y –retomando a Linda Garro (2002)- la manera en que las distintas realidades sociales y el devenir de la vida cotidiana modela las formas de explicar y solucionar la irrupción que significa la enfermedad en la vida de los sujetos. Apartándose de las definiciones biomédicas, el autor establece que:

Debemos tener presente que la idea natural de la enfermedad no es la más común entre los grupos humanos, de por sí ni siquiera está generalizada en el mundo occidental. Unido a esto, la enfermedad, los padecimientos y los daños constituyen, en diferentes sociedades, áreas fundamentales de control social e ideológico (Ceriani 2006: 89).

Las discusiones ligadas al control social e ideológico que implica no solo la enfermedad sino todos los conocimientos y prácticas que la rodean serán desarrolladas en el capítulo 4, a partir de los aportes realizados por Michel Foucault en “el nacimiento de la clínica” (2008a) . También serán tenidas en cuenta las elaboraciones de Byron Good (2003) en torno al carácter inevitablemente cultural que implica toda “certeza científica”.

A fin de profundizar los aportes de la antropología cultural a la problematización de los tropos salud y enfermedad, también me centraré en las discusiones planteadas por Linda Garro (2000, 2002, 2003) relacionadas a la forma cultural de comprensión de los procesos de enfermedad, así como a la importancia que adquieren las narrativas sobre estos mismos procesos para otorgarles una forma y un sentido.

No obstante, difiero con la autora respecto a su concepción sobre el “pensamiento occidental” (Garro 2002). No creo posible definir un concepto con tal nivel de generalidad sin traicionar, en última instancia, la enorme variabilidad que el mismo presenta. Y, aunque así lo fuera, no considero que este se trate, tal y como lo presenta Garro, de un constructo estático, análogo a formas de pensamiento estrictamente científicas/cientificistas, cargadas de una inmensa cuota de positivismo. Más bien, considero necesario – teniendo en cuenta la extendida presencia de prácticas y creencias “tradicionales”- comprender sus fronteras siempre cambiantes, flexibles y permeables. Apoyándonos en nuestra experiencia de campo, podemos sostener que prácticamente ningún individuo abraza un único abordaje epistemológico a la hora de dar sentido a fenómenos tan complejos y multiformes como son el de la salud y la enfermedad.

De igual modo, pretendo indagar sobre cuáles son las concepciones de cuerpo que subyacen a las prácticas curativas populares y de qué manera las mismas se ponen en tensión con la concepción cartesiana dualista sostenida por el modelo médico hegemónico. Para explorar esta temática, retomaré los trabajos de Le Breton (2010) sobre la forma de concebir el cuerpo en la sociedad occidental moderna. A su vez, serán centrales los aportes de Silvia Citro (2011) en relación a esta temática.

Con el fin de abordar una perspectiva epistemológica, es necesario tener en cuenta los conceptos centrales de Morton Klass (1991), en lo que respecta a “sistemas de creencias en colisión”, es decir, a los procesos por los cuales ciertos individuos, pueden vivir con dos sistemas de creencias contradictorios. A pesar de reconocer la existencia de determinados principios científicos, para ciertos sujetos, los mismos pueden revertirse o “suspenderse” ante la influencia del poder divino. Esta temática se encuentra profundamente vinculada a la elección del título de este trabajo, el mismo surgió a partir de la gran cantidad de apariciones que el dicho “creer o reventar” tuvo en distintas entrevistas e instancias del trabajo de campo. Cuando los constreñimientos de la lógica racional se ven desbordados, esta frase suele utilizarse para

describir toda suerte de fenómenos que exceden nuestra razón, pero que han dado muestras de su existencia y eficacia, como ocurre con el caso de las curaciones populares.

“Creer o reventar” implica la incorporación al ámbito de lo posible de fenómenos y causalidades “metafísicas”, “sagradas” e incluso “mágicas”. Fenómenos que se alejan del paradigma secularizado y racionalista hegemónico. “Creer o reventar” se posiciona así como un efecto resistido pero a la vez inevitable para dar sentido al devenir multiforme de la experiencia vivida. “Reventar” implica someterse –exclusivamente- a la lógica rígida de los hechos fácticos, “comprobables”, de las causalidades aceptadas y legitimadas. “Reventar” es transformar lo dinámico, lo heteróclito y lo desbordante de la experiencia física y social en una interacción mecánica entre máquinas mensurables, regulables y disciplinables bajo una única esfera de saber que la sujeta y la domina.

En torno a esta cuestión, es también menester tener en cuenta los aportes de Arrué, Kalinsky y Carrasco (1994) acerca de las elecciones que se realizan en el ámbito de la salud al interior de contextos marcados por el pluralismo cultural. Es particularmente interesante retomar la noción de “fracturación cognoscitiva”, término que los autores destinan para marcar el carácter en gran medida incoherente y plagado de errores que conforma todo sistema de conocimiento. Para finalizar, considero rescatar de este trabajo la flexibilidad que los autores proponen a la hora de analizar las elecciones que realizan los pacientes, es decir, la forma en que los sujetos toman elementos pertenecientes a diferentes tradiciones y marcos (en su caso de estudio puntual serían: la religión tradicional mapuche, la biomedicina y el pentecostalismo) para fragmentarlos, combinarlos y des-combinarlos con el fin de configurar sus propios “paisajes terapéuticos”.

DISPOSICIÓN DEL ESTUDIO

En el primer capítulo nos ocuparemos de realizar una descripción exhaustiva de los diversos agentes que curan, así como también sobre las creencias y procedimientos que se ven implicados en las prácticas curativas populares. Apoyándonos principalmente en el material de campo, intentaremos evidenciar la gran variabilidad que presentan las creencias sobre el “mal de ojo”, “el empacho” y “el daño”. Y, a su vez, intentaremos dilucidar a partir de qué marcos teóricos es posible dar cuenta de las mismas.

En el capítulo dos realizaremos un contrapunto, en primera instancia, entre la “medicina tradicional” y la “medicina científica”, marcando puntos de encuentro y divergencia. Indagando especialmente sobre el rol hegemónico que juega esta última y cuáles son las implicancias políticas que conlleva esta posición. También exploraremos el proceso de salud-enfermedad-atención y las vinculaciones entre salud y condiciones sociales/materiales de vida. A su vez, incorporaremos a la discusión a la “medicina alternativa” y el particular rol que la misma lleva a cabo al interior de este campo. Por último, esbozaremos una exploración final en torno a los aspectos de legalidad/ ilegalidad que rodean a las “otras medicinas” y los conflictos que se suceden entre el estado y ciertas disciplinas (encarnadas en agentes) que buscan el reconocimiento de un marco legal.

A lo largo del capítulo tres intentaremos explicar las tensiones y continuidades encontradas entre la curación tradicional y la curación biomédica, haciendo especial hincapié en el concepto de “eficacia simbólica” y en los criterios selectivos que dan lugar a las diversas trayectorias terapéuticas que hemos analizado. También analizaremos cuales son los factores que inciden a la hora de delinear estas jerarquías entre distintos modos de atención médica y en qué medida éstos pueden ser entendidos como recursos complementarios por los pacientes que recurren a ellos.

En el capítulo cuatro abordaremos la discusión sobre las distintas concepciones de cuerpo que hemos podido rastrear entre nuestros informantes, así como también sobre el rol que estas representaciones juegan a la hora de apropiarse de las “prácticas curativas populares”. Aquí sostendremos que la noción de cuerpo y sus respectivas relaciones con los otros y con el cosmos será de gran peso a la hora de comprender la forma en la que los sujetos entienden dichas prácticas y su eficacia.

Para finalizar, dejaremos establecidas ciertas conclusiones generales apoyadas en la exploración que atraviesa todos los capítulos, dando respuestas a los objetivos planteados en esta introducción. A su vez, introduciremos un nuevo enfoque teórico- metodológico que tendrá como resultado una suerte de reformulación del objeto de estudio que hemos tratado en estas páginas.

CAPÍTULO 1

“MAL DE OJO”, “EMPACHO” Y “DAÑO”, UN RECORRIDO ETNOGRÁFICO

Antes de introducirnos puntualmente en la temática que atañe a este capítulo, cabe hacer ciertas aclaraciones sobre los términos que serán utilizados para designar a las “personas que curan” mediante prácticas tradicionales. Dentro de la zona de estudio que nos compete, es insuficiente remitirnos a la clásica categorización de “legos”, como aquellos que aplican el autotratamiento y la medicina casera y como “curanderos” a los especialistas en la materia (Idoyaga Molina 2001: 3). Por el contrario, considero que la gran variedad que presentan estos agentes puede ser descripta como un *continuum*, en el que en un extremo aparecen aquellos que únicamente alcanzan a practicar estos métodos sobre sus parientes o núcleo de relaciones más cercano: a estos me referiré con el nombre de “curadores²”. Si bien existen muchas categorías intermedias, podemos reconocer otro “tipo” en el polo opuesto de esta línea: son aquellos que dedican gran parte de su tiempo a esta actividad y la desarrollan sobre un amplio grupo de personas, no siendo estas necesariamente conocidas por ellos. En algunos casos, desarrollan esta actividad paralelamente a una ocupación laboral y, en otros, obtienen su sustento a partir de esta tarea, estos serán denominados “curanderos”. En todos los casos, el monto y la forma de pago conservan ciertas particularidades como ser: el pago en especies - mayormente en forma de presentes- y la fijación de la tarifa en relación al vínculo que se sostenga con el paciente en cada caso.

En todos los casos hemos registrado tanto el uso del autotratamiento y la medicina tradicional y todos ellos, poseen, en grados diferenciales, algún tipo de “especialización” en estos saberes, debido a esto es que no es posible aplicar la clasificación “legos”/ “curanderos” en nuestro estudio de caso. Por otra parte, tampoco es posible establecer un criterio en cuanto a la cantidad de “males” que trate cada uno, ya que, contrariamente a lo esperado, en muchas ocasiones

² Vale aclarar que el término “curador” no es utilizado en el discurso nativo para designar a esta figura. En la mayoría de los casos, se refiere a ellos a partir de la identidad social que el informante considera de mayor relevancia en relación a este sujeto: “la vecina que me cura”, “mi tía”, “una compañera de trabajo”, etc.

aquellos que designamos como “curanderos” se limitan a la curación de una enfermedad exclusivamente y los “curadores” tratan una gran variedad de males. Es decir, ciertos sujetos que únicamente curan a personas pertenecientes a su núcleo familiar o de amistades (“curadores”), tienen conocimientos suficientes para tratar males como: el “ojeo”, el “empacho”, la quemadura, el “mal de hígado”, etc. Por el contrario, muchos de aquellos designados como “curanderos” (quienes ejercitan estas prácticas curativas de manera más “profesional” y en personas que no son necesariamente de su círculo social) muchas veces se centran en una única dolencia como puede ser: la “pata de cabra” o la “culebrilla”.

A lo largo de este trabajo, haremos especial hincapié en los “curadores” y en la presencia de las “prácticas curativas populares” al interior de las familias. Dado que nuestra intención es encontrar cómo operan los marcos relevantes para los miembros de la propia comunidad y captar el funcionamiento los criterios selectivos en relación a estos, siguiendo el criterio establecido por Linda Garro (2002) podemos decir que es adecuado inclinarse a trabajar con aquellos sujetos que no sean especialistas en curaciones tradicionales a fin de poder ver cómo las diversas tradiciones curativas se ponen en juego al interior de la unidad doméstica, donde sin dudas podrá hallarse una gran influencia de la biomedicina. Retomo el concepto de “medicaly pluralistic setting” (Garro 2002: 80) para dar cuenta de un escenario basado en diversas tradiciones médicas, en el que los recursos del conocimiento cultural son utilizados para evaluar la enfermedad y guiar las acciones en torno a la misma.

Debido a lo dicho anteriormente, también es necesario rechazar las categorizaciones elaboradas por Oliveiro (2007) quien distingue la “medicina casera” de aquella desarrollada por “especialistas” (que sería lo que usualmente entendemos como “medicina tradicional”). La primera es considerada como un saber compartido entre “especialistas” y legos, a diferencia de la segunda, que sería un saber exclusivo de determinados agentes instruidos en estas artes en forma más profunda. Al centrarnos en las zonas urbanas de Buenos Aires no resulta posible hallar un complejo de saberes distinguible como “medicina casera” cuyos límites sean fácilmente delineables respecto a la tarea de los curanderos. La coincidencia entre los saberes del especialista y del lego puede darse o no, independientemente de la dolencia en cuestión. Sería imposible determinar un corpus de curaciones que correspondan a la “medicina casera” y otro que corresponda a los “agentes especializados”, debido a esto definiremos todos estos saberes como una misma categoría: “medicina tradicional”.

A fin de analizar la medicina tradicional en su conjunto, será de utilidad recurrir a los aportes de Irwin Press (1979), quien establece que la “medicina folk” es un acervo de prácticas y conocimientos propios de las comunidades pertenecientes al mundo rural. Si tenemos en cuenta que la definición de “medicina folk” es, a grandes rasgos, todo sistema médico que se aleje del sistema médico occidental o biomédico, podríamos preguntarnos si es acaso necesariamente un sistema proveniente de las áreas rurales o si, en cambio, es un sistema de prácticas que se presenta de la misma manera en los medios urbanos y cuya persistencia fue fluctuando de acuerdo a varios factores como puede ser: el acceso a la medicina institucional, la influencia del pensamiento científico, de terapias alternativas o de “nuevas” religiones que posiblemente sustituyen o se combinan con la “medicina tradicional”.

EL MAL DE OJO

El “ojeo” o “mal de ojo” es una enfermedad folk que generalmente se presenta bajo los síntomas de: un fuerte dolor de cabeza, cansancio, dificultad para abrir los ojos y molestia hacia la luz. En el caso de los niños, se la reconoce por el llanto constante y la imposibilidad de conciliar el sueño. Si bien es imposible determinar su origen tanto geográfico como histórico, sabemos que esta creencia se encuentra esparcida por buena parte del globo. Hay registros de su existencia desde la antigüedad en: el mundo greco-romano, la antigua Mesopotamia (Thomsen 1992), Egipto, China, India y África (Lykiadopoulos 1981). E incluso actualmente en: Rumania (Murgoci 1923), Grecia (Herzfeld 1981; Gubbins 1946), Italia (Galt 1982; Zammit - Maempel 1968), Inglaterra, Escocia, Irlanda, Turquía, Hungría (Lykiadopoulos 1981), Melanesia (Hocart 1938), entre las tribus de beduinos en el Medio Oriente (Abu- Rabia 2005), en España (Baer et al. 2006; Pitt Rivers 1989 [1954]), México (Baer et Al. 1993; Menéndez 1981), Colombia (Grau García 2008), Trinidad y Tobago (Hornell 1924) y en toda la Argentina, particularmente: Buenos Aires (Strasser 2011; Brandi 2002), Santa Fe (Disderi 2001), San Juan (Idoyaga Molina 1999b) y Tucumán (Oliszewski 2010).

Es necesario aclarar que tanto la etiología como el diagnóstico y la terapéutica presentan variaciones de acuerdo al lugar geográfico en el que nos centremos. En este punto solo referiremos a las características del “ojeo” dentro de los límites de Capital Federal y el gran Buenos Aires. A partir de mi trabajo de campo desarrollado con diferentes familias, he llegado a

notar que es la afección “popular” más extendida y más recurrente así como también la más curada. Según los relatos de los informantes, el “mal de ojo” se debe a la acción de la envidia o a la mirada muy potente de otro hacia la persona afectada. Así como en muchos casos referían a la envidia como la causa principal, en algunos también mencionaban el hecho de poner demasiada atención a una persona o un exceso de energía como posibles causantes de esta enfermedad.

Así lo expresaba “Nadia”, una informante de 29 años, empleada en una empresa de turismo y residente del barrio de Almagro:

- en realidad lo del ojeado, no es, está mal visto (sic) eso de “ay me tienen envidia y me ojean”, es porque, tal vez, si puede ser por envidia, es por una persona que por ahí tiene mucha energía o energía mal canalizada, o una persona que está enfocada en vos y te mira mucho, o no sé, me gustó tu aro, ya con eso, ya te absorbió tu energía y vos quedás como débil, ¿entendés?-

También se refiere a la “mirada fuerte” de ciertas personas como posible causante del mal. Se reconoce como personas de “mirada fuerte” a aquellas que poseen una mirada “cargada” o con mala intención. El mal de ojo no es una afección que se cause intencionalmente, sino que sucede de forma involuntaria.

Los niños, y sobre todo los bebés, presentan mayor predisposición a ser afectados por este mal, ya que se los considera como “débiles” o incapaces de poner barreras ante la energía o mirada del adulto (Brandi 2002; Garro 2002). También se supone que son motivo de envidia para otros adultos, por lo tanto, potenciales víctimas del ojeo. Debido a esto es que se dice que los que más se ojean son los bebés “más lindos”, a los que más se mira y a los que más atención se les pone. En este caso los síntomas más comunes son: el llanto constante, la inapetencia, la fotofobia y la imposibilidad de dormir.

Ante la presencia de estos síntomas, generalmente se recurre a algún pariente cercano que sea parte de la misma unidad doméstica, y se procede a la curación. Si bien existen diferentes técnicas, todas ellas implican el conocimiento de ciertas fórmulas, oraciones o rezos (existen varias) cuya característica principal es ser de carácter secreto. Estas oraciones nunca deben ser pronunciadas en voz alta y deben enseñarse exclusivamente en la víspera de pascua, durante la noche buena o en el día de San Pedro y San Pablo³. Estas palabras son entregadas por escrito al

³ El 29 de junio de cada año se conmemora la solemnidad conjunta de San Pedro y San Pablo en alusión al Martirio que sufrieron en Roma los apóstoles Simón Pedro y Pablo de Tarso. La celebración – que podríamos definir como

nuevo aprendiz quien, a solas, debe leer el mensaje tres veces seguidas y luego destruir el papel. La capacidad para recordar la oración funciona como testimonio de que el aprendiz “sirve” o tiene la capacidad para efectuar las curaciones. La elección de estas fechas en particular se debe a que las oraciones y, por ende, las curaciones forman parte de la tradición y de las creencias católicas. En caso de romper con esta norma, se cree que aquel que transmita sus conocimientos en una fecha inadecuada perderá la eficacia de sus curaciones (Idoyaga Molina 2001). También existe la creencia de que el aprendiz no deberá transmitir este conocimiento hasta no pasado un año de la fecha en la que le fue enseñado.

PALABRAS SANADORAS, PALABRAS SECRETAS

Estas “cláusulas” especiales son características de todo proceso de iniciación e incluso de todo pasaje de conocimientos de índole mágica. Como señalaron Mauss y Hubert en su clásico ensayo sobre la magia:

El acto es generalmente solemne, sin que su carácter misterioso destruya esta solemnidad y está acompañado de rituales, abluciones y otras precauciones; se observan condicionamientos de tiempo y de lugar (Mauss 1979: 70).

Partiendo de nuestras indagaciones empíricas, podemos decir que estos condicionamientos son guardados con sumo respeto, apoyándose fundamentalmente en la fuerza de la tradición y, especialmente, por temor a la pérdida de eficacia del conjuro. *“Estas condiciones para la transmisión, esta especie de contrato, demuestra que por el hecho de pasar de una persona a otra, esta enseñanza da entrada a una auténtica sociedad cerrada”* (Mauss 1979: 71).

Por más populares que sean las fórmulas mencionadas, los reparos mencionados son indicadores del halo mágico que conservan estos saberes. En este punto se pone de manifiesto la estrecha vinculación que existe entre el carácter secreto de estas palabras y su fuerte poder mágico. Es interesante tener en cuenta que dentro de la diversidad de oraciones, en algunos casos la oración es aprendida en italiano, y, en la mayoría de ellos se repite por fonética. Es decir que la eficacia descansaría en la reproducción de estas palabras, a pesar de resultar incomprensibles para el hablante.

parte de la “religiosidad popular”- se lleva a cabo en cada barrio y se caracteriza por la confección de un muñeco realizado de materiales combustibles a fin de ser quemado en una gran fogata.

Cada grupo ha elaborado sus propias prescripciones acerca de esta transmisión de conocimientos. Particularmente me resultó interesante el caso de Grecia, en donde se sostiene que estas oraciones solo pueden pasarse al primer hijo de cada familia. A su vez, cuando una mujer desea transmitir sus fórmulas curativas a otra, no puede hacerlo en forma directa sino a través de la mediación de un hombre (Gubbins 1946).

En gran medida, la sacralidad que rodea a estas oraciones está basada en su carácter secreto y en la necesidad de tener que ser transmitidas en fechas estipuladas de gran significación ritual. Exceptuando casos aislados, esta norma me fue referida (con variaciones en lo que respecta a las fechas y las causas de la elección de esos momentos en particular) una y otra vez por la gran mayoría de mis interlocutores. Si bien algunos se ofrecieron a “pasarme” las palabras por escrito, todos insistieron en que debía ser bajo la promesa de guardar el papel en un lugar “seguro” y leer la oración por primera vez en los momentos rituales estipulados so pena de que la misma pierda su eficacia.

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente, no creo que pueda pensarse en una “pérdida del carácter secreto” de estos rituales, a la manera en que lo sostiene Brandi (2002). Si en algún caso -de los cuales yo no he registrado ninguno- el interlocutor se ofrece voluntariamente a transmitir las oraciones sin guardar las prescripciones rituales respectivas a las fechas (como ocurre en el caso de Brandi) considero que se debe a su comprensión de los fines meramente analíticos que tiene la entrevista, y al nuevo significado que se le puede dar a estas palabras dentro del contexto de la investigación. Al no tener un fin curativo, no hay eficacia que se ponga en riesgo al romper el tabú o la norma que prescribe la manera precisa de enseñar estas técnicas.

A la hora de efectuar las curaciones, en el caso de que las mismas se realicen en presencia del paciente, el procedimiento a seguir es el que se describe a continuación: se coloca una mano en la frente del enfermo, y con el dedo índice se le dibuja una señal de la cruz tres veces (Idoyaga Molina 2001), a la vez que se pronuncian –en voz baja- las oraciones pertinentes. Otra técnica consiste en colocar un plato hondo (puede ser delante o sobre la cabeza del enfermo) y llenarlo con agua, sobre la cual luego se tirará una cucharada de aceite. Esta técnica resulta ser, simultáneamente, diagnóstica y terapéutica. Al arrojar el aceite, la persona encargada de curar observará el comportamiento del aceite y el agua, en el caso de que el aceite quede unido “formando un ojo” dentro del plato, se confirmará que el paciente ha sido ojeado. En el caso de que el aceite quede esparcido por todo el plato formando pequeñas gotitas como haría

“normalmente” se entiende que el paciente no se encuentra ojeado. En cualquiera de los casos esta mezcla siempre será desechada fuera de la vivienda a fin de alejar “el mal” lo más posible de la persona que se pretende curar. Como sostiene Idoyaga Molina:

La lógica de la terapia responde a un modelo sustractivo. La enfermedad es conceptuada como una sustancia que se ha alojado en el interior del cuerpo, el poder de las palabras fluye como una emanación que penetra el cuerpo del doliente y expulsa el mal (2001: 63).

Una vez que ese mal es desalojado del cuerpo del paciente, puede transmitirse al curandero o a algún elemento externo, tal como sucede en el caso mencionado anteriormente. Lo mismo ocurre cuando se procede a la “limpieza” de un “daño”⁴. Al respecto, Viotti argumenta

Como se trata de elementos que han incorporado la contaminación de las energías negativas del daño, es necesario eliminarlos. Habitualmente se arrojan a ríos y arroyos o se entierran, técnicas que ponen en juego el poder purificador del agua y la capacidad disolvente de la tierra (2003: 127).

En el caso de confirmar la presencia de la “ojeadura” se procede a decir las palabras respectivas y el paciente queda curado. Debemos tener en cuenta que esta descripción es meramente una aproximación, ya que el procedimiento adquiere características diferenciales en cuanto al “modo correcto” de diagnosticar y quitar el “mal de ojo”.

Durante este proceso la persona que cura, generalmente bosteza constantemente y llora, estos signos también son parte del diagnóstico. Cuanto “más ojeado” esté el enfermo, más bostezos y más llanto (y mayor malestar) traerá a la persona que está interviniendo para su cura. Es interesante notar que, más allá de la oración – que siempre es un pedido hacia la Virgen María, algún santo o el Espíritu Santo- todos los otros elementos que forman parte de la cura también remiten a símbolos judeo-cristianos. El poder purificador del agua, y mejor aún, del agua bendita (Grau García 2008; Idoyaga Molina 2001). La presencia del aceite, elemento muy presente en la Biblia y central en uno de los sacramentos (“La unción de los enfermos”). La importancia del número tres – remite a la Santísima Trinidad-, la presencia de la señal de la cruz. Todos estos elementos podrían llevarnos a pensar en la cura del ojeo como un ritual exclusivamente católico. Sin embargo, al interiorizarnos respecto de la forma en que los sujetos entienden y dan sentido a esta práctica, podemos concluir que, la curación del ojeo excede por mucho los límites del universo católico. Esta discusión será profundizada en el cuarto capítulo con el fin de evidenciar

⁴ La temática del “Daño” será tratada en detalle en un apartado posterior del primer capítulo.

la forma en la que ciertos entramados simbólicos ligados a la “new age” y las terapias alternativas inciden en la apropiación de estos saberes.

En el caso del “mal de ojo”, la persona que cura funciona como una especie de intermediario que “expulsa” la “energía” o el mal que estaba afectando al enfermo. Y “no sólo tiene un carácter de intermediación, sino que a la vez funciona como una suerte de agente que coopta esa energía negativa, la atrae sobre sí y la reconvierte” (Brandi 2002: 14).

Cabe señalar que, para ninguna de las técnicas es necesario que el paciente se encuentre en presencia del “curador”, ya que se cree que la eficacia de la curación puede ser direccionada a través de incluir el nombre completo de la persona a curar en la oración correspondiente. Esta acción canalizaría esa “energía” hacia la persona correcta. A pesar de esto, se considera que la curación “a distancia” posee una eficacia menor que aquellas curaciones realizadas en presencia del enfermo. Es interesante destacar algunos rasgos que me han transmitido respecto de estas técnicas: si bien el elemento central que va a constituirse como representante de la persona es su nombre completo, en algunos casos también suelen utilizarse fotografías o un papel con el nombre escrito. Estos elementos van a ser sustitutivos y tomar física y simbólicamente el lugar que ocuparía el paciente. Por ejemplo, en lugar de colocar el plato con agua sobre la su cabeza, el mismo será colocado sobre la fotografía o el papel anteriormente mencionado. Es aún más curioso lo que sucede cuando este lugar es ocupado por una imagen de la Virgen o la estampita de algún santo específico, si bien estas figuras se colocan en lugar del paciente, a su vez, se considera que cooperan en la curación del mismo. Esto me relataba una curadora, Mónica, mientras me mostraba de qué manera podía “medir con la cinta” a una pequeña imagen de la Virgen María. Ante mi pregunta sobre el rol que jugaba la Virgen en este contexto, Mónica me comentó que: “es como si fuera la persona (aquél que solicitó la curación) pero además me ayuda”. Representa al enfermo e intercede en su curación simultáneamente.

Trataremos de exponer la fuerte presencia que muestra la existencia del “mal de ojo” alrededor del mundo, teniendo en cuenta la variabilidad que presentan los diferentes aspectos que componen esta afección⁵.

⁵ Con el fin de profundizar esta cuestión presentamos en el anexo (pág. 115) un cuadro comparativo que permitirá establecer ciertas relaciones centrales que hacen al “mal de ojo”, siendo este un fenómeno muy extendido geográficamente que guarda una gran variabilidad.

A partir de lo expuesto en el esquema anterior, retomamos el abordaje de James Dow (1986) según el cual la estructura universal de la curación simbólica se compone de los siguientes elementos básicos:

Experiencias de curadores y pacientes que estén relacionadas con símbolos culturalmente específicos que pertenezcan al mito cultural general.

Durante este proceso el curador debe persuadir al paciente de que su problema puede ser definido en términos del mito.

El curador liga las emociones del paciente a símbolos transaccionales particulares extraídos del mito general.

El curador manipula dichos símbolos para ayudar al paciente a modificar sus propias emociones.

Es importante tener en cuenta estos componentes a la hora de aproximarnos a los procesos de diagnóstico y curación, en ellos podemos notar de qué manera el agente curador toma ciertos elementos simbólicos que se encuentran cargados de una significación específica y compartida entre él y el sujeto que va a ser curado. Un buen ejemplo de esto, es la presencia de: el agua, el aceite y las oraciones como sustancias purificadoras, todos estos elementos funcionarían como símbolos transaccionales tomados del mito cultural general. En este caso, el mito cultural general puede ser definido como el acervo de creencias, ideas y valores ligadas al catolicismo que son instrumentalizadas variablemente por los agentes. Durante el proceso curativo, el curador liga las emociones del paciente con los símbolos mencionados anteriormente y los manipula de manera tal que el paciente logre realizar una modificación en el estado de sus emociones y consecuentemente sentir alivio en su malestar físico.

Este esquema cobra toda su relevancia cuando tenemos en cuenta su variabilidad y la forma en que este está culturalmente modelado. Si bien en algunos casos se repiten los mismos elementos, los procedimientos curativos elaborados por y para un grupo cultural, carecen de efectividad o al menos no resultan intercambiables con las operaciones generadas por otros grupos. Estos símbolos cobran sentido a partir del significado experiencial que le es adjudicado culturalmente y son efectivos, en tanto sean elementos particularizados de un mundo mítico al que adscriban tanto el curador como el enfermo.

Desde la perspectiva de Dow (1986) los símbolos resultan capaces de afectar el estado de la mente, y consecuentemente, el estado de la mente logra afectar las condiciones somáticas del cuerpo. La manipulación de los símbolos transaccionales produce modificaciones a nivel del “self”, entendido como una entidad que es, simultáneamente, biológica y simbólica. Estas modificaciones poseen como resultado un cambio de estado del sistema somático del individuo sobre el que se está realizando la cura. La vinculación que sucede entre el “self” y el sistema somático se da a partir de las emociones sobre las que trabajan los símbolos mencionados anteriormente.

EL EMPACHO

El empacho también forma parte de las llamadas enfermedades “folk” o enfermedades “populares” que se presentan predominantemente en niños y bebés. Las causas del malestar siempre refieren a algún tipo de alteración en la alimentación, “comer por demás”, o “comer muy pesado” suelen mencionarse como los motivos principales. Los síntomas más comunes son: vómitos, diarrea, náuseas, “panza dura” y malestar estomacal. Existe otra enfermedad folk conocida como “mal del hígado” cuyos síntomas suelen ser bastante similares con la salvedad de que también suele mencionarse dolor de cabeza y fiebre.

Ante este cuadro, se requiere la cura a algún miembro cercano de la familia. Y se procede a aplicar alguna de las siguientes técnicas:

-“Tirar el cuerito” (Campos Navarro 2009; Idoyaga Molina 2001): se basa en acostar al paciente boca abajo y tirar de la piel que se encuentra pegada a la columna vertebral a la altura de la zona lumbar. Este procedimiento además de ser curativo, también vale como método diagnóstico: en el caso de sufrir de empacho, al tirar de la piel se escuchará un chasquido, en este caso, la presencia de la enfermedad será confirmada, y la operación deberá repetirse a lo largo de toda la columna vertebral. Esta práctica es la más aceptada por la medicina alopática, ya que puede explicarse gracias a un fenómeno fisiológico que sería “la estimulación de las raíces nerviosas de la médula espinal”, que en este caso produciría la estimulación del aparato digestivo generando de esta manera un alivio en el paciente. Si bien esto es posible, la explicación “emic” de esta práctica indica que: al tirar el cuerito, lo que se logra es que el estómago se desprege de las “paredes” de la espalda a fin de producir una correcta desinflamación.

-“Medir con la cinta” (Campos Navarro 2009; Idoyaga Molina 2001): para este procedimiento por lo general se utiliza una cinta de color rojo o centímetro de costurera. El paciente toma uno de los extremos de la cinta y lo sostiene contra su estómago, mientras que la persona que va a efectuar la curación toma el otro extremo de la cinta, y a la vez que pronuncia –en voz baja- las oraciones correspondientes, va avanzando por la cinta tomando la medida que va desde su codo al extremo de su dedo medio. Repite esta operación tres veces seguidas. El método diagnóstico opera de la siguiente manera: si al finalizar la tercera medición el dedo queda ubicado a la altura del estómago, la persona se encuentra sana. Si, por el contrario, el dedo queda “frenado” en alguna otra parte del cuerpo (entre la cabeza y el estómago) se ha detectado el empacho. La gravedad del empacho se mide de acuerdo a la distancia que se presenta entre el estómago y el lugar en el que quedó apoyado el dedo medio. Siendo la cabeza el punto de mayor gravedad. Luego de esta operación, en algunos casos se pasa algún producto blanco como harina o maicena, haciendo la señal de la cruz en la zona abdominal del enfermo tres veces.

- Cura de palabra: Esta es la única técnica que posibilita curar el empacho a distancia, debido a esto es también muy utilizada. Se basa en oraciones secretas y para llevarla a cabo también es necesario conocer el nombre completo de quien padece la enfermedad.

- Existe otra técnica menos difundida y de características particulares. Se trata de la colocación de un preparado realizado a base de clara de huevo y vinagre de alcohol (Strasser 2011). En este caso el paciente debe recostarse y sobre el abdomen se le colocará un paño de toalla sobre el cual será vertido el preparado y se dejará reposar unos minutos, en el caso de que el preparado se endurezca, se confirmará que el paciente padece de empacho. Y se procederá a lavar el paño y repetir la misma operación en dos oportunidades más.

Es importante destacar en este punto la presencia del color blanco en todos los elementos que se utilizan para la curación. Tanto la harina, la maicena como la clara de huevo tienen una función purificadora dentro de este ritual. Así como también el color rojo, característico de la cinta, también simboliza una fuerza que protege de los males y de la envidia. Por último, la presencia del vinagre remite a las cualidades de “limpieza” (literal y simbólica) y purificación que son atribuidas a este producto desde el sentido común. Es muy usual ver que al vinagre de alcohol se lo utiliza para limpiar las viviendas de las “malas ondas”.

Por otra parte, en varias entrevistas se ha mencionado la necesidad de que, tanto el paciente como el curador estén en ayunas, o por lo menos, “con el estómago vacío”. En algunos casos,

también se ha planteado la necesidad de esta condición a la hora de aprender las fórmulas curativas secretas. El ayuno aparece en este caso relacionado a la noción de purificación como condición previa al proceso curativo (Idoyaga Molina 2001).

Por último, vale aclarar que ante la presencia del mismo conjunto de síntomas, no siempre se atribuyen las mismas causas ni se diagnostica la misma enfermedad, esto se debe a que uno de los elementos centrales en el diagnóstico, es la percepción del curandero o curador, sobre ese paciente en particular y el estado del mismo.

LAS CURACIONES POPULARES COMO ACTOS RITUALES COMUNICATIVOS, EL ROL DE LA ORACIÓN

Para explorar más profundamente la dimensión performativa de la oración, tópico de especial relevancia en estos casos, es necesario remitirnos al trabajo pionero de Marcel Mauss “La Prière” (1970 [1909]). En él, el autor sostiene que la palabra es siempre un instrumento de la acción, por lo tanto, la oración puede entenderse como un tipo de rito dirigido hacia “lo sagrado” y destinado a influirlo, es decir, orientado a generar un resultado en particular. Sin embargo, sería imposible concebir esta “función ritual” de la oración sin incluir en ella los aspectos míticos que la conforman, siendo éstos los que la cargan de sentido, en un movimiento dialéctico entre rito y mito. También Leach (1976 [1954]) ha realizado un sustancial aporte al estudio del binomio mito- rito, indicando que el ritual en cierta medida evidencia relaciones sociales al interior de la comunidad y que los aspectos míticos funcionan como descripción de la naturaleza del rito.

Como hemos señalado anteriormente, todo acto ritual guarda cuidadosas prescripciones respecto del espacio y el tiempo en el que deben llevarse a cabo. El mito –que únicamente existe fuera del tiempo- puede ponerse en acto y realizarse en el tiempo, a través del rito. De esta manera, el ritual –y en nuestro caso de estudio, la oración curativa- abren un tiempo cualitativamente distinto al interior del devenir cotidiano de la vida social. El ritual opera como una apertura hacia el tiempo sagrado. Y, a su vez, como una apertura una forma de poner simbólicamente en orden problemas psicológicos, físicos o emocionales.

Según Mary Douglas (1973), el rito nos da un marco espacial y temporal a partir de un elemento que se repite, este elemento puede tratarse de una fórmula específica del discurso – en este caso podríamos pensar en un “formato discursivo”- como es el de la oración o en una

determinada disposición física. Es justamente durante la oración llevada a cabo en el acto de curar, en el que estas dos caras (ritual y mítica) se ponen en juego. Durante el ritual de curación y especialmente a partir de las oraciones, las creencias, ideas e imágenes propias de la narrativa religiosa en cuestión se ponen en acto a fin de generar una transformación y lograr un efecto: el de recuperar el bienestar.

En esta misma línea podemos retomar los argumentos de Emily Ahern (1979) en “The problems of efficacy: strong and weak illocutionary acts”. Aquí, el acto ritual está explícitamente destinado a traer algún cambio en elementos que son externos a la situación ritual, como puede ser algún fenómeno de la naturaleza o ciertas actitudes de los espíritus pero, indirectamente, las operaciones llevadas a cabo en él están dirigidas a tener un efecto en la experiencia de alguno de los participantes sobre un evento determinado (Ahern 1979).

De acuerdo a esta perspectiva, podemos entender de qué manera, al hacer un pedido de curación hacia la Virgen María, El Espíritu Santo o algún santo en particular, se está simultáneamente pidiendo a estas figuras generar un alivio en el paciente, pero a su vez, hay un mensaje que llega indirectamente al paciente a fin de generar en él un cambio en su propia percepción del estado de su salud. Parte de la eficacia del procedimiento estaría dado por lograr un cambio en la experiencia de determinado evento en alguno de los participantes del mismo.

Considero que este hecho se hace patente cuando observamos que la mayoría de las personas que curan, si bien pronuncian una oración en forma secreta, y que es sabido que es dirigida hacia un santo o hacia el espíritu santo, lo hace murmurando, de manera tal que aquel que está siendo curado también sea partícipe y, en cierto sentido, destinatario de esas palabras. En el caso de los bebés, podríamos pensar que todos estos mensajes de orden extra lingüístico son, en realidad, destinados al adulto que hace el pedido por el menor. El llanto, los bostezos, los eructos muestran de que manera el “curandero” está comprometido en ese ritual. Al comunicarse con ese “poder divino”, el curandero también se está comunicando –en forma indirecta- con aquél que fue en busca de la cura.

Por otra parte, tomo de Arano Leal el concepto de “comunicación pautada” quien, apoyándose en ciertas ideas previas de Lupo (2001) entiende a la misma como

un diálogo del especialista ritual con diferentes entidades, tales como seres sobrenaturales; seres de la naturaleza, (...) el diálogo puede ser previo o durante el ritual, pero sigue acciones, expresiones y fines preestablecidos, son pautadas desde una cosmovisión. Se trata de expresiones verbales que pueden tener una formalidad en su estructura y entonación, o bien una creación

libre, en las que prevalecen manifestaciones de alabanza, súplica, peticiones, agradecimientos, o de exigencia, demanda y amenaza; dirigidos a uno o más seres sobrenaturales o taumatúrgicos (Arano leal 2011: 109).

En cuanto a la función de la oración dentro de los ritos de curaciones tradicionales establece que

aunque es un acto comunicativo entre los humanos devotos que se dirigen a seres sobrenaturales, no sigue las reglas del lenguaje cotidiano, ya que la interpretación de la respuesta y del interlocutor, están en función del orante. Así que la posibilidad dialógica y comunicativa de la oración, queda sujeta a las creencias, concepciones y expectativas del orante; es decir, a su religiosidad y a su cosmovisión (Arano Leal 2011: 110).

O en palabras de Lupo:

La oración posee una dimensión esencialmente oral; es fundamentalmente un acto de comunicación y nace para ser enunciada [] Por consiguiente, se trata de un verdadero diálogo para quien la pronuncia: un diálogo anómalo, en el que una de las partes, aunque se la suponga presente, escucha pero calla; la respuesta, si existe, llegará en un segundo momento, por medio de signos no lingüísticos (sueños, prodigios, mensajes adivinatorios que habrá que interpretar) o acontecimientos de la realidad (Lupo 1995: 49).

CURACIONES POPULARES Y CATOLICISMO

En este punto haré una breve digresión referente al rol del catolicismo dentro de estos procesos curativos. Me interesa aquí distanciarme del abordaje que propone que los “sanadores tradicionales” se apropian o se re-apropian de elementos inherentes al catolicismo (Arteaga et al. 2008:9) para utilizarlos durante sus prácticas curativas. Considero que esta afirmación contiene el supuesto de que estas prácticas pertenecen a un universo de sentido alejado del de la religión oficial y que toma de ella símbolos que condensan poder (como ser: la señal de la cruz, la importancia del número tres, etc.) para otorgar mayor eficacia a sus procedimientos.

A lo largo de mi trabajo de campo tuve la oportunidad de comprender de qué manera, en muchas ocasiones, la cura del “empacho” y el “ojeo” se experimenta como una forma más de “poner en acto” las creencias católicas. Es decir, que están integradas a un conjunto de rituales devocionales pertenecientes al catolicismo, al menos, para la experiencia de los nativos. Este es el caso de Mariana y Mónica, dos curadoras que presentaron sus prácticas relacionadas a la cura del “empacho”, “mal de ojo”, “quemaduras” y otras, en estrecha vinculación con su trayectoria como católicas practicantes. Ambas aseguraban que las curaciones se trataban simplemente de “una oración más” en donde el elemento central era la fe en Dios.

También encontramos esta aproximación en un trabajo realizado en Capital Federal con una informante de clase media:

lo de curar el mal de ojo no es nada de brujería, magia negra o cosas raras, es absolutamente normal... yo soy católica y muy creyente, esto es una cosa distinta que los médicos no curan”⁶ (Brandi 2002: 14).

Es muy interesante ver como la fe católica, no solo es un factor central dentro del proceso curativo si no que también es, a su vez, la fuente de su legitimidad. Una de las herramientas simbólicas más eficaces para alejarse del estereotipo estigmatizado de los curanderos, quienes son tratados – por el discurso biomédico y, a su vez, por la matriz simbólica englobante- como estafadores, charlatanes o, en el mejor de los casos, simplemente ignorantes.

Si bien esta afirmación no resulta completamente aplicable para el área de Capital Federal y Gran Buenos Aires, no podemos negar que es una tendencia presente y de importancia en nuestro estudio de caso. Es claro que también existen otros abordajes que toman los procedimientos curativos populares al margen o al menos en forma paralela a la fe católica. Estas otras formas de comprender la curación popular se relacionan mayormente a las creencias y prácticas ligadas a la “New Age”. En este sentido, tampoco podemos descartar la posibilidad de que estas complejas configuraciones se presenten como un nuevo giro que toma forma sobre bases católicas tradicionales, pero en el que se insertan elementos propios de las “religiosidad popular”, las corrientes “new age” y el esoterismo. Desarrollaremos esta problemática en el cuarto capítulo de este trabajo.

LA ENVIDIA Y EL CRITERIO DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

Retomando las consideraciones de Press acerca de la medicina “folk”, coincido con su postura a la hora de entender determinados padecimientos tradicionales como mecanismos de nivelación que tienden a mantener una homogeneidad económica -en términos materiales y simbólicos- (Press 1979: 74). Creo que este es el caso del “mal de ojo”, al menos, en la provincia de Buenos Aires. En muchas de las entrevistas, las preguntas llevaban a hacer detalladas descripciones del barrio y de la condición social de los vecinos. Existía claramente una condena social hacia

⁶ En el segundo capítulo desarrollaremos de que manera opera esta “identidad precautoria” (Wright 2008) en los sujetos que recurren a estas curaciones.

aquellos que se alejaban del nivel socio-económico medio del barrio, ya sea, por las características de su vivienda, automóvil u otras propiedades. A su vez, siempre que la pregunta se orientaba hacia las causas del ojeo, la envidia por parte de una persona del entorno cotidiano era identificada como el motor principal. La misma siempre era motivada por una propiedad, o una persona capaz de generarla. Como afirma Idoyaga Molina:

La envidia se origina en desequilibrios sociales, alude a los conflictos emergentes en la vida cotidiana, revela la cercanía y la habitualidad del trato entre la persona que padece el mal y la que lo ha causado, expresa los peligros que plantea la interacción social, ubica la enfermedad en el mundo circundante, en la proximidad del ahí, que se convierte en proximidad amenazante (Idoyaga Molina 2001: 31)

Creo que el mecanismo se hace patente en el caso de los bebés, como ya mencioné. Al pedir una definición de cuáles serían los bebés “más lindos”, es llamativa la coincidencia que se encuentra en la descripción de los mismos: se menciona especialmente el poseer ojos claros, cabello rubio y tez blanca como los parámetros de belleza más valorados. Es claro como el estereotipo caucásico a nivel fenotípico opera como la representación más deseable en relación a la belleza física. El orden jerárquico que se establece, de acuerdo a las matrices raciales, ya ha sido acabadamente elaborado por Rita Segato (1998) bajo la noción de “pigmentocracia”. Este concepto ha sido central para comprender las tensiones que se establecen entre los estados nacionales y aquello que es percibido como “alteridad”, es decir, las llamadas “matrices nacionales de alteridad”. Los estereotipos más cercanos a los pueblos originarios son material e imaginariamente ubicados como el “otro” respecto del “self” nacional, y sin dudas esto los coloca en una situación subalterna en relación al estereotipo dominante. Paradójicamente, el fenotipo que se ubica en la más alta estima no es siquiera aquel más extendido entre los sectores dominantes a nivel nacional, si no que está establecido de cara al modelo caucásico, dejando bien en claro cuáles son los rasgos a los que el imaginario nacional aspira idealmente. No es un dato menor que exista una extendidísima tendencia, especialmente entre las mujeres, a teñirse el cabello oscuro con tonalidades llamativamente claras siendo casi inexistente la tendencia contraria.

Regresando a la problemática de los niños, esta especial preocupación por ellos genera que, en muchos casos, se les coloque una cinta roja en la muñeca, lo mismo ocurre con los automóviles que, por lo general, llevan una cinta roja atada al espejo retrovisor. Acá vemos como, los hijos, especialmente los bebés, y muy especialmente los bebés “más lindos”, entran

dentro de un conjunto de elementos capaces de despertar la envidia del medio circundante y a los que debe protegerse especialmente a fin de evitar los perjuicios que la misma provoca. Así lo explica una de las informantes en el trabajo de Strasser (situado en la localidad de Azampay):

[...] **dicen que es a veces cuando una tiene mucha envidia, cuando a uno le codician mucho,** esas cosas, pero yo digo, por qué?! Tanta envidia o tanta codicia, si yo no tengo hijos, yo quisiera tener un hijo, unito solo digo, para enseñarle y para que me ayude a hacer las cosas y digo, y hay otros por ejemplo que tienen muchos (Strasser 2011: 139).

Por lo tanto, podemos sostener que “la envidia es entonces una teoría de las relaciones sociales que inevitablemente fluye frente a la percepción de la desigualdad” (Taussig 1987: 393).

A su vez, como ciertos estudiosos han señalado, generalmente las personas sospechadas de provocar el “mal de ojo” suelen ser mujeres mayores que no han tenido hijos. Tal es el caso de Herzfeld (1981) en su trabajo sobre las acusaciones de mal de ojo en una aldea al interior de Grecia, “Meaning and morality: a semiotic approach to evil eye accusations in a greek village”. En este trabajo, el autor aborda el fenómeno del mal de ojo desde una perspectiva semiótica según la cual hay un sistema simbólico formal (que rige al interior de esa aldea en particular) a partir del cual los comportamientos individuales obtienen un significado. Estos comportamientos son los que van a establecer si se considera que determinado individuo debe “clasificarse” como dentro o fuera de la comunidad (Herzfeld 1981: 563).

Considero que este abordaje puede ser de utilidad para comprender como el mal de ojo en sí mismo pero, sobre todo, las acusaciones de mal de ojo logran dar sentido y ubicar en un lugar simbólico claro a ciertas personas que resultan, a criterio de los actores, problemáticas o poco confiables. Esas tensiones implícitas que se suscitan con aquellos que están, simultáneamente, cerca (en un plano físico) y lejos (en un plano simbólico), adentro y afuera del grupo de pertenencia.

Este mismo elemento puede ser señalado en la presencia del “mal de ojo” en Turquía, en este caso se lo designa con el nombre nativo de “Nazar” y es un fenómeno de mucha relevancia en esta región, a tal punto que pueden verse amuletos protectores contra este mal, en las puertas de las viviendas, automóviles, animales, o escondidos en las ropas de los niños. Este amuleto es conocido con el nombre de “Boncuk Nazar” y representa la imagen de un ojo azul. La creencia indica que remite a los ojos claros de los nórdicos, quienes eran fuertemente sospechados de ser los causantes de este mal, durante el período de invasión a la región turca. Cabe señalar que aquí,

los ojos claros aparecen como los potenciales “victimarios” y provocadores del mal de ojo, invirtiendo la concepción que registramos en nuestro campo, según la cual los ojos claros son considerados los más envidiables y, consecuentemente, más vulnerables a este mal. Es clave comprender la incidencia de la dimensión histórica y la forma en que los procesos de cambio y reconfiguración por lo que esté pasando un grupo social determinado, son reelaborados en términos simbólicos.

Un caso de similares características fue señalado por Pitt Rivers (1989 [1954]) en “Grazalema” un pequeño pueblo en las sierras de España, aquí las mujeres gitanas son las más temidas en lo que refiere al poder de su mirada para “ojear” a otros miembros de la comunidad. En el mal de ojo podemos ver como se significan y se liberan estas tensiones sociales, determinando lugares de distancia y enemistad (en el caso de la acusación) y lugares de afinidad y cooperación (en el caso de la cura).

Si queremos profundizar este análisis, debemos preguntarnos: ¿qué es lo que las personas están comunicando a través de este “complejo simbólico”?, ¿qué significados están siendo otorgados al interior de este juego? En primer lugar, podemos decir que todos los individuos susceptibles de ser afectados por el mal de ojo, tienen como condición necesaria, ser posibles objetos de la envidia ajena (Galt 1982). Quizás la manifestación más clara de este rasgo, se dé a través del uso de amuletos profilácticos (estampitas debajo de la ropa, cintas rojas, etc.) y esto sea, lo que ellos comunican en forma primordial. Un auto que lleva una cinta roja, comunica, como primera medida, que ese objeto espreciado, no solo para su dueño, sino para la comunidad en general y, por lo tanto, es posible que sea envidiado por otros individuos que lo deseen. A su vez, cuando un individuo es diagnosticado efectivamente de esta dolencia (“ojeadura”), se pone de manifiesto que existen otros individuos que han sido capaces de envidiar su situación privilegiada en algún sentido, ya sea económica, laboral o familiar. De estas afirmaciones podemos deducir que, en tanto complejo simbólico, el “mal de ojo” puede ser una manera de posicionarse socialmente. En algún punto, la envidia ajena aparece como un sentimiento deseable y un marcador de status social (Galt 1982).

Retomando los criterios de inclusión y exclusión delineados anteriormente, también debemos hacer mención a la regla que me fue transmitida varias veces y por distintas personas a lo largo de las entrevistas, esta es: la falta de efectividad al curar a personas del mismo núcleo familiar o de

la “misma sangre”. También se ha mencionado, en algunas ocasiones aisladas, la imposibilidad de enseñar las fórmulas secretas a miembros de la propia familia.

A: -y si te pasa a vos, ¿quién te cura?-

V: -y... intento yo pero dicen como que..., dicen viste, que se yo, si vos le vas a sacar a tus hijos o te vas a sacar a vos, como la relación es muy estrecha es como que no conviene o no tiene tanta efectividad. ¿Viste que Mari (la hija) me pidió ahora que le cure a Abril (la nieta)? Y ella sabe, yo le enseñé-

A:- si, si-

V:- Claro, dicen que cuando la relación es muy estrecha como mamá -hijo, en realidad no conviene mucho, entonces conviene ir a buscar a alguien que te de una manito- (Verónica, 56 años)

En primera instancia debemos mencionar que las mismas personas que referían a esta regla, luego relataban con detalle como oficiaban como “curadoras” respecto de sus hijos, sobrinos y nietos. En esta dicotomía podríamos ubicar lo que Malinowski (1985) definió como “uso legalizado”, es decir, usos tolerados que, aunque vayan en contra de la norma están establecidos tan fuertemente como la misma “ley tradicional” (Malinowski 1985:60). Es interesante ver como este hecho, si bien es contradictorio, no representa un impedimento para la práctica misma. Un buen ejemplo de esto es el siguiente fragmento de mi entrevista con Camila:

C:- sí, me acuerdo cuando era chica que mi hermanita estaba siempre ojeada, pero mi abuela no le curaba, le curaba una señora de la vuelta , porque decía que mi abuela, como era de la misma sangre, le hacía mal, o sea, le aliviaba pero no le curaba-

Y:-¿y a vos?-

C:-y, no sé, a mí me curaba mi abuela-

Esta suerte de “regla exogámica” tendría un funcionamiento homologable a lo descrito por Lévi- Strauss sobre la teoría de la alianza en “Las estructuras elementales del parentesco” (1985). Según el autor la prohibición que responde al tabú del incesto estaría generada por la necesidad de las sociedades de romper con la tendencia endogámica al interior de sus clanes y sentar las bases de ciertos principios de cooperación exogámicos.

Siguiendo esta línea, podemos entender la norma fijada de nuestro caso de estudio particular, es decir, la falta de eficacia e incluso el posible daño que puede darse al efectuarse curaciones entre personas de la misma sangre (Idoyaga Molina 2001), como consonante con los lineamientos teóricos citados anteriormente. En última instancia, la prohibición de realizar curaciones al interior del núcleo familiar sería condición y motivo para generar lazos cooperativos en niveles de sociabilización más extensos, como pueden ser los vínculos de amistad, compadrazgo o vecindad. Si bien es una norma pocas veces respetada, creo que puede ser entendida como la intención indirecta de formar, a través de las curaciones que se realizan cotidianamente, lazos de ayuda o de contención, que excedan los límites de la familia nuclear. Así como la enfermedad aparece insertada en una red de relaciones interpersonales, la cura también se encuentra dentro del entramado social de los sujetos.

También podemos hallar en esta mecánica lo que Marcel Mauss (1979) denominó “circulación de dones”, entendiéndola como el intercambio de bienes tanto materiales como simbólicos en apariencia de carácter libre y voluntario pero que, verdaderamente, guardan un carácter moral obligatorio. Posteriormente analizaremos como, en muchas ocasiones, las curaciones populares se presentan en términos de obligación o deuda hacia otros.

EL “DAÑO”

El “daño” se trata de un “mal” realizado por encargo a un curandero a fin de generar distintos perjuicios en su víctima (Strasser 2011).

Las manifestaciones del daño se revelan como el padecimiento de enfermedades orgánicas, trastornos emocionales, así como tensiones familiares y sociales, problemas económicos, laborales o sentimentales y tienen habitualmente como consecuencia la consulta a un curandero que usualmente se encarga, a través de la manipulación ritual, de deshacer el daño (Viotti 2003: 117).

Dentro del conurbano bonaerense y la ciudad de Buenos Aires, otra de las denominaciones más utilizadas para señalar este tipo de acción simbólica es el término “trabajo”. Característica que podríamos considerar propia de esta área. Si bien también se encuentra popularizado el uso de otros términos, como: daño, hechizo, gualicho, maleficio, conjuro, etc.

Las consecuencias de estos “trabajos” pueden implicar: despechos sentimentales (como amores no correspondidos o traicionados), trabas afectivas, problemas económicos,

manifestaciones físicas a través de patologías o enfermedades psíquicas (que pueden ir desde la pediculosis hasta problemas en el habla), dificultades para relacionarse con el entorno social y, en última instancia, la muerte. Para efectuar estas operaciones suelen utilizarse una gran variedad de elementos, generalmente asociados a la víctima, como pueden ser: restos de ropa, cabello, uñas, fotografías o su nombre (cuyo rol también es sumamente importante a la hora de la curación). O ciertos objetos que portan un simbolismo asociado a lo demoniaco y a la muerte, como es: la tierra de cementerios, los huesos molidos, los crucifijos y las calaveras (Arteaga 2006).

En la bibliografía consultada, el “daño” es descrito como una categoría tradicional de enfermedad, como un *taxa* más de enfermedad cuya singularidad reside en hallar su origen en algún desequilibrio social muy generalmente ligado a la envidia, la venganza o el deseo de destrucción del otro (Arteaga 2006; Viotti 2003; Idoyaga Molina 2002a y 2002b). No obstante y apoyándonos en nuestro material de campo, debemos señalar que en nuestra área de estudio, los términos “daño” o “trabajo” son utilizados para referirse a aquellas operaciones rituales realizadas con el fin de provocar un mal o dolencia en la víctima, y no para definir el mal en sí mismo.

Mayoritariamente, los “trabajos” son encargados a terceras personas –como pueden ser brujas o curanderas⁷- por temor a tener que soportar la potencia del contra-daño, en caso de que la víctima se recupere (Arteaga 2006). En este caso son los especialistas quienes están en condiciones de afrontar este ataque, ya que conocen formas específicas de dominar a las potencias malignas.

Estrechamente relacionado a la envidia, “el trabajo” ha aparecido en nuestro campo de estudio como un fenómeno muy presente y bastante extendido en esta región. A pesar de esto, las apropiaciones y aproximaciones elaboradas en torno al mismo son de una gran variedad, yendo desde la aceptación total hasta la resistencia, pasando por instancias de duda o indiferencia.

Para poder profundizar el análisis de los casos relevados en relación a esta temática, introduciré el marco de referencia delineado por Marcel Mauss (1979) en su “Esbozo de una

⁷ En otras regiones de Argentina, como es el NOA, se establecen claras distinciones entre curanderos, hechiceros y brujos. En primer lugar, podemos decir que los curanderos son definidos como aquellos capaces de efectuar tanto daños como curaciones. Bajo la categoría de hechicero se agrupan aquellos individuos que conocen procedimientos específicos para hacer el mal y utilizan sus poderes con tal fin. En tercer lugar, brujos es el término que se reserva a aquellos que poseen en forma natural –es decir, desde su nacimiento- o a través de un pacto con el diablo, los poderes de mayor intensidad y peligrosidad (Idoyaga Molina, 2001). En la región que nos compete los términos suelen utilizarse indistintamente y de una manera bastante flexible.

teoría general de la magia”. Desde esta perspectiva, la magia se conforma de: agentes, representaciones y actos. Los agentes son aquellos que el autor denominó “magos” (sean ellos profesionales o no), las representaciones son todas las ideas y creencias que corresponden a los actos mágicos y, por último, como “actos” se entiende a todo “rito mágico”. El “acto mágico” es principalmente, un “acto tradicional” y posee un carácter performativo, es decir, un carácter creador, eficaz. Está condicionado a especificaciones de tiempo y lugar, en él se ven implicados materiales e instrumentos cuya elección y preparación también se somete a ciertos condicionamientos de este tipo (Mauss 1979).

El acto ritual, posee una eficacia propia que le es inmanente “posee la virtud intrínseca de constreñir directamente las cosas. Se basta a sí mismo” (Mauss 1970:141). Considero que este es el caso de los rituales que se realizan con el objetivo de revertir los “daños”. Según el autor, las prácticas mágicas están lejos de carecer de sentido, por el contrario, ellas responden a representaciones llenas de contenido, representaciones que se expresan en el rito como un lenguaje. Todo acto mágico implica un cambio de estado, veremos en los ejemplos siguientes como se dan los pasajes de: libre a amarrado, de trabado a destrabado, etc. Fundamentalmente se busca que los sujetos queden inmersos o libres de un estado perjudicial.

El acto mágico es una representación sintética: implica seres y cosas que son vinculados de una manera especial entre sí. Durante el mismo, causas y efectos quedan confundidos, no aparece separación entre el deseo y su realización, ambos aspectos quedan fusionados en un acto de eficacia inmediata. Estas fusiones, pueden basarse en las célebres leyes desarrolladas por Frazer (1955) en “La rama dorada”. Ellas son: de simpatía (semejanza) o antipatía, es decir, en leyes de contigüidad/contagio, similitud (simpáticas) o contraste (antipáticas).

La ley de contigüidad tiene como característica central el contacto directo con el individuo al que se quiere afectar (en forma positiva o negativa) a través de la magia, cualquier tipo de contacto será suficiente para actuar sobre él. Debido a esto es que en los actos mágicos se utilizan: prendas, objetos personales, pelos, uñas, etc. La ley de similitud o simpatía mimética indica que lo semejante evoca o actúa sobre lo semejante, por tanto, suelen utilizarse distintas formas representativas del destinatario de la magia, puede ser: una fotografía, un muñeco, un dibujo e incluso su nombre escrito en un papel. La ley de antipatía o contrariedad se apoya sobre un juego de opuestos e indica que cada cosa actúa sobre su contraria. Por ejemplo, en un rito mágico que tiene como objetivo detener la lluvia, se evoca una representación del sol.

Para indagar en la temática del daño, nos remitiremos a algunos ejemplos concretos que serán de utilidad para comprender como se ponen en juego las categorías mencionadas anteriormente.

En una de mis entrevistas con Mariana, me comentó detalladamente la forma en la que su madre había sido víctima de un “trabajo” el mismo día de su casamiento, “trabajo” que había sido realizado específicamente sobre su vestido de novia. Para Mariana, la forma de llegar a tener conocimiento de este mal, fue a través de una sesión de tarot con una especialista. Durante la misma ella decidió consultar por la “situación astrológica” de su madre. Como respuesta a esto la tarotista se explayó sobre las dificultades que había tenido la mamá de Mariana (Beatriz) para desarrollarse en su vida, tanto en lo económico como en su vida sentimental, parecía que todos los proyectos que comenzaba, de alguna manera “se le pinchaban”. Estas dificultades estaban ligadas a un “trabajo” realizado hacía muchos años que continuaba actuando sobre ella. A su vez, las cartas exponían que este mal se encontraba asociado de alguna forma a una “decisión importante en su vida” y a una persona cercana al padre de Mariana, del que Beatriz estaba separada (aunque no divorciada) hacía más de 10 años.

“Me parece que es cercana a la familia de tu papá”, me dice. Entonces yo, me pongo a pensar, y le empiezo a preguntar a mi mamá, al principio no me dio mucha bola pero un día me cuenta: “¿Sabés que estuve pensando?, yo me acuerdo que tu tía, ¿cómo fue?, el tocado, el tocado lo hizo una amiga de tu tía, y para que sacara el color del tocado o no sé qué le llevaron el vestido. Con el tiempo yo supe que esa amiga de tu tía, era Nélide”, que era la ex novia de mi papá, muy amiga de mi tía. “ah, entonces el vestido sí pasó por manos de esta mujer”, “sí, yo sé que un tiempo lo tuvo en su casa”, me dice. Entonces el día que la mujer esta me tiró las cartas, llego a la conclusión, que el trabajo estaba, en el día del casamiento, en un elemento del día del casamiento”

Según Mariana, el “destrabe” del trabajo se dio en el momento en que sus padres efectivamente firmaron el divorcio (hace apenas dos años). A partir de ese momento, su madre consiguió un buen trabajo y su situación económica y personal se transformó por completo. La informante dejó en claro, que un “trabajo” puede ser tan poderoso que puede lograr “trabar” el desarrollo personal de un individuo durante más de veinte años, a pesar de esto, la solución de este “daño” no se da necesariamente a partir de recurrir a un especialista sino a partir alguna

decisión del mismo afectado que lo “desligue” de aquello que alguna vez le generó dicho mal. En este caso, el casamiento con el padre de Mariana.

Aquí podemos observar cómo se pone en juego la ley simpática de contigüidad, especialmente en lo que refiere al vestido de novia. Al ser un elemento que pertenece y que ha de tener contacto con la víctima, todas aquellas acciones que hayan sido dirigidas materialmente a esta prenda, repercutirán, por contigüidad, en la vida de su dueña.

Tanto en este caso como en los que analizaremos a continuación es fundamental notar de qué manera los “daños” se ven asociados a puntos claves de las trayectorias sociales de los sujetos como es el del casamiento y el divorcio, puntos cargados de significados sociales que marcan cortes en las vidas de estos individuos. También es muy interesante reparar en cómo se construye el rol de “la novia” y los elementos tradicionales que se le asocian, como pueden ser: el vestido, el tocado, las fotos, etc. Todos los rasgos que se ven implicados en este ritual, evidentemente llaman la atención del medio circundante y, a su vez, colocan a la novia como un blanco fácil de la envidia ajena. Debido a esto, en ciertos contextos culturales, la pareja recién casada y, en especial, la novia se considera extremadamente vulnerable y susceptible de ser “atacada” por el “mal de ojo”. Incluso se cree que el “velo nupcial” tenía como función originaria evitar el contacto directo de las miradas ajenas con su cuerpo. Debido a esto en algunos países se ofrecen recipientes de sal como regalo de bodas, a fin de generar protección contra este mal (Lykiadopoulos 1981).

El segundo caso que analizaremos es el de Verónica, éste me resultó de sumo interés, ya que su visión de los hechos muestra en forma muy clara, la tendencia ambivalente que puede darse en estos casos en los que creer se considera un desenlace inevitable ante la evidencia de los hechos y, sin embargo, aún hay un marco lógico que restringe y constriñe la posibilidad de esta creencia.

Durante la entrevista, al preguntarle a Verónica sobre sus experiencias en relación al “daño”, comenzó a relatarme un período de su vida que comenzó a partir de su separación. Durante el mismo se enfrentó a muchísimas complicaciones económicas y otros eventos accidentales. Entre ellos destacó las constantes lastimaduras que sufrían sus dos hijas más chicas por caídas “tontas” y una ocasión en que “reventó” una lámpara de vidrio en el comedor de su casa.

Ante esta situación y a pesar de tener cierta reticencia decidió buscar ayuda en un Pai Umbanda allegado de su actual pareja, Silvio.

V:- Bueno, Silvio tiene un muchacho conocido del barrio que es Pai umbanda pero no para magia negra ni nada, todo por el lado de la religión y de lo que ellos, porque ellos, los umbandistas separan en magia blanca y magia negra, la magia blanca es todo para cosas buenas. Entonces le dije un día, “escuchame una cosa, esto ya no me lo banco más, ¿vamos a ver a Raúl?”, era fácil, o iba a ver a alguien que me tirara las cartas o íbamos a ver a Raúl.-

Durante este encuentro, Raúl le indicó a Verónica cual era el santo Umbanda que le correspondía, y le pidió que lleve siempre su nombre junto a ella. También le pidió una vasija de barro, un paquete de azúcar y una botella de vino “pero del más barato”. A partir de ese momento, y ante la propia sorpresa de Verónica –quien tenía sus dudas respecto de la efectividad de estas prácticas- la situación comenzó a cambiar, “a darse vuelta”, dejó de estar “todo tan torcido y de ser todo tan complicado”.

Verónica:- por más que vos quieras ser muy realista y tengas la cabeza muy bien puesta y digas “yo en estas cosas no creo”, decís “la puta madre, acá algo está pasando. Entonces decís, bueno, pará. No puede ser, la semana que las chicas no estaban enfermas, pasaba algo acá adentro. Y bueno, después este muchacho (Raúl), me dijo “quédese tranquila”, lo único que me pidió, ya te dije-

Agustina:- ¿y te dijo que iba a hacer?, ¿te explicó?-

V:- No, no me dijo nada. Yo dije, un paquete de azúcar y una botella de vino, se pondrá en pedo, jaja. Pasado un mes de la situación, me dijo “buscá en tu casa, pero afuera de tu casa, buscá a ver si encontrás algo raro”, no me dijo que. Y le digo “pero qué tengo que buscar, ¿un papel?, ¿un palo?, ¿un ramo de rosas?” jaja, “buscá, quizás encuentres algo que te llame la atención”. Bueno, me olvidé, pasaron como 15 días más y me pongo a acomodar las plantas. Iba a plantar unas plantitas, así que hice el agujerito y me encuentro enterrado, un collar de perro de ahorque, de esos que tienen pinches –

A:- sí-

V:- A las nenas nunca les conté, encontré un collar de perro de eso de los doberman, de ahorque-

A:- sí, sí-

V:- Lo llamé a Silvio “preguntale a Raúl si de esto estábamos hablando”. Silvio le dice “escuchame ¿viste que vos le habías dicho a Verónica?”, bueno, antes que le dijera, “¿encontró lo que la estaba asfixiando?” dijo Raúl. –

A:- ah, no-

V:- Le dijo, “no me digas, pero no solo que la estaba asfixiando, si no que con el elemento se puede asfixiar o llegar hasta la sangre”. “Encontró un collar de perro de ahorque”, le dijo. “Listo, ya está”. Fijate que él (Raúl) lo dijo antes que él (Silvio) le dijera que era-

Si bien el relato es sumamente consistente y el daño aparece como un fenómeno totalmente incorporado, a través de una serie de comentarios (en algunos casos de tinte burlón), se coloca cierta distancia o escepticismo, no solo sobre la existencia del daño sino sobre las posibilidades del Pai de actuar sobre el mismo. Y este aspecto cobra aún más relevancia si cotejamos este relato con el siguiente fragmento (temporalmente anterior) de la misma entrevista:

A:-¿te parece que eso puede tener alguna repercusión en la vida de otra persona?, ¿Qué le hagan un trabajo, un daño o que le deseen el mal?-

V:- y la verdad que no..., te podría decir que a lo mejor que sí. Yo no sé cómo se hacen esos trabajos porque no tengo ni idea, si yo agarro este papelito y le pongo de un lado Pedrito y del otro María, unidos para siempre, no sé si eso sirve, salvo que hagas un trabajo psicológico sobre la persona que querés dañar. No sé si se hace sobre la persona directamente, si tenés que agarrar un muñequito y pincharle los ojos. No te puedo hablar mucho porque no he pasado por esa situación, obviamente no he ido a pedirle nada a nadie. Porque también hay otro tema, se me ocurre, ponele que vos me sacás los lentes y se los llevás a una bruja, la bruja dice con esto va a hacer un trabajo. Pero vos seguís en contacto conmigo, entonces vos psicológicamente venís martillando sobre mí. Porque capaz te dice la bruja “con el trabajo que le hago a estos lentes la voy a volver loca”, pero vos que seguís en relación conmigo, vos estas laburando encima mío, porque vos, como ella te dijo que te va a volver loca, vos vas a trabajar encima mío, para que psicológicamente yo empiece a estar desequilibrada. Porque en realidad creo que la que hizo el trabajo, es la otra sobre vos, para que vos actúes sobre mí. ¿Entendés?”-

Acá vemos como se presenta un argumento psicologizado sobre la eficacia del daño. Argumento estrechamente unido a la cultura “psi” (Plotkin 2003, Semán 2003) que permea las clases medias en Buenos Aires y su consecuente psicologización de la experiencia. Las consecuencias “reales” del daño podrían estar dadas por las disposiciones psicológicas entre la persona que va en busca de realizar un daño y el especialista al que recurre. Si bien es presentada

solo como una hipótesis, no es una hipótesis cualquiera, sino que justamente logra borrar todos aquellos elementos irracionales que conlleva la aceptación de una operación mágica o ritual.

En primer lugar –y a modo de advertencia- debemos tener en cuenta que toda actividad narrativa (como la que ha desarrollado Verónica) se encuentra abierta a una ambigüedad interpretativa. La narración debe ser entendida mucho más como un proceso de “dar sentido” a los hechos que como un producto acabado sobre determinados eventos (Garro 2003). Por otra parte, considero que en esta apertura ambivalente hacia la existencia del daño, se manifiesta la convivencia de dos lógicas que son, en principio, contradictorias. Por un lado, se plantea una lógica estrictamente racional, según la cual las transformaciones en las vidas de los sujetos se darían exclusivamente a partir de vínculos sociales, y de “efectos psicológicos” derivados de los mismos. Por otra parte, se reconoce la eficacia de algún tipo de daño, representado en el collar de ahorque y, a su vez, en la eficacia de un Pai Umbanda para deshacer aquel trabajo mediante ciertos elementos simbólicos (la vasija, el azúcar y el vino) dando cuenta de la forma en la que opera otra lógica en la que existe un espacio para la presencia de elementos “mágicos” que desbordan los límites de la razón. Por supuesto que en el devenir del relato, esta contradicción tiene más o menos protagonismo y, de alguna manera, estas tensiones quedan resueltas.

El trabajo de Klass (1991) puede resultar iluminador en este punto. Partiendo del concepto “sistemas de creencias en colisión”, el autor analiza la forma en la que se inscriben ciertos hechos “milagrosos” en la perspectiva de un joven médico seguidor del líder espiritual Sathya Sai Baba. Particularmente analiza el “regreso a la vida” de un hombre al que se había dado por muerto durante cuatro días. A partir de registrar las impresiones del informante sobre este evento, se pone en evidencia que: si bien él no dudaba en absoluto de los principios científicos que regían su profesión, simultáneamente era un feroz defensor de la veracidad de este tipo de acciones extraordinarias llevadas a cabo por Sai Baba. Al indagar en esta cuestión la respuesta del entrevistado fue simplemente: “Baba es Dios, él puede hacer cualquier cosa” (Klass 1991:1). Ante las preguntas del investigador, que giraban en torno a cómo era posible que un individuo pudiera combinar estos dos sistemas de creencias -cuando ellos resultaban tan contradictorios entre sí- resultaba evidente que, desde la visión “emic” del asunto, la contradicción no era tal. A pesar de que el universo se encuentre sujeto a leyes inviolables, existe una potencia capaz de “poner en suspenso” o revertir dichas leyes.

Para introducirnos nuevamente en el tema del “daño”, también es interesante señalar como el mismo ocurre durante momentos de corte o transición que los sujetos consideran significativos. Tal como en el caso de Verónica todo el relato se desarrolla a partir de un punto marcado como: “Después de que me separé”, en el ejemplo siguiente sucede a partir del casamiento (al igual que en el primero de los relatos analizados). Este es el caso de Pamela, cuya narración se basa en un “trabajo” realizado a su marido, pocos días antes de su casamiento:

Agustina:-¿qué le pasó?-

Pamela:- tenía dolores de estómago terribles, le agarraban, ponele, cada mes y medio, le agarraba un dolor de estómago terrible, fiebre altísima, pero altísima 41 de fiebre, una cosa así terrible, y ponele después así de golpe se le pasaba. Le hicieron todo, estudios, no le apareció nada y le agarraba así, eran como ciclos, ¿no? una cosa rarísima. –

A:- claro, sí-

P:- entonces yo tenía una compañera que tenía una señora que curaba en el trabajo, que se yo, y me dice “che, dale”, el no creía en nada, pero bueno, yo le llevo una foto y vemos. Bueno, cuestión es que fue a la casa de mi suegra, y me dijo, “si, tiene un mal” que se yo, me dijo “esta casa hay que limpiarla”, ¿viste? como dicen todas las brujas..., que se yo –

A:-¿ustedes vivían ahí?-

P:-no, pero ella quería ir a donde vivía Lucio porque le agarró la primera vez antes de casarnos, 15 días antes de casarnos , por ahí venía la mano, entonces la mina dijo “yo quiero ir a la casa donde él vivía, donde empezó la enfermedad, entonces fue y salió al patio, y le dijo “viene de ahí”, y señala una casa que la mina era amiga de mi suegra y la hija estaba re caliente con Lucio, o sea, siempre quedó como que fue la pendeja la que lo hizo, que se yo-

A:- claro-

P:- yo te digo, hasta ahí, yo tengo mis..., bueno, la cuestión es que me dijo, comprá unas velas, yo... compré las velas-

A:- hiciste lo que te dijo...-

P:- sí, compré las velas, tampoco esas cosas a mí... ¿viste? , jaja-

A:- jaja-

P:- no, nada y no le agarró más-

En este caso queda claro que el daño proviene de una persona que “desea” al afectado, y realiza este trabajo como “castigo” o “venganza” por su casamiento con otra mujer. A pesar de

que las medidas aconsejadas para “cortar” el trabajo fueron eficaces, la informante pone en duda permanente tanto la existencia del daño como la posible eficacia del mismo. A lo largo de todo el discurso se reconocen mitigaciones o dudas respecto de la operación.

El tipo de magia que se pone en juego es de carácter simpático, pero en este caso responde a la ley de similitud, ya que se utiliza una fotografía del afectado en representación del mismo. También el uso del fuego como recurso destructor del “daño” y purificador es otra de las representaciones tradicionales ligadas a los “actos mágicos”.

También es importante tener en cuenta que el relato hace referencia a una situación que se repetía cíclicamente para la que los controles biomédicos no fueron exitosos ni en descubrir su causa ni en determinar un tratamiento adecuado. Considero que la extraña frecuencia con la que aparecían los síntomas (cada un mes y medio y de manera muy aguda), así como el fracaso de la terapia biomédica son las condiciones que en este caso, habilitan a Pamela a indagar en la cuestión del daño. Como afirma Viotti “La falta de dictámenes y tratamientos adecuados confirma el diagnóstico o la sospecha de que el doliente padece la brujería” (Viotti 2003: 123).

La forma en la que los sujetos abordan selectivamente los procesos que atraviesan, a través de un enfoque biomédico o un enfoque tradicional, ha sido profundamente trabajada por Linda Garro (2003) en la comunidad Anishinaabe. En este caso, la autora señala dos puntos claves que provocan una tendencia en algunos miembros de la comunidad a aceptar interpretaciones “tradicionales” de los procesos que están sufriendo. Uno de ellos es – como mencionábamos anteriormente- la falta de eficacia de las terapias biomédicas ante determinado padecimiento. Y otro, es la incapacidad que demuestra la medicina a la hora de establecer cuál es la causa última de que un individuo particular padezca una enfermedad determinada. Tal como indica uno de los informantes: “they have a name for it, but they don’t know what cause it” (Garro 2003:25).

A fin de poner en evidencia estos hechos, la autora se centra en la trayectoria de Mrs. Cook, una joven Anishinaabe que ha abandonado su comunidad de origen para realizar su formación profesional en el área de la biomedicina. El evento central sucede durante unas vacaciones en las que Mrs. Cook regresa a dicha comunidad con el fin de visitar a su familia. Durante su estadía, padece ciertas extrañas y repentinas alteraciones en su rostro, tanto en su forma como en su movilidad, una serie de síntomas que ella misma describe como “pulled face” y a los que, en primera instancia, no encuentra explicación. Luego de intentar una terapia biomédica que resulta

ineficaz, la informante comienza a contemplar la posibilidad de que su padecimiento se deba a la influencia de la “bad medicine”⁸.

No obstante, Mrs. Cook conservaba algunas dudas sobre la mera existencia de este fenómeno, así como también sobre su capacidad para traspasar las fronteras corporales e infligir un daño real. Si bien el concepto de la “bad medicine” se encontraba presente entre los “recursos culturales” de la paciente, ésta se negaba a aceptar la conceptualización del mundo que la misma implicaba. También aquí se ponía de manifiesto una tensión entre su propia formación como profesional biomédica y la presión de sus familiares y allegados al interior de su comunidad de origen. En este caso, ambos marcos permanecen de alguna manera abiertos y en negociación⁹, lo que da lugar a “narrativas alternativas” de un mismo hecho. Si bien Mrs. Cook coteja como una posibilidad el hecho de que la “bad medicine” exista y esté perjudicándola, siempre coloca esta hipótesis en un lugar periférico de su interpretación, teniendo ella un impacto reducido en la realidad que experimenta.

La aproximación cultural que marca la medicina Anishinaabe orienta a los individuos a pensar en la posibilidad de que las afecciones físicas se deban a desórdenes en las relaciones sociales que afectan a los procesos vinculados al “self” en los sujetos enfermos.

Hay un determinado número de elementos (la falta de eficacia de la terapia biomédica, lo repentino e inexplicable de la aparición de los síntomas, etc.) que confluyen para que los sujetos arriben a una conclusión culturalmente moldeada sobre las causas de la enfermedad tal como ocurre en el caso del “daño”. Aquí se hace patente la tesis central de la autora quien retomando a Hallowell afirma que: los procesos culturales, sociales y cognitivos entran en la percepción e interpretación de experiencias relacionadas al “self” y, a su vez, el “self” y el “behavioral environment” son elementos mutuamente constitutivos. Por lo tanto, esto da como resultado una gran variabilidad intracultural, entendida como las diversas formas en las que los sujetos de una misma comunidad llevan a cabo procesos relacionados al “self”, de modo tal que alinean su

⁸ “Bad medicine” es el concepto “emic” utilizado para explicar la influencia que la envidia ajena puede tener sobre un individuo. La misma funciona como una entidad capaz de traspasar las fronteras corporales e influenciar el estado y comportamiento de la víctima sin que ésta lo note.

⁹ Durante mis entrevistas con profesionales de la salud, pude hallar dos casos en los que se daba esta situación de ambigüedad y apertura respecto de los marcos teóricos que guiaban la interpretación de determinados hechos. Si bien ambas profesionales señalaban que toda la operación ritual que implica la curación del “empacho” y el “ojeo” resultaba fuertemente contradictoria con los principios físicos que rigen al mundo y al ser humano desde una perspectiva biomédica, ambas aceptaban la eficacia de las mismas como un hecho de sobra demostrado en la práctica cotidiana. No obstante, ante mis intentos de querer profundizar en esta categoría insistían en que son cosas que “no sabemos” o “no podemos explicar”.

experiencia personal hasta hacerla compatible con estos esquemas disponibles en la cultura. Cabe señalar que en toda cultura existe un rango históricamente contingente de recursos culturales disponibles para otorgar significado a la experiencia propia y ajena (Garro 2003).

Dentro de esta problemática, la familia Mendoza presenta un caso muy particular, porque condensa dos abordajes alternativos para la misma serie de hechos. Ante los problemas que se consideran más preocupantes en la cotidianeidad de la familia, entre los que podemos señalar: el estado de salud de la abuela o la reciente separación de los padres, se presentan dos lecturas diferenciales. Una, es a la que adscriben la madre de la familia (Mónica) y dos de sus hijas (Eugenia y Anita). Todas ellas desestiman la posibilidad de eficacia de los “daños” y coinciden en una visión psicologizada de los procesos vinculares e incluso de los procesos orgánicos en los que se ven implicadas las nociones de salud y enfermedad.

Mónica:- Yo, soy de esta creencia, yo no creo que nadie te pueda hacer mal, porque si no, el mundo no existiría-

Agustina:-jaja-

M:- lo que sí, una persona que tiene mala onda, te pega, porque vos estás, la absorbes, pero no creo que una persona te pueda hacer mal, esas pavadas que dicen-

A:- ¿“el daño” y todo eso?-

Mónica- no, de eso no creo en nada. Pero creo que la buena onda si, la buena onda que vos le tirás a una persona, eso le llega. Es cuestión de fe, la fe no tiene mucha explicación, ¿viste? yo tengo muchísima fe y no creo que nadie te pueda hacer daño y creo que la gente que hace daño, le vuelve todo lo malo que desea porque creo que es una cosa de ida y vuelta. Todo lo malo que vos hacés te vuelve y todo lo bueno también te vuelve –

A:- claro-

M:- No creo en historias que me pueden hacer mal, como mi suegra, eso de “me hicieron un daño, no puede ser que esté siempre enferma” y ella tiene una relación con su marido que toda la vida fue mala. Y yo le digo “usted nunca pudo resolver su relación y tiene que vivir así, porque lo sufre en el cuerpo”, porque está operada, y siempre enferma, toda la vida enferma pero tiene 88 años. Yo le digo “no se queje, porque a esta altura de la vida no se va a quedar sola, así que, o lo asume...” Cada uno decide, yo me separé hace un año, pero una relación que ya estaba mal, si vamos a terminar a los palos, no, ¿viste?, ya está-

A diferencia de ellas, la abuela de la familia (Delia), estaba convencida de que estos hechos eran consecuencia del “trabajo” llevado a cabo por alguien cercano que envidiaba a la familia.

Delia:- yo le enseñé a una señora, le enseñé a muchas, pero esta me enseñó a mí, que ella tiene el santo ahí y mide cualquier cosa, yo voy y me dice “el intestino no es”, “el hígado tampoco”, ella (refiriéndose a su ex nuera, Mónica) no me cree, pero yo le pregunto “¿hay gente que nos tiene envidia?” y a mí me sale siempre que nos tienen envidia –

Agustina:- pero ¿cómo se mide eso?-

Anita:- se mide todo con la cinta-

D:- Yo tengo el Padre Mario en la ventana, estoy pesada, como mucho, voy, me mido y al rato se me pasa el coso, nada. Y le pregunto por la envidia y me sale la envidia-

Anita:- Ella le pregunta todo a la cinta-

Mónica:- Le falta la bola de cristal, jaja –

A pesar de que el enfoque sostenido por Delia era constantemente ironizado por el resto de la familia, partiendo de otras observaciones, pude comprender que ella otorgaba un lugar fundamental al sentimiento de envidia de personas cercanas a la familia, al punto de considerarla la causa central de la separación entre su hijo y su ex nuera.

Una perspectiva completamente distinta puede señalarse en el relato de sus nietas, quienes abordan este tipo de problema centrándose en las características propias de los vínculos familiares e incluso considerando nociones como el “control de la energía” como medio para alcanzar un bienestar emocional así como también un estado saludable en términos físicos.

Anita:- Yo a mis abuelos los adoro a los dos, pero mi abuelo fue toda la vida un atorrante y ella vivió toda la vida sufriendo y por algún lado tenía que reventar, se operó de todo. Pero que mi vieja se haya separado y este así, que no se haya deprimido, que no se haya enfermado, tiene que ver con eso, con meterse un poco para adentro, la meditación, controlar la energía. Mi vieja ama a Claudio María Domínguez, en cambio mi abuela es más vieja curandera, porque antes, les contaban que veían un fantasma y lo creían, ¿viste?-

A:- claro-

Anita:- No es que, cuando fue lo de mis papás, que se separaron, ella estaba segura de que alguien había hecho un gualicho o un mal-

Eugenia:- curaba la casa-

Anita:- ella estaba segura de que alguien nos había hecho un mal

De los casos anteriormente citados podemos concluir que, en términos generales, el “daño” es una categoría que se ve asociada con ciertos fenómenos considerados estigmatizantes. Esto puede ocurrir tanto con un fracaso matrimonial como con la imposibilidad de conseguir un trabajo estable. Si nos remitimos a la bibliografía sobre el tema también veremos que otros perjuicios considerados consecuencia de un “daño” pueden ser: la ruina económica, las dificultades al caminar (renguera), la impotencia sexual e incluso la pediculosis (Arteaga 2006). A su vez, “las conductas impropias, anómalas y fuera de los usos aceptados, develan su origen en la acción dañina” (Barrios 2000: 42).

Quizás el complejo mecanismo del “daño” sea el único capaz de invertir la valoración social que se adjudica a estos sucesos en la trayectoria social de los sujetos. En lugar de soportar el desprestigio de haber sido víctima de padecimientos o eventos incómodos y avergonzantes, la idea de “daño” no solo legitima dichos padecimientos sino que coloca a sus víctimas en una posición social privilegiada; ya que la causa última de todo “daño” es siempre la envidia de otros miembros de su propia comunidad. Al quedar establecido que el individuo ha sido víctima de un daño, de alguna manera se está indicando que su situación social (económica, laboral, afectiva, etc.) previa a los efectos del “daño” merecían la atención, la valoración y, consecuentemente, la envidia de sus pares. Al igual que la cinta roja funciona como un instrumento que señala aquellas cosas que son valiosas y pueden ser víctimas de la envidia ajena, el “daño” actúa en forma similar respecto de las personas y las distintas situaciones que atraviesan.

A su vez es interesante ver como esta misma lógica “de la sospecha” se hace presente en otras prácticas a las que recurren los informantes. En una oportunidad, Margarita, una de las entrevistadas, mencionaba la utilización de la radiestesia como una herramienta de medición sumamente útil para detectar cierta “negatividad” en regalos de los cuales se sospechaba la intención con la que se había otorgado. De esta manera me explicaba el funcionamiento de la herramienta central de la radiestesia que es el péndulo:

M:-claro, en realidad es como un buscador, es un oráculo, entonces vos te manejás por sí o por no. En tu casa también podés usarlo, si se te pierde algo, encontrás cosas con el péndulo, para ver cómo están colocadas las cosas, para medir, por ejemplo yo te regalo esto, ¿no?-

A:- si-

M:- y vos desconfiás de mi y decís, “uy, esta mina me lo habrá regalado con buena intención, mala intención, ¿qué hago?, ¿lo dejo?”, entonces podés medirlo-

A:- ¿y cómo lo medís? –

M:- Haciendo la pregunta, y ahí el péndulo te va a decir si sí o no-

En términos teóricos, la radiestesia define “el daño” como “ondas abstractas de demanda dirigida” entendiéndolos como “hechizos de magia negra que fueron enviados desde afuera hacia algún habitante de la casa y que lo convirtió en un emisor de onda nociva o a los objetos que entraron a la casa previamente dañados para producir dicho maleficio, éstos pueden ser plantas, diversos regalos o sustancias arrojadas en algún rincón”¹⁰.

La Ley de contigüidad es la base sobre la cual operan los “maleficios” mencionados anteriormente, ya que se producen a través de elementos que estarán en contacto con el destinatario de esas “ondas nocivas”. Más adelante se indagará de que manera, estas prácticas y disciplinas “alternativas” inciden y modelan la manera en que los sujetos se apropian y reelaboran las curaciones tradicionales que conforman el tema central de este trabajo.

A lo largo de este capítulo hemos abordado las características centrales que rodean el fenómeno de las curaciones populares, buscando explicar las siguientes preguntas: quiénes son los agentes que las llevan a cabo, quiénes son los “pacientes” que recurren a ellas, cómo se transmiten este tipo de conocimientos, de qué manera se efectúan los procedimientos, qué vinculaciones establecen los sujetos entre estas prácticas y distintos universos de sentido. A su vez, hemos intentado dar cuenta de la variabilidad geográfica que presenta particularmente el “mal de ojo” y la estructura universal de este tipo de curación en tanto ritual.

¹⁰ Folleto: “Radiestesia, el hombre y su entorno vibratorio”, sin fecha de edición.

CAPÍTULO 2

MEDICINA TRADICIONAL, MEDICINA CIENTÍFICA Y MEDICINA ALTERNATIVA. EL SÍNTOMA EN CUESTIÓN

Con el objetivo de acercarnos a las tensiones entre la medicina tradicional, la medicina científica y la medicina alternativa, en primer término, desarrollaremos en este capítulo una comparación entre la medicina tradicional y la biomedicina a fin de poner en evidencia donde encontramos continuidades o rupturas en la relación entre estos saberes.

En primer lugar, cabe mencionar lo que ocurre en relación al uso del término “medicina tradicional” en los diferentes contextos de entrevista a los que pude acceder durante el trabajo de campo. Si bien podemos decir que en la generalidad este término es entendido como los saberes populares sobre la salud que se hallan por fuera de la biomedicina; al tratar con profesionales de la salud (médicos alópatas) he notado que éstos utilizan el término “tradicional” para referirse a la disciplina que ellos mismos ejercen. Aquí vemos como ambas líneas de conocimiento disputan cierta legitimidad al auto-adjudicarse el carácter de “tradicional”.

Menéndez (1981) realiza una acabada caracterización de estos dos ámbitos de la medicina, en cuanto a la biomedicina deja establecido que acarrea una serie de características distintivas entre las cuales podemos ubicar: biologismo, ahistoricidad, pragmatismo eficaz y mercantilismo. También debemos mencionar- para ofrecer un contrapunto con la medicina tradicional- que ha sido desarrollada en medios urbanos, en sociedades de tipo capitalista, en sectores instruidos de la población, al interior de instituciones estatales y que se ordena bajo preceptos mecanicistas, evolucionistas y positivistas (Menéndez 1981). Esta posición privilegiada de la medicina científica tiene como consecuencia que el saber tradicional sea teóricamente marginado y jurídicamente excluido (cuando no reprimido o perseguido).

Si bien es posible –a fines analíticos- comprender a la medicina científica y la medicina tradicional como dos esferas contrapuestas, es necesario señalar que toda práctica tradicional o “alternativa” en lo que refiere a la salud, muy por lo general constituye una práctica complementaria y no opuesta a la biomedicina. Vale decir, que la gran mayoría de los sujetos

entrevistados a lo largo de este trabajo recurre a estas prácticas como un recurso más, en conjunto con el recurso biomédico. Al menos, en el caso de estudio aquí tratado, no se refirió ningún caso que recurra a prácticas tradicionales exclusivamente.

A pesar de esto, es fundamental advertir que estos dos enfoques sobre la salud no pueden ser interpretados como lenguajes “traducibles” e intercambiables, sino que deben ser trabajados, cada uno, desde las particularidades teóricas y epistemológicas que los diferencian. En referencia a esto, Strasser señala lo problemática que resulta la tendencia a establecer equivalentes entre los taxa vernáculos (Idoyaga Molina 1999b) y las patologías biomédicas. Según la autora, esta operación resultaría poco apropiada debido a que la correspondencia nunca se da de forma exacta, por lo tanto se corre el riesgo de alterar las representaciones y características que cada grupo les asigna (Strasser 2011).

Si bien podemos estimar ciertas relaciones entre estas dos miradas sobre la enfermedad, debemos hacerlo a sabiendas de que estas “traducciones” son imprecisas y deben realizarse únicamente a fines explicativos. Al abordar el tópico de “la pata de cabra”, podemos reconocer en los síntomas descritos ciertas características de aquello que la medicina alopática define como meningitis. Pero de ninguna manera podemos afirmar que la “pata de cabra” **sea** meningitis.

Esta tendencia a establecer correspondencias exactas está muy presente en el discurso de los biomédicos, con la añadidura de que la mayoría explican estos términos tradicionales como “formas de decir” o maneras alternativas de describir una patología determinada. Por lo tanto tenemos que: “la pata de cabra” **es, en realidad**, una meningitis viral así como “la culebrilla” **es, en realidad**, el herpes zoster. Es claro cómo, a partir de este abordaje, se le atribuye un valor de verdad, de existencia positiva a las patologías en términos médicos. Mientras que las dolencias tradicionales no serían más que “modos de decir”. Como si, a pesar de estar aplicando distintos términos, siempre nos estuviéramos refiriendo al mismo objeto de la realidad. Es decir, al objeto delimitado y señalado por la biomedicina. Como consecuencia, la medicina tradicional conformaría una suerte de interpretación metafórica y deficiente de la realidad.

Contrariamente, desde el abordaje científico, este proceso de interpretación y construcción del objeto -en el que la palabra tiene un rol fundamental y jamás puede ser concebida como meras denominaciones- aparece completamente borrado. El médico mira al fenómeno tal como es, lo detecta, lo reconoce, lo prueba y lo controla. Nunca se acerca a él, como lo que cree que es. Este

acercamiento se muestra a sí mismo como inmediato, como capaz de establecer las correspondencias exactas entre nombre y objeto.

Desde esta perspectiva, la medicina tradicional establece denominaciones (presuntamente falaces) sobre ciertos fenómenos a los que le está vedado el acceso en términos reales, ya que el mismo sería patrimonio exclusivo de la medicina alopática. No serían vías paralelas para abordar los mismos hechos, sino que la medicina tradicional sería una explicación errada de aquello que no entiende pero que, afortunadamente, la ciencia sí conoce, determina y controla. La “pata de cabra” sería una forma de interpretación parcial, imprecisa, etc. de los síntomas generados por la meningitis. Ahora bien, la meningitis no será nunca la simple interpretación de un conjunto de síntomas, sino que será el proceso real que está sufriendo un organismo en un momento preciso.

Al abordar esta problemática en “El nacimiento de la clínica”, Foucault establece que la función principal de la disciplina biomédica es “desentrañar la causa de la enfermedad a través de la confusión y la oscuridad del síntoma” (Foucault 2008a: 125). La clínica se va a erigir sobre la soberanía de la mirada médica. El ojo médico es el ojo que sabe, decide y rige, es el que “*abre el secreto de la enfermedad*”, y esta apretura se despliega a partir del síntoma.

El síntoma es (...) la forma bajo la cual se presenta la enfermedad: de todo lo que es visible, él es lo más cercano a lo esencial; y es la primera transcripción de la naturaleza inaccesible de la enfermedad (Foucault 2008a: 127).

Esta es la puerta de acceso a la enfermedad, entidad que nunca se presenta a los sentidos, sino que se revela a la razón a través del entramado de síntomas y signos. A través de la percepción médica, el significante (síntoma y signo) será completamente transparente al significado (la enfermedad misma). El síntoma es el soporte indispensable del signo, a partir de la soberanía de la conciencia se puede dar la operación que transforma el síntoma en signo. En este punto, lo visible pasa a ser, también, lo enunciable. La enfermedad debe ser completamente descripta, pasada a través del tamiz del lenguaje descriptivo. Una vez que lo visto, ha sido enunciado, pasa a integrarse espontáneamente al conjunto del saber. El grado de certeza con la que puede operar la mirada clínica es en gran medida probabilístico, lo cual tiene como consecuencia que cada vez se analice menos al individuo enfermo y cada vez se centre más el foco en el hecho patológico.

“*La certeza médica no se constituye a partir de la individualidad completamente observada, sino de una multiplicidad enteramente recorrida de hechos individuales*” (Foucault 2008a: 142) y en este movimiento las variaciones casuísticas quedan borradas por integración, se integran en

el dominio de la probabilidad. El cuerpo es compartimentado, el individuo descompuesto, arrancado de su totalidad; y es en este proceso en el que la mirada juega un rol preponderante donde se evidencian las vinculaciones entre ver y saber.

La importancia de la mirada (de “lo visible”), está permanentemente presente en el discurso médico, al punto de construir lo visible como lo único real y, a su vez, como lo único pensable. También incluimos dentro del mundo de “lo visible” a todo el material que, desde las ciencias médicas, es considerado evidencia, desde análisis de laboratorio hasta todas las tecnologías aplicadas a obtener imágenes –cada vez más sofisticadas y precisas- del organismo. Esta “medicina de la evidencia” (especialmente instalada entre los médicos más jóvenes) se concibe a sí misma como más objetiva, positiva y eficaz en comparación a la antigua “clínica médica”.

En el siguiente apartado problematizaremos el tópico de la mirada médica a partir de ciertos fragmentos de entrevista con Patricio, un profesional perteneciente a la comunidad médica, en la que tratamos particularmente la afección “popular” conocida como “pata de cabra”. Basándose en una detallada descripción de los síntomas que yo misma expuse, Patricio estableció que “la pata de cabra” se trata de un síndrome meníngeo-viral (tal como indicamos previamente):

Patricio:- no tiene tratamiento. Todas las enfermedades virales producen esta cuestión, salvo las que son muy clásica, las infantiles que ya están re contra sabidas, ¿entendés?, hay montones de enfermedades que producen irritación meníngea de virus que no se conocen. O se conocen poco y el tratamiento es sintomático. Es tal la desesperación de la gente cuando vos les decís “no, mirá, que es exactamente no te lo puedo decir”-

Agustina:- claro-

P:- “¿y qué le vamos a dar doctor?” porque todo el mundo empieza a querer ver cuál es el antibiótico que lo cura. Entonces ahí le decís “no, mirá, no tiene tratamiento esta enfermedad”. Eso es lo que la hace ir a cualquier otro lado-

A:- claro-

P:- y por ahí cuando va al otro lado, hace la evolución en días que le hace falta hacer y se cura-

A:- claro, la pata de cabra se cura durante 9 días seguidos-

P:- y... puede ser, en 21 días esos cuadros tienden a..., es decir, el primer tiempo lo pierde yendo a ... es decir, va a consultar a un hospital, al especialista y que se yo, y para cuando llega (al curandero) le faltan esos días. –

A:- La historia es que es como un bicho, se parece mucho a la culebrilla, es como un bicho que, dependiendo la gravedad del caso, podés tener el macho o la hembra , o los dos juntos. Y se

supone, esto yo creo que tiene que ver con el tema de las manchas, que las manchas empiezan en el inicio de la columna, se supone que a medida que van subiendo los bichos por la columna van dejando como manchitas. Y por eso, porque el bicho va subiendo se dice que, los niños tienen dolor acá y se tiran para atrás. –

P:- Pero ¿alguien lo vio al bicho alguna vez?

A:- No, pero bueno, es muy consistente el relato-

P:- ¿y cuál es el tamaño del bicho?-

A:- no sé, a vos te dicen un bicho, y nadie lo vio, pero no te dicen un microbio-

P:- No, porque existen enfermedades parasitarias. En África, donde existen parásitos microscópicos que pueden producir..., ahora, si el bicho es un artrópodo o una cosa así, es imposible que eso vaya por la columna porque automáticamente te morirías del dolor o de la compresión. Tiene que ser algo microscópico.-

A:- yo creo que..., Lo que yo me imagino, ¿no? , que se cree que es como un bicho que va al nivel de la piel en realidad pero siguiendo el recorrido de la columna. –

P:- un parásito, es lo más probable-

A:-a medida que van subiendo, van dejando las marcas, entonces supuestamente los bichos, cuando llegan arriba de todo, ahí el chico se muere. Imaginate que hay una relación, porque si vos me decís que con manchas ya es un estado grave, si lo tienen por toda la espalda, ya... -

P:- no, seguro, cualquier cosa que llegue a la columna cervical, cuanto más alto estas en la columna, a mas cosas estás gobernando. ¿Entendés? –

A partir de este fragmento de entrevista, podemos señalar, no solo la importancia que –desde la mirada clínica- se le otorga a la posibilidad de ver, medir, constatar al agente que está generando el daño, sino que, se pone de manifiesto la dificultad que surge cuando se intenta interpretar un tipo de *taxa*, que aquí hemos denominado como tradicional (en este caso, “la pata de cabra”) a través de la matriz establecida por la medicina alopática. La pretensión de establecer equivalencias totales, es decir, la pretensión de afirmar “la pata de cabra” es una meningitis, acarrea toda una serie de complicaciones teóricas, tal como señaló Strasser (2011) a partir de las cuales ninguna explicación queda acabadamente establecida y ninguna de las perspectivas queda satisfecha.

A fin de dar cuenta de la forma en la que estos dos abordajes –biomédico y tradicional- se ponen en cuestión, es necesario tratar ciertas elaboraciones foucaultianas sobre los saberes y la ciencia. En primer lugar, debemos tener en cuenta que el filósofo ha dedicado gran parte de su

obra a indagar la forma en que los hombres (particularmente los hombres de occidente) construyen saberes sobre sí mismos. Partiendo de esta idea, intentará realizar la historia política de una producción de verdad. Esta producción de verdad se va a dar en la relación que se establece entre el registro discursivo (las palabras) y el no discursivo (las cosas, “lo real”), al punto tal que estas dos esferas quedarán borradas para dar lugar exclusivamente a aquello que las vincula.

Es así como la práctica discursiva es entendida como una relación necesariamente histórica y constitutiva, en tanto constituye el objeto al que refiere. Por tanto, el objeto no es “cosa en sí”, no constituye “lo real” sino que es constituido a partir de una variedad de procesos y perspectivas. La suma –y la puja- de esta perspectivas es eso que se ha denominado conocimiento y, en última instancia, verdad. Todo conocimiento se establece sobre la represión de otros discursos, otros saberes y otras verdades que no se han enunciado, y es aquí donde la cuestión del saber se plantea en su naturaleza enteramente política. La represión, la discriminación, la exclusión de aquello que es arrojado a la esfera de lo falso evidencia el juego político que implica toda verdad.

El poder, lejos de estorbar al saber, lo produce. Si se ha podido instituir un saber sobre el cuerpo es gracias a una serie de disciplinas escolares y militares. Es a partir de un poder sobre el cuerpo como un saber fisiológico, orgánico ha sido posible (Foucault 1979: 107).

En este movimiento la ciencia, particularmente la medicina, queda establecida como método universal, como juicio infalible y obligatoriamente cierto. La biomedicina es el discurso verdadero sobre la enfermedad, sobre el cuerpo y sobre la salud. Erigiéndose como verdadero reprime y excluye a todos esos saberes que puján con ella por establecerse, también, como válidos. En este punto retomamos la definición de Menéndez de “Modelo médico hegemónico” como

el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (Menéndez 1988:1).

Estos “otros” discursos son relegados al mundo de la creencia. La medicina “popular” pasa a ser parte de creencias irracionales e incluso marcadas como “culturales”. Al no ser parte del conocimiento científico estas creencias representan una amenaza para el bienestar de la

población, y – en nombre de su propio bien- se debe realizar un gran esfuerzo para barrer con ellas y reemplazarlas por (ahora si) las certezas aportadas por las ciencias médicas.

Si bien no será tema de discusión en este trabajo, es imprescindible marcar la forma en la que estas perspectivas fueron instaladas junto con el desarrollo del estado-nación argentino, y de la mano de las corrientes higienistas de corte positivista (Recalde 1993). En última instancia, la posibilidad de establecer como verdadera esta única aproximación al campo de la salud guardó una estrecha relación con las promesas de modernidad y progreso que infundían estas corrientes.

La idea de “certezas científicas” se encuentra vinculada con una teoría empirista del lenguaje médico que suele obstaculizar a la investigación intercultural. Difícilmente podamos comprender al discurso médico como un mero reflejo del mundo empírico, es más bien un rico lenguaje cultural, vinculado a una versión de la realidad y a un sistema de relaciones altamente especializado (Good 2003). Como afirma Good: *“toda medicina abarca elementos racionales y profundamente irracionales, puesto que combina la atención al cuerpo con la preocupación por las dimensiones morales de la enfermedad y del sufrimiento”* (Good 2003: 60).

Debido a esto es necesario insistir particularmente en el proceso interpretativo que implica la detección de toda enfermedad. Incluso, aquello de lo que se queja un paciente resulta significativo únicamente si refleja un estado fisiológico; si no se detecta tal referente empírico, la propia significación de la queja se pone en tela de juicio. Ésta es interpretada como “creencia” o estado psicológico del mismo.

Retomando los aspectos irracionales del saber médico esbozados por Good (2003) podemos agregar que elementos mágicos que atraviesan el acto médico ya fueron notados por Marcel Mauss en su ensayo sobre la magia:

No sólo el acto médico ha estado, casi hasta nuestros días, rodeado de prescripciones religiosas y mágicas, de oraciones, sortilegios, precauciones astrológicas, sino que todavía la droga, las dietas del médico, la pasada de los cirujanos son un conjunto de simbolismos, simpatías, homeopatías, y antipatías que, en realidad, se conciben como mágicas (Mauss 1979: 51).

En consecuencia es fundamental detenernos nuevamente sobre la forma en la que la biomedicina construye sus objetos de conocimiento. La medicina formula el cuerpo humano y la enfermedad de una manera culturalmente específica e históricamente situada. Las categorías con las que trabaja no son parte de la naturaleza misma, no se encuentran “por fuera” de las

categorías culturales. Lo mismo vale para la biología y la fisiología, ambas se constituyen a través de procesos formativos del conocimiento.

En términos de Cassirer, podemos decir que es a través de estos procesos formativos que se formulan las realidades de la enfermedad y, en consecuencia, la medicina también debe ser comprendida como una forma simbólica. La cultura y sus formas simbólicas canalizan y organizan formas específicas de la realidad (Cassirer 1955).

Desde esta perspectiva, la antropología busca plantear una forma adecuada de abordar esas “creencias” llamadas irracionales que constituyen la “medicina tradicional”. Como primera medida cabe preguntarnos, ¿es acaso posible que una serie de prácticas que se han mantenido presentes durante tanto tiempo, incluso entre personas que dan grandes muestras de sensatez en otros aspectos de sus vidas, sean totalmente irracionales? En palabras de Mary Douglas “¿hasta qué grado podemos ser ingenuos respecto a las creencias de los demás?” (Douglas 1973: 83).

Quizás una de las condiciones fundamentales para acercarnos de una forma menos prejuiciosa a este universo, es cuestionar (como hemos hecho hasta aquí) el valor de verdad que otorgamos a la medicina científica. Desde la perspectiva de Favret –Saada (1980), la ciencia no es el arbitrio entre lo místico y lo empíricamente real, sino una de las tantas “teorías oficiales de la desgracia” (Evans Pritchard 1937) sostenida por algún agente social poderoso. Ante una situación desgraciada el tema central pasa de ser: si se cree o no se cree a cuales deben ser las medidas necesarias a tener en cuenta para solucionar el problema acuciante; este se convierte en el aspecto significativo a abordar.

Estas “medidas necesarias” suelen estar fuertemente marcadas por una complementariedad terapéutica, que pueden incluir: recursos caseros, tratamientos al interior de la familia, visita a curanderos o brujos, terapias biomédicas e incluso algún tipo de ritual religioso. En esta compleja trama se inscriben las formas de acceso hacia la salud y el bienestar de los actores. Por lo tanto, lo que se torna indispensable aquí es cartografiar estos caminos simbólicos y materiales para acceder a la red semántica en la que se teje la curación en sujetos específicos.

PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN

Strasser retoma de Eduardo Menéndez la importancia de comprender el proceso de salud-enfermedad-atención como emergente estructural de las condiciones de vida y de trabajo. Y, a su

vez, la importancia de detenernos en la forma en que los sujetos expresan que las condiciones materiales y sociales impactan sobre su salud y sus cuerpos.

Para profundizar este tópico indagaré en algunos fragmentos extraídos de entrevistas llevadas a cabo durante el trabajo de campo. Particularmente, me llamó la atención la forma en la que Mariana daba forma a su experiencia social (en tanto condiciones de vida materiales y laborales) y las posibles consecuencias que estas condiciones podían tener sobre su salud y la de su hija. Durante mis primeras visitas, Mariana -estando embarazada- me comentó que había tomado (junto a su novio) la decisión de mudarse. Cuando le pregunté por las causas de esa decisión, me comentó que el lugar donde vivían actualmente le resultaba incómodo, oscuro y demasiado chico para tener un bebé. Remarcó especialmente que las paredes tenían demasiada humedad y que eso representaría un riesgo para su hija.

Una vez realizada la mudanza, comencé a visitarlos en la nueva casa. Sin dudas Mariana estaba más conforme con este lugar que presentaba todas las condiciones necesarias para otorgarle un ambiente propicio a su bebé. A pesar de esto, al profundizar sobre los males más comúnmente sufridos por su hija, la dolencia que mencionó como más frecuente fue el empacho. Esto provocó que comenzara a interrogarla sobre sus posibles causas, ya que, hasta ese momento, la nena solo se alimentaba con leche materna y leche “maternizada” en polvo. El factor que Mariana identificó como posible causante fue el agua, “es que el agua de Merlo es muy pesada”. En más de una ocasión, ella mencionó su descontento por vivir en esa localidad por considerarla peligrosa, “alejada” y marcada por un estrato socio-económico del que claramente no se siente parte. A tal punto que, durante mi última visita me expresó sus urgentes ganas de mudarse a Castelar (donde pasó la mayor parte de su vida) más cerca de la casa de su madre y hermana. Considera que aquí podrá darle una crianza más apropiada a su hija, ya que es un lugar donde “se puede salir a la calle” y, a su vez, podrá socializar más fácilmente con su familia nuclear.

El caso anteriormente citado constituye un claro ejemplo de cómo las posibles causas de malestares o patologías, así como los criterios de bienestar, seguridad y salud se construyen en la propia experiencia y se entretajan con los valores y sentidos atribuidos al mundo social que se habita. Esta misma lógica puede verse plasmada en las experiencias que relata Mariana en relación a su antiguo trabajo como un modo de vida que trajo graves consecuencias a su estado de salud psicofísico:

M:- yo estaba muy mal en el trabajo, no quería estar donde estaba, tenía un jefe que me maltrataba, no podía renunciar porque la verdad es que si renunciaba me quedaba sin plata para pagar el alquiler. César no tenía trabajo, o sea, estábamos “en Pampa y la vía”. Bueno, yo estaba re mal y empecé a sentir cosas, como que me mareaba, perdía la vista, vos estabas así y de repente te veía torcida. Por ejemplo, yo tenía un banquito acá atrás, y me iba a sentar y perdía la noción de donde estaba el banquito. Me iba a sentar y me corría para el costado, cosas así, o lo tenía más lejos de lo que yo creía. Cosas que yo decía “no me puede estar pasando esto”-.

A causa de los síntomas descritos, Mariana decidió consultar a un médico quien le ordenó hacerse varios estudios, entre ellos: una resonancia magnética y un electrocardiograma. Los resultados de todos ellos fueron positivos, sin embargo, su estado de salud, seguía siendo un problema para el desarrollo de su vida diaria. Por lo tanto, su médico le indicó hacer reposo durante una semana, a lo largo de esa semana en la que la informante se mantuvo lejos del trabajo, en ningún momento volvió a sentir los síntomas mencionados.

M: -Después de esa semana tenía que volver al laburo porque era lo que me habían dado. Vuelvo a trabajar, dos días seguidos, otra vez los mismos síntomas. Bueno, ese día dije: o me muero y sigo trabajando acá para pagar el alquiler, o me voy. Y renuncié, no iba más ahí y nunca más tuve esos síntomas. Nunca, nunca más los tuve-.

Se expone de forma bastante clara que tanto para ella como para su médico no existe un motivo orgánico que pueda explicar estos síntomas, tanto es así que el diagnóstico final fue “stress”. A partir de esto, queda en evidencia de que manera una situación material conflictiva marcada por un trabajo desgastante, el apremio de la necesidad urgente de dinero y el desempleo, sumados a la sensación de “desprotección”, provocan un cuadro de inestabilidad y frustración capaz de generar las alteraciones que Mariana señala sobre su propio cuerpo. Al eliminarse estos agentes causales, rápidamente el malestar desaparece.

En este punto creo sustancial retomar los trabajos de Linda Garro (2000) a fin de contribuir a dos discusiones centrales. La primera se trata de la forma en la que las narrativas (y especialmente las narrativas sobre la salud), tal como la que acabamos de analizar, otorgan

sentido a eventos disruptivos en las vidas de los sujetos (como en este caso ocurre con la enfermedad). La segunda se encuentra relacionada a la manera en la que la construcción de estos sentidos se encuentra culturalmente moldeada.

La manera cultural de entender la enfermedad ayuda al convaleciente a organizar el evento en un episodio que le otorgue forma y significado. La narrativa se presenta como una herramienta central para poner el foco en los individuos y sus comportamientos. Rescatar la perspectiva del paciente permite ver la forma en la que éste ordena su experiencia y en qué medida este ordenamiento posibilita o constriñe una variedad de interpretaciones. A su vez, es un punto clave para ahondar sobre la concepción de persona que maneja el narrador. Es fundamental tener en cuenta que la narración misma funciona como un proceso en el que los hechos “cobran sentido” de una forma particular. Es una suerte de mediación entre el mundo interno de los pensamientos y sentimientos del sujeto, y el mundo externo de los hechos observables y el estado de las cosas (Garro 2000), funciona como una forma específica de construir la realidad y, en consecuencia, al “self” del narrador. Desde el punto de vista del etnógrafo, ser oyente de estas narrativas y poder otorgarles un sentido, implica de alguna manera haber avanzado en la comprensión –siendo partícipe- del universo moral y social del “otro”.

Retomando la segunda discusión sobre la forma en la que los sentidos que rodean a la enfermedad y el “self” se encuentran culturalmente moldeados, debemos establecer que los significados que rodean a la enfermedad y a la salud se constituyen mutuamente en un movimiento dialéctico entre los sujetos y sus “behavioral environments” (Garro 2003). Con el fin de desarrollar esta perspectiva, la autora toma las elaboraciones de Hallowell (1955) siguiendo un enfoque que halla su centro más en el comportamiento de los individuos y sus experiencias que en la cultura como constructo. También toma de Hallowell la preocupación por tener en cuenta la naturaleza situada de los procesos de “dar sentido” a la experiencia y a la acción.

Desde esta perspectiva existen “orientaciones básicas” que operan en los sujetos, las cuales toman formas culturales y guían la percepción e interpretación de la experiencia. Esto es importante porque implica que el evento disruptivo de una enfermedad provocará un tipo de explicación y respuesta que será ineludiblemente moldeada en forma cultural. De esto se deduce el argumento de la autora, según el cual toda medicina es, en algún punto, una etnomedicina, debido a que *“todo sistema médico se encuentra enraizado en supuestos culturales y valores,*

asociados con reglas de conducta y situados en un contexto social y cultural más amplio” (Hahn 1995: 132, citado por Garro 2002).

Kleinman y Benson (2006a) también nos han alertado sobre la importancia de incluir en la práctica médica la dimensión cultural que implica tanto al paciente como al profesional, aunque esto último haya sido históricamente negado y dejado de lado a la hora de problematizar el *encuentro cultural* que, en muchísimas ocasiones, sucede durante la consulta.

Desde la perspectiva de estos autores, la cultura –entendida como un todo dinámico y heterogéneo– comprende una multiplicidad de variables que afectan sustancialmente la experiencia de los sujetos. La cultura aporta el tono emocional y el significado moral de la experiencia. A su vez, incide en la “corporización” –“embodiment”– de estos significados en reacciones psico-fisiológicas.

De esto se deduce la importancia del problema de cómo aplicar un criterio válido a fin de que los médicos sean capaces de indagar en estos “mundos locales” y tener en cuenta estos significados. Problema que se intentó zanjar introduciendo en el entrenamiento médico la variable de “competencia cultural”, entendida como una habilidad técnica que posibilitaba a los profesionales de la salud a abordar la dimensión cultural, especialmente al trabajar en contextos de una gran diversidad cultural tal como sucede en muchísimos centro médicos de Estados Unidos.

Si bien el concepto de “competencia cultural” en cierta medida reconoce la importancia de la identidad cultural en relación al diagnóstico, tratamiento y cuidado de los pacientes, no deja de operar a partir de una concepción estática de cultura según la cual, a determinada identidad étnica le corresponden una serie de características, inclinaciones y creencias. Para evitar caer en esta falacia, Kleinman (2006a) propone una suerte de mini etnografía para médicos, denominada la “aproximación del modelo explicativo”. Este modelo se basa en un protocolo de 6 pasos¹¹ mediante el cual el profesional puede lograr una apertura hacia el ethos del paciente, poniendo el foco muy especialmente en “lo que está en juego” y aquello que resulta de mayor importancia

¹¹ Los pasos de la “aproximación del modelo explicativo” son: 1) preguntar sobre la “identidad étnica” y reconocimiento de la importancia que esta variable posee para el paciente. 2) Desentrañar que es “lo que está en juego” para el paciente. 3) Reconstruir la narrativa de la enfermedad según el paciente. 4) Considerar posibles causas de stress psicosocial. 5) Tener en cuenta los efectos culturales en la relación médico-paciente, considerando también la pertenencia cultural del profesional y las determinaciones culturales que el modelo biomédico encarna. 6) Tomar conciencia de los efectos secundarios que puede acarrear incluir la “competencia cultural” en la consulta, quizás el más indeseable de ellos sea que el paciente se sienta señalado y, en alguna medida, estigmatizado debido a su pertenencia cultural (Kleinman y Benson 2006b).

desde su propia visión de los acontecimientos. Manteniendo una aproximación de carácter etnográfico – donde las preguntas son disparadores para una conversación más amplia- el médico puede acercarse a conocer cuál es el significado moral que el sujeto otorga al sufrimiento que está experimentando.

Este modelo pretende ser un aporte para transformar el fracaso que Kleinman (2006b) halla al interior de las instituciones médicas a la hora de comprender el dolor y el sufrimiento de los pacientes. Incluso, señala que estas instituciones pueden funcionar como fuente de sentimientos de amenaza y desamparo. Dicho fracaso médico se encuentra ligado a la incapacidad de reconocer la experiencia del “estar enfermo” como algo distinto de “la enfermedad” en sí. La aceptación de esta experiencia implicaría:

un doble proceso de reconocimiento de la realidad y del sentido del dolor, seguido de un continuado compromiso interactivo con los que sufren tanto en lo que atañe a lo que significa estar enfermo como en lo que se refiere a los aspectos biológicos o económicos (Kleinman y Benson 2006b: 19).

El concepto de “alteración biológica” resulta completamente insuficiente para dar cuenta de la dimensión moral y social que adquieren este tipo de experiencias para sus protagonistas. Este movimiento se propone como una instancia superadora de la racionalidad técnica de la disciplina médica, una búsqueda de la moralidad al interior de esta práctica que permita percibir al padecimiento como una problemática que desborda por mucho los acotados marcos que impone su definición racionalista.

DIVERSOS DISCURSOS SOBRE LA SALUD, LEGITIMIDADES EN TENSIÓN.

Siguiendo a Strasser, podríamos decir que “los agentes curadores articulan recursos, técnicas y elementos provenientes de otros modelos de atención pero siguen proponiendo su forma de curación como la más idónea” (Strasser 2011: 43). Sin dudas esto ocurre con los profesionales del sistema de salud biomédico, sin embargo si nos remitimos al caso tanto de “curadores” como “curanderos” de los sectores medios de Buenos Aires, podremos ver que no es precisamente su propio método ni sus propias explicaciones las que se establecen como más idóneas o adecuadas. Por el contrario, se tienen en cuenta como una opción posible y efectiva, aunque siempre subordinada a los criterios rectores de la medicina alopática. En reiteradas oportunidades mis

interlocutores mencionaron el carácter informal de estos conocimientos: “yo lo hago y funciona, pero vos sabés que medica no soy, no sé bien que es lo que ocurre ni porque, pero funciona”, “antes que nada yo creo que es recomendable que cada uno consulte a su médico, pero si con esto se puede ayudar, se ayuda”.

Tal como ha establecido en varios de sus trabajos Denisse Oliszewski, las prácticas terapéuticas “populares” y el oficio de los “curanderos”:

funcionan dentro de un campo de fuerzas desigual, en tanto, la biomedicina se erige como la práctica médica hegemónica quedando las demás prácticas terapéuticas -entre ellas las de la medicina popular- relegadas a un lugar de subordinación. Los curanderos se saben situados en una posición de menor poder y así lo ponen de manifiesto en sus discursos (Oliszewski 2010:1).

Lo mismo vale para los “curadores”, quienes ni siquiera gozan de cierta “institucionalización” de su saber a través de la costumbre y la “especialización” en el oficio de curar. Tampoco gozan de legalidad, fuente principal de legitimidad en la que se sostiene la medicina científica en la actualidad (Oliszewski 2010).

Creo que esta subordinación también se hace patente a la hora de explicar y jerarquizar las distintas formas de curar tradicionalmente el empacho: es llamativo que, a pesar de no ser la técnica utilizada por la mayoría de mis informantes, la “tirada de cuerito” es siempre destacada como la forma más eficaz y más “seria” de contrarrestar este malestar. Al estar apoyada por un fenómeno fisiológico –la estimulación de ciertos puntos nerviosos que conducen a una mejor digestión- se le suele adjudicar una eficacia y un valor de verdad superior al de todos los otros métodos.

Es importante comprender que la explicación fisiológica de esta operación, es una lógica atribuida *a posteriori*. La forma de trasmisión y aplicación responde al mismo patrón tradicional que todos los otros métodos (medida de la cinta, uso de palabras secretas, oraciones, etc.) pero el hecho de ser una técnica susceptible de ser interpretada en términos biomédico, y bajo la concepción alopática del cuerpo, provoca que se dé una valoración diferencial de la misma respecto al conjunto general que forma las prácticas curativas populares.

Considero de gran importancia retomar las discusiones de Oliszewski en relación al posicionamiento de la medicina tradicional en el campo terapéutico. Valiéndose de la teoría Bourdiana sobre los campos, la autora establece que las prácticas realizadas por curanderos se ubican en una situación de desigualdad en relación al sistema biomédico. Teniendo en cuenta

que Bourdieu establece a la noción de “campo” como “espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias” (Bourdieu 1987: 108) en los que varios actores se encuentran en pugna a fin de conquistar un capital (material o simbólico) cuyo valor se encuentra establecido por estos mismos actores. En este caso el capital consistiría fundamentalmente en la capacidad diagnóstica y terapéutica de las distintas técnicas y saberes que conforman el campo terapéutico.

En consecuencia, podemos establecer que el capital mencionado es indiscutiblemente monopolizado por la medicina científica (en gran medida gracias a los avales legales y académicos de los que goza con exclusividad), lo que no impide que otros actores al interior de este campo luchan por lograr un mejor posicionamiento a través de un trabajo de acumulación de capital. Dicho trabajo va a basarse en estrategias de auto-validación, dentro de las cuales Oliszewski va a ubicar como la más importante el uso de la figura de Dios como forma de otorgarle legitimidad a las prácticas tradicionales. Aquí el “curandero” se autodefine como un mero intermediario de la divinidad cuyo mandato no es otro que “hacer el bien” (Oliszewski 2010).

Sin dudas este elemento se presenta en forma recurrente en el discurso de quienes tratan la enfermedad a través de métodos populares, no obstante considero que existe otro elemento de gran importancia que funciona como estrategia auto-validante por parte de los curanderos: se trata de la demarcación de dos esferas de padecimientos claramente escindidas: las enfermedades “de médico” y las enfermedades “de curandero”. Este último grupo es concebido como un conjunto de males que el médico alópata “no conoce”, “no entiende” o “no sabe curar” y es aquí donde la figura del “curador”/“curandero” legitima la especificidad de su saber colocándose como el único agente capaz de lidiar con este tipo de padecimientos.

Sin embargo, vale aclarar que no registramos dicha dicotomía en la perspectiva de los pacientes. Como conclusión podemos establecer que por medio de esta estrategia los “curadores” logran perpetuar su permanencia en el campo y, simultáneamente, disputar la acumulación del capital que se encuentra en juego modificando así su posición relativa al interior del campo terapéutico. A pesar de esto es necesario admitir que estos movimientos se dan dentro de límites lo bastante estrechos como para no resultar una verdadera amenaza a la posición monopólica de la medicina científica.

MEDICINA TRADICIONAL Y TERAPIAS ALTERNATIVAS

Partiendo del trabajo etnográfico pude detectar de que manera a la hora de expresar sus pareceres sobre las enfermedades y curaciones “populares”, los informantes utilizaban todo tipo de mitigaciones: “se supone que eso te cura”, “dicen que hace mal”, “se dice que perdés el poder”. Es posible entender esta estrategia como un intento de legitimación del propio discurso al interior del contexto de entrevista en el que el “ethos” ya validado sería el “ethos” racional. Creo que en este punto se hacen patentes las implicancias de mi presencia en el campo como sujeto debido a que mi identidad se concebía desde una dimensión meramente académica, con todas las consecuencias que esto conlleva. En más de una ocasión, los sujetos entrevistados se sentían sorprendidos e incluso desconfiados de que este tipo de prácticas y saberes (los conocimientos populares sobre curación y enfermedad) constituyeran un tópico plausible de ser abordado en términos académicos. Tal como afirmó una de mis interlocutoras (Mirtha), cuando negociábamos la posibilidad de una entrevista: *“Yo no tengo problema en contarte, pero no sé si te va a servir para un trabajo de la universidad, no creo que les guste...”*.

Los reparos que mencionábamos anteriormente, se presentaban a la hora de auto-definirse (“estas no son cosas de brujas”) y de definir sus saberes (“esto no tiene nada que ver con magia negra ni nada raro”). Dichas argumentaciones pueden comprenderse más acabadamente a la luz del concepto de “identidad precautoria”, entendiéndola como “las estrategias simbólicas de presentación del self social en la esfera pública” (Wright 2008: 88). Susceptibles de ser siempre deslegitimados desde el sentido común – y más aún desde un sentido común marcado por la racionalidad occidental- los grupos que ocupan posiciones relacionamente heterodoxas esgrimen estrategias “precautorias” para presentarse como sujetos legitimados o, mínimamente, para alejarse de aquellos estereotipos altamente estigmatizados al interior de determinado orden simbólico y social.

Es notable que estas mitigaciones desaparezcan al tratarse de personas que practican y adscriben a ciertas corrientes “alternativas” como son el reiki o el yoga. Considero que esto se debe a que la visión “holística” del cuerpo y los fenómenos relacionados con el mismo, gozan de cierta legitimación en tanto capital cultural (simbólico y político) en la sociedad en general, así

como también en los medios de comunicación¹² y, sobre todas las cosas, son aceptados por los sectores más privilegiados dentro de Buenos Aires. Disciplinas como el yoga, el reiki, la acupuntura y la reflexología son parte de la variedad de terapias que se ofrecen en hoteles y circuitos de Spa, centros reservados para el cuidado del cuerpo, la persona y la salud de un sector muy reducido de la sociedad¹³. De todas formas las clases medias cada vez aspiran más a formar parte de este universo en el que se proveen terapias muy específicas destinadas a “armonizar” al individuo desde una perspectiva holística.

Considero que es significativo el siguiente fragmento de mi entrevista con Matías, referido a la cura del “Mal de ojo”:

Agustina:- Ah. ¿Y qué te parece que pasa cuando te lo curan? a distancia o no...-

Matías:- el tema de la distancia trabaja...eh, todo es energía, todo es movimiento, y la distancia no existe en verdad, para nosotros existe nada más-

A:- claro-

M:- pero... es como el reiki a distancia, el reiki a distancia también cura (...)-

En la analogía explicitada por Matías, creo que hay una intención de legitimación de una práctica (la curación del “ojeo”) a partir de homologarla con otra que ya goza de cierta “credibilidad” o aceptación como es el reiki.

Algo similar ocurrió con una posible entrevistada con la que estaba teniendo una conversación informal sobre la cura del empacho. Al ver que tenía muchos conocimientos sobre estas prácticas, propuse la posibilidad de concertar una entrevista para adentrarme en estas temáticas, a lo que la mujer replicó: “*Yo no sé nada, para saber de esas cosas tenés que meterte en la medicina China*”. En esta operación no solo señala estos dos enfoques (la medicina tradicional y la medicina China) como dos universos homologables, sino que los ubica en un clarísimo orden en lo que refiere a su legitimidad y su cercanía a la “verdad”. Al decir “*yo no sé nada*” queda claro que la informante se considera “desposeída” del capital simbólico que rige el interjuego de

¹² No es un dato menor que existan varios programas televisivos dedicados a mostrar este tipo de prácticas, como ejemplo podemos señalar la emisión “Salud Emocional” perteneciente a la cadena “Utilísima satelital”, en la que se abordan temáticas como el yoga, el Feng Shui, etc. A nivel internacional cabe mencionar a la cadena “Discovery Home & Health” en la que se emite el programa “Natural y Alternativo” cuyas temáticas centrales giran en torno a disciplinas como: la homeopatía, la Medicina Tradicional China, el Tai Chi, etc.

¹³ Esta problemática será desarrollada posteriormente a la luz de los aportes de Mary Douglas (1998) en relación a la medicina complementaria.

los distintos actores en el campo de la salud y, a su vez, evidencia que la Medicina China sí ocupa una posición prestigiosa al interior de aquellos saberes que son entendidos como no-científicos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho, quisiera adentrarme brevemente en el enfoque esbozado sobre esta problemática en el trabajo de Facundo Arteaga y María Ángeles Funes, “Sanadores tradicionales en contextos interculturales del Área Metropolitana de Buenos Aires” (2008). Aquí, los autores aseveran que, al tratarse de un contexto marcado por el pluralismo étnico y la diversidad cultural, Buenos Aires presenta una gran variedad de alternativas terapéuticas. Entre ellas: la medicina alopática, las prácticas propias del “saber popular”, los ritos curativos pertenecientes al catolicismo, las corrientes orientales y algunas prácticas “milagrosas” referidas a las Iglesias pentecostales. Ante esta diversidad, se darían múltiples combinaciones y trayectorias entre las mismas – independientemente del origen socioeconómico o nivel de instrucción de los pacientes -, siendo esto positivamente valorado por todos ellos.

Si bien es innegable que en el área metropolitana de Bs. As. existe una gran diversidad de ofertas terapéuticas y es un hecho que los recorridos de los pacientes pueden involucrar varias de las opciones descriptas anteriormente dando forma a una estrategia de complementariedad terapéutica, considero fundamental abordar las dimensiones políticas que implica este fenómeno. Estas combinaciones terapéuticas no ocurren en el vacío, ocurren al interior de un campo de fuerzas en el que todos los actores pugnan por establecerse como válidos, acumulando cierto capital simbólico que les permita ubicarse en lugares de mayor prestigio e inevitablemente reubicar otros saberes –y otros actores- en posiciones periféricas gozando de menor legitimidad y prestigio al interior del campo terapéutico.

EL ROL DE LAS TERAPIAS ALTERNATIVAS

En primer lugar, debemos tener en cuenta que el sistema biomédico es el que se establece como prioritario y, en alguna medida, exclusivo para gran parte de las clases medias y altas al interior de Buenos Aires. Si bien sus procedimientos, conocimientos y prácticas también son cuestionados por sus usuarios, es - sin dudas- el sistema que goza de mayor legitimidad.

Por otra parte –como ya veníamos analizando- si nos referimos a aquellas terapias que se ubican por fuera de la medicina “oficial”, también podemos encontrar valoraciones diferenciales

al interior de este campo. Las corrientes “alternativas” se ubican en un lugar privilegiado con respecto a las prácticas provenientes del “saber popular” o ligadas a lo religioso, incluso para aquellos que integran estas últimas en su batería de saberes y procedimientos curativos. Sería difícil imaginar un panorama en el que las prácticas curativas populares, con todos sus elementos folklóricos y religiosos, gozaran de un espacio en los medios de comunicación como sucede en el caso las terapias orientales.

Considero que uno de los motivos de esta valoración diferencial está íntimamente ligado a la mirada que se establece desde la medicina oficial hacia estas distintas corrientes, siendo la homeopatía y la medicina China las más aceptadas, por ser homologables a la lógica de la medicina alopática y siendo las prácticas populares y religiosas las más rechazadas o descalificadas por ser incompatibles con las concepciones y procedimientos del sistema oficial.

Al analizar los movimientos que han surgido en sociedades industrializadas complejas hacia las medicinas “alternativas” o “complementarias”, Mary Douglas sostiene que las causas de este fenómeno se centran en la forma más sutil de abordar la salud que profesan estos enfoques. Tanto sus medios diagnósticos como terapéuticos se caracterizan por ser no-invasivos y no violatorios de la privacidad física del paciente. Todas las operaciones suelen efectuarse completamente vestidos, en posiciones que resulten confortables al enfermo y dentro de un espacio que sea ameno. Este es el estandarte principal de todas las terapias ofrecidas en spas, centros de estética e instituciones dedicadas a estas tareas.

Según la autora, la medicina complementaria puede ser concebida como una medicina espiritual “*en la medida en que utiliza una gama de simbolismos que van más allá de lo clínico e incluyen a la persona total en la totalidad del universo*” (Douglas 1998: 42).

La sutileza que presentan estas disciplinas las convierte en la opción predilecta de ciertos individuos que al interior de una sociedad compleja siguen una “tendencia cultural” diferencial a la que denomina “la opción por la delicadeza”. Esta tendencia implicaría ciertas disposiciones respecto de otros tópicos como son: la preocupación por el cuidado del medio ambiente, la alimentación (existiría entre ellos una tendencia hacia el vegetarianismo) y cierta desaprobación hacia un modelo cultural materialista, en el que el poder y la riqueza son distribuidos de forma desigual.

No podemos decir que este sea el caso de la inserción de las “medicinas alternativas” en Buenos Aires en donde ciertas formas de terapia como la reflexología, acupuntura, etc. –por

nombrar algunas- están reservadas a una elite que puede acceder económica y culturalmente a ella. La "sutileza" por las que están marcadas tiende a congeniar perfectamente con su modo de vida pero este último, se encuentra más que alejado de constituir una crítica al sistema político y de distribución de la riqueza. Así como existen prácticas sutiles, existen cuerpos sensibles a esta sutileza. Si bien hay una teoría coherente sobre las nociones de cuerpo y persona, podríamos decir aquí que no hay una teoría sobre el cuerpo sino sobre los cuerpos. El cuerpo vulgar, el cuerpo burdo, el cuerpo que no posee pero que tampoco conoce la sutileza, no constituye un material susceptible de ser penetrado por estas disciplinas. La gemoterapia, el Feng Shui y la PNL (programación neurolingüística) son “bienes simbólicos” destinados a una clase de cuerpo en particular, a una clase de cuerpo permeable a estos saberes.

EJERCICIO ILEGAL DE LA MEDICINA, LA DISPUTA POR EL SABER

Si bien hasta aquí hemos intentado dar cuenta de la gran cantidad de abordajes y prácticas que conviven en el contexto del Gran Buenos Aires y Capital Federal, siguiendo a Oliveiro (2007) podemos decir que esta coexistencia, no implica que la biomedicina y la medicina tradicional u otros tipos de medicina sean vistas de igual manera. Dentro de nuestro país estas “otras” disciplinas suelen ser perseguidas y reprobadas por la ley, colaborando de esta manera con el posicionamiento monopólico de la biomedicina.

Con el fin de abordar otra de las aristas de la discusión que hemos planteado hasta el momento, y habiendo desarrollado los argumentos pertinentes en relación a la legitimidad de saberes sobre la salud, será necesario en este punto adentrarnos en el tópico de la legalidad. En primer lugar, se debe tener en claro que el Artículo 208 del código penal amenaza con prisión de 15 días a 1 año:

Inc. 1: “al que sin título ni autorización para el ejercicio de un arte de curar o excediendo los límites de su autorización, anunciare, prescribere, administrare o aplicare habitualmente medicamentos, aguas, electricidad, hipnotismo o cualquier medio destinado al tratamiento de las enfermedades de las personas, aún a título gratuito”.

Partiendo de esta premisa queda establecido que todas aquellas prácticas que no sean reconocidas oficialmente por organismos avalados legal y burocráticamente para tal fin, quedan expuestas a ser atacadas jurídicamente y arrojadas a la ilegalidad. En caso de que esto ocurra será

tarea de la justicia discernir en qué casos cabe o no una condenada determinada. Sería importante tener en cuenta en qué medida las diversas posturas frente a la legitimidad que tratamos en el apartado precedente inciden en el tipo de tratamiento que puede recibir cada una de estas disciplinas, y los distintos agentes que las practican.

Resulta necesario señalar la situación en la que se encuentra Argentina en cuanto a la legalidad de la medicina tradicional comparándola con casos como los de México y Bolivia. Si bien en todos los países de Latinoamérica existen figuras penales para condenar aquellas prácticas que no se encuentren debidamente reconocidas por la ley, tanto en el caso mexicano como en el boliviano existen numerosas agrupaciones que nuclean a los médicos tradicionales ofreciéndoles un status legal. Este es el caso de la “sociedad Boliviana de Medicina Tradicional”, fundada en 1983 y del “Consejo Nacional de Médicos Indígenas Tradicionales” (CONAMIT) en México. Incluso debe señalarse que existen hospitales en los que se provee la atención de médicos tradicionales a quien así lo requiera¹⁴.

La apertura que presentan los dos países citados anteriormente a la aceptación – relativa- de este tipo de medicina, está íntimamente relacionado no solo al peso que poseen los pueblos originarios a nivel demográfico, sino a las extensas luchas políticas que estas comunidades han sabido dar para lograr no solo una gran visibilidad sino la concreción de reivindicaciones de este tipo. Por lo tanto, considero que la legitimidad y legalidad de la que gozan los sistemas médicos tradicionales en este caso se debe, en gran medida, al origen socio-cultural diferencial que se les reconoce y en el que se encuentran enmarcados.

Esta aceptación o tolerancia que analizamos en los casos anteriores resulta impensable si nos remitimos al caso de las prácticas curativas populares en las zonas urbanas del Gran Bs. As. y Capital Federal. Esto puede deberse a que los agentes que participan de estas prácticas no poseen una base identitaria común que los distinga de la sociedad global y, de alguna manera, los habilite a ejercer y recurrir a un tipo de medicina distinta de la alopática. Si bien la legalidad no aparece en el discurso nativo como un objetivo probable o deseable, lo que sí se presenta permanentemente en foco es la disputa por la legitimidad de estos saberes en conflicto.

¹⁴ No son menores las modificaciones que trae aparejada la institucionalización de estos saberes y su reconocimiento a nivel legal, este reconocimiento siempre se da de manera parcial y está fundamentalmente destinado a los trabajos de tipo técnico como son: el trabajo de las parteras, los hueseros, los yerbateros, etc. Desde esta perspectiva, la figura de los “hechiceros” o brujos aparecen fuertemente penadas por el marco legal. A pesar de esto, obtener el status legal se considera un gran paso para los agentes médicos que ejercen su tarea en estos países, ya que implica cierta seguridad en relación a las persecuciones de índole policial o legal, así como también la obtención de cierto “respeto” al interior de sus propias comunidades (Campos Navarro 1997).

Se debe tener en cuenta que para aspirar a una legalidad completa, es decir, al reconocimiento por parte del estado mismo y no de instituciones aisladas, tanto la medicina tradicional boliviana como la mexicana ha debido someterse a una serie de transformaciones a fin de estar en condiciones de apelar a este nuevo status. En primer lugar, han debido excluir de sus prácticas y creencias todo lo referente a la hechicería y a las operaciones donde el ritual jugaba un rol predominante (Page 1995). Aquí se hace evidente que esta novedad altera en forma sustancial la manera de concebir y practicar la medicina tradicional en ambos países, ya que su particularidad descansaba mayormente en un abordaje holístico de la enfermedad y del enfermo. A pesar de esto, los rasgos “mágicos” al interior de esta tradición resultaron imposibles de conservarse a la hora de luchar por el status legal de la misma.

La escisión entre curaciones “simbólicas” y curaciones “prácticas” (así son denominadas las prácticas de hueseros, parteras, sobadoras, etc.) disuelven, en cierta medida, el abordaje propio de las medicinas tradicionales en el que dicha escisión resulta carente de sentido; asimilan estos saberes a la lógica que rige en el criterio biomédico: los aspectos emocionales, psicológicos, rituales y sociales se encuentran separados de las patologías y los procesos químico-biológicos que puedan presentarse en el individuo enfermo.

Los riesgos que conlleva aspirar a la legalización están relacionados a extrapolar las lógicas y parámetros de un sistema de conocimiento (la medicina occidental) a otro sistema distinto como es el de la medicina tradicional. Este proceso puede devenir en una burocratización de los médicos tradicionales, en el surgimiento de grupos excluyentes y excluidos (Campos navarro 1997) y, principalmente, en el establecimiento de círculos que detentan el poder de ejercer estas prácticas en forma legal en detrimento de aquellos que se niegan a ubicarse bajo estas nuevas reglamentaciones.

Es necesario apuntar a una vinculación cooperativa entre estos tipos de saberes, en la que puedan complementarse y enriquecerse mutuamente, en lugar de establecer entre ellos relaciones de subordinación y dominación como ocurre actualmente en las instituciones médicas de los países tratados.

En lo que respecta a Argentina, han existido y existen intentos de promover la interculturalidad en el campo de la salud, pero esta inclusión no ha dado como resultado experiencias exitosas. Quizás una de las trabas más importantes para que esto suceda es la cuestión de la legalidad: al no existir una ley que de completo reconocimiento a la medicina

tradicional indígena, la aceptación de los agentes “alternativos” de salud dentro de las instituciones médicas (como es el caso de la Machi en el pueblo Mapuche) se convierte en un proceso de negociación plagado de dificultades. Siguiendo a Oyarce (2008) tampoco podemos afirmar que exista una preocupación por parte de las autoridades oficiales por incluir esta variable étnica dentro del proceso de atención a la salud. Es evidencia de esto que este tópico aparece completamente obviado en la agenda del INAI¹⁵.

Una de las claves para entender estas dificultades a la hora de reconocer el status legal de las “otras medicinas” se apoya en comprender la manera en que el modelo biomédico se encuentra establecido como modelo hegemónico al interior de este campo. Me apoyo en Caramés García para problematizar el supuesto de incuestionabilidad que rodea a este tipo de discurso. Según la autora, esta incuestionabilidad se apoyaría fundamentalmente en la pretensión de objetividad positivista y el enfoque biológico- técnico que caracterizan al modelo. El punto conflictivo de este supuesto estaría en la forma en que el mismo invisibiliza el entramado de conexiones con el poder en el que este discurso se inscribe (Caramés García 2004). A fin de ahondar en esta discusión retoma los aportes de dos autores centrales en lo que respecta a esta temática: la primera de ellos es Haraway (cuyos trabajos se han destacado por ser pioneros en el abordaje etnográfico del proceso de construcción de conocimiento científico) quien ha señalado que el lenguaje biomédico como un hecho social deriva de procesos sociales que lo anteceden y en el que se manifiestan, simultáneamente, significados sociales y relaciones de poder. El segundo autor que es retomado por Caramés García (2004) como central para abordar esta temática es el filósofo Michel Foucault.

Sabemos que el eje medular de sus estudios se encuentra en las relaciones que se entretienen entre poder y saber, sobre “el problema de la formación de ciertos dominios de saber a partir de las relaciones de fuerza y relaciones políticas de la sociedad” (Foucault 1980: 31). A partir de esta intención, el autor intentará dar cuenta del origen de aquello que consideramos verdadero, obvio y normal.

Desde esta perspectiva, podemos abordar la disputa entre medicina científica y medicina tradicional, partiendo de las elaboraciones de sus elaboraciones sobre *la insurrección de los saberes sometidos*:

¹⁵ Instituto Nacional de Asuntos Indígenas.

por saberes sometidos, pienso que debe entenderse (...) toda una serie de saberes calificados como incompetentes, o, insuficientemente elaborados: saberes ingenuos, inferiores jerárquicamente al nivel del conocimiento o de la cientificidad exigida. Y a través de la reaparición de estos saberes bajos (...) que no han constituido un saber común, un buen sentido, sino por el contrario un saber específico, local, regional, un saber diferencial incapaz de unanimidad (Foucault 1980: 129).

Frente a estos saberes discontinuos, desplazados, deslegitimados se ubica una ciencia determinada y –especialmente auto-determinada- como válida, exacta, cierta. Ahora bien, no se trata aquí de rechazar los contenidos de esta ciencia, sino de permitir la emergencia de esos “otros saberes”, no para oponerse teóricamente a ella sino para socavar los efectos de poder (y en consecuencia, los efectos de verdad) que condensa un discurso científico y cientificista aparentemente monolítico.

Partiendo de este argumento, el autor propone romper con la jerarquía de saberes establecida por las instituciones oficiales y por el estado. No obstante, dicha jerarquía no alcanza exclusivamente a los ámbitos anteriormente mencionados, sino que se encuentra instituida en las prácticas y discursos de la sociedad en general, marcando fuertemente el sentido común y, muy especialmente, el de las clases medias. Siguiendo a Mary Douglas podemos afirmar que toda sociedad impone a sus miembros una serie de normas, implicando que el individuo se ve obligado a tomar ciertas determinaciones sobre las mismas. Es aquí que puede jugar el rol que se le plantea como “aceptable” desde la normativa (respetando la jerarquía de saberes imperante) negociar el establecimiento de roles diferenciales o, en su defecto, puede sufrir la desaprobación pública (Douglas 1998).

Este hecho se evidenció de manera muy clara durante una entrevista con Mónica, quien se desempeña como enfermera en un centro de salud privado de la zona oeste del Gran Buenos Aires. Si bien ella consideraba a las prácticas curativas populares como un recurso más (y muy eficaz) para restablecer la salud, en varias ocasiones mencionó que tenía ciertos reparos a la hora de dar a conocer que realizaba estas prácticas:

M:- jaja, no hago promoción porque no me gusta, en el trabajo por ahí no digo nada porque no me gusta, por ahí le digo “si te duele la cabeza vení, pero no digas nada”-

A:- claro-

M:- No me gusta que en el trabajo se corra esa bola de que vos... ¿viste? por ejemplo, las chicas, mis compañeras si, les digo “bueno, dale, vamos a un lugar donde no nos vea nadie”, pero acá (refiriéndose a su casa) si, igual no viene todo el barrio a que le cure el empacho ¿eh?-

Los cuidados mencionados por Mónica estaban relacionados a la experiencia de una de sus compañeras de trabajo, kinesióloga, que había accedido a curarle el empacho a uno de sus colegas. Aparentemente ese hecho se hizo conocido en el ambiente laboral, lo que generó una serie de burlas

M:- Me sorprendió lo de la kinesióloga esta, porque ella también curaba el empacho, es de Pehuajó y viene un chico de terapia y dice “¿no me curás el empacho?”, “ah, yo te lo curo”. Pero como que se hizo un vox populi y hay gente que lo toma a burla, ¿viste? –

A:- claro-

M:- por eso a mi mucho no me gusta, para mi es algo muy serio, no sé si es un don, un arte, pero a mí me gusta cuidar a la gente y me gusta que la gente esté bien así que hago todo lo que puedo, ¿no?-

Este tipo de situaciones también se suscitan en las interacciones cotidianas entre médicos y pacientes. Como sostiene Idoyaga Molina:

La recurrencia a la medicina casera o a los curanderos genera muchas veces conflictos entre los biomédicos y los pacientes. Los primeros, en términos generales, desdeñan las prácticas de la medicina tradicional y ponen el acento en su propia formación, piensan que basta su discurso para fundar el rechazo hacia las otras medicinas y entienden que el modelo biomédico es la única herramienta válida en los problemas concernientes a la salud (Idoyaga Molina 1999b: 11-12).

Podemos ver como esta forma de abordar la “medicina tradicional” se pone en juego al interior de las instituciones biomédicas y, particularmente, cuando se dan casos de doble diagnóstico o se intenta recurrir a una complementariedad terapéutica que incluya el tratamiento alopático en conjunto con alguna práctica tradicional. Es notable que esta lógica no sea exclusividad del personal médico sino que abarca también a muchos pacientes y sus familias.

Uno de los relatos que pude recoger durante el trabajo de campo fue de gran utilidad para ver las dificultades y negociaciones que pueden suscitarse en esta clase de situaciones. Tal fue el caso de Carmela, quien me relató las peripecias que había sufrido toda su familia durante la

internación de su nieta Agostina cuando tenía dos años. La paciente padecía una infección en los intestinos, lo cual la había llevado a una pérdida de peso y debilitación importantes.

C:- La gorda siempre había sido sanita y grandota, siempre había comido bien. Cuando le agarró la infección, era una cosa que no paraba de vómitos y diarrea, semanas que no se le pasaba. Entonces no hubo otra que internarla, la cosa fue cuando la vio mi consuegra, la madre de mi nuera. ‘Ah, esta nena tiene la pata de cabra -empezó- hay que llevarla a curar’ que esto y que lo otro y yo la miraba como diciendo ‘no se le ocurrirá sacar a la nena de acá’. Entonces después hablé con mi hijo, le digo: ‘mirá si quieren traer a alguien acá, que vengan y la curen, le hagan lo que quieran, a mí no me molesta, pero a la nena de acá no la sacan, porque tiene que estar bajo cuidados médicos’

Ese mismo día a la noche, se acercó una conocida del barrio para ver a la nena y efectuar la primera curación. Algunas semanas después, la paciente recuperó considerablemente su estado de salud y fue dada de alta del hospital. Si bien este es un típico caso de complementariedad terapéutica y doble diagnóstico, resulta de gran interés ya que muestra las tensiones que pueden generar la convivencia de estas dos lógicas alternativas incluso al interior de una misma familia. A pesar de que Carmela aceptaba que su nieta fuera tratada a través de técnicas tradicionales – respecto de las que tenía algunas dudas, pero en última instancia consideraba inofensivas- temía que esto llevara a la suspensión del tratamiento biomédico, que desde su visión de los hechos resultaba ser un factor imprescindible para la mejora de su estado de salud.

En más de una oportunidad me expresó que la única tranquilidad que tuvo durante esos días estaba basada en saber que su nieta estaba permanentemente bajo la “mirada de los médicos”. Sin dudas podemos señalar que Carmela ubicaba al tratamiento alopático como absoluta prioridad contradiciendo la visión de su consuegra quien también consideraba fundamental que la paciente sea tratada en forma tradicional. Finalmente, ambas terapias pudieron desarrollarse en forma paralela. Al ver que por fin la nena salió del agudo estado en el que se encontraba, Carmela no dejó de comentarme de manera muy irónica que “evidentemente” su consuegra adjudicaba esta mejora a la curación que había efectuado la curandera que ella se había ocupado de llevar.

No podemos dejar de lado el aspecto político que conllevan todas las decisiones que deben tomarse en torno a las estrategias curativas que serán aplicadas en un paciente, más aún, si el

mismo es un menor. Tal como indicó Mary Douglas “*si existen fuertes posiciones políticas que dividen las dos terapias, la parte contraria ejercerá presión para que la persona en cuestión no se convierta al otro campo*” (Douglas 1998: 50).

Cabe mencionar que, en el ejemplo citado anteriormente, no es casual que la decisión de Carmela haya sido oída y respetada por el resto de la familia. Tal como ella mencionaba: “*yo fui enfermera durante 15 años, sé de lo que te estoy hablando*”. Su propia experiencia al interior de institutos biomédicos la colocaba en un lugar privilegiado para evaluar el estado de su nieta y, consecuentemente, decidir de qué manera debería desarrollarse el tratamiento.

Cualquier comunidad dedica grandes esfuerzos a ejercer cierta vigilancia sobre los tratamientos pertinentes ante el individuo enfermo y la lleva a cabo a través de distintas estrategias, entre las que podemos mencionar: los consejos, la burla, la estigmatización o la presión directa en pos de que se prioricen los tratamientos considerados socialmente adecuados para cada circunstancia.

A lo largo de este capítulo hemos construido un contrapunto entre la medicina tradicional y la biomedicina, intentando describir y cuestionar especialmente la forma en la que esta última construye sus objetos de conocimiento (síntoma y enfermedad). Por otra parte, intentamos dar cuenta de las relaciones que se ven implicadas entre saber y poder en esta área de conocimiento así como las dimensiones políticas que atraviesan esas relaciones. También detallamos de que manera inciden las condiciones materiales y sociales de los sujetos en el proceso de salud-enfermedad-atención (Menéndez 1994) y el rol que juegan las narrativas para otorgar sentido a la experiencia de los pacientes, rescatando la perspectiva cultural y biográfica del proceso de enfermedad. Por otra parte, hemos profundizado cuales son las tensiones que se dan entre la “*medicina científica*”, la “*medicina tradicional*” y la “*medicina alternativa*”, haciendo especial hincapié en las disputas por la legitimidad y la legalidad que permean el campo de la salud.

CAPÍTULO 3

CURACIÓN TRADICIONAL Y CURACIÓN BIOMÉDICA.

PUENTES Y FRONTERAS

A lo largo de este capítulo argumentaré que no existe una relación lineal entre la etiología y la terapéutica, sosteniendo que sería incorrecto establecer una correspondencia exacta entre determinada etiología natural (orgánica) y cierta terapéutica natural (médica) y entre un tipo de etiología sobrenatural (“daño”, aire o envidia) y una terapéutica sobrenatural (prácticas curativas rituales propias de la medicina tradicional). Un ejemplo que nos ayudará a entender esta hipótesis es el caso del empacho. El mismo podría describirse como un *taxa* con una etiología “natural” (la ingesta excesiva de determinado alimento o de alimentos de difícil digestión), al que le corresponde una terapéutica, en algunos casos, “sobrenatural” (tomar medidas con una cinta mientras se pronuncian palabras secretas). El caso contrario podría encontrarse en lo referido a ciertos “daños” (conjuros realizados a partir de fotografías u objetos de la persona a dañar) que traen consecuencias físicas que necesariamente deben ser atendidas de manera médica. Como ejemplo podemos tomar uno de los casos analizados previamente en el que un daño había ocasionado los siguientes síntomas:

tenía dolores de estómago terribles, le agarraban, ponele, cada mes y medio, le agarraba un dolor de estómago terrible, fiebre altísima, pero altísima 41 de fiebre, una cosa así terrible, y ponele después así de golpe se le pasaba (Pamela).

Ante estos síntomas fue necesario recurrir a medicamentos que logren aliviar al paciente en el momento y, si bien el “diagnóstico” de daño fue confirmado por una especialista, también se recurrió a la curación ritual a través de velas y una fotografía del afectado.

Lo natural y lo sobrenatural se dan como un *continuum* en el que no hay lugar para divisiones dicotómicas. La perspectiva que recorta estas esferas como unidades de significación contrapuesta no expresa la forma nativa de concebir sus dolencias ni las posibilidades

terapéuticas a las que se acude (Strasser 2011). De modo que cabría preguntarnos hasta qué punto la mera utilización de los términos natural/sobrenatural no proyecta un esquema “etic” en el discurso nativo.

La noción de “eficacia simbólica” (Lévi-Strauss 1986 [1973]) resulta de vital importancia para poder dar cuenta de la funcionalidad de las “prácticas curativas populares”. Retomamos el concepto de “eficacia simbólica” en tanto la capacidad de inducir una transformación orgánica por medio de una reorganización estructural.

Para el autor los rituales curativos median entre la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, la esperanza y la desesperanza, transforman el status del que sufre, primero identificando la enfermedad como algo que forma parte de un conjunto de ámbitos simbólicos y después llevándolo a lo largo de caminos rituales hacia una nueva identidad basada en ámbitos simbólicos opuestos. De esta manera, los síntomas adquieren su significado relacionamente en el seno de un sistema cultural, por la posición que ocupan en complejos códigos simbólicos. Las formas tradicionales de curación adquieren su eficacia gracias a tales códigos simbólicos y a la experiencia que evocan (Good 2003).

También Mary Douglas (1973) se ocupó de señalar el poder que condensa el rito y su capacidad creadora (su eficacia) y, cómo la confianza en el poder de los símbolos, sin dudas genera transformaciones en el nivel de la vida social. A partir de establecer una analogía con la función del dinero, la autora nota de qué manera el rito logra hacer visibles los signos externos de estados internos y, a su vez, mediatiza la experiencia social, clasifica situaciones y ayuda a valorarlas (de igual manera que el dinero mediatiza las transacciones económicas y confiere, a partir de un signo externo, determinado valor a las cosas).

En los ritos que nos ocupan en nuestro estudio se ve de forma muy clara como a partir de la confianza que los sujetos depositan en determinados símbolos (el número tres, la cruz cristiana, el agua, el aceite, etc.) se operan una serie de transformaciones cuyo núcleo central es el pasaje de la enfermedad a la salud (del malestar al bienestar). Como sostiene Douglas “*El rito es igualmente creador a nivel de la ejecución, porque un símbolo externo puede ayudar misteriosamente a la coordinación del cerebro y del cuerpo*” (Douglas 1973: 90). Aquí lo que se produce es un cambio en la percepción a partir de inducir una modificación en los principios selectivos del sujeto.

Por otra parte, citando el clásico trabajo de Victor Turner (1964) “La práctica de un médico Ndembu” debemos dejar en claro cómo ciertas enfermedades o disrupciones -en nuestro caso, debemos señalar especialmente al “mal de ojo” y el “daño”- ponen de manifiesto tensiones sociales que se hallaban latentes, las cuales quedan de alguna manera resueltas luego de proceder al ritual curativo.

A pesar de tener en cuenta las diversas explicaciones y aproximaciones sobre la eficacia y de haber explorado en donde reside la misma, quiero detenerme por un momento en el misterio que señala Douglas. Considero de fundamental importancia permitir y permitirnos la apertura a ese misterio, dejar en claro que aún hay mucho que no sabemos sobre la forma en la que el rito obtiene su eficacia. Creo necesario admitir y asumir cierta opacidad en el sistema cultural, especialmente para evitar caer en la falacia de ubicar al etnógrafo en la posición de un observador omnisciente capaz de desentrañar hasta el último significado de la vida cultural.

En lo que respecta a la eficacia, Menéndez (1981) indica que la “ojeadura” parece responder a patrones diferenciales al tratarse de zonas rurales o urbanas. Si nos remitimos al caso de las pequeñas comunidades rurales (en su caso de estudio se referirá a poblados mestizos en la península de Yucatán) veremos que las mismas están sometidas a ciertas presiones comunales en las que la delegación de poder al interior del grupo juega un rol fundamental al momento de la curación. Por lo tanto, se considera de gran relevancia reconocer quien fue el causante de este “daño” o mal (Galt 1982; Herzfeld 1981), y si este pertenece o no al mismo grupo familiar o círculo más cercano del enfermo. La importancia otorgada al reconocimiento del agresor es registrada por Herzfeld (1981) en una pequeña aldea de campesinos griegos y por Galt (1982) en la isla de Pantelleria en Italia. De reconocerse el agresor, el mismo deberá estar presente a la hora de iniciar el ritual para la curación y en el mismo se le dará lugar a que “repare” simbólicamente el perjuicio ocasionado.

Si nos referimos al ámbito urbano, el autor señala que esta creencia es re elaborada como una instancia particularizada ajena a reciprocidades de índole comunitaria (Menéndez 1981) y, como consecuencia, la identificación del culpable carece de relevancia.

Quizás estas distinciones se deban a que dentro de comunidades en las que el número de habitantes es muy reducido y el ámbito de lo privado se torna casi inexistente, es probable que se dé la posibilidad e incluso la propensión a ubicar un culpable. Cuando las características personales de los sujetos como pueden ser: el estado civil, si se tiene o no se tiene hijos, posición

económica y social, vínculos conflictivos, etc., son de conocimiento público, estos datos ofrecen un terreno culturalmente fértil para que distintas elaboraciones y acusaciones se lleven a cabo en relación a la culpabilidad al tratarse de padecimientos como, por ejemplo, el “mal de ojo”.

Creo que podemos plantear una combinación de los elementos anteriormente descriptos para abordar el caso del Conurbano bonaerense y la ciudad de Buenos Aires. Si bien todo proceso de enfermedad-curación propio de la medicina popular parece presentarse insertado en una trama de reciprocidades comunitarias (a nivel de la familia extensa, círculo de amistades, vecinos, etc.), al tratarse de un medio urbano en el que la cantidad de contactos anónimos es incontable, la preocupación por reconocer al posible causante del malestar juega un papel muy reducido respecto al proceso de curación en general. Así lo explica la informante citada por Brandi: “No importa conocer quién es la persona que te hizo la ojeadura” (Brandi 2002:16), el foco está puesto en la curación y, a su vez, en quién será el encargado de realizar esa curación.

A pesar de que siempre existen sujetos “sospechosos” de ser los causantes de estos daños, rara vez su autoría queda establecida con certeza, sino que más bien se diluye en conjeturas y comentarios del grupo más cercano al afectado en cuestión. En palabras de Strasser: “*No hay en las descripciones de la terapéutica una intención de hallar al responsable de la ojeadura y aunque frecuentemente su identidad se supone, no apareció ninguna actitud de persuasión frente a quien, con su deseo estaría ocasionando el mal*” (Strasser 2002: 115).

EFICACIAS SIMBÓLICAS “RENOVADAS”

Para comprender el inter juego que se da entre la medicina alopática y la medicina popular y la articulación o combinación entre los diversos elementos que ellas abarcan, considero de gran importancia incluir el concepto de “renovación de las eficacias simbólicas” esbozado por Eduardo Menéndez en “Poder, estratificación y salud”:

La eficacia simbólica supone , para funcionar, la continuidad ideológica y estructural, pero no una continuidad inalterable (...).En Yucatán la “continuidad” ideológica se manifiesta discontinuamente y en este proceso la eficacia simbólica opera cada vez más a través de formas generadas “fuera” de la sociedad local. Señalemos que este “fuera” lo formulamos en términos meramente descriptivos, en la medida en que dichos procesos se constituyen para poder generar una “nueva” eficacia simbólica, que asegure tanto la continuidad ideológica en el nivel imaginario como una eficacia simbólica en la cual puedan operar prácticas “tradicionales” y nuevas en los niveles reales e imaginarios” (Menéndez 1981: 352).

Al realizar un abordaje histórico, o más bien, historizado de la medicina “tradicional” y descartar la idea esencialista que la comprende como un compendio de saberes estáticos, notaremos rápidamente que aquello que denominamos “tradicional” es, por supuesto, un conjunto de saberes y prácticas siempre cambiantes que, al ser utilizadas y apropiadas por ciertos agentes (y excluidas por otros), se ha ganado dicho mote.

Son varios los ejemplos en los que pude ver la presencia de estas formas provenientes desde “afuera” a lo largo de mi trabajo de campo. Me interesa detenerme particularmente en la prescripción de drogas provenientes de la industria farmacológica por parte de “curanderos”. Señalaré un caso que me fue referido en una conversación informal con un médico. Se trata de un paciente que se acercó a la guardia hospitalaria quejándose de un fuerte dolor muscular en su hombro. Al examinarlo, el doctor encuentra que el hombre posee una píldora analgésica adherida con cinta de papel en la zona en la que se presentaba su molestia. Un tanto abochornado, el paciente le “confiesa” que este tratamiento le había sido indicado por un curandero vecino. Como respuesta, el médico indica que, de no ser ingerido, el analgésico no tendrá ningún efecto sobre su dolor, ya que no puede ser absorbido en forma cutánea. Ante esta advertencia el paciente replica que de todas formas, él encuentra ese tratamiento beneficioso. La consulta se resuelve en que el profesional receta otra medicación y concluye en aceptar este tratamiento alternativo alegando que “todo lo que uno crea que le hace bien, le hace bien”.

Lo que aquí vemos es el doble juego que se da entre la medicina científica y la medicina popular y las mutuas reapropiaciones que un sistema de conocimiento hace del otro. En primera instancia, cabe resaltar como la eficacia de la farmacopea alopática es aceptada y utilizada por la medicina “folk” pero amoldada y reinterpretada en sus propios términos. El curandero no se limita a replicar la función del médico prescribiendo un producto que resulta familiar y condensa en sí mismo el poder de haber mostrado su eficacia en innumerables ejemplos cercanos a estos usuarios, si no que toma este poderoso elemento pero lo aplica en las formas que prescriben sus propios conocimientos y percepciones de la salud. Por su parte, el médico, si bien se distancia de esta práctica, termina negociando y aceptándola como un tratamiento paralelo al que le reconoce el carácter de una suerte de “efecto placebo”. En conversaciones posteriores con él, en más de una ocasión, me reveló su visión sobre estas prácticas insistiendo en que, a pesar de ser a su entender orgánicamente ineficaces, “predisponían en forma positiva al paciente – en términos psicológicos - para la curación”.

RECORRIDOS TERAPÉUTICOS

Existen seis orientaciones analíticas (Scrambler y Scrambler 1990) que pueden ser de utilidad para comprender el criterio con el que se delinearán las distintas elecciones terapéuticas que realizan los pacientes ante un panorama de opciones tan diverso:

- El económico: pone el foco en las posibilidades económicas de cada paciente a la hora de elegir una forma de atención. (Es inevitable pensar que bajo este enfoque subyace el supuesto de que el enfermo tenderá a buscar la forma de atención más costosa que pueda afrontar financieramente, bajo la premisa de que cuanto mayor sea el costo, mayor será la calidad de atención que reciba.)
- El sociodemográfico: se centra en el tipo de educación sobre la atención médica y la influencia de otros factores sociales como son el sexo y la edad.
- El geográfico: prioriza la accesibilidad que tenga el servicio en términos de distancia.
- El sociocultural: advierte las relaciones entre el estilo de vida, las creencias y los valores de los distintos grupos socioeconómicos y como éstas pueden influir en sus elecciones.
- El sistema organizacional: examina la influencia de la forma de organización del cuidado de la salud (Strasser 2011).

Todos los abordajes priorizan uno de los aspectos, pero teniendo en cuenta el peso que puede tener la influencia de otro de los factores enumerados en el listado. En nuestro caso de estudio se privilegió el enfoque sociocultural y aquel que refiere a la forma de organización del sistema de atención médica. Es decir, exploramos de qué manera el estilo de vida, las creencias y valores respecto de la salud y del propio cuerpo influyen en la forma de concebir la enfermedad en cada caso y, por ende, en los recursos médicos a los que se va a recurrir.

A su vez, pudimos reconocer la forma de organización del sistema de atención médica, es decir, las posiciones en las que los diferentes agentes “curadores” se ubican respecto del enfermo y como ello acaba por generar relaciones de mayor o menor cercanía, accesibilidad y confianza en cada caso.

A partir de estos dos abordajes se hace patente cómo las elecciones que refieren a la atención médica están en estrecha relación con el nivel de satisfacción que ofrezcan los distintos agentes y/o instituciones de la salud. Esta eficacia no se restringe únicamente al éxito del tratamiento en términos fisiológicos (es decir, a la capacidad concreta de generar alivio en el paciente) sino en

la posibilidad de plantearse en términos cercanos y comprensibles a cada sujeto y, especialmente, en la capacidad para dar respuestas que satisfagan las necesidades psicológicas, emocionales y simbólicas de cada sujeto o grupo.

Es menester ver cómo operan estas categorías en los discursos y las decisiones de los pacientes y sus grupos de pertenencia. En relación a este tópico me llamó la atención particularmente el caso de Mariana, quien me explicó detalladamente su experiencia durante la internación de su hija recién nacida en el sector de neonatología de una clínica privada del partido de Merlo. En este caso, la internación se debía al alto nivel de bilirrubina de la recién nacida, situación que Mariana definía como traumática y preocupante en sí misma. Sumado a esto, la entrevistada comentaba lo conflictivo que le resultaba el poco tiempo que se les permitía a las madres el contacto con los bebés.

Entrábamos 40 minutos cada 3 horas para darles la teta. El resto del tiempo no te podías quedar ni en el pasillo, ni podías ver como estaba. Aparte de eso querían obligarte a darles mamadera a toda costa.

A partir de este comentario podemos ver la contradicción entre la práctica “disciplinada” de la institución médica y las concepciones personales respecto del cuidado adecuado de los niños. Es claro que, para la perspectiva de la madre, el buen cuidado de su hija se basaba en tener un contacto permanente con ella y en alimentarla con leche materna, al menos en los primeros tiempos de vida.

Para reforzar esta idea, Mariana también expresó su descontento respecto del cuidado que brindaban las enfermeras a los bebés internados:

todos los bebés llorando y no eran capaces de acercarse a hacerles una caricia o hablarles. Al final sentía que la estaba dejando ahí, adentro de un cubículo de plástico, debajo de una luz, sola.

Ante esta situación, finalmente Mariana decidió sacar a Abril de neonatología para llevarla a su casa, por lo cual ella misma se hizo cargo de firmar el alta de la menor aclarando que la retiraba bajo su propia responsabilidad. Al preguntarle puntualmente sobre las causas de esta decisión respondió que estaba convencida del fin lucrativo que había en la internación de su hija:

Abril ya tenía un color perfectamente normal, y la tenían ahí adentro haciendo no se qué. Bah, sí sé, la tenían ahí adentro para sacarme plata a través de la obra social. Porque yo se que te cubren hasta tres días de lámpara. Entonces la clínica ya se ganó los dos días de internación mía, más los tres de Abril. Un desastre esa clínica

Este caso pone sobre el tapete una gran variedad de elementos en los que se generan roces y conflictos entre una institución médica – y por supuesto, los agentes que la representan- y el paciente, o mejor dicho, la madre de la paciente quien es, en este caso, la que tomará las decisiones correspondientes al tratamiento de su hija. A fin de profundizar el análisis, cabe hacernos el siguiente cuestionamiento: si en términos clínicos el tratamiento fue exitoso, es decir, si los niveles de bilirrubina que presentaba la paciente efectivamente descendieron, ¿qué fue lo que generó que Mariana tome la determinación de cortar con el tratamiento y empezar a ocuparse ella misma de los cuidados de su hija? ¿por qué una terapia que, a los ojos de los profesionales de la clínica, se estaba desarrollando en forma completamente normal resultó ser intolerable ante las expectativas y valores de Mariana?

Si bien la institución aquí mencionada logró responder correctamente a la necesidad más concreta que planteaba la entrevistada, evidentemente no logró dar una respuesta satisfactoria a sus necesidades psicológicas y emocionales: su necesidad de estar en contacto con su hija y su necesidad de amamantarla, su necesidad de verla acompañada y contenida por el personal médico. Estos elementos resultaron para ella factores determinantes para decidir qué hacer en este momento tan complicado. En este caso, el éxito del tratamiento no estaba dado por un criterio objetivo, externo y medible –como es el nivel de bilirrubina- sino por un conjunto de medidas y cuidados (en los que se ven fuertemente implicados los valores y creencias de la informante) que conformarían la atención adecuada para una paciente de estas características. Junto a esto, Mariana advierte un interés lucrativo en la actitud de estos profesionales, lo que los ubica rápidamente en un lugar de distancia y sospecha¹⁶. Este hecho impide generar un nivel de confianza adecuado para que el proceso terapéutico pueda desarrollarse correctamente en todos sus aspectos.

¹⁶ Esta “lógica de la sospecha” que rodea las relaciones en las que se ponen en juego el dinero y el poder de curar, no se ajusta únicamente al ámbito de la medicina profesional, sino que también suele presentarse en las curaciones chamánicas, las curas religiosas (propias de los pastores carismáticos) e incluso en las curaciones tradicionales llevadas a cabo por curanderos “profesionales”.

Un escenario completamente distinto es el que podemos señalar entre los agentes que hemos denominado “curadores” y sus pacientes ya que la relación entre ellos parte especialmente de un vínculo de cercanía y confianza. Desde una perspectiva moral resulta de gran importancia que ellos no se vean implicados en transacciones monetarias a cambio de su atención médica, este factor los excluye de las sospechas que recaen sobre médicos y otros especialistas de la salud cuyos servicios deben ser obligatoriamente costeados. Dice Pitt Rivers (1989):

la sabia -figura que se aproxima mucho al estereotipo de “curandera”- es una buena mujer y hace sus curaciones por bondad, a cambio de lo que uno quiera darle. No busca sacar dinero como hace el médico. La preferencia por ella expresa un juicio moral más que otra cosa (Pitt-Rivers 1989: 216).

Los curanderos, o las personas que realizan curaciones tradicionales al interior de sus núcleos familiares, son vistos como agentes de atención primaria que proveen de una solución rápida, gratuita y más o menos eficaz –dependiendo del caso- a males que no representan un gran peligro para quien lo padece. Una vez agotada esta instancia, suponiendo que la sintomatología continúa o se agrava, el siguiente paso será recurrir a la atención hospitalaria o cualquier otra rama de la biomedicina. Esto sucede cuando se tratan la mayoría de las enfermedades tradicionales, a saber: empacho, mal de ojo, aire, etc.

Sostengo esta afirmación en toda la información recabada a lo largo del trabajo de campo (2010 – 2013) en instancias tanto formales como informales. Debido a esto disiento con la hipótesis esbozada por Brandi, a la hora de precisar la forma de diagnóstico en el caso del “ojeo”. Según la autora, una de las condiciones que confirman el diagnóstico de esta dolencia y generan que se pase concretamente a la curación es la falta de eficacia del intento de curación biomédica. Es decir que, ante el fracaso en el tratamiento a través de analgésicos y la persistencia de la cefalea, el “ojeo” sería efectivamente diagnosticado, pasando de esta manera a la curación “tradicional” como método “alternativo” de curación (Brandi 2002). Contrariamente a esta tesis he podido observar que, al ser la curación del ojeo una práctica cotidiana, gratuita y accesible – en tanto que siempre es posible ubicar a un agente cercano capaz de officiar como “curador”-, suele ser la medida curativa a la que se recurre en primera instancia.

Si bien muchos pacientes optan por recurrir a ambas formas de tratamiento de manera simultánea, muchas veces se me refirió el uso de las prácticas tradicionales como la contraparte

de la resistencia al consumo de drogas de patente, especialmente por temor a la iatrogenia¹⁷.

Como sugiere Strasser:

La elección por el médico campesino (curandero) muchas veces se prioriza porque sus tratamientos y medicamentos son considerados beneficiosos, o en todo caso, inofensivos. Lo contrario ocurre con la medicina alopática, tanto sus tratamientos, como las drogas de las que se valen son reconocidos como potencialmente peligrosos (Strasser 2011: 87).

Ahora bien, en el caso de la “pata de cabra” así como en el de la “culebrilla”, el sentido de este recorrido se ve completamente invertido. Llama la atención como, luego de un agotador derrotero por distintas instituciones médicas en las que no se obtiene cura ni respuesta satisfactoria y, ante la persistencia y gravedad de los síntomas, los padres del paciente deciden recurrir a la cura tradicional. En muchos casos, yendo en contra de su propio “sentido común” y alterando la “trama terapéutica” en la que se han inscrito los procesos curativos a lo largo de toda su vida.

Para adentrarnos más profundamente en el tópico de las trayectorias terapéuticas, es menester tener en cuenta los aportes realizados por Arrué, Kalinsky y Carrasco (1994) respecto de las elecciones referidas a la salud en un medio marcado por el pluralismo cultural como es la provincia de Neuquén. Este trabajo se enfoca principalmente sobre las interacciones que se dan entre la medicina mapuche, la atención por parte de instituciones médicas estatales y, por último, las curaciones realizadas en cultos de la iglesia pentecostal.

Lo interesante del caso es que los autores logran superar la visión sincretista y dialéctica de este fenómeno –según la cual la coexistencia de dos significados divergentes sería imposible, por lo que debe surgir uno nuevo que sintetice los dos anteriores- y dan cuenta de la forma en la que los sujetos toman elementos de todos los sistemas que tienen a su disposición, combinando y des-combinándolos configurando sus propios paisajes terapéuticos (Arrué et al. 1994).

También podemos traer a colación las consideraciones de Eduardo Menéndez respecto de las trayectorias terapéuticas en la península de Yucatán. Los habitantes de esta región hacen uso de un amplio espectro de recursos terapéuticos, que van desde la automedicación, yerbateros, h-men (hombres de gran importancia religiosa ligados a la agricultura y, especialmente, a la siembra del maíz), curanderos tradicionales, medicina alopática y drogas de patente. La forma de comenzar

¹⁷ Término que refiere al posible daño ocasionado por medicamentos o tratamientos indicados por un profesional de la salud.

el tratamiento se da de manera indiferenciada, aunque existe una leve tendencia a tomar como comienzo de la mayor parte de los tratamientos la automedicación con drogas de patente.

También resulta imprescindible recurrir al caso del clásico trabajo de E.E. Evans- Pritchard “Brujería, magia y oráculos entre los azande” publicado en 1937. A lo largo del mismo, el autor explica cual es el patrón más extendido entre los nativos en cuanto a los recorridos por las distintas “medicinas”. Los mismos consideran que, en el caso de estar afectados por dolencias leves, es posible recurrir a la medicina occidental en busca de alivio, ya que consideran a las drogas pertenecientes a la farmacopea europea tan eficaces como las suyas propias. A pesar de esto, ante la presencia de afecciones graves, los azande recurren a la medicina tradicional a través de la consulta con médicos azande o brujos, dado que estos son los únicos capaces de captar la verdadera naturaleza de la enfermedad y, de esta manera, accionar sobre sus causas reales, es decir, sobre la magia o hechicería que le dio origen.

Es posible establecer una analogía entre la lógica que utilizan los azande en su recorrido terapéutico con la lógica que logré delinear entre los informantes entrevistados sobre los casos de “empacho” y “mal de ojo” para este trabajo. La analogía estaría dada entre la lógica de atención azande y el principio según el cual las afecciones leves (dolores de cabeza, de muela, malestar estomacal, etc.) pueden ser tratados por agentes diferenciales (curanderos tradicionales) pero la persistencia o presencia de síntomas considerados graves deben ser tratados por profesionales de la salud. Esto se debe a que ellos serían los únicos capacitados para revertir un cuadro de alta gravedad. En este sentido, podríamos establecer que, desde la visión azande, los médicos alópatas vendrían a operar como una suerte de “curanderos” a los cuales se concurre en busca de alivio pero, en algún punto, se duda de sus facultades a la hora de curar dolencias de un alto grado de complejidad. Podría decirse que en este punto se da una lógica simétrica e inversa.

Por otra parte, es claro que las elecciones a las que nos estamos refiriendo están sometidas a toda clase de presiones desde distintos sectores del conjunto social que aumentarán o se verán reducidas en la medida en que se trate de afecciones de mayor o menor gravedad. A esto refiere Mary Douglas cuando sostiene que el paciente africano que debe elegir entre el médico -con su extraña farmacopea- y el adivino tradicional -con su repertorio de medicinas conocidas- se encuentran sufriendo el mismo tipo de presiones que el paciente occidental que está eligiendo entre la medicina alopática y la medicina exótica o alternativa. Al tratarse de padecimientos menores puede optar por uno u otro remedio sin poner en tela de juicio al sistema terapéutico al

que corresponde, pero si su propia vida o la vida de un hijo están en juego, la presión de su comunidad terapéutica se impondrá con una fuerza mucho mayor (Douglas 1998).

Si bien esta suerte de “desconfianza” hacia los conocimientos y capacidades de los curanderos es innegable, considero que cabe hacer una salvedad y marcar una distancia respecto del ejemplo citado anteriormente. En los sectores medios y urbanos de capital federal y el conurbano, si bien se considera que los médicos alópatas son los únicos con los conocimientos y capacidades necesarias para operar sobre la mayor parte de las dolencias, también se cree que los curanderos son los únicos capaces de comprender y operar sobre las enfermedades tradicionales. Ya que éstas son dolencias que los médicos “no conocen o no entienden”.

Al igual que la hechicería en zandelandia, los conocimientos del curandero tradicional permiten trascender la mera descripción del funcionamiento de una enfermedad en un individuo, logrando determinar por qué una enfermedad cae sobre un individuo en particular en un momento determinado y, en algunos casos, a causa de quien se sufre este padecimiento.

LA CURACIÓN COMO MANDATO Y LA PRESIÓN SOCIAL

Al analizar el rol del curador es necesario tener en cuenta que toda curación significa, en algún punto, un sacrificio¹⁸ para aquel que la realiza. Esto se debe a que el proceso curativo implica que una parte del malestar que sufre el paciente será absorbido por el curador o curandero. La intensidad de este pasaje depende de distintos factores: cuanto más graves sean los síntomas que presenta el afectado, mayor será el malestar que alcance a quien intenta curarlo. Por otro lado, los niños, al suponerse más débiles, también se consideran menos “nocivos” durante este proceso. A su vez, las personas mayores o ancianos también son concebidos –aunque muy poderosos a la hora de curar- físicamente más débiles para resistir las repercusiones del proceso curativo. Por esto es que se ven muy afectados por los síntomas del enfermo, en especial, si realizan muchas curaciones durante un breve lapso de tiempo.

Otro dato que puede ayudarnos a comprender el carácter “sacrificado” del rol de “curador (y del oficio de “curandero”) es su obligatoriedad, ya que existe tradicionalmente la creencia de que, una vez que estos dones son transmitidos a un discípulo, los mismos deben ser utilizados en

¹⁸ En este caso no comprendemos el “sacrificio” en su clásico sentido religioso (“sacrificio a los dioses”) sino como un esfuerzo o acción poco placentera que se realiza en pos de lograr un fin considerado noble y necesario.

cada ocasión en que sean requeridos (Idoyaga Molina 2001). Los únicos que pueden considerarse parcialmente exentos de esta norma son los ancianos debido al “desgaste” que estos tratamientos les significan. Encontré este criterio presente en la gran mayoría de los sujetos entrevistados, tal es el caso de Nadia:

Nadia:- si, si, y ahora cada vez más gente curo porque ya te digo, es que no podés decir que no, eso me enseñó , por ejemplo, la que me enseñó a curar el empacho era una vieja , y ella me decía que a veces terminaba hecha mierda, vomitaba, pero calculo que porque es vieja. ¿Entendés?, no tiene la misma energía. Pero ella me decía que por ahí curaba 7 empachos-

Agustina:- ¿en un día?-

N:- en un día y que ella si o si se debía a lo que le pedía la gente, como que yo tenía que hacer lo mismo, y yo siempre lo curo, es muy raro que te diga “si, te lo curo” y no te lo curo.

También me fue posible hallar estas representaciones durante mi primera visita en la casa de la Flia. Mendoza. A lo largo de mi conversación con Delia (la abuela, una mujer de 88 años) le comenté que yo nunca había sido curada del empacho, por lo que insistió en “medirme” con la cinta. Yo respondí que me sentía bien pero Delia se quería “fijar como estaba del empacho”:

Delia:- después yo te doy las palabras, es lindo saber de esto, mucha gente no cree pero... cuando se ven mal, creen. ¿Cómo te llamás? –

Agustina:- Agustina Gracia-

D:- Nada empachada. A ver vos- (dirigiéndose a Anita, su nieta)

Anita:- yo puede ser, porque estuve medio mal de hígado-

D:- ella está un poquito empachada –

Anita:- fijate si estoy del hígado-

D:- no, no-

Anita:- pero no me lo cures, fijate nada más-

D:- pero no puedo-

Anita:- bueno, cúrame, ¡soy tu nieta!-

D:- claro, ¡y me lo agarro yo!-

Delia estuvo abierta a probar sus conocimientos respecto del empacho, viendo que ambas “pacientes” no presentábamos síntomas de malestar pero la situación cambió cuando su nieta

pidió que la cure “del hígado”, lugar donde detectaba ciertas molestias. Frente a esta circunstancia Delia intentó evitar la curación para no “agarrárselo ella” aunque terminó cediendo al pedido de su nieta.

Resumiendo lo que hemos visto en este capítulo hemos establecido las diferencias entre las curaciones tradicionales y las curaciones biomédicas, así como las relaciones y yuxtaposiciones entre ellas que se evidencian entre los pacientes. También hemos desarrollado las diversas aristas en las que se apoya la eficacia de las curaciones y cuáles son las condiciones sociales que facilitan o perjudican el proceso curativo. Para dar cuenta de los cruces entre estas dos formas de terapia ordenamos la forma en la que ocurren los recorridos terapéuticos, y que jerarquías establecen los sujetos para tomar decisiones en relación a los agentes que se harán cargo de su salud.

CAPÍTULO 4

NOCIONES DE CUERPO EN LA MEDICINA TRADICIONAL, NOCIONES DE CUERPO EN LA BIOMEDICINA. REPRESENTACIONES EN TENSIÓN

En el libro “Cuerpos plurales, antropología de y desde los cuerpos” Silvia Citro (2011) realiza una suerte de genealogía sobre la forma en la que la antropología ha abordado, de muy diversas maneras, la cuestión del cuerpo. Aquí ubica como antecedente destacado sobre esta materia al antropólogo Marcel Mauss (1979) y sus elaboraciones sobre el concepto de “techniques du corps” (técnicas corporales), concepto surgido de sus propias experiencias vividas. Sin dudas el papel fundamental que va a cobrar el cuerpo del investigador en la construcción de una teoría “del y desde” el cuerpo será un rasgo pionero pero perdurable en la singularidad que marcará esta rama de la antropología. Mauss define al cuerpo como el objeto y medio técnico más normal del hombre, medio con el que llevará a cabo una diversidad de técnicas (entendidas como actos eficaces y tradicionales). A lo largo de esta obra el autor llama la atención sobre el carácter social del “habitus” corporal, es decir sobre el carácter culturalmente construido de aquello que parecía ser lo más natural.

También fue de los primeros intelectuales en señalar las vinculaciones que ocurren entre cuerpo y símbolo, especialmente la forma en que las “técnicas corporales” se pueden ver ligadas a estados místicos. Integrando las visiones de algunos de sus discípulos, entre los que nos limitaremos a nombrar a Leenhardt (1969 [1947]), Citro establece que las sociedades etnográficas presentan “modelos holísticos o integradores de los vínculos entre cuerpo y mundo” en los que el individuo aparece indiferenciado del mundo (Citro 2011:39) a diferencia de la concepción propia del pensamiento occidental según la cual el cuerpo es un objeto separado de los “otros”, del mundo y hasta de sí mismo. Esta escisión entre sujeto y cuerpo tuvo como resultado que se establezca la visión del cuerpo-objeto y del cuerpo-máquina, movimiento que impide completamente notar la “carne” en el mundo a la manera de Merleau- Ponty (1993 [1995]). “Carne” en tanto “mundo” y “yo” no pueden más que constituirse recíprocamente y en

simultáneo formando parte de un mismo flujo, siendo esta relación es lo que el autor denomina *ser-en-el-mundo* (Merleau Ponty 1993 [1995]).

También Mary Douglas ha sido señalada como una de las primeras antropólogas en marcar la dimensión simbólica del cuerpo, viéndolo como un “microcosmos de la sociedad” (Douglas 1988 [1970]: 97) y estableciendo que existe una concordancia entre los esquemas simbólicos a través de los que se percibe el cuerpo y a través de lo que se percibe la sociedad.

La propuesta teórica de Citro excede el minucioso recorrido por las diversas concepciones sobre cuerpo que han circulado y se han teorizado a lo largo de la historia de la disciplina antropológica (y otras afines), proponiendo una metodología clara a la hora de lidiar con esta temática que presenta un alto nivel de complejidad. Apoyándose fuertemente en los trabajos de Merleau-Ponty (1993) la autora propone realizar la

descripción fenomenológica de la experiencia práctica del cuerpo en la vida social, es decir de la materialidad del cuerpo y su capacidad prereflexiva¹⁹ de vincularse con el mundo a través de percepciones, sensaciones, gestos y movimientos corporales como modos “preobjetivos” de “habitar” y “comprender” un mundo (Citro 2011: 55).

A fin de profundizar estas problemáticas retomaré los trabajos de Le Breton sobre la concepción del cuerpo en la sociedad occidental moderna. Según este autor, en nuestra sociedad actual prima una construcción simbólica del cuerpo como casi desligado de la persona. El sujeto vive su cuerpo más como algo que se tiene que como algo que se es, en este sentido sostiene:

A partir de la medicina y la biología, se formula la concepción del cuerpo admitida por la sociedad occidental. Concepción de la persona que le permite al sujeto decir "mi cuerpo", como una posesión (Le Breton 2010 [1990]: 8).

Dicha disociación entre cuerpo y persona es fruto del proceso de individuación característico del pensamiento racional occidental que ha sido en gran medida sostenido por el discurso científico en general y, muy especialmente, por el discurso biomédico en tanto conocimiento oficial sobre el cuerpo y sus procesos.

Esta construcción está atravesada por la idea de individuo como separado de los otros cuerpos y personas, y a su vez, como separado del resto del cosmos. Es sin dudas esta visión, cuyo origen

¹⁹ Los términos prereflexivo y preobjetivo refieren a aquellos procesos que tienen lugar en el cuerpo en una instancia previa a la cognición, al ejercicio del pensamiento. Trataremos este concepto con mayor profundidad a lo largo de este capítulo.

podemos encontrar en el renacimiento, la que se ve cuestionada por el complejo de saberes que denominamos “prácticas curativas populares”.

En tanto crítica a la visión dualista (cuerpo-mente) es menester tener en cuenta el paradigma de la “corporización”- embodiment- desarrollado por Thomas J. Csordas (1990). Los innovadores aportes de esta perspectiva resultan fundamentales, además, para comprender en forma acabada la manera en la que operan las curaciones rituales.

Desde un enfoque fenomenológico, el autor intenta dilucidar cómo los sujetos nos constituimos en objeto para nosotros mismos centrándose especialmente en la experiencia preobjetiva y prereflexiva del cuerpo. Es decir, cómo el cuerpo se objetiva a sí mismo a partir de un trabajo reflexivo. En este sentido, el paradigma de la corporización rompe con las dualidades sostenidas tradicionalmente entre: mente- cuerpo y sujeto- objeto. Ya Hallowell (1955) había realizado ciertas críticas a esta última dicotomía estableciendo que el proceso de objetivación del “self” se encontraba estrechamente vinculado a una operación reflexiva, no obstante ha sido innovación del enfoque fenomenológico reconocer el carácter culturalmente determinado y socialmente constreñido de este proceso perceptivo.

Csordas sostiene su propuesta sobre algunas nociones precedentes desarrolladas por Merleau-Ponty (1962) y Bourdieu (1977). El primero de estos autores ha definido al cuerpo como un “escenario en relación al mundo”²⁰ (Merleau-Ponty 1962: 303) y a la conciencia como ese mismo cuerpo proyectándose a sí mismo hacia el mundo. El cuerpo es el punto de partida de la experiencia de la percepción y los objetos son el producto secundario de esta percepción, mediando un proceso reflexivo. De esto se deduce que la percepción es, en primer lugar, “preobjetiva”.

En el caso de Bourdieu, Csordas toma fundamentalmente el concepto de “habitus” como “un sistema de disposiciones perdurables, principio inculcado en forma colectiva e inconsciente para la producción y estructuración de prácticas y representaciones” (Bourdieu 1977:62). El “habitus” se caracteriza por su sistematicidad ya que opera a través de un principio unificador como es el “cuerpo socialmente informado” en el que todos los sentidos (no solo los cinco sentidos

²⁰ “Setting in relation to the world”. Cabe señalar que desde su planteo de base, Merleau-Ponty asume la existencia de un mundo exterior en el que el cuerpo habita, esto resulta especialmente relevante si tenemos en cuenta las críticas que se le han hecho al autor en particular y a la corriente fenomenológica en general, por presuntamente negar la posibilidad de toda existencia objetiva.

tradicionales, sino también el sentido del gusto, del humor, del deber, el sentido moral y el sentido de lo sagrado) se encuentran socialmente determinados (Bourdieu 1977).

El objetivo de la antropología fenomenológica consiste en captar ese momento trascendente en el que comienza la percepción y, en medio de la arbitrariedad y la indeterminación, ésta constituye y es constituida por la cultura (Csordas 1990). Partiendo de esta premisa y apoyándose en el andamiaje teórico previamente mencionado, Csordas indaga distintas formas de curación ritual entre cristianos carismáticos. Al analizar los rituales de “expulsión de demonios” da cuenta de la forma en la que los demonios – entendidos como objetos culturalmente constituidos- ilustran el concepto de “preobjetividad” acuñado por Merleau-Ponty. Los demonios no son percibidos en forma directa, si no que lo que se percibe son determinadas conductas, pensamientos o emociones vividas como anormales. En este caso es el “agente curador” quien podrá discernir si esto se debe a la presencia de una fuerza demoniaca o a un problema del individuo.

Aquí el ritual consiste predominantemente en oraciones enunciadas por el reverendo que es el agente curador en este caso. Estas plegarias llevadas a cabo en voz alta y con una gran intensidad son las que generan la “expulsión de los demonios”. Durante este proceso se producen una serie de manifestaciones físicas -que pueden ser: temblores, silbidos, vómitos, etc. - como signos de su partida. Dichas manifestaciones suceden espontáneamente sin un contenido preordenado, es decir, aparecen como “preobjetivas”. No obstante, estos actos toman un número limitado de formas posibles porque emergen de un habitus compartido.

Para Merleau-Ponty esta instancia sería el proceso primario de significación en el que la cosa expresada no existe separada de su expresión. Sin dudas es este proceso el que se pone en juego cuando se trata de los bostezos, las lágrimas o los eructos de un “curador” durante la “sustracción” de la enfermedad. Estas manifestaciones son la objetivación de la enfermedad misma pero también de su curación. Dichos “actos de comunicación” no toman formas al azar, si no formas prefiguradas por el habitus del que participan y, de esta manera, se ajustan a las estructuras sociales que marcan específicamente cada contexto de curación.

Las prácticas de curación ritual operan al nivel de la intersubjetividad preobjetiva a través de la empatía y la intuición (el “curador” puede saber o sentir lo que le ocurre al paciente). Las “techniques du corps” (Mauss 1938) que se ponen en juego durante estos eventos corporizan disposiciones que son propias de los medios religiosos. Éstas se basan en un repertorio de

experiencias anteriores de los mismos participantes en eventos de similares características, así como también en los relatos de otros con quienes se comparte la circulación por este tipo de instancias. Hay un conocimiento corporizado que se inculca como disposiciones culturalmente compartidas de forma inconsciente (Csordas 1990).

Lo dicho anteriormente es válido tanto para las curaciones rituales entre cristianos carismáticos como para las curaciones populares estudiadas en este trabajo. Se hace evidente que un padecimiento como el “mal de ojo” se percibe en un comienzo como una serie de sensaciones preobjetivas –llanto, intenso dolor de cabeza, dificultad para abrir los ojos- y, luego de un proceso reflexivo, de esas sensaciones surge un producto final que es el “mal de ojo” como dolencia instalada en el cuerpo. Podemos decir que tanto la enfermedad como las formas de curación y las manifestaciones que emergen de ambas son parte de esas disposiciones culturalmente compartidas, de ciertas “techniques du corps” corporizadas.

Aquí el cuerpo queda establecido como el terreno existencial de la cultura y de lo sagrado. Lo sagrado es comprendido como aquellos que se percibe como “otredad total”, es decir, que la naturaleza sui generis de lo sagrado se vincula a la capacidad humana de tematizar ciertas experiencias como radicalmente “otras”.²¹ Dado que la otredad se reconoce más como una característica de la conciencia humana que como una realidad objetiva, ésta resulta variable de acuerdo a la configuración de las circunstancias. Debido a esto, desde un punto de vista etnográfico, la perspectiva del “embodiment” debe proveer el terreno metodológico para una identificación empírica de estas instancias de otredad y para el estudio de lo sagrado como una modalidad de la experiencia humana (Csordas 1990). En este sentido queda establecido que el cuerpo es un locus de inmenso valor a la hora de analizar la cultura y el “self”, tanto en sus dimensiones perceptivas como prácticas.

A su vez, debemos tener en cuenta en qué medida el cuerpo funciona como objeto de poder, como un locus en el que se instala el poder y es atravesado por el mismo. Según Foucault (1980) el poder se ejerce sobre el cuerpo mismo y las relaciones de poder lo penetran en forma directa sin haber sido éste previamente interiorizado en la conciencia de los sujetos. Así se constituye una red de biopoder a partir de la cual el poder se incardina entre diferentes puntos del cuerpo social. *“Entre un hombre y una mujer, en una familia, entre un maestro y su alumno, entre el*

²¹ Este planteo se distancia del enfoque Durkhemiano según el cual la otredad que constituye lo sagrado se reduce a una función meramente social.

que sabe y el que no sabe, pasan relaciones de poder” (Foucault 1980: 157). Agregaríamos en este punto: entre un médico y su paciente se construyen relaciones en las que el poder se expresa, en y a través del cuerpo.

Si podemos afirmar que existe un sustrato común en relación a las nociones de cuerpo y persona en todos los sujetos que tienen las prácticas curativas populares como parte de su batería de saberes respectivos a la salud y la curación, podríamos decir que todos ellos comparten un abordaje que, en primera instancia, plantea una continuidad entre los aspectos del orden físico y aquellos del orden mental-emocional.

Ahora bien, a lo largo de mi trabajo de campo se hizo evidente la gran diversidad que presentaban mis interlocutores en cuanto a sus concepciones del cuerpo, la persona, las relaciones con los otros y con el mundo que los rodea. Esto me llevó a repensar ciertas hipótesis o presupuestos con las que yo me había acercado a este terreno: esperando encontrarme con un alto nivel de homogeneidad, cada entrevista me abría una nueva perspectiva que no hacía más que demostrarme que me encontraba ante un universo muy diverso. Me estaba resultando imposible hallar ese “sustrato común” que me permitiera elaborar interpretaciones –también comunes- para todo el grupo.

Ante este panorama decidí continuar indagando en las representaciones que cada uno de los sujetos tuviera de sí mismo, sus “otros” significantes y su entorno. Pronto mis preguntas empezaron a sufrir un giro, si en un primer momento no hacía más que preguntarme como conciben el cuerpo y el mundo estas personas que recurren cotidianamente a la curación ritual del “empacho” y el “ojeo”, luego de un tiempo de trabajo de campo la pregunta pasó a ser ¿Cómo conciben la cura del “empacho” y el “ojeo” estas personas que significan su mundo y sus cuerpos de formas tan diferentes?

Pronto las respuestas comenzaron a delinearse, la flexibilidad de estas prácticas permitían que cada “usuario”, sea paciente o “curador”, las inscriba dentro de su universo simbólico – por muy divergente que estos sean- generando fenómenos de resignificación y creatividad cultural.

MÚLTIPLES CASOS, MÚLTIPLES REPRESENTACIONES

Para comprender acabadamente este fenómeno debemos acercarnos a otras nociones que coexisten con él y que nos ayudarán a dar cuenta de la flexibilidad que presenta. En este

apartado, profundizaré algunos casos tomando fragmentos de entrevistas que me resultaron esclarecedoras en este sentido. Conocer más profundamente a los entrevistados y sus representaciones sobre la curación será de gran utilidad para comprender cuál es la concepción de “cuerpo” que se pone en juego en estas narrativas.

El caso de Margarita resulta de vital importancia para comprender los alcances reales y la flexibilidad con la que debemos abordar el tópico de las prácticas curativas populares. A lo largo de nuestra entrevista, Margarita me comentó que recurría asiduamente a una señora de su barrio que se encargaba de curarle tanto el “empacho” como el “mal de ojo”. El primer desafío que se me presentó fue comprender como insertaba estas prácticas y creencias dentro de un entramado simbólico que distaba por mucho del estereotipo que comúnmente se asocia a estas creencias. Es una mujer de aproximadamente 30 años, soltera, perteneciente a una clase media alta, propietaria de su propio comercio y dedicada a la industria de la moda. Al indagar en su bagaje religioso y simbólico, dejó bien en claro que no adscribía al catolicismo en sus términos tradicionales y que era una gran adepta a disciplinas alternativas como la “radiestesia” o el “reiki”. Sin dudas estas prácticas resultan ser sumamente influyentes para la apropiación que Margarita hace de los padecimientos “tradicionales” que nos ocupan.

La informante describió el mal de ojo como un mal caracterizado por un intenso dolor de cabeza, que puede sentirse físicamente o “interiormente”. Sería una suerte de “pesadez”, de “carga negativa” que es instalada en el sujeto desde afuera. Dado que el origen de dicha “carga” es otro individuo, el sujeto afectado no se considera enfermo sino un receptor transitorio de estas “energías”.

El “pensar muy fuerte” o la “energía negativa” son identificados como las dos causas principales de “ojeo”, la “mirada fuerte” se entiende como el vehículo a través del cual se da el pasaje de “energías” de un individuo a otro, es un proceso que puede darse en forma intencional o involuntaria. A su vez, esta aproximación tenía importantes implicancias sobre el concepto de salud, enfermedad y cuerpo que se ponía en juego en el discurso de la informante:

Agustina:- ¿por qué te parece que nos enfermamos, en general?-

Margarita:- yo, por ejemplo, tengo un talón de Aquiles que es la garganta, muchas veces del año, me pongo disfónica que directamente no puedo hablar. Lo empecé a tratar glandularmente, lo empecé a tratar científicamente con todos los médicos, ¿viste cuando pasan cosas que decís “uy, un cáncer, esto, lo otro?”, lo empezás a tratar-

A:- claro-

M:- Finalmente fui a una reikista y me dice “no, porque hay cosas que vos no las sacás, las querés decir y no las sacás”, empecé a hacer terapia y nunca más, y mirá que estuve varios años con esa disfonía-

A:- ¿cómo es el reiki?-

M:- El reiki, también, es una imposición de energía, de manos. (...) Lo he hecho y me lo han hecho y genial. Después tengo mi profesor que es muy groso, que trabaja para medios, para gente importante, que le digo “estoy resfriada”, “bueno, listo”, a los 40 minutos me siento mejor y al otro día ya me levanto divina-

A:- ¿Tu profesor de qué? ¿De reiki? –

M:- No, de péndulo, de radiestesia. Entonces vos decís ¿la enfermedad realmente es las defensas bajas o realmente pasa por otro lado? ¿no? , hay mucha gente que se cura así. Yo creo que hay de todo, que si uno se siente mal, o está con dolores de cabeza, está bien que vaya al médico, obviamente. Pero que hay cosas que también se curan desde cambiar la energía y desbloquear también, porque algo hay bloqueado en tu cuerpo y te tomaste una pastilla y no desbloquea nada y son energías. Algo debe haber en tu cuerpo, que tendría que estar equilibrado, por ahí las mediciones también sirven para eso, para ver el equilibrio que uno tiene en el cuerpo -

Al notar mi interés por sus prácticas como “pendulista” Margarita me facilitó algunos de los materiales pedagógicos con los que fue instruida en el curso de “Radiestesia”²². Citaré algunos fragmentos que serán de utilidad para poder comprender esta perspectiva:

Cada cuerpo físico posee centros de energía y cuerpos sutiles que constituyen el modo de interrelacionarse con la energía terrestre, solar y cósmica que hacen posible la vida. Pero, asimismo, nuestro cuerpo está permanentemente sometido a un océano de microenergía procedentes del entorno en donde vivimos o permanecemos la mayor parte de nuestro tiempo que pueden provocar desequilibrios graves y desarmonizaciones permanentes que debemos tratar de corregir²³.

Muchos elementos que aparecen en este discurso fueron de gran ayuda para arrojar luz no solo sobre el caso de Margarita, si no sobre distintos casos de sujetos cuyos relatos presentaban estas mismas categorías. La representación del mundo, como un encuentro –a veces armónico y a veces disruptivo- entre energías contradictorias se manifestó entre todos los entrevistados que,

²² Es importante mencionar que este método –la radiestesia- permite medir, a través de un péndulo, cuales son los centros energéticos o “chakras” dañados o hiperactivos en una persona. A partir de esta medida se establece a que dolencias o enfermedades el paciente estaría más predispuesto.

²³ Folleto: “Radiestesia, el hombre y su entorno vibratorio”, sin fecha de edición.

además de recurrir a la medicina tradicional, practicaban cualquier tipo de disciplina “new age” o recurrían a procedimientos ligados a las “terapias alternativas”.

Dentro de esta línea, citaré algunos fragmentos de mi entrevista con Oscar. En ellos se plasma la relevancia de las nociones sobre armonía y desarmonía como espejos de situaciones de salud o bienestar o, por el contrario, de enfermedad. La preeminencia o mayor grado de influencia se le adjudica, sin dudas, plano mental y anímico (aspectos a los que Oscar refiere como el plano “sutil”). Son estas condiciones las que explicarán el grado de armonización que presenta una persona y el mismo será determinante en el estado de su salud física. Es interesante ver las distinciones que se plasman en este aspecto: a pesar de ser el elemento psíquico- anímico el determinante en esta cuestión, las categorías de “armónico e inarmónico” no son aplicadas únicamente al plano mental, sino que es la persona como un todo (psíquico, físico y emocional) quien se encuentra en alguno de estos dos estados.

Al indagar sobre los conceptos de salud y enfermedad, Oscar rápidamente los identificó en términos de “armonía” y “desarmonía”, también estableció que son los elementos “anímico-mentales” aquellos capaces de originar enfermedades en el individuo.

Oscar: -Primero, todo empieza por algo “sutil”²⁴, por el pensar, cuando una persona empieza a pensar mal, después se transforman en enfermedades a lo largo del tiempo, por ejemplo, el rencor genera cáncer, la angustia económica trae úlcera, entonces empieza por una cuestión mental, mental-anímica, la persona empieza a equivocarse, a salirse de su sendero y viene algún tema relacionado que después te trae una enfermedad, como que el origen es ese-

Las distintas enfermedades se insertan en una configuración general, según la cual cada tipo de emoción (inarmónica o disruptiva) trae como consecuencia una afección específica. En contrapartida, también se prescribe una fórmula para llegar adecuadamente a los estados de salud y bienestar. Oscar identifica el bienestar con el “estar armonizado con uno” pero además con transitar “por el sendero correcto”.

Agustina: -¿a qué te referís con el “sendero correcto”?-

²⁴ El término “sutil” en este caso es utilizado como antónimo de todos aquellos objetos que poseen existencia física. El pensamiento es “sutil” mientras que el cuerpo físico suele ser definido como “burdo”.

O: -El sendero de Dios, el camino de lo bueno, porque en filosofía se va a discutir que es lo bueno, que es lo malo, pero yo sé que es lo bueno, que es lo malo. Todos sabemos. Filosóficamente, nos ponemos a hablar y podemos decir nada es bueno y nada es malo. Pero adentro sabemos, entonces si vos te guiás por ese camino, yo creo que la enfermedad la sacás, en ese camino de verdad no te podés tropezar. Cuando vos te abrís de ese camino, te llega la enfermedad, la desgracia, el andar mal y todo lo que no es ese camino-

De esta manera también se explica la posibilidad de una curación e incluso la reincidencia de ciertos malestares. Si bien el informante acepta la eficacia de las curaciones biomédicas, insiste en que resulta imposible llegar a un verdadero bienestar si no se modifican los aspectos “sutiles” que han ocasionado el malestar en el sujeto. Esta cura “superficial” podría provocar la constante “reincidencia” de una afección particular. Esto es lo que ocurre en su propio caso en relación al Empacho”:

O: -Te lo pueden curar el empacho, pero porque eso te vuelve y otra vez me vuelven a curar y ¿porqué se repite eso y no otra cosa? , debe haber alguna cuestión mental o sentimental que me produce eso, si yo corrijo eso, es probable que no lo vuelva a tener más-

A continuación retomaré una entrevista llevada a cabo con la familia Mendoza. Residentes de un barrio de clase media del conurbano bonaerense, de una tradición claramente católica, practican la curación del “empacho” y el “ojeo” en forma habitual. La madre y la abuela de la familia son las dos personas usualmente designadas para desempeñar esta tarea.

A pesar de concebir las “prácticas curativas populares” como un ritual completamente integradas a las prácticas y creencias del catolicismo, no dejan de guardar ciertos reparos en relación a la mirada sospechosa que suele caer sobre estos procedimientos:

Eugenia:- nos pasaba que mi mamá nos decía: ‘ustedes no digan que nosotros curamos el ojeado’, no por nada si no porque sabe que hay gente que piensa que sos una bruja o algo así, ¿entendés?-

Ante este comentario, otra de las hermanas (Anita) relató que un tiempo atrás, durante su horario laboral, comenzó a sentir un fuerte dolor de cabeza y de “hígado” por lo cual fue tratada

mediante la curación “tradicional” de “mal de hígado” por una ayudante de limpieza del colegio en el que dicta clases. Dejando bien en claro que se trataba de un colegio católico, me comentaba lo siguiente:

Anita: -Incluso la directora del colegio me dijo “mirá, la verdad que hay que creer o reventar, una oración bien hecha no le puede hacer daño a nadie”, porque en realidad es eso, es una oración. Hay gente que no sabe, y al no saber, no conocer, piensan que te dicen..., como si fuera un hechizo-

Eugenia:- En cambio nosotras que sabemos, es una oración, es como que reces un padre nuestro, ¿entendés?-

En este caso las entrevistadas dejan ver que la apropiación que hacen de las “curaciones populares” descansa fundamentalmente en su fe en la religión católica. Estas prácticas se equiparan en su discurso, a las oraciones, los pedidos que se elevan a Dios con el fin de beneficiar a alguien. No solo las curaciones son interpretadas a partir de esta fe sino que en ella adquieren su legitimidad, son prácticas “permitidas” e inofensivas porque forman parte del acervo de prácticas cotidianas de la religión católica.

No obstante, hay otro elemento que cobra importancia para las informantes en relación a la eficacia de la cura, se trata de la confianza y la proximidad del agente “curador” que en este caso es algún miembro de la familia nuclear, mayormente su madre.

Eugenia: -yo no creo que sea “la curación”, creo que es la energía que tu vieja pone en que vos te sientas mejor , que quizás si me cura una desconocida, no me voy a sentir igual que cuando lo hace mi mamá que es mi vieja, ¿entendés? mi suegra capaz cree en la brujería, el gualicho, las cartas y esas cosas, que yo no creo para nada , y yo que soy de una familia que me curan el empacho y el ojeado desde que tengo uso de razón, pero , como dice mi mamá “con buena energía” y quizás creo en eso, en la buena energía-

Este último fragmento de entrevista deja en claro que existe un rechazo a aquellas prácticas que resultan ajenas a la tradición católica y, especialmente, al universo de creencias instaladas en su familia política. No obstante, cabe destacar que las nociones de “energía” y “buena energía”

también se ven intercaladas a lo largo del discurso como un factor fundamental a la hora de explicitar la eficacia de las curaciones.

El Caso de Nadia también me resultó de interés, ya que incluye una gran variedad de representaciones y prácticas que difieren en gran medida de los casos analizados anteriormente. Entre las devociones más importantes la entrevistada mencionó al culto Afro y una especial devoción por Iemanjá²⁵, la Diosa del mar. Por otra parte, señaló que recurría asiduamente a consultas esotéricas con brujas y “Mais”²⁶.

Al tratar puntualmente el tema del “ojeo”, Nadia explicó que mayormente se debe a una absorción de energía por parte de un sujeto que goza de una energía muy alta hacia un individuo que se encuentra con “baja energía, deprimido o con las defensas bajas”. La informante considera que estos estados resultan los causantes principales del “mal de ojo”, mucho más que la simple “envidia” de otro.

Si bien Nadia reconoce y respeta el origen católico de las curaciones aquí tratadas, no se define a ella misma como parte de esta tradición religiosa ni considera que este sea un dato relevante para realizar estos procedimientos de forma más o menos exitosa. Por el contrario, considera a “la energía”, “la intención” y la “concentración” del “curador” como factores determinantes para lograr una curación efectiva.

Por otra parte, me comentó en varias ocasiones que todas las prácticas que le habían sido enseñadas para curar, sufrían modificaciones y adaptaciones “de su propia cosecha”. Por ejemplo: colocar una mano sobre un chakra específico a la hora de curar el “mal de ojo”, era una innovación propia considerada beneficiosa para el paciente. El constante diálogo con elementos propios de otras corrientes de pensamiento (la energía, los chakras, el tercer ojo, etc.) y la tendencia a reapropiarse de diversas técnicas y conocimientos y adaptarlos “a su manera”, dan cuenta de que el discurso de la “new age” se encuentra permanentemente presente en el abordaje que la entrevistada realiza sobre las “prácticas curativas populares”.

A su vez indica que es necesario tener “cierta sensibilidad, cierto instinto” para ser capaz de curar, la eficacia de la curación no se reduce al conocimiento y repetición de una fórmula

²⁵ También conocida como Yemanyá es una de las principales Orishás femeninas, parte del panteón yoruba de orígenes afro y trasladado a América. Su famosa celebración se lleva a cabo el segundo día del mes de febrero, día en el que sus devotos depositan distintas clases de ofrendas –también llamadas “ferramentas”- en el mar.

²⁶ Figura materna propia de la religión Umbanda a quienes se les consulta en busca de consejo.

aprendida, es necesario que el “curador” posea ciertos dones especiales a fin de poder afectar el estado de salud de un otro.

Nadia: -Para mí, hay cierta energía entre las dos personas, mía, porque o sea, yo te estoy pasando mi energía, y la otra persona está muy predispuesta a recibirla y a sentirse bien, porque nadie se quiere sentir mal, también .Es un instinto o una percepción que lo tenés o no-

A:- claro-

Nadia: -cuando era chica iba mucho a mais, yo creía mucho en Iemanjá, desde muy chica, tengo una estampita, le iba a llevar ofrendas el 2 de febrero, a la playa , iba mucho a brujas también, y ellas te decían que era algo que vos lo tenés o no y que tenés que desarrollar tu tercer ojo, si no tu tercer ojo se apagaba si no lo trabajabas-

En muchos puntos de la entrevista remarca el hecho de que ella “modela” la técnica que le fue enseñada (tanto para la cura del empacho como para la del ojeo) a su propia forma de curación. También menciona la práctica del tarot, la quiromancia, la velomancia, la lectura de runas como un acervo de habilidades y conocimientos a los que recurre o recurrió en el pasado. De esta manera da cuenta de una cosmología abierta e híbrida en la cual el énfasis está colocado sobre el “self” y sus poderes.

Sin dudas todos estos elementos se ponen en juego a la hora de aplicar las curaciones. Tratándose de un abordaje basado en el individuo, la eficacia del proceso descansa en cierta “sensibilidad” o “habilidad” propia del agente que efectúe la curación, además del conocimiento de una técnica particular.

La amplia variedad de categorías, criterios y elementos que se ponen en juego a lo largo de estos testimonios así como las prácticas y creencias “alternativas” ligadas a la “new age” pueden ser interpretados a la luz del concepto de “psicología folk” acuñado por Eugene Taylor (1999).

“Psicología folk” (PF) refiere a un tipo de psicología que subraya la experiencia inmediata y pragmática de la conciencia, junto a la realidad del inconsciente y la compleja interacción entre mente-cuerpo. Hace especial énfasis en la posibilidad de trascender a partir de moldear la conciencia individual hacia algo más elevado, más puro y mejor (Taylor 1999:16).

Este tipo de conocimiento se reconoce como más profundo que el pensamiento racional y no se encuentra asentado sobre ningún tipo de institución oficial (ya sea religiosa, científica o educativa); sino que se percibe a sí mismo como un fenómeno experiencial, personal y

trascendente que logra captar niveles más profundos de la experiencia presente. La PF es un lenguaje mítico y trascendental de la experiencia inmediata – un lenguaje de la vida interior generado de manera espontánea cuya función central es la autorrealización. Es un lenguaje metafórico que logra captar los diversos estados de la conciencia interior apuntando siempre a la evolución y transformación de la personalidad. Es un intento de entender los estados de conciencia extraordinarios y expandir el potencial humano.

También se caracteriza por buscar una igualdad entre ciencia y espiritualidad, estableciendo que la razón resulta insuficiente para la comprensión del todo, y que dicha comprensión deberá basarse en el cultivo de la razón, la emoción y la intuición en el individuo, con la intención de generar un perfeccionamiento del “self” y el descubrimiento de la divinidad interior. Apoyándose en una visión integral del individuo, especialmente en lo que refiere a la relación entre salud física y mental, apunta a curar estos dos aspectos en forma conjunta bajo la idea de que la conciencia puede ser moldeada hacia algo mejor. Siguiendo los lineamientos de Taylor (1999), César Ceriani (2005:3) entiende la PF como *“una producción cultural e históricamente situada que conforma una matriz interpretativa acerca de la experiencia, la percepción y la cognición individual”* estableciendo una visión particular del ser humano y sus correspondencias con el cosmos y la naturaleza.

A su vez, señala una serie de elementos constitutivos de la PF como son:

- i) la creencia en realidades múltiples ii) la idea de una conciencia y personalidad configurada por fuerzas dinámicas y ocultas iii) El propósito de expandir las capacidades humanas por medio de prácticas específicas orientadas a transformar/entrenar/alterar al ser, entendido como una entidad simultáneamente biofísica y espiritual. (Ceriani 2005: 4)

Es posible rastrear muchos de los aspectos señalados anteriormente como parte de la PF en el discurso de algunos de nuestros informantes, especialmente, en aquellos cercanos a prácticas y discursos “new age”. En el caso de Margarita, es interesante ver como a lo largo de su relato aparecen marcas que dan cuenta de las ideas de “expansión del potencial humano”, de la necesidad de evolución, de transformación y de “despertar” hacia otro plano de la realidad que resulta ser más armónico y de paz espiritual. Esta transformación se daría –en términos de la informante- a partir de la recepción de un rayo (aquí podemos captar la fuerte presencia del lenguaje metafórico) que “cae” a aquellos sujetos más predispuestos a este tipo de despertar y que coopera para que el mismo pueda realizar una evolución en este sentido.

Margarita: -tengo otras cosas que re respeto que son verdad, que a mí me pasó, como los rayos, que, ponele, eso no está mucho en los libros o lo tenés o no lo tenés o lo sentís o no lo sentís. Es antes de semana santa, hay un rayo, hay un rayo que le cae a las personas, no sé si más..., porque queda feo el término “más iluminada”-

Agustina:- si, como con más sensibilidad-

M:- Claro, como más sensibilidad por estas cosas y a mí me ha tocado, pero yo no lo sabía esto. Entonces yo veía que yo tenía ciertas fechas, como rayos, estar así acostada y como una lluvia, no sé como explicártelo, entonces le empecé a preguntar a esta mina (la “tarotista” a la que consultaba) y me dijo “bueno, porque fue tal fecha y antes de semana santa a ciertas personas les baja como un rayo armónico, como algo, para que sigan el camino, para que a floren. Hay mucha gente que lo atrae y lo desarrolla, y gente que no y que ni le interesa desarrollarlo. Tampoco podemos negar que en este plano hay gente que es gris y que no va a despertar nunca, gente que no quiere despertar, hay gente que tiene otra conexión, hay gente que vive en paz espiritualmente, más que otra-

Es claro como la trascendencia está dada a partir de cierta expansión de la conciencia, de cierta “conexión” que habilita un “despertar” hacia otro plano, más profundo y de mayor vinculación con lo espiritual.

También en el relato de Matías, podemos encontrar la creencia en “realidades múltiples”. Llegamos a este punto luego de ahondar en su experiencia como “ojeado” y en varias explicaciones sobre las operaciones que se veían implicadas en la curación de la ojeadura, especialmente a distancia:

Matías: -El reiki a distancia también cura, y a veces es mejor que el reiki sobre la persona-

Agustina:- a distancia te referís a...-

M:- dos lugares completamente diferentes, de acá a Tailandia, de acá a la India, de acá a España-

A:- ¿cómo se direcciona?-

*M:- De la misma manera, con el nombre, se puede hacer, pensando en la persona , de la misma manera que el ojeo trabaja, sigue siendo energía, **no existe una distancia real, así como entre vos y yo tampoco existe una distancia real, como con todas las cosas de alrededor, nada más que no somos capaces de...-***

A:- verlo así-

M:- de verlo, claro-

Además de la creencia en una realidad alternativa que no es la que nos es dada a los sentidos, también en este fragmento de entrevista podemos notar la intención de captar aspectos más profundos de la experiencia inmediata del entorno. A su vez, Matías me señaló que papel jugaron en su evolución personal, las prácticas orientadas a “transformar el ser”:

M: -si, estaba buscando algo, había vivido 15 años más o menos de una manera que no me había servido, de una manera nociva tanto físicamente como mentalmente y decidí un cambio en un momento, bah, no me quedó otra, no decidí nada en realidad, jajaj. La primera cosa que hice fue dejar de salir de noche, dejé de tomar alcohol y dejé de comer carne. –

Además de estos cambios, Matías me comentó que en esta época comenzó a meditar y a tomar clases de yoga (disciplina que actualmente practica como profesor). En este caso vemos como ciertos cambios en la personalidad –el abandono de hábitos considerados nocivos- sumado a la introducción de ciertas prácticas transformadoras del ser (yoga y meditación) son todas acciones que apuntan a la auto-realización del individuo. Por otra parte se hace patente la estrecha relación que existe, para estos sujetos, entre mente y cuerpo y de qué manera la salud física se ve completamente imbricada con la salud mental.

Los relatos expuestos anteriormente dejan en claro que estas prácticas están mayoritariamente compuestas por una gran heterogeneidad de abordajes y diversas formas de comprender su funcionamiento. Si bien la presencia de tal variación pudo resultar en un primer momento “incómoda” para realizar un análisis etnográfico general, resultaba de suma importancia incluirla entre los datos de la investigación. Tal como indica James Fernández:

The field notes of any anthropologist regularly betray this fact of variation and we are quite accustomed to it though it may constitute an inconvenience in the face of such unitary terms as society and culture and a difficult-to-suppress tendency to think in terms of the group mind (Fernández 1965: 906).

El hallazgo del autor se asienta sobre el desarrollo del concepto de “symbolic consensus” para explicar la variabilidad de sentidos que son adjudicados al mismo ritual del grupo Fang por los distintos participantes que lo llevan a cabo. En este mismo evento coexisten diversas

perspectivas culturales, a partir de las cuales cada individuo interpreta los símbolos que se ponen en juego a lo largo de la ceremonia de una forma particular. La coincidencia en la interpretación de dichos símbolos – y del ritual en sí mismo- no parece ser un requisito primordial para que este sea llevado a cabo satisfactoriamente por los actores. La continuidad de este ritual, se debe a que tanto sus motivaciones como su carácter, son rasgos muy raramente declarados, los mismos no suelen aparecer como tema de discusión o debate, sino como parte de un bagaje cultural ya dado (Fernández 1965).

Esta perspectiva me fue de gran utilidad a la hora de comprender las relaciones que se tendían entre las “prácticas curativas populares”, la religión católica y las terapias alternativas (entre muchas otras relaciones que atraviesan este fenómeno, dotadas de mayor o menor tensión). Si muchos de los informantes podían comprender y realizar estas curaciones como una parte más de la liturgia católica y otros recurrían a las mismas como rituales “seculares” creo que, en gran medida, esto se debía a que raramente estas interpretaciones eran explicitadas. Esto se hacía evidente a la hora de indagar sobre los significados que rodean a las curaciones durante las entrevistas, en muchas ocasiones dudaban, respondían “no sé” o simplemente no comprendían a lo que apuntaba la investigación.

“We do not know how the evil eye works, because those who believe in it do not care, they only know that it works and they fear it” (Hocart 1938: 156). Los sentidos y la eficacia de las prácticas estaban dados, precisamente, en la práctica. Las interpretaciones, fundamentaciones y “racionalizaciones” conllevaban un esfuerzo extra al que estaban sometidos por mis insistentes preguntas. Tal como fue explicado por Evans - Pritchard (1937) es en las situaciones concretas – y no en el relato abstracto- en las que aparecen los fenómenos asociados a la brujería, aquí los significados están inscritos en la acción. También Michael Jackson (2011) (analizando una práctica ritual de los Kuranko) establece que las acciones rituales tienen para los nativos “sentido en el nivel de la experiencia inmediata y no pretenden ser verdaderos en nombre de alguna teoría sistemática de conocimiento” (Jackson 2011: 68).

Siguiendo el razonamiento de Fernández, podemos suponer que la existencia de esta variación se debe a las experiencias idiosincráticas de cada uno de los individuos, quienes manejan símbolos tanto públicos como privados a los que otorgan, a su vez, significados tanto públicos como privados (Fernández 1965). Podríamos agregar que cada individuo recorta y entreteje tanto

los distintos símbolos como sus significados de una manera particular, estando ésta notablemente marcada por las experiencias idiosincráticas que se mencionaron anteriormente.

Recapitulando, en este capítulo realizamos un recorrido por distintos autores y sus diversas formas de abordar la temática del cuerpo. Nos apoyamos en los aportes de Silvia Citro (2011) y destacando algunos conceptos considerados centrales dentro de este campo, como son: el concepto de “técnicas corporales” de Marcel Mauss (1938), la noción de “embodiment” de Thomas Csordas, la perspectiva fenomenológica plasmada en los trabajos de Merleau-Ponty y su concepto de ser-en-el-mundo. También indagamos, partiendo de Le Breton, la concepción racional y moderna sobre cuerpo y persona, intentando dar cuenta de las prácticas curativas populares desde estas diversas miradas sobre el cuerpo. A su vez, hemos explorado las vinculaciones entre cuerpo y poder desarrolladas por Michel Foucault y desarrollado el concepto de “psicología folk” a fin de abordar cual es el imaginario que subyace en la apropiación que algunos sujetos realizan de las curaciones tratadas en este trabajo y qué nociones de persona y mundo se ven implicadas en ella. Por último, sostenidos en nuestro material etnográfico, hemos buscado evidenciar de qué manera los diversos discursos sobre el cuerpo y el cosmos (y sus modos de relacionarse) inciden a la hora de comprender y poner en acto las prácticas curativas populares dando como resultado apropiaciones diferenciales de dichas prácticas.

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo hemos logrado analizar quienes son los sujetos que llevan a cabo las curaciones populares, tanto “curadores” como “curanderos”. También hemos explorado los ámbitos en los que desarrollan dichas prácticas encontrando que se presentan tanto en el ámbito laboral como en el ámbito doméstico, siendo este último el más preponderante. A su vez, la eficacia de las prácticas curativas populares ha sido uno de los temas largamente aquí tematizados.

El propósito planteado para esta tesis también ha sido comprender cómo los sujetos abordan sus problemáticas en relación a la enfermedad, la curación y el bienestar configurando aproximaciones simbólicas y epistemológicas que integran dos visiones –desde una primera mirada- contrapuestas sobre la salud y el cuerpo: la visión de la medicina científica y de la medicina tradicional. Guiados por esta premisa hemos intentamos desentrañar la forma en la que dialogan estos dos universos, apoyándonos en ciertos casos de estudio que cooperaron para evidenciar estos diálogos e intercambios. Tanto la problemática del “daño”, el “empacho” como la del “mal de ojo” han resultado sumamente provechosos a la hora de poner en claro las distintas tensiones entre estas dos esferas de conocimiento.

En esta instancia nos proponemos dar una visión superadora de los quiebres anteriormente mencionados, posicionándonos –a la manera de Citro (2009) – desde una perspectiva dialéctica orientándonos a captar las distintas síntesis que emergen a partir del encuentro de estas dos visiones sobre el cuerpo y el mundo. En este sentido, una vez reconocida la contradicción de las partes, aquello que surge dialécticamente son los intersticios en los que inevitablemente se complementan, y es en ellos donde pretendemos centrar nuestra mirada en el tramo final de este recorrido.

Sin embargo, y con el fin de lograr dicho objetivo, será necesario caracterizar, cotejar y explicitar – como ya hemos venido haciéndolo- en qué consisten los enfoques de la salud que nos hemos dispuesto a analizar en la obra.

En relación a la biomedicina, podemos señalar la visión de Menéndez quien reconoce que a partir del siglo XVIII el modelo médico hegemónico se ha auto adjudicado una naturaleza verdadera, científica y no-cultural concibiéndose como un producto no social e invariable. En su

empeño de presentarse como un abordaje transparente e inmediato capaz de reconocer perfectamente a cada patología –mucho más que al individuo que la sufre- se ha basado en lo que ya hemos definido como la “medicina de la evidencia”.

La biomedicina – como contraparte de la medicina tradicional- ha sido desarrollada en medios urbanos, en instituciones estatales en las que se evidencia su carácter más mecanicista y positivista. Negando su carácter histórico, la medicina científica se representa a sí misma como la única aproximación válida, capaz de conocer y controlar los distintos procesos que ocurren en el sujeto durante los episodios de enfermedad y curación. En correspondencia con esta lógica es que la medicina tradicional es caracterizada como un saber marginal, falso e inválido.

Este mismo autor ha realizado significativos aportes en relación al enfoque tradicional sobre medicina y cuerpo. Sus esfuerzos se han orientado a desestructurar las falsas vinculaciones que se establecen entre medicina tradicional y culturas rurales, “atrasadas”, “supersticiosas” y “no instruidas”.

Asimismo, a lo largo de nuestro propio trabajo hemos podido notar que la presencia de prácticas curativas populares no responde a un modelo mecánico de correspondencias entre distintos grados de instrucción o clase – como supone la visión científicista sobre la salud y la curación- . Por el contrario, hemos encontrado una fuerte presencia de estas prácticas en sectores urbanos de clase media instruidos en Capital Federal y el Gran Buenos Aires. Quizás esto se deba a que existe una necesidad de desbordar las constricciones que impone el abordaje científico-racional a la hora de dar sentido al proceso de salud-enfermedad-atención para lograr finalmente encontrar respuestas que satisfagan las demandas –materiales y simbólicas – de los sujetos en relación a esta problemática.

A su vez, hemos hallado una gran cantidad de descripciones y elaboraciones “nativas” sobre el propio cuerpo que han resultado información clave a la hora de comprender y conformar los distintos “paisajes terapéuticos” tejidos por nuestros informantes. Considero que ha quedado de sobra corroborada la hipótesis según la cual se hallarían representaciones diferenciales sobre la enfermedad y el cuerpo, presentando éstas una gran variabilidad al interior del grupo estudiado pero conservando todas las variaciones un factor común que es establecer una continuidad entre mente y cuerpo. A su vez, en todos los sujetos se pudo constatar que se le otorgaba un lugar preponderante a los aspectos no somáticos de la salud, entre los que contamos: factores ambientales, sociales, psicológicos, vinculares, emocionales, etc. A todos ellos se les adjudica

una enorme incidencia en el desarrollo de la enfermedad, así como también en el posible éxito o fracaso de los distintos procesos curativos.

En este punto se pone en valor el enfoque relacional que hemos tomado de Eduardo Menéndez, a partir del cual cobra relevancia comprender al sujeto no como individuo aislado sino como perteneciente a un entramado social y a las relaciones que lo atraviesan. Definir acertadamente el campo de acción sobre el que opera la enfermedad será fundamental para comprender sobre qué elementos es preciso intervenir a fin de lograr una curación correcta.

Centrándonos en lo que aquí hemos denominado “prácticas curativas populares” hemos hallado información relevante especialmente en relación al tópico de la eficacia y al locus en el que quedaría ubicado el poder de curar; son varias las perspectivas que, a partir de los testimonios, se han abierto en este sentido. Una de ellas se caracteriza por apoyar su “fe” en la eficacia de las prácticas curativas populares (tanto para el “mal de ojo” como para el “empacho”) sobre sus creencias religiosas católicas. En estos casos la eficacia depende de conocer una técnica en particular y, especialmente, la fuente del poder curativo está dada por la divinidad, lo que tiene como consecuencia que no se exijan poderes o habilidades especiales por parte del “curador”.

En las aproximaciones que vinculan la eficacia de estas prácticas a una cosmovisión “new age” (que ya hemos elaborado a través del concepto de Psicología Folk), el poder curativo tampoco reside completamente en el agente que realiza las prácticas sino en la ontología misma de los seres y los vínculos que son capaces de establecer entre sí. Desde esta perspectiva se considera que todos los seres están “cargados” de alguna “energía” en particular y que todos ellos son capaces de influir a otros a través de la misma, por lo tanto todos son posibles ojeadores involuntarios así como también posibles víctimas del “ojeo”. Incluso podríamos afirmar que todos son potenciales “curadores” que deberían realizar un proceso de aprendizaje con el fin de canalizar correctamente su energía apoyándose en técnicas y conocimientos precisos. Sin embargo, algunos “curadores” han señalado que es necesario poseer una mayor sensibilidad o capacidad de “canalizar” la propia “energía” para ser eficaces al momento de curar a otros.

También los modos de comprender la “enfermedad” y sus posibles causas ha sido tema de indagación. A pesar de la profundidad que han llevado estas discusiones, el tema de la muerte no ha sido tematizado desde los relatos de los informantes dado que, en su mayoría, hemos abordado patologías leves en las que la vida de los pacientes no se vio comprometida. Como

consecuencia de esto, hemos desestimado su importancia en lo que respecta al tema de estudio aquí tratado.

Por último, podemos decir que hemos corroborado la hipótesis según la cual la biomedicina ocupa una posición hegemónica en el campo de la salud, posición que subalterniza a los “otros” saberes aquí tratados.

“Crear o reventar” ha resultado ser una metáfora muy rica para evidenciar las tensiones y los criterios de eficacia que hemos venido elaborando. Como ya hemos dicho, “reventar” implica someterse y encerrarse en una única lógica sostenida por el positivismo de Occidente. A lo largo de nuestro trabajo, los informantes a través de sus testimonios han dejado en claro cómo, porque y en que situaciones eligieron “crear”.

Sin dudas puedo reconocer las transformaciones que sufrieron mis concepciones sobre estas prácticas a lo largo del trabajo de campo y del análisis de los datos recabados. Allí donde esperaba encontrar un sustrato homogéneo, no encontré más que pluralidad y diversidad. Allí donde esperaba encontrar pugnas y conflictos, encontré intercambios, reapropiaciones y yuxtaposiciones.

Si bien, en un principio, distinguimos dos esferas contrapuestas de conocimiento sobre la salud, la curación y el cuerpo, la exploración y particularmente el recorrido llevado a cabo durante este trabajo nos permiten afirmar que las fronteras entre ellas son siempre porosas, permeables.

Al desplazarnos de esta visión dicotómica quedamos habilitados a reconocer estas zonas periféricas en las que ciertas tensiones conviven en permanente diálogo. Sin dudas que estos diálogos cobran –por momentos- el carácter de disputas y no ocurren en una igualdad de condiciones. En la pugna por la legitimidad, los saberes tradicionales aparecen subalternizados frente al poder hegemónico de la biomedicina. No obstante, basándonos en numerosos testimonios plasmados en este trabajo, podemos concluir que la perspectiva nativa de los “bordes”, pese a esta subalternización, mantiene e incorpora elementos tradicionales que si bien no cuadran perfectamente en una lógica científica tampoco resultan disruptivos desde el punto de vista de los sujetos. Estos son reelaborados selectivamente según distintos órdenes jerárquicos a

la hora de lidiar con los eventuales procesos de enfermedad que se suscitan dentro de un marco biográfico determinado²⁷.

A su vez, es necesario retomar el concepto previamente tratado sobre “sistemas de creencias en colisión” elaborado por Morton Klass (1991). Apoyándonos en él podemos apreciar de que manera coexisten distintos abordajes epistemológicos que, si bien podrían considerarse contradictorios, toman elementos de lo supranatural a fin de “encajar” dentro marcos lógico-racionales legitimados en el campo científico y en el “sentido común” en su acepción más general.

Los testimonios aquí recogidos y las perspectivas teóricas desarrolladas nos llevan a cuestionarnos si es que acaso los dos “sistemas de creencias” que hemos elaborado se encuentran verdaderamente en colisión o si, más bien, dichos sistemas se encuentran bajo una permanente tensión, negociación y reconfiguración. Este aspecto se pone en evidencia al momento de reconocer la forma complementaria en la que se recurre a estos andamiajes teórico –prácticos. Como hemos mencionado anteriormente, estas esferas se presentan en una complementariedad permanente al punto de que ninguno de los sujetos aquí entrevistados hace uso de un solo tipo de medicina.

En lugar de referirnos a “colisiones”, creo que podríamos hablar – como lo hace César Ceriani (2006)- de “puentes” entre distintas epistemologías médicas. Lo que aquí nos ha interesado es reconocer las diversas formas que toman dichos puentes con el objetivo de indagar, en última instancia, que relaciones se tejen entre los tropos “enfermedad”, “curación” y “cultura”. En este recorrido se ha intentado dejar en claro el carácter cultural que reviste cualquier aproximación al fenómeno del sufrimiento y a las diversas vías posibles a la hora de reducirlo o eliminarlo.

Siguiendo la línea teórica establecida por Linda Garro (2003), sostenemos que los distintos sujetos recurren a los esquemas epistemológicos que se les presentan como disponibles al interior de un marco histórico- cultural y alinean su propio recorrido biográfico como enfermos a algunos – o varios- de estos esquemas con el objetivo de dar sentido a su experiencia personal. Sin dudas, al llevar a cabo este proceso, otorgan un lugar central a ciertos aspectos de la patología y de la curación, dejando otros elementos –que también forman parte de su experiencia- en lugares subordinados o periféricos. Este recorte es el que habilita a conformar

²⁷ Este fenómeno ha sido constatado incluso entre profesionales biomédico que mostraban cierta apertura hacia la eficacia de las prácticas curativas populares.

una experiencia “lógica” que se enmarque de una forma adecuada en un esquema epistemológico aceptable.

A modo de reflexión final he intentado introducir un vuelco analítico desde la perspectiva dialéctica que propusimos en la apertura de este capítulo, considerando que la cuestión que queda por saldar es, al menos, el interrogante acerca de si verdaderamente podemos hablar de dos “sistemas de creencias”, “marcos epistemológicos” e incluso dos “tipos de medicinas” o si, por el contrario, estos recortes responden más a las necesidades analíticas de la mirada antropológica que a una categorización presente en la perspectiva “emic” de la problemática.

Con esto no pretendo sostener que los sujetos no reconocen distinción alguna entre lo que comprendemos como práctica biomédica y medicina tradicional. Resulta evidente que establecen diferencias y son capaces de vincular determinadas prácticas, a ciertos conocimientos y ámbitos particulares. A pesar de esto, y luego de haber abordado la problemática de “las medicinas” desde una multiplicidad de aristas, es posible reconocer que, a la hora de operar, podemos concebir que esta batería de saberes – biomédico, tradicional e incluso podríamos agregar “new age”- funciona como un continuum abierto, como un constructo a la manera de una síntesis en el que no existen tajantes divisiones internas.

Todos los recursos materiales y simbólicos se presentan a disposición de los sujetos con el objetivo de comprender y especialmente aliviar el sufrimiento. Las correspondencias entre dichos recursos y los diversos “marcos de sentido” que hemos analizado anteriormente no han resultado ser un tema problematizado ni objeto de preocupación en los testimonios de los pacientes²⁸. Las escisiones teórico-epistemológicas que hemos señalado pueden estar más bien relacionadas a una mirada “etic” que necesariamente se ve impelida a clasificar, encasillar y establecer comparaciones a fin de enriquecer el análisis etnográfico.

Lo que me interesa señalar aquí, es la forma en la que los sujetos incorporan ciertos significados histórico-culturales que circulan en torno a la salud, la curación y el propio cuerpo y realizan con ellos nuevas síntesis. De esta forma, producen significados y lógicas particulares

²⁸ La excepción de esta tendencia se da en los casos que hemos entrevistado a “especialistas” como son los profesionales médicos, cuya formación académica y posicionamiento en el esquema sanitario tiene como consecuencia que las divisiones entre el saber biomédico y aquellos “otros” saberes – sean cuales sean, ahora sí, sin distinciones internas- opere permanentemente en su discurso y en sus formas de abordar el proceso de salud-enfermedad-atención. Lo mismo ocurre en el caso de los “curanderos” quienes delimitan de una forma más o menos clara las fronteras de su campo de saber.

que no pueden ser reducidos a los “sistemas médico-epistemológicos” pre concebidos con los que de alguna manera abordamos el campo.

Partiendo de esta mirada, podemos afirmar que son los sujetos sufrientes los que interpretarán los distintos procesos a los que se ven expuestos insertándolos en una trama de significados única – conformada a partir de una diversidad de fuentes disponibles- que ha sido desarrollada y permanentemente reconfigurada a lo largo de trayectorias biográficas específicas.

Lo que intentamos introducir aquí es el rol activo que juegan los propios actores a la hora de reconfigurar y delimitar sus propios saberes sobre la salud, al pensarlos como co-autores de sus perspectivas epistemológicas y médicas. De esta manera consideramos que es posible romper con un modelo limitante en el que se encuentran reducidos a ser simples reproductores de teorías y prácticas ya dadas.

Elsie Rockwell considera que “se ha hecho análisis –etnográfico- cuando las concepciones que se tuvieron acerca del objeto de estudio al inicio de la investigación resultan transformadas (modificadas, complejizadas, condicionadas, determinadas, etc.) en alguna medida” (Rockwell 1989:18). Ha sido necesario transitar todas las etapas previas de este proceso de investigación para arribar a una nueva mirada dialéctica sobre la o las medicinas, a través de cuyo lente el objeto de estudio ha resultado sin dudas reformulado. Lo que aquí hemos logrado desentrañar no es únicamente la operatoria de una variedad de fenómenos humanos que refieren a la problemática de la salud y la enfermedad, sino que hemos intentado romper con los presupuestos que inevitable y silenciosamente mediaban nuestro análisis de la cuestión.

En cuanto a la perspectiva metodológica, el mayor mérito de este trabajo no será ni pretendió ser acceder al fenómeno de las curaciones de manera inmediata, ni tampoco captar en forma precisa y verdadera estos aspectos de la vida social “tal cual son” sino, por el contrario, reemplazar las antiguas concepciones y presupuestos por nuevas miradas más profundas y complejas sobre la cuestión. Esta nueva aproximación ha resultado enriquecida y problematizada a partir de un análisis minucioso basado en constantes diálogos entre elaboraciones teóricas y análisis de datos del campo empírico, y es en esta dinámica en la que se apoya toda la investigación aquí realizada. Sin embargo, es necesario dejar en claro que la cuestión no queda saldada en absoluto y se encuentra inexorablemente sujeta a nuevas reflexiones y reelaboraciones que cooperen a conocer un fenómeno tan complejo y multiforme como son las estrategias

(teóricas y materiales) que disponen los seres humanos al momento de comprender y operar sobre los tópicos de la enfermedad, la curación y la salud.

ANEXO

LUGAR	Capital Federal y Pcia. De Buenos Aires	Colombia	México
CARACTERÍSTICAS	Fuerte dolor de cabeza, decaimiento general, fotofobia y dificultad para abrir los ojos. En el caso de los niños: llanto constante e imposibilidad de conciliar el sueño.	"Vómitos, somnolencia, fiebre, depresión, inapetencia" (Grau García 2008:39).	Vómitos, llanto constante, molestia e incluso la muerte (Torres 2005).
A QUE SE DEBE Y QUIÉN LO PROVOCA	La acción de la envidia o a la mirada muy potente de otro hacia la persona afectada. También se mencionan poner demasiada atención a una persona o un exceso de energía como posibles causantes de esta enfermedad.	"Las personas de mirada fuerte (en forma intencional o no). También se considera que las mujeres con la regla tienen un poder especialmente maligno, así como también los bizcos son habitualmente los más sospechados ya que se piensa que no pueden evitar provocar este mal" (Grau García 2008:39).	"Las embarazadas, los borrachos y los hambrientos." (Menendez, 1981: 353). "Las personas de vista muy fuerte, dura o caliente. (Puede ser en forma intencional o no). Por no tocar al objeto deseado y quedarse con ese deseo" (Torres 2005).
QUIÉN LO PADECE	Los adultos, los niños, los bebés y en especial, aquellos considerados "los más lindos".	"Los adultos, pero sobre todo los niños pequeños. También animales y plantas. Todas aquellas personas, animales u objetos que sean considerados especialmente bonitos" (Grau García 2008:39).	Especialmente los niños pequeños y también las plantas (Torres 2005).
PROTECCIÓN / PREVENCIÓN	La utilización de la cinta roja se considera una protección contra la acción de la envidia en general. O la utilización de ciertos dijes o llaveros con forma de ojo para especial protección contra este mal.	"Llevar lazos rojos, adornos, o cualquier cosa que llame la atención de la vista del otro. Llevar alguna prenda al revés o pellizcar al niño en cuestión para evitar ojearlo" (Grau García 2008:39).	Llevar un adorno de coral y ojo de venado (semilla decorada en forma de ojo). Este método también resulta terapéutico una vez que se padece el mal. En el caso de las personas que saben que tienen la "vista fuerte" hacer un cariño a aquellas cosas que les resultan atractivas (Torres 2005).
QUIÉN LO CURA	La atención primaria la da un miembro de la familia que conozca las oraciones secretas y los procedimientos adecuados. En caso de no ser efectivo se recurre a un especialista o "curandero".	"Para algunos, basta saber el rito y las oraciones que lo acompañan. Para otros, las personas que tienen gracia divina, un don que se trae de nacimiento " (Grau García 2008:41).	Curanderas tradicionales.
CONFIRMACIÓN DE LA PRESENCIA DE "OJEO" Y CURACIÓN	se coloca una mano en la frente del enfermo, y con el dedo índice se le dibuja una cruz tres veces, a la vez que se pronuncian –en voz baja– las oraciones pertinentes. Otra técnica consiste en colocar un plato hondo (puede ser delante o sobre la cabeza del enfermo) y llenarlo con agua, sobre la cual luego se tirará una cuchara de aceite. Ambas técnicas funcionan como diagnósticas y terapéuticas simultáneamente.	"Rito de mojar los pelos (cortados de tres o cuatro sitios diferentes) echados en un vaso con agua, si flotan agrupados no hay presencia de mal de ojo, si van hacia abajo o se dispersan por el agua, sí. Otro método consiste en meter el dedo del niño afectado en un plato con agua y una gota de aceite: si el aceite se pierde, se confirma el diagnóstico. Cualquiera de estos métodos debe acompañarse de los ensalmos secretos para "cortar" el ojo" (Grau García 2008).	Se "barre con un blanquillo", es decir, se pasa un huevo por todo el cuerpo del niño a fin de "limpiarlo", lo mismo puede hacerse con un limón, un chile, o con un conjunto de hierbas tradicionales conocido como "el ramo". El huevo se rompe y se coloca dentro de un vaso de agua que luego será depositado debajo de la cama del afectado. A la mañana siguiente se lo observa detenidamente: si presenta círculos blancos o manchas, el diagnóstico queda confirmado (Baer, Roberta et al. 1993).

LUGAR	España	Grecia	Italia (Pantellería)
CARACTERÍSTICAS	Decaimiento, tristeza, fiebre, vómitos y conducta anormal (Baer, R. et al. 2006: 145).	Fracaso en las cosechas o en la pesca (Herzfeld 1981). Fiebre, malestar general (Gubbins 1946).	Repentinos cambios en el estado de Salud (intensos dolores de cabeza) de una persona o animal. Abruptos desperfectos en objetos determinados (Galt 1982).
A QUE SE DEBE Y QUIÉN LO PROVOCA	Las personas que hablan o piensan admirativamente sobre otros. Entre los motivos también suelen ubicarse : la envidia o la codicia. También las gitanas suelen ser acusadas de causar este mal (Baer, R. et al. 2006: 140).	Se da a causa de la mirada o las palabras halagadoras de un adulto (Gubbins 1946). Generalmente es provocado por mujeres de edad avanzada que no han tenido hijos (Herzfeld 1981). También se considera que poseen un poder especial las personas cuyas cejas están unidas, los nacidos en día sábado, las personas de ojos claros o con rasgos felinos (Gubbins 1946).	Los comentarios o pensamientos admirativos sobre algo que implican envidia. Todos tienen su momento para echar el mal de ojo, nadie es ajeno al sentimiento de envidia (Galt 1982).
QUIÉN LO PADECE	Los animales, los niños o los adultos más débiles (Baer, R. et al. 2006: 144).	Los niños pequeños, animales, ganado y objetos inanimados (Gubbins 1946).	Quienes lo padecen son mayormente niños (Galt 1982).
PROTECCIÓN / PREVENCIÓN	Se suele usar la ropa interior del revés o algún tipo de amuleto como por ejemplo, el azabache (Baer. et al. 2006: 145).	A los niños se les coloca una perla azul con el dibujo de un ojo en amarillo y negro, que a los 8 años de edad será reemplazado por un crucifijo. También dijes de color azul o cabezas de ajo son colgadas sobre el ganado a fin de evitar este mal. También existe un amuleto denominado "phyliacto", consiste en una pequeña bolsita de tela cuyo contenido puede ser cualquier objeto considerado santo: tierra de determinadas tumbas, pequeños trozos de tela que formaran parte de la vestimenta de algún santo o un trozo de madera perteneciente a la auténtica cruz cristiana (Gubbins 1946).	Escribir en el momento que se expresa admiración por algo o alguien como un modo de "ilberarse" del deseo. Uso de amuletos coloridos con el fin de desviar la atención de posibles miradas. La realización de gestos obscenos o el uso de objetos de clara referencia fálica o de símbolos que remitan a poderes sobrenaturales. Cubrir aquellos objetos o seres susceptibles de ser "ojeados" (Galt 1982).
QUIÉN LO CURA	Las mujeres.	Las mujeres (Gubbins 1946).	La posibilidad de curar es un "don" con el que se cuenta desde el momento del nacimiento, alcanza especialmente a las mujeres.
CONFIRMACIÓN DE LA PRESENCIA DE "OJEO" Y CURACIÓN	Una de las formas de reconocer este mal se debe a que los médicos no sean capaces de aliviarlo. Para el tratamiento se recurre a curanderos, curanderas, personas que tengan un "don" especial o personas de mucha fe. Como procedimiento se utilizan mayormente oraciones, estampas, aplicación de agua bendita (Baer, R. et al. 2006: 145).	El mal se puede diagnosticar y curar arrojando tres gotas de aceite de oliva en un recipiente con agua, si el aceite se dispersa o las gotas caen al fondo, el diagnóstico queda confirmado. Otro método curativo es: en un incendio se colocan tres trozos de carbón y algunas hojas de olivo, esto se deja quemar con otros incensos y torrandolo se realiza la señal de la cruz repetidas veces sobre el paciente, mientras se pronuncian las oraciones respectivas. Al terminar, esa mezcla se arroja dentro de un vaso de agua - el cual debe haber sido llevado a la curandera en completo silencio- en caso de que los trozos de carbón caigan al fondo, el diagnóstico se confirma. Como último paso, el enfermo debe beber tres sorbos de este líquido a fin de completar la curación (Gubbins 1946).	La cura evoca potencias sobrenaturales y muchas veces, incluye al acusado de haber generado el mal o a alguna prenda del mismo. Tocar el objeto al que involuntariamente se le echó el mal de ojo mientras se repite una fórmula específica. También se recurre al agua, la sal y el aceite y al rezo de oraciones de origen católico como elementos diagnósticos y terapéuticos. El hecho de que el agua y el aceite se mezclen representa la confirmación del diagnóstico, ya que no es lo que ocurriría en condiciones normales (Galt 1982).

LUGAR	Medio Oriente (tribus de beduinos)	Rumania	Trinidad
CARACTERÍSTICAS	Impotencia sexual , esterilidad, irregularidades con respecto a la menstruación, problemas durante embarazo, en el nacimiento y la lactancia. Dolores de cabeza, párpados caldos, bostezos, somnolencia y llanto constante en los bebés. Incluso puede llevar a la muerte (Abu-Rabia 2005).	Dolores de cabeza, somnolencia o falta de sueño , bostezos constantes, zumbidos en los oídos, llanto constante, debilidad general , fiebre, depresión y problemas digestivos (Murgoci 1923).	Pérdida de belleza física, fragilidad, decaimiento de la salud (Hornell 1924).
A QUÉ SE DEBE Y QUIÉN LO PROVOCA	La envidia o los celos cuando se mira a alguna cosa en particular. Los comentarios halagadores que no son acompañados por una bendición. Su causa puede ser voluntaria o involuntaria (Abu-Rabia 2005).	Se genera en forma inintencional por mirar o halagar a niños pequeños o bebés (Murgoci, 1923).	Se genera debido a los sentimientos, la mirada o los comentarios halagadores de los adultos (Hornell 1924) .
QUIÉN LO PADECE	Puede afectar las personas, el ganado o cualquier tipo de posesión. Quienes se encuentran en una situación de mayor riesgo son: los niños pequeños, las mujeres embarazadas, individuos pasando un rito de pasaje, las personas más bellas y las de mejor situación económica.	Los niños y los bebés suelen ser los más afectados. Aunque también puede caer sobre mascotas, objetos iranimados, sobre el ganado e incluso sobre el dinero (Murgoci 1923).	las cosechas, las mascotas, son particularmente susceptibles las mujeres jóvenes y bellas que sean parte de una pareja exitosa (Hornell 1924).
PROTECCIÓN / PREVENCIÓN	Encantamientos, hechizos, amuletos (como cuentas azules), talismanes, sacrificios, fórmulas extraídas del korán . Formas de distraer la atención ajena o de anular su poder mágico. Vestir a los niños como niñas o llamarlos con un nombre femenino. Intentar no ser visto por el posible "ojeador" o escurrir en dirección a él.	Escurrir tres veces seguidas y decir una fórmula espulada. Llamar a los niños "feos" Colocar hilos de color rojo cerca del bebé, vestirlos de rojo o vestirlos en forma desaliñada, bañarlos con sal o con el agua donde ha sido lavado un ganso blanco. Colocar cenizas blancas en la frente del niño o saliva en su ombligo. No permitir que los menores de un año se miren en el espejo. Utilizar amuletos que contengan ajo.	Se planta una hilera de batatas o frijoles especiales alrededor del sembrado de bananas. Se cuelga una botella con un líquido "mágico" cerca de el campo que se quiere proteger. Los anacaridos son considerados protectores y suelen colgarse en el cuello de las mascotas , también a los bebés se les suelen colocar pulseras hechas de cuentas de azabache con tal fin. Incluir una cruz hecha en plata u oro, aumenta significativamente el poder del amuleto. También se debe apretar a los bebés al momento de hacerles un cumplido (Hornell 1924).
QUIÉN LO CURA	Mujeres de edad avanzada (Abu-Rabia 2005).	Mujeres de edad avanzada (Murgoci 1923).	Mujeres sabias
CONFIRMACIÓN DE LA PRESENCIA DE "OJEO" Y CURACIÓN	La cura tradicional implica el equilibrio entre los 4 humores del cuerpo humano: calor, humedad, sequedad y frío. Se realizan peticiones a Allah y los profetas para que libere al enfermo del mal de ojo. Durante el proceso, la "curadora" bosteza repetidas veces, mientras caen lágrimas de sus ojos. Quemar 3 trozos de alumbre en el fuego, examinando cuidadosamente los restos para reconocer al culpable, tirar los restos fuera de la casa (Abu-Rabia 2005).	Para medir la gravedad del afectado, se coloca una miga de pan santificado dentro de un vaso de agua, en caso de que la miga flote, el enfermo se recuperará rápidamente. En caso de que la miga caiga al fondo, se confirma que el desenlace será fatal. También puede colocarse plomo o cera derretidos en un vaso de agua, al enfriarse se supone que toma la forma de una figura humana, si la cabeza queda colocada hacia arriba, el paciente se recuperará, en caso contrario, se considera que el paciente morirá. Para efectuar la cura se colocan 3 trozos de carbón incandescente dentro de un vaso de agua, se pronuncian ciertas fórmulas específicas u oraciones dirigidas a Dios. Se utiliza ese agua para lavar la cara del paciente y se le da de beber un sorbo (Murgoci 1923).	Se junta un paquete de "Mapurite" (planta curativa de la región) y se hierve en una olla con agua. Luego el paciente procede a bañarse con esa infusión, encargándose de que el remanente sea arrojado en la calle a fin de cortar con el "Mal de ojo" (Hornell 1924).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abu-Rabia, Aref (2005) "The evil eye and cultural beliefs among the Bedouin Tribes of the Negev, Middle East". Source: *Folklore*, vol. 116, N°3 (dic. 2005), pp. 241 – 254. Published by: Taylors and Francis, Ltd.
- Ahern, Emily (1979) "The problems of efficacy: strong and weak illocutionary acts". Source: *Man, New series*, Vol. 14, No. 1 (Mar., 1979), pp. 1-17. Published by: Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland. Stable URL: <http://jsotr.org/stable/2801637>
- Arano Leal, Elena del Carmen (2011). "Formas curativas en rituales de curación en Calería, Veracruz". *Biblioteca digital de humanidades*. Veracruz, Universidad de Veracruz.
- Arrúe, W. y B. Kalinsky (1991). *De la médica y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la Provincia del Neuquén*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, Colección Universitarias.
- Arteaga, Facundo y Funes, María Ángeles (2008) "Sanadores tradicionales en contextos interculturales del Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina)". Trabajo presentado en la 26 *Reunión Brasileira de Antropología*, realizada entre los días 01 y 04 de Junio, Porto Seguro, Bahía, Brasil. Disponible: http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/foruns_de_pesquisa/trabalhos/FP%2010/Arteaga.pdf
- Arteaga, Facundo (2006). "Procesos de daño y contradaño en la Pampa (Argentina)". *Scripta Ethnologica*, XXVIII, pp. 79-94.
- Baer, Roberta D. (2006) "Las enfermedades populares en la cultura española actual: un estudio comparado sobre el mal de ojo". *Revista de dialectología y tradiciones populares*, enero-junio, vol. LXI, n°1, pp. 139-156.
- Baer, Roberta y Bustillo, Marta (1993) "Susto and Mal de Ojo among Florida Farmworkers: Emic and Etic Perspectives" Source: *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 7, No. 1 (March), pp. 90-100 Published by: Blackwell Publishing.
- Bejarano, Ignacio (2004) "Lo culto y lo popular. Medicina letrada/ medicina tradicional. Hacia una práctica unificada de los conocimientos médicos", *Cuadernos FH y CS-UN Ju*, Nro. 24: 13-22.
- Benvenuto, Adriana y Doris, Sánchez (2002) "Madres que curan, el uso de plantas medicinales y otras prácticas populares de curación entre madres de los barrios Vista Alegre, Villa Nocito, Maldonado y 1 de mayo bahía blanca." *Congreso virtual NAYa* .Disponible en: http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/adriana_benvenuto.htm

- Bianchetti, María Cristina (2005). "El castigo del antigal. Experiencia como ayudante de un curandero en Abdón Castro Tolay, departamento de Susques, provincia de Jujuy". *Scripta Ethnologica*, XXVII, pp. 77-88.
- Blanco Cruz, Enrique (1992). "Los curanderos, psicoterapeutas populares". *Gazeta de antropología*, N°9, pp. 09-11. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G09_11Enrique_Blanco_Cruz.html
- Bourdieu, Pierre (1987). *Cosas Dichas*. Barcelona, Gedisa.
- Bourdieu, Pierre (1977). *Outline of a theory of practice* (Richard Nice, trans.) Cambridge University Press, Cambridge.
- Bordes, Mariana (2008) "biomedicina y terapias alternativas: fundamentos cosmovisionales de dos modelos interpretativos del cuerpo", *IX congreso Argentino de antropología social*.
- Brandi, Ana María (2002). "Las prácticas de los legos y la cura del mal de ojo en Buenos Aires". *Mitológicas*, XVII, pp. 9-24.
- Bubello, Juan Pablo (2012) "Magia y polémicas antimágicas en la España bajo medieval Enrique de Villena, su Tratado de fascinación o de aojamiento y los límites de la ortodoxia cristiana", en *Prohistoria*, núm. 17, año XV, pp. 1-24.
- Camargo Jr. Kenneth R. (1997). "A biomedicina". *PHYSIS: Rev. Saúde Colectiva*, Río de Janeiro, 7 (1): 45 - 68.
- Campos Navarro, Roberto (2009). *Medir con la cinta y tirar el cuerito*. 1ª edición, Buenos Aires, Ediciones Continente.
- Campos Navarro, Roberto (2004). "¿Existe el empacho en Cuba?. Textos históricos etnográficos (1821-2004). *Medisan* 2004, 8(3), Universidad nacional autónoma de México. pp. 4-12
- Campos Navarro, Roberto (1997). "Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización". *Nueva Antropología*, agosto, pp. 67-87.
- Caramés García, M. Teresa (2004). "Proceso socializador en ciencias de la salud: caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente". En: *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas*. Quito, Ecuador. Ediciones Abya- yala. Pp. 31-52
- Cardoso de Oliveira, R. (1996). "O trabalho do antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever". En *Revista de Antropología*, vol. 39, n°1.
- Cassirer, Ernest (1955). "The philosophy of symbolic forms". Vol. 1: *Language*, Yale university Press. New Haven.
- Ceriani Cernadas, César (2006). "El poder de los símbolos. Magia, enfermedad y acto médico", *Revista del hospital italiano de Buenos Aires*, vol. 26 N°3, Buenos Aires.

- Ceriani Cernadas, César (2005) “El rosacrucismo como psicología folk”, *XIII Jornadas sobre Alternativas Religiosas en América Latina*, Universidad Católica de Porto Alegre, Edición CD-ROM.
- Citro, Silvia (2011). *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Editorial biblios ,culturalia, Buenos Aires.
- Citro, Silvia (2009). *Cuerpos significantes*. Buenos Aires, Editorial Biblios, Culturalia.
- Colatarci, María Azucena (1999).” Reflexiones sobre la iniciación de los curanderos en el NOA”. *Scripta Ethnologica*, pp. 141-154.
- Csordas, Thomas J. (1990). “Embodiment as a paradigm for anthropology”. *Ethos*, vol.18, N° 1 (March), pp. 5-47.
- Daich, Débora y Sirimarco, Mariana (2009). “Anita anota. El antropólogo en la aldea penal y burocrática” *cadernos de campo*, São Paulo, n. 18, pp. 13-28.
- De Certeau, Michel (2006) [1987] *La debilidad de creer*. Buenos Aires, Katz Editores.
- Disderi, Ivana (2001). La cura del ojeo: ritual y terapia en las representaciones de los campesinos del centro-oeste de Santa. *Mitológicas*, pp. 135-151.
- Douglas, Mary (1998). Cap.2: “La elección entre lo somático y lo espiritual: algunas preferencias médicas”, en: *Estilos de pensar, ensayos críticos sobre el buen gusto*. Barcelona, Gedisa.
- Douglas, Mary (1988) [1970]. *Símbolos naturales Exploraciones en cosmología*. Madrid, Alianza.
- Douglas, Mary (1973). Cap IV “Magia y Milagro”, En: *Pureza y peligro, un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid, SXXI Editores.
- Dow, James (1986). “Universal aspects of symbolic healing: a theoretical synthesis”. *American Anthropologist* 88 (1): 56-69.
- Evans-Pritchard, Edward Evan. (1976) [1937].*Brujería, magia y oráculos entre los Azande*. Barcelona, Editorial Anagrama.
- Favret-Saada, Jeanne (1980). *Deadly words, witchcraft in the Bocage*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Fernandez, James W. (1965) “Symbolic Consensus in a Fang Reformativ Cult” *American Anthropologist* 67: 902–929
- Foucault, Michel (2008a). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Madrid, Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2008b). *Tecnologías del yo*. Buenos Aires, Paidós.
- Foucault, Michel (2008c). *Vigilar y castigar*. Madrid, Siglo XXI.
- Foucault, Michel (1983). *El discurso del poder*. Presentación y selección: Oscar Terán. México, Folios Ediciones.

- Foucault, Michel (1980). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona, Gedisa.
- Foucault, Michel (1979). *Microfísica del poder*. Madrid, Las Ediciones de La Piqueta.
- Foucault, Michel (1978). *The history of sexuality. Vol. 1: An introduction*. New York, Random house.
- Frazer, James G. (1955). *La rama dorada*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Galt, Anthony (1982). "The Evil Eye as Synthetic Image and Its Meanings on the Island of Pantelleria, Italy". *American Ethnologist*, Vol. 9, No. 4, Symbolism and Cognition II (Nov.), pp. 664-681
Published by: Blackwell Publishing.
- Gareis, Iris (1992). "Brujería y hechicería en Latinoamérica: marco teórico y problemas de investigación".
Revista académica para el estudio de las religiones.
- Garro, Linda C. (2003). "Narrating troubling experiences". *Transcultural psychiatry*. Vol 40 (1) pp. 5-43.
- Garro, Linda C. (2002) "Hallowell's challenge. Explanations of illness and cross-cultural research".
Anthropological Theory. 2(1):77-97.
- Garro, Linda y Matingly, Cheryl (editors) (2000). *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. California, University of California press.
- Good, Byrons J. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*.
Barcelona, Edicions Bellaterra.
- Grau Garcia, Natalia (2008). "El agua y la medicina popular en el campo de Cartagena: terapia "catártica" y purificadora". *Revista Murciana de Antropología*, Nº 15, pp. 35-51.
- Guber, Rosana (1991). *El salvaje metropolitano. A la vuelta de la antropología posmoderna*. Buenos Aires, Lagasa.
- Gubbins, J. K. (1946). "Some Observations on the Evil Eye in Modern Greece" Source: *Folklore*, Vol. 57, No. 4 (Dec., 1946), pp. 195-198 Published by: Taylor & Francis, Ltd.
- Hahn, Robert y Arthur Kleinman (1983). "Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions". *Annu. Rev. Anthropol.* 12: 305 - 333. Downloaded from arjournals.annualreviews.org
- Hallowell, A. Irving (1955). *Culture and experience*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.
- Herzfeld, Michael (1981). "Meaning and morality: a semiotic approach to evil eye accusations in a greek village". En: *American Ethnologist* Vol. 8, No. 3, Symbolism and Cognition (Aug., 1981), pp. 560-574.
- Hocart, Arthur Maurice (1938). "The Mechanism of the Evil Eye" Source: *Folklore*, Vol. 49, No. 2 (Jun.), pp. 156-157 Published by: Taylor & Francis, Ltd
- Hornell, James (1924). "The Evil Eye and Related Beliefs in Trinidad". Source: *Folklore*, Vol. 35, No. 3 (Sep. 30), pp. 270-275 Published by: Taylor & Francis, Ltd.

- Idoyaga Molina, Anátilde (2005). "Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual". *Scripta Ethnologica*, XXVII, pp. 111-147.
- Idoyaga Molina, Anátilde (2001). "Lo sagrado en las terapias de la medicina tradicional del NOA y Cuyo". *Scripta Etnológica*, Vol. XXIII. pp. 9-75.
- Idoyaga Molina, Anátilde (2000). "La calidad de las prestaciones de salud y el punto de vista de los usuarios en un contexto de medicinas múltiples". *Scripta etnológica*, Vol. XXII. pp. 21-85.
- Idoyaga Molina, Anátilde. (1999a). "El simbolismo de lo cálido y lo frío. Reflexiones sobre el daño, la prevención y la terapia entre los criollos de San Juan (Argentina)". *Mitológicas*, pp. 7-27.
- Idoyaga Molina, Anátilde. (1999b). "La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina)". *Scripta Ethnologica*, pp. 7-33.
- Jackson, Michael (2011). "Conocimiento del cuerpo". En: *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires, Biblos pp. 83-104.
- Kalinsky, Beatriz y Arrúe, Willi (1994). *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural*. Buenos Aires, Miño y Dávila editores.
- Kalinsky, Beatriz. (1994) "Si Dios es el mismo siempre. Paisajes, contrastes y pluralismo cultural en el ámbito de la salud". *Sociedad y religión* N° 12.
- Klass, Morton (1991). "Cuando Dios puede hacer cualquier cosa: sistemas de creencias en colisión". *The anthropology of consciousness* 2.
- Kleinman, Arthur y Benson, Peter (2006a) "Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It". *PLoS Med* 3(10): e294.doi:10.1371/journal.pmed.0030294
- Kleinman, Arthur y Benson Peter (2006b) *La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina*. Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2006, Monografía n° 2. [en línea]. Disponible en Web: <<http://www.fundacionmhm.org/edicion.html>> [Consulta: 17.10.2012]
- Kornblit, Ana Lía, Mendes Diz Ana María, Di Leo Pablo Francisco, Camarotti Ana clara (2007). "Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de salud". *Revista argentina de sociología* año 5, N° 8, pp. 9-25.
- Leach, Edmund Roland (1976) [1954]. *Sistemas políticos de Alta Birmania*. Barcelona, Editorial Anagrama.
- Le Breton, David (2010) [1990]. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos aires, Nueva Visión.
- Lévi-Strauss, Claude (1986) [1973]. "La eficacia simbólica". En: *Antropología estructural II*. México, Siglo XXI Editores.
- Lévi- Strauss, Claude (1985) *Las estructuras elementales del parentesco*. Planeta Agostini, Buenos Aires

- Lupo, Alessandro (2001). "Semejanzas que engañan y malentendidos que curan en el encuentro de medicina occidental y amerindia en México", in Lisón Tolosana Carmelo (curatore), *Antropología: horizontes comparativos*, Universidad de Granada – Diputación de Granada, Granada. pp. 139-174.
- Lupo, Alessandro (1995). *La tierra nos escucha. La cosmología de los nahuas de la sierra a través de las súplicas rituales*. Instituto nacional indigenista. México, Consejo nacional para la cultura y las artes.
- Lykiardopoulos, Amica (1981). "The Evil Eye: Towards an Exhaustive Studie" Source: *Folklore*, Vol. 92, No. 2 (1981), pp. 221-230 Published by: Taylor & Francis, Ltd
- Malinowski, Bronislaw (1985). *Magia, ciencia y religión*. Buenos Aires, Planeta Agostini.
- Malinowski, Bronislaw (1986). *Los argonautas del Pacífico Occidental*. Barcelona, Planeta Agostini.
- Marcus, G. y Fischer, Michael (1986). *Anthropology as cultural critique –An experimental moment in the human sciences*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Mauss, Marcel (1979). *Sociología y antropología*. Madrid, Tecnos.
- Mauss, Marcel (1970). *Lo sagrado y lo profano. Obras I*. Breve biblioteca de reforma. Barcelona , Barral editores.
- Menéndez, Eduardo L. (1994). "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?" *Alteridades*, Sin mes, pp. 71-83.
- Menéndez Eduardo L. (1988). "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria". *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. pp. 451-464.
- Menéndez, Eduardo L. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México, Ediciones de la casa Chata.
- Merleau-Ponty, Maurice (1962). *Phenomenology of perception* (Colin Smith, trans.). London, Routledge and Kegan Paul.
- Merleau-Ponty. Maurice (1993) [1945]. *Fenomenología de la percepción*. Buenos Aires, Planeta-Agostini
- Morales, Mónica Adriana (1999). "Género, medicina científica y medicina popular, una conjunción conflictiva". *La Aljaba*, vol. IV. Universidad nacional de Luján.
- Murgoci, Agnes (1923). "The evil eye in romania, and its antidotes". Source: *folklore* vol.34, N° 4, (dic. 31, 1923). pp. 357-362. Published by: Taylor and Francis, Ltd.
- Oliszewski, Denisse (2010). "Los curanderos y su posicionamiento dentro del campo terapéutico del Gran San Miguel de Tucumán". *VI Jornadas de Investigación en Antropología Social* 3, 4, 5 y 6 de Agosto de 2010 ©SEANSO-ICA-FFyL-UBA ISSN 1850-1834

- Oliszewski, Denisse (2010). “La figura de Dios como estrategia legitimadora de las prácticas terapéuticas de los curanderos”. *Eä journal*, Vol.2 N°2 (Diciembre/december 2010). ISSN 1852-4680. Disponible en: <http://www.ea-journal.com/art2.2/La-figura-de-Dios-como-estrategia-legitimadora-de-las-practicas-terapeuticas-de-los-curanderos.pdf>
- Oliveiro, Cinthia (2007). “Saberes secretos y saberes compartidos. Una aproximación a los conocimientos de una comunidad acerca de la medicina tradicional”. *4tas jornadas de jóvenes investigadores*, 19, 20 y 21 de septiembre 2007. Instituto Gino Germani. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/59544729/terapias-curativas-tradicionales>
- Oyarce, Ana María (2008). “La identificación étnica en los registros de salud: experiencias y percepciones del pueblo Mapuche de Chile y Argentina”. *Publicación de las Naciones Unidas*, junio 2008, Santiago de Chile.
- Page, Jaime Tomás P. (1995). “Política sanitaria y legislación en materia de medicina indígena tradicional en México”. En: *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11 (2): 201-211, Apr/Jun, 1995.
- Palma, Néstor Homero (2002). “De la medicina tradicional a la medicina científica y de la medicina científica a la medicina tradicional”, *Kallawaya*, nueva serie N° 9, La plata- Salta.
- Pitt-Rivers, Julian A. (1989) [1954]. *Un Pueblo de la sierra: Grazalema*. Madrid: Alianza Editorial.
- Plaza Rincón, José Antonio (2010). “Pensamiento mágico y eficacia terapéutica”, *congreso virtual 2000*. Disponible: http://www.naya.org.ar/congreso2000/ponencias/Jose_Antonio_Plaza.html
- Plotkin, Mariano Ben (2003). *Freud en las pampas. Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana.
- Press, Irwin (1978). “Urban Folk Medicine: a functional overview”. Source: *American Anthropologist*, New Series, Vol. 80, No 1 (Mar., 1978). pp. 71-84.
- Recalde, Héctor Eleodoro (1993). *Las epidemias de cólera: 1856-1895: salud y sociedad en la Argentina oligárquica*. Buenos Aires, Corregidor.
- Ricoeur, Paul (1983) [1965]. *Freud: una interpretación de la cultura*. México, Siglo XXI.
- Rockwell, Elsie (1989). Notas sobre el proceso etnográfico (1982 -1985), Parte I .México, DIE (mimeo).
- Scrambler, Graham y Scrambler, Anette (1990). “La enfermedad iceberg y algunos aspectos de la conducta en el consultorio”. En: *La enfermedad como experiencia* (R. Fitzpatrick, J. Hinton, N. Staton, G. Scrambler & J. Thompson, org.), México, DF: Fondo de Cultura Económica. pp. 42-64.
- Segato, Rita (1998). Alteridades históricas/Identidades políticas: una crítica a las certezas del pluralismo global. *Serie Antropología*, Brasilia, n° 234.
- Semán, Pablo (2004). *La religiosidad popular*”, 1ª edición. Buenos Aires, Capital Intelectual.

- Semán, Pablo (2008) “Psicologización y religión en un barrio del Gran Buenos Aires”. *Sociedad y religión* vol. XX n° 30/31 (2008) pp. 107- 135
- Strasser, Georgina (2011). Tesis doctoral: “Prácticas en torno a los procesos de salud- enfermedad en la población de Azampay”. *SeDICI*: Servicio de Difusión de la Creación Intelectual. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/5336>
- Taussig, Michael (1995). “La reificación y la conciencia del paciente”. En: *Un gigante en convulsiones*. Barcelona, Gedisa. pp 110- 143.
- Taylor, Eugene (1999). *Shadow culture. Psychology and spirituality in America*. Washington D.C., Counterpoint.
- Taylor, Mark P. (1933) “Evil eye”. Source: *Folklore*, Vol. 44, No. 3 (Sep., 1933), pp. 308-309 Published by: Taylor & Francis, Ltd
- Thomsen, Marie- Louise (1992). “The Evil Eye in Mesopotamia”. Source: *Journal of Near Eastern Studies*, Vol. 51, No. 1 (Jan., 1992), pp. 19-32 Published by: The University of Chicago Press.
- Turner, victor W. (1964). “An Ndembu Doctor in Practice” en *Magic, Faith and Healing*. Glencoe, Illinois, ed. A. Kiev.
- Uribe, Carlos Alberto; Ospina, María Angélica (2008). “Creencia y verdad en los sistemas terapéuticos contemporáneos”. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, enero-junio, pp. 11-12
- Viotti, Nicolás (2003). “Deshaciendo daños. Representaciones y prácticas de la brujería en el Noroeste de Argentina”. *Scripta Ethnologica* [en línea] 2003, [fecha de consulta: 22 de noviembre de 2012] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14802507> ISSN 1669-0990
- Waldram, James B. (2000). The efficacy of traditional medicine: current theoretical and methodological issues. *Medical Anthropology Quarterly*, Volume 14, Issue 4 (December 2000) pp. 603-625.
- Wright, Pablo (2008). “Las religiones periféricas y la etnografía de la modernidad latinoamericana como un desafío a las ciencias de la religión”. *Caminhos*, Goiania, V.6. n. 1, pp. 83-99, Jan./jun.
- Zammit – Maempel, George (1968). “The evil eye and protective cattle horns in Malta”. *Folklore* 79: 1-16.

VIDEOGRAFÍA

Torres, Luis (2005). *El mal visto: una interpretación del mal de ojo desde la antropología visual*.

Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=bobDY0AaTtg>