

Algunas consideraciones acerca de las narrativas y el valor de la metáfora para una etnografía de la experiencia. El lenguaje como representación, revelación y objetivación

Georgina Strasser*

Introducción

Los procesos de salud-enfermedad-atención son emergentes estructurales de las condiciones históricas de vida y de trabajo en una sociedad dada, a la vez que objeto de la construcción de saberes y prácticas no sólo por parte de los especialistas o profesionales del campo médico, sino del conjunto de la población (Grimberg 1992). Desde su multifacética pertenencia cultural y social que el hombre aprende a identificar las enfermedades que lo aquejan, elabora explicaciones sobre sus causas, define las formas de estar sano y sentirse enfermo, establece estrategias de atención y pauta las relaciones entre el enfermo y el grupo orientadas a restablecer su salud o a otorgarle un nuevo espacio social en tanto individuo enfermo.

Los procesos de salud-enfermedad-atención son una construcción social en tanto resultan de modalidades específicas de relaciones sociales a la vez que constituyen una trama de representaciones y prácticas en las que se articulan no sólo procesos económico-sociales, sino políticos e ideológicos (Grimberg *et al.* 1992). Las prácticas están sumergidas

*“(...) dentro de una realidad simbólica en el interior de la cual se producen, se curan y se sanan las dolencias y las enfermedades. Las principales funciones ‘clínicas’ de los sistemas médicos comprenden la construcción de la experiencia de enfermedad, el manejo cognoscitivo (denominación, explicación, tipificación, clasificación, etc.) y el manejo terapéutico” (Kleinman 1973:160 en Prece *et al.* 1996:52).*

Así, frente a un episodio de enfermedad, son los elementos cognoscitivos, afectivos y experienciales articulados en un esquema de referencia los que le dan un sentido a la misma.

Las nociones que se manejan sobre las enfermedades, sus síntomas y recetas para su cura son expresadas a través de las narrativas con que el individuo

* Becaria de CONICET Facultad de Ciencias Naturales y Museo, Universidad Nacional de La Plata.

objetiviza y comparte sus experiencias de enfermedad, a la vez que se van modificando al contrastar con las observaciones de la evolución del malestar, con las experiencias transmitidas por otros individuos y con los fragmentos de saberes que le comunican los profesionales médicos y/o curadores a los que recurre.

El presente trabajo, tributario de uno más amplio, "Prácticas y representaciones en torno a los procesos de salud-enfermedad en la población de Azampay", recupera algunas reflexiones en torno al papel del lenguaje en la objetivación de las experiencias de enfermedad, particularmente el uso de la metáfora y la apropiación de términos biomédicos por parte de los legos, a partir de la información construida en las entrevistas, observaciones y diálogos compartidos con habitantes de Azampay durante los trabajos de campo realizados en diciembre del 2004 y octubre del 2005. Se realizaron entrevistas abiertas y grabadas a cuatro mujeres –dos de las cuales fueron entrevistadas en los dos viajes de campo–, a dos parejas y a un curandero. Con todos ellos, además de dos mujeres y dos hombres, se mantuvieron diálogos casuales en encuentros anteriores y posteriores a las entrevistas. Estos no fueron grabados sino transcritos en el transcurso de la conversación a fin de no interferir en la espontaneidad de la narración. Tanto las entrevistas como las charlas tuvieron lugar en los espacios domésticos en donde era recibida durante mis visitas.

La localidad de Azampay se ubica al pie de los cerros que limitan por el occidente al Valle de Hualfín, en el oeste de la provincia de Catamarca, a unos 50 km de la ciudad de Belén, con la que se une por medio de un camino de acceso medianamente transitado desde la ruta provincial N° 40. Allí se encuentra la única escuela, la iglesia, el almacén y la posta sanitaria de la zona lo cual contribuye a que las relaciones económicas, religiosas, familiares, etc. se establezcan principalmente entre esta localidad y los puestos vecinos, a través de caminos de tierra y en algunos casos sólo sendas transitables a pie o a lomo de burro. En 1995, se constituyó un grupo multidisciplinario¹ que desarrolló sus investigaciones en la localidad de Azampay, abordando el estudio integral de la problemática bio-socio-cultural de las comunidades actuales y arqueológicas. La elección de la localidad de Azampay se realizó en función de su claro rol estratégico a nivel arqueológico, del tamaño reducido de su población actual –un total de 227 individuos incluyendo los puestos vecinos, según el censo nacional de 1991– y de su localización fuera de las rutas de comunicación habituales. Estos factores, la tornan ideal para realizar estudios sobre población total, minimizando el sesgo que un muestreo provoca; y ha posibilitado trabajar con mayor profundidad analítica temas relevantes tales como: ocupación, migración, organización familiar, parentesco, propiedad de la tierra y el agua.

1. Dirigido por la Dra. Carlota Sempé en el área arqueológica, Dra. Susana Salceda área Biológica y Prof. Marta Maffia área sociocultural.

...Se ha levantado al otro domingo pero a gatas, todavía como cabra flaca tiritando...

Para poder identificar las representaciones con las que cuentan los individuos a la hora de entender y encarar un evento de malestar y las prácticas en que se concretan las decisiones tomadas, empecé por reconstruir los procesos terapéuticos, siguiendo el hilo con que los azampeños estructuran y exponen los diferentes sucesos vinculados a cada evento de enfermedad. El proceso terapéutico abarca toda progresión o curso de un episodio de enfermedad, definido por una secuencia de decisiones dirigidas al diagnóstico y tratamiento, representando la perspectiva del individuo enfermo “navegando a través de un mar de elecciones terapéuticas” (Csordas y Kleinman 1996:10). Estas trayectorias recorridas por los individuos aquejados por un malestar son reconstruidas a través de las narrativas que elaboran en sus diálogos, participando a sus interlocutores de las secuencias más o menos detalladas de percepciones sintomáticas, decisiones, búsqueda de atención, procedimientos terapéuticos realizados, evaluación de cambios a partir de nuevas percepciones, nuevas decisiones, y así sucesivamente. De este modo, a lo largo de estos relatos van emergiendo las denominaciones con las que cuentan para referirse a sus padecimientos, las connotaciones que vinculan éstos con aspectos del mundo social más amplio, los elementos que se tienen en consideración para identificar cada malestar, así como las evaluaciones de los servicios de atención, su competencia, eficacia y limitación para dar una respuesta eficaz.

Del tejido de las narrativas se destacaron las metáforas empleadas, condensadoras de la multiplicidad de sentidos que evoca una experiencia de malestar. Expresiones como “*estar tumbado; sensación como cuando se saca un hielo de la heladera y se lo deja descongelar que empieza a crujir, a hacer cric-cric, eso sentía dentro de los oídos, de la cabeza; sensación de estar como dentro de una bolsa con la abertura cerrada, me sentía inflada; estar machado sin haber bebido*”; reclamaban ser leídas como resultado de un esfuerzo de los individuos entrevistados por atribuir sentidos a la percepción de sus procesos orgánicos.

¿Qué rol cumple el lenguaje en estas narrativas? ¿Algo más que el de representar las experiencias individuales con el fin de compartirlas con otros sujetos?

En este sentido resultan pertinentes algunas consideraciones acerca del vínculo entre las experiencias de salud y enfermedad y las narrativas que los individuos construyen al respecto. Aquí considero la experiencia no abstraída del contexto cultural sino como medio intersubjetivo de las transacciones sociales, como el espacio emergente a partir de la interacción de categorías culturales y estructuras sociales con los procesos psicológicos y fisiológicos, conceptualización que rescata la dialéctica individuo-sociedad (Kleinman y Kleinman 1991). Por más personal que sea la vivencia de malestar, la misma podrá incorporar sus sentidos –identificación de las causas, reacción de rechazo o resistencia, búsqueda de soluciones y cuidados, movilización de estructuras de apoyo y

sostén, etc.– sólo desde una posición de relaciones al interior de un grupo y a partir de modelos de experiencia culturalmente compartidos.

Por otra parte, la cualidad de inmediatez de la experiencia en tanto presencia sensorial, inserción y ajuste en el mundo remite a niveles preobjetivos –pero no por ello preculturales– donde los límites entre lo biológico y lo cultural se diluyen. Considerando la experiencia como síntesis preobjetiva vivida, corporizada, se puede analizar cómo lo social, la base cultural de la experiencia, se carga como un rasgo de la existencia corporal, cómo el significado cultural es intrínseco a toda experiencia corporal (Csordas 1992b). La experiencia de enfermedad nos remite a nuestra corporeidad en el sentido de cuerpo vivido, indisociable de nuestra subjetividad –que a su vez es una subjetividad encarnada–.

Los individuos logran expresar, interpretar y comunicar sus experiencias de sufrimiento por medio de la elaboración de narrativas.

“Las historias son un medio de organizar e interpretar la experiencia, de proyectar experiencias idealizadas y anticipadas, una manera particular de formular la realidad y formas ideales de interactuar con ella” (Good 1994:80)

Pero el lenguaje sólo puede proporcionarnos el acceso al mundo de la experiencia en tanto ésta sea traída al campo del lenguaje, es decir, éste no sólo representa la realidad sino que la revela: lo oculto se manifiesta a través del lenguaje. En este sentido, Csordas se refiere a “metáforas encarnadas” –*embodied*– como aquellas que no se aplican sobre el cuerpo sino que emergen de la experiencia corporal (Csordas 1992a). Son metáforas vividas pues, al contrario de actuar por imposición de un significado externo, arbitrario sobre la experiencia, forman parte del proceso de significación en el curso mismo de la experiencia. Son imágenes que evocan conexiones al interior de la experiencia (Rabelo *et al.* 1999). El siguiente fragmento de una entrevista donde una mujer expresa sus padecimientos causados por el *aire* –malestar definido como *enfermedad para los campesinos*, es decir, que debe ser tratada por los curanderos– es ilustrativo de su empeño por traducir la experiencia a un lenguaje compartido:

J: no, no, es una cosa como que tengo una cosa quieta ahí, como embolsada, así, como que está en una bolsa atada, por ahí, no sé, me imagino yo, es como que, que no me irriga bien ahí, como que va la sangre y no pasa, como que

A: acá en la coronilla?

J: ahá, ahí, ahí en esta parte (...) esa vuelta tenía así el oído, bah, no lo tenía, sino que yo me lo imaginaba así largo y eso es lo que me decía Don C que es el aire (...) y ahora esta mañana le digo a la X ‘ay! Cómo me molesta este ojo, me baila, me baila, se me mueve todo esto’ (se señala el párpado) (...) todo eso es el aire, sí, sí, y me curan y quedo livianita, despejada, hay veces cuando ya tengo mucho aire, es como si tuviese una tela delante de los ojos y esa lagañita que se hace, ¿ha visto? Que es constante, que me limpio y me limpio y no tengo nada, me limpio los ojos y no tengo nada, es ya cuando ya estoy airada (...)”

Las metáforas como estrategias de innovación semántica extienden sentidos habituales a otros dominios mediante la analogía y la introducción de aspectos sensoriales, afectivos y cognitivos. El enunciado metafórico obtiene su eficacia instituyendo lo absurdo que se revela al intentar aplicarle una interpretación literal. Presupone una interpretación literal que se autodestruye en una contradicción significativa imponiendo una plasticidad, una deformación de las palabras, una extensión de sentido. En el seno de la absurdidad generada por la discordancia entre dos interpretaciones contradictorias, la metáfora introduce la semejanza creando un parentesco no percibido ordinariamente (Ricoeur 1987 en Rabelo *et al.* 1999). Este lenguaje connotativo, al poner en relación sentidos explícitos e implícitos permite transmitir estados y sentimientos sutiles para los cuales el lenguaje denotativo resulta limitado, manteniéndose *próximo a la experiencia* y creando *mediaciones entre lo vivido y lo significado* –de ahí que la metáfora sea más que una representación–.

En los relatos de los azampeños los “*es como si, es como que, es como un/a*” generalmente preceden la figura metafórica y sirven de pasaje entre la complejidad de la vivencia y la enunciación que en su imposibilidad de significarlo todo, la recorta.

“(...) la cistitis, me contaban que es terrible, que es un ardor que agarra que como que quema por adentro (...)”

“(...) tenía como una costra y le seguía comiendo para dentro, un hueco (...)”

“(...) siento como flojera, que el huesito se me va a zafar (se señala la rótula haciendo el gesto de un movimiento para el costado)”

“(...) como una trancazón aquí al pecho, ve? Así una pesadez, yo camino y es una cosa como si me faltara aire, eso me sufro ahora (...)”

Cuando el narrador significa y describe un malestar mediante una semejanza o parentesco no establecidos en el lenguaje habitual, apela a que los mismos sean también percibidos por su interlocutor, facilitándole su intención comunicativa:

“hay enfermedades, digamos, fuertes que usted no la cura, por ejemplo, la culebrilla, no sé si la habrá sentido nombrar, que se le cierra, como la que, dicen que es como la víbora y que va ciñéndola a usted. Eran unas ampollas de agua, eran como el lomo del sapo, ha visto? Así, una sobre otra, así, ¿lo ha visto? Escamoso el lomo del sapo, así, y ya ella tenía desde la columna todo por acá hasta el pupo (...)”

Si se evoca el lomo del sapo o el comportamiento de la víbora para significar algo de la experiencia, es porque se espera que el oyente cuente con significantes mínimamente comparables a los propios. De lo contrario, el enunciado metafórico, que “rompiendo creativamente con usos establecidos del lenguaje, [pretende] decir algo nuevo acerca de la experiencia subjetiva, difícilmente expresable de otro modo” (Rabelo *et al.* 1999:178), no realizaría su valor comunicativo. Por mucho que se destaque el carácter personal de las metáforas, creaciones originales de los individuos, es preciso:

“no reducirlas a fenómenos meramente subjetivos. (...) la comprensión de un enunciado metafórico se efectúa siempre en los términos de aquello que es dado en una situación de interlocución. El sujeto comprende a través del mundo compartido de significados, de modo que la metáfora nos remite al mundo de la intersubjetividad” (Rabelo et al. 1999:178).

Y esto no sólo respecto a que las metáforas sean entendidas por los otros sino también a su construcción misma, la cual:

“no consiste en un acto individual de percibir una experiencia interior como problemática. La conciencia no constituye sus objetos ex nihilo, por autonomía de la interioridad subjetiva. La enfermedad se dota subjetivamente de sentido en la medida que se afirma como real para los miembros de la sociedad, que a su vez la aceptan como real. Es real justamente porque se origina en el mundo del sentido común (Alves 1993:269). Así, la enfermedad es construcción intersubjetiva, esto es, formada a partir de procesos comunicativos de definición e interpretación” (Rabelo et al. 1999:173).

Y esto me implicó un traspie en mi comprensión de la caracterización que hizo un azampeño acerca de los ataques de asma de su cónyuge: “se le trancan las arterias, le hacía frío” ¿Con qué sentido estaba usando el término *arterias*? ¿se estaba refiriendo a los vasos sanguíneos hablando de una crisis de asma? Mi interlocutor no se detuvo en esta descripción, no agregó más explicación a algo que supuso formaba parte del universo de significaciones compartido.

El empleo de las metáforas, extendiendo la experiencia pre-reflexiva del sujeto a dominios concretos y fácilmente reconocibles por los otros, permite compartirlas a la vez que organizarlas y desarrollarlas en formas socialmente reconocidas. En este trabajo de objetivación los individuos realizan un esfuerzo por precisar el origen exacto del malestar. En la reconstrucción que elaboran de las trayectorias terapéuticas, la descripción del dolor o signo de alarma y su ubicación certera en el espacio corporal juegan un papel fundamental para pronunciar un diagnóstico.

F: claro, yo sentía que me dolía la cabeza, la cabeza, la cabeza así, pero no todo si no esta parte (se señala la frente) y el doctor me ha dicho que es de la vista

A: ah, la frente

F: claro, todo esto me dolía así, como un golpe era”

“he tenido siempre sinusitis, duele la cabeza, los ojos, atrás de los ojos”

Asimismo, en el proceso de identificación perceptual y asignación conceptual² del malestar se recuperan como síntomas las discapacidades, disfunciones

2. Se entiende por “representación” la identificación perceptual específica –sensorial o imaginaria– de un fenómeno en función de su interpretación posible, en tanto la “interpretación” consiste en la asignación conceptual de determinada significación a un fenómeno en función de su representación posible (Magañños de Morentin 1990).

que implican una ruptura de la cotidianeidad, una “resistencia en el flujo de vida a la elaboración de los planes de vida”, ‘gajes’ de la condición humana que “constrañen la experiencia vivida” (Kleinman y Kleinman 1991:15:278).

“Después de abril empecé con un dolor de espaldas, antes me dolía pero poco, y hombro, no podía estar sentada ni caminar fuerte. No puedo lavar ni hacer tortillas porque me cae mal, cuando movía el brazo me sonaba la espalda como si estuviera rota, no podía mover el brazo”

“Se tiene dolor de cabeza, no puede dormir, no come, se le caen las piernas, no puede caminar, está desvalorado, no tiene valor para hacer nada.”

Disfunciones que con frecuencia promueven la objetivación de la experiencia a partir de metáforas mecanicistas que evocan una percepción utilitaria del cuerpo:

“a esta máquina, esto es una máquina, el estómago, es como un motor, eso tiene que curarlo (...) claro, nos sentía mal y bueno ya decía, tiene que purgarse”

Los individuos caracterizan las enfermedades a partir de las actividades que impiden u obstaculizan realizar, aquellas que normalmente se llevaban a cabo de manera espontánea e irreflexiva –como el tragar, el hablar o mover los miembros– porque forman parte del hecho de “ser-del-mundo”. En otros términos:

“Lo que en nosotros rechaza la mutilación y la deficiencia es un Yo empeñado en cierto mundo físico e interhumano, un Yo que continúa tendiéndose hacia su mundo... [negando] lo que se opone al movimiento natural que nos arroja a nuestras tareas, nuestras preocupaciones, nuestra situación, nuestros horizontes familiares” (Merleau-Ponty 1984:100).

Los fragmentos del trabajo de campo dan cuenta de ello:

“se les hincha la garganta, así que no pueden casi hablar ni comer, se les, como crece la, las amígdalas”

“no quería ir al médico, y bueno, hasta que ha caído, ha caído, se le han trancado los orines, todo... no podía orinar y le han puesto sonda, y entonces el médico dice que tenía una infección bárbara a los riñones”

“nosotros sentimos alguna cosa que parece que va a ser para que nos revise el doctor, bueno, vamos, así como yo tomaba mate antes de que me han hecho el trabajo ese de la vesícula, tomaba mate y ya me sentía aquí, en el momento ya se me ponía hinchado, ya estaba por arrojar... hasta que me tuve que ir al doctor, el doctor “X” me ha hecho el trabajo, dice usted quiere que lo operemos”

“me ha agarrado como un derrame así, la ceja ésta se me había ido por acá, esto así, se me ha cruzado esto para acá y esto para acá, se me quedó dura la cara, usted sabe, y bueno, anduve como 3 meses en el quinesiólogo, ¿ha visto?, que le hacen masajes, todo eso, sí, quinesiólogo me parece que es, y no me hacía nada, si me quería meter la cuchara de comida y se me derramaba todo por el costado de la boca”

El término médico *derrame* es utilizado aquí en sentido figurado y no como definición del malestar padecido, si bien parece haberlo sido en un primer diagnóstico desde el ámbito médico. Tras el fracaso de los profesionales de la salud en obtener una mejoría, la entrevistada recurrió a la atención de una curandera cuya terapéutica resultó eficaz implicando un cambio del diagnóstico: el trastorno facial no era causado por un *derrame* sino por un *aire*. Sin embargo, la narradora utiliza el primer término para describir los síntomas que, dada la ambigüedad de su relación con las enfermedades, en un primer momento condujeron a un diagnóstico, según su juicio, errado.

Los azampeños realizan una distinción, en algunos casos bien explícita, entre *enfermedades para los curanderos* y *enfermedades para los médicos*, por lo que el pasaje de la atención de un ámbito al otro generalmente conlleva una redefinición del diagnóstico –se trata de derrame o aire, es un caso de meningitis o de ojeadura–.

Cuando se refieren a las *enfermedades para los médicos*, las nombran utilizando términos pertenecientes a la ciencia médica, como *meningitis, tuberculosis, cistitis, cáncer, infección*; los nombres de órganos como *riñones, vesícula y apéndice* para aludir a disfunciones de éstos. También, destacan los valores de presión alta al evocar una situación de hipertensión o los de temperatura en caso de fiebre, y hablan de *colocación de clavos de platino, ligazón de trompas, raspaje*, cuando cuentan en sus historias clínicas con este tipo intervenciones médicas. Esto evidencia un uso de la terminología médica, una apropiación de ciertos términos a través del trato con los profesionales en la participación de los servicios médicos disponibles, sin que ello implique una comprensión de las enfermedades en la dirección y con la profundidad analítico-descriptiva alcanzada por la ciencia biomédica. Esto es así no sólo por tratarse de “un sector sociocultural” donde “no tiene lugar aquella concepción de las causas microbiológicas de la enfermedad” (Palma 2002:76), sino siempre que la consulta la realice un paciente lego en el campo de las ciencias naturales. Se acude al médico en busca de una identificación del malestar que se padece, identificación que dirija un accionar orientado a la cura, cese o al menos disminución del mismo y que posibilite elaborar una explicación de su origen que sustente a su vez estrategias preventivas; sin que ello requiera un entendimiento microbiológico de la enfermedad ni un seguimiento bioquímico del accionar de un medicamento por parte del enfermo.

Como afirma David Le Breton,

“La tarea de los especialistas (médicos, curanderos, adivinadores de la suerte, psicólogos, etc.) es reintroducir sentido allí donde éste falta, establecer una coherencia allí

donde lo colectivo se inclina por ver sólo desorden. La carga de angustia inherente a las manifestaciones no habituales también se suprime y se atenúa por medio de la simbolización que se realiza con la ayuda del terapeuta” (Le Breton 1995:94)

La definición de un malestar como enfermedad permite orientar una respuesta más activa para contrarrestar el sufrimiento:

“(...) una transformación fundamental de la experiencia ocurre cuando el sufrimiento es redefinido como enfermedad en la práctica médica. La práctica moral es transformada en práctica técnica, y esta última define cómo el resultado será definido, manejado y apreciado” (Csordas y Kleinman 1996:5)

Al recorte que elabora el profesional médico, basándose en su idea de lo que debe ser explicado al paciente y en su juicio de la capacidad del mismo para entender lo que él le comunique –no le dirá lo mismo a un paciente-biólogo que a un paciente-ama de casa–, el enfermo le agrega connotaciones propias –individuales y grupales– conservando en su memoria lo que haya entendido e interpretado de lo escuchado en la consulta como parte del cuerpo discursivo para nombrar y explicar su experiencia de malestar. Muchos de los términos utilizados por los profesionales serán también recursos nominativos con los que contará el individuo “protagonista” de una afección.

En este sentido no considero que:

“La ocasional utilización de términos de la ciencia médica, en casi todos los casos, representa el modo de comunicación que, a tientas, procura conseguir la cultura tradicional con la ciencia médica oficial encarnada por los médicos, con los que sus enfermos tienen contacto. Y esto es así, porque la concepción que tiene de las causas de las enfermedades y su cura, siguen siendo fundamentalmente metafísicas, no obstante los términos científicos que puedan llegar a emplearse” (Palma 2002:76)

La denominación obtenida en la consulta médica es utilizada por el paciente no sólo como mediación entre el lenguaje médico y el del paciente sino como vehículo de sentidos que facilita la comunicación de éste con interlocutores legos, familiares, amigos, simples conocidos u extraños, con quienes comparta alguna experiencia de enfermedad. Así, en las charlas de las que participé, los individuos al contar que fulano tenía *cáncer* o que a mengana le *ligaron las trompas* asumían que los demás presentes –incluida yo– comparten el sentido general de estos términos médicos, aunque en cada uno el mismo se haya forjado a partir de experiencias, vivencias e informaciones particulares –las que en ocasiones se comparten acrecentando las connotaciones de cada término–.

Los individuos manejan un cuerpo de nociones para identificar sus malestares que se nutren desde distintos conjuntos de saberes: el de la ciencia médica, el de las medicinas tradicionales, y uno mucho menos delimitado, conformado por información de experiencias, situaciones, vivencias que se van transmi-

tiendo y con las cuales el individuo compara, completa, ilustra o refuta aquello que el médico o curandero le dice³.

"(...) y ha ido a hacerse ver y el doctor le ha dicho que era tipo aborto, pero 'son macanas que el doctor habla', le he dicho yo a ella, porque le ligaron las trompas cuando tuvo al tercer hijo, y si le ligan las trompas es para que no tengan (...) a la otra semana le han hecho un raspaje y le siguen desparpajando la vida"

Acerca de la relación entre el saber médico y las necesidades cognitivas del paciente, Nora Garrote plantea que, si bien los pacientes

"aparentemente no tienen 'necesidad' de saber nada, y no porque en términos antropológicos tengan 'otro' saber, tradicional o popular, sino porque (además de ése) conocen lo que necesitan en términos médico-científicos." (...) "su 'necesidad' de saber pasa por canales distintos, a partir de los cuales ha hecho ya un cálculo de riesgo y la incertidumbre que lo mortifica no es informativa sino operativa: quiere saber cuándo tendrá su cama para internarse, cuándo le hacen los estudios, cuándo lo operan." Según esta autora, los pacientes cuentan con información principalmente "(...) a través de las relaciones de su vida cotidiana, a partir de múltiples experiencias médico-asistenciales que se comparten familiar y vecinalmente. Así, llegan a apropiarse de una gran cantidad de información sobre sus propias patologías, sus tratamientos y los lugares a donde pueden acudir." (...) "el proceso comunicacional del paciente está sustentado socialmente en su grupo de pertenencia (familiares, vecinos, amigos) y en su grupo de referencia (otros pacientes, ex-pacientes). Las ideas que tenga sobre su enfermedad dependerán de los vínculos que sostenga con ambos en su vida cotidiana, en su situación de enfermedad y especialmente en el proceso terapéutico. Sus conocimientos tienen una carga existencial que los hace distintos a los del espacio oficial e involucran otro saber, pero esta decodificación particular no excluye el científico" (Garrote 1995:94-99).

Así, una entrevistada se refería a la enfermedad de Chagas de un pariente evocando las imágenes mostradas por la técnica de rayos X "ví en la radiografía como si fuera una yaga en el corazón, que gotea, que el corazón se agranda".

El componente vivencial de las descripciones de los malestares se destaca por el uso de adjetivos cargados de cierto animismo, evocando una familiaridad, un trato cotidiano con ciertas enfermedades:

"están esas gripes que siempre la agarran porque ella es muy amiga de la gripe, cada tanto la agarra, parece que son muy conocidos (ríe) (...) y corre a la cama, ya no

3. "Se superponen varias capas de saber con respecto al cuerpo, y el sujeto que está buscando una cura eficaz no se siente de ningún modo molesto por el hecho de pasar de un tipo de cura a otro, de acuerdo con las características de su enfermedad. Pero en el contexto tradicional, el hombre lo hace de acuerdo con las conveniencias personales y con los conocimientos empíricos dentro de un conjunto de terapias que cuentan con la conformidad del grupo por completo. Cada una de ellas forma parte del tejido social y cultural que le asegura al hombre la familiaridad de la mirada sobre el mundo" (Le Breton 1995:90).

tiene más que correr a la cama y esperar que le pase, no, siempre tengo así remedio yo para darle, ya le doy y tengo que cuidarla porque es muy perseguida de la fiebre, que será que la fiebre tiene que agarrarla"

"no, en estos tiempos dicen que la alergia es más porfiada ahora por las plantas que están floreciendo"

"pero como le digo,[la gripe] este año estuvo muy brava, porque se componían y volvían otra vez"

"por eso también es buena la grasa del león para el dolor de huesos. Los que cazan la guardan. Si alguien necesita contacta con alguno que tenga, pero debe frotarse las zonas doloridas y no lavarse hasta el otro día porque la grasa es como celosa y si se lava se vuelve en contra, le hace peor, le tuerce, por ejemplo la articulación que dolía y pretendía calmar"

Conclusiones

En este trabajo me detuve en los recursos lingüísticos de los que se valen los azampeños para narrar sus eventos de malestar en las entrevistas y diálogos de los que participé. He intentado leerlos a la luz de ciertas reflexiones acerca del lenguaje, la experiencia y la metáfora. Así, se destaca el valor del lenguaje como objetivador de la experiencia a la vez que vehículo del proceso comunicativo. El lenguaje en tanto doble mediación: pasaje entre lo vivido y lo significado y puente entre locutores. Esta doble función se realiza generalmente en el mismo acto lingüístico, lo cual podría explicar la recurrencia de los temas sobre enfermedades, sobre todo entre los más ancianos con quienes casi no necesitaba traer el tema a la charla. ¿Por qué se detienen los individuos en compartir sus historias de enfermedad, explayándose en detalles, describiendo los pasos del proceso terapéutico en el que tienen protagonismo? La función objetivadora del lenguaje está entretejida con la función comunicativa dado el carácter intersubjetivo de la experiencia y del lenguaje. No sólo nos valemos de las formas posibles de representar nuestras experiencias a través del mundo compartido de significados, sino que tarde o temprano ansiamos volcarlas nuevamente al espacio comunicativo, compartirlas, hacer partícipes de las mismas a quienes se cuenten como interlocutores; hasta el poeta que busca la perfección y precisión en el pasaje experiencia-lenguaje aparentemente a solas, lo hace con la intención de que el monólogo frente al papel se prolongue en un diálogo con el lector.

En el caso de las experiencias de sufrimiento y malestar la función objetivación-comunicación ha sido señalada como parte fundamental del proceso terapéutico. Dichas experiencias a menudo alienan el cuerpo del sujeto y circunscriben en torno al enfermo un mundo extraño no compartido con el resto. Toda cura apelará, en mayor o menor grado, al poder del lenguaje para nombrar y describir con exactitud un sufrimiento y su explicación, para definir sus límites y así controlarlos. Si se cuenta con una interpretación de la enfermedad socialmente aceptada y validada, la realidad del padecimiento y del mundo

del enfermo es asumida permitiendo la elaboración de nuevas experiencias dirigidas al restablecimiento de la salud. La objetivación verbal reafirma la integración del individuo en el mundo y su participación como autor y rector de sus actividades (Good 1994). Más aún, con respecto a la cura misma, las indagaciones acerca de su eficacia simbólica sugieren “la existencia de pasajes que vinculan cuerpo y mente, siendo estos el *locus* de una influencia amplia de la metáfora y el símbolo en los procesos biológicos” (Csordas y Kleinman 1996:16).

Los individuos vuelcan en sus narrativas aquello de la experiencia que se deja aprehender por el lenguaje, para lo cual las metáforas amplían la capacidad del mismo. Pero aunque legos, no sólo se valen de términos del sentido común, sino que también aquellos del campo biomédico son incorporados por los individuos, sobre todo considerando el valor que poseen como organizadores y descriptores de la realidad y porque al provenir de profesionales médicos están imbuidos de autoridad⁴.

Bibliografía

BOURDIEU, P.

1985. *¿Qué significa hablar?* Madrid, Ediciones Akal.

CSORDAS, T.

1992a. Introduction: the body as representation and being in the world. En: *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*, pp.1-24. Cambridge, Cambridge University Press.

1992b. Words from the Holy People: a case study in cultural phenomenology. En: *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*, pp. 269-290. Cambridge, Cambridge University Press.

CSORDAS, T. Y A. KLEINMAN

1996. The therapeutic process. En: Sargent, C. y T. Johnson (Eds.). *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*, pp. 3-20. Westport, Praeger Publishers.

GARROTE, N.

1995. El itinerario social del alimento. En: Alvarez, M. y V. Barreda (Comp.). *Cultura, salud y enfermedad. Temas en Antropología médica*, pp. 94-104. Buenos Aires, Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano.

GOOD, B.

1994. How medicine constructs its objects. En: *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*, pp. 65-87. Cambridge, Cambridge University Press.

4. Vale señalar que “el lenguaje de autoridad gobierna siempre con la colaboración de aquellos a quienes gobierna, es decir, mediante la asistencia de los mecanismos sociales capaces de producir esta complicidad, fundada en el desconocimiento” (...) “La eficacia simbólica de las palabras sólo se ejerce en la medida en que quienes la experimentan reconocen que quien la ejerce está autorizado para ejercerla” (Bourdieu 1985:77-73).

GRIMBERG, M.

1992. *Proceso salud-enfermedad-atención y Hegemonía. Guía para la discusión*. Documento de trabajo. Instituto de Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires. MS.

GRIMBERG, M., S. MARGULIES Y S. WALLACE

1992. *Construcción social y hegemonía: representaciones médicas sobre SIDA. Un abordaje antropológico*. Buenos Aires, Programa de Antropología y salud, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

KLEINMAN, A. Y J. KLEINMAN

1991. Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry* 15: 275-302.

LE BRETON, D.

1995. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Nueva Visión.

MAGARIÑOS DE MORENTIN, J. A.

1990. *Esbozo semiótico para una metodología de base en ciencias sociales*. La Plata, Investigación 6. I.I.C.S., Universidad Nacional de La Plata.

MERLEAU-PONTY, M.

1984. *Fenomenología de la Percepción*. Buenos Aires, Planeta-Agostini.

PALMA, N. H.

2002. De la medicina tradicional a la medicina científica y de la medicina científica a la medicina tradicional (Del Noroeste Argentino al Conurbano Bonaerense) Reflexiones acerca de la dialéctica entre el conocimiento popular y el conocimiento científico. *Revista Kallawaya* 9: 35-85.

PRECE, G., M. H. DI LISCIA Y L. PIÑERO

1996. *Mujeres populares. El mandato de cuidar y curar*. Buenos Aires, Biblos.

RABELO, M., P. ALVES Y I. SOUZA

1999. Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade. En: *Experiência de Doença e Narrativa*, pp. 171-187. Fiocruz