

Anatilde Idoyaga Molina
(Editora)

*Los Caminos Terapéuticos y
Los Rostros de la Diversidad*

Tomo I

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

2007

Anatilde Idoyaga Molina
(Editora)

***Los Caminos Terapéuticos y
Los Rostros de la Diversidad***

Tomo I

Editorial CAEA-IUNA
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

2007

Idoyaga Molina, Anátilde

Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad.

1ª ed. - Buenos Aires: CAEA-IUNA, 2007.

448 p.; 20x14 cm.

I.S.B.N. 978-987-05-3513-3

1. Antropología Médica. I. Título

CDD 306.461

Fecha de catalogación: 25/10/2007

1ª edición

Centro Argentino de Etnología Americana / CONICET
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Área Transdepartamental de Folklore IUNA
Instituto Universitario Nacional de Arte

Fecha de publicación: noviembre de 2007

Hecho el depósito que marca la Ley 11.723

LIBRO DE EDICIÓN ARGENTINA

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

EL ESTUDIO DE LA NARRATIVA DE CASOS: UNA PROPUESTA PARA EL ABORDAJE ETNOGRÁFICO DE LAS ALTERNATIVAS MÉDICAS

Marta Crivos

LIEA/UNLP/CONICET

El proceso de búsqueda de la salud como objeto antropológico

Gran parte de los tempranos desarrollos en el campo de la Etnomedicina y la Antropología Médica focalizan en las peculiaridades de las medicinas autóctonas como cuerpo consistente y homogéneo de creencias y prácticas consensuadas. Las tipologías de patologías vernáculas y de recursos para enfrentarlas que resultan de este tipo de aproximaciones asignan “a priori” a la “enfermedad” un carácter ontológico independiente de su expresión comportamental (Fabrega, 1979). Al centrarse en el conocimiento médico, los criterios que permiten diferenciar enfermedades, las ideas sobre causación, las reglas de conducta tendientes a lograr ayuda para la curación y las prescripciones para prevenir su ocurrencia y promover la salud, se despliegan en torno a la consideración de la enfermedad como categoría nosológica (1).

En la década del 80, el desarrollo de dos vertientes en el marco de la Antropología Cognitiva pone en cuestión este enfoque de la enfermedad como entidad independiente de los procesos en que se manifiesta. La primera de ellas se vincula al estudio de los procesos de clasificación en condiciones naturales (Mathews, 1983). La segunda, al descubrimiento y modelización de procesos de toma de decisión en contextos naturales frente a problemas recurrentes (Young, 1980; Nardi, 1983). En ambas, el dominio de la enfermedad y las decisiones terapéuticas es considerado un campo particularmente apto y fructífero para la investigación de estos procesos, en tanto la enfermedad se presenta como un problema recurrente al cual tarde o temprano todos los individuos deben enfrentarse y, por ende, la gente

se comunica acerca de sus decisiones terapéuticas, lo cual facilita la obtención y análisis de datos a partir del discurso natural.

Estos estudios muestran la importancia que el carácter, grado y persistencia de las interferencias comportamentales revisten en la significación atribuida, en cada comunidad, a una ocurrencia de "enfermedad". Esto sugiere que, estudiando sistemáticamente los tipos de cambios en la conducta que la gente asocia a la "enfermedad", puede delimitarse un dominio relativamente concreto y observable en el cual se calibra la mayor parte del significado que le es atribuido. A través del análisis de la forma en que los individuos señalan los efectos que la "enfermedad" puede tener sobre algunos componentes de este dominio, el investigador puede dar cuenta de cómo la gente construye el impacto de la "enfermedad" (2), lo cual puede resultar de gran utilidad en los estudios comparativos en este campo.

Para ello resulta necesario indagar en la situación de enfermedad tal como es experimentada por los miembros de las comunidades en estudio, en el conocimiento y prácticas efectivamente involucradas en la toma de decisiones y acciones frente a esta problemática.

Los episodios de enfermedad se vuelven ontológicamente importantes. En ellos, la enfermedad es episódica en el tiempo y focalizada en el espacio, emerge claramente de la vida cotidiana. Los significados de las creencias y prácticas médicas tradicionales se vuelven accesibles considerando los episodios de enfermedad en términos de las expectativas de los actores, el carácter narrativamente construido de las etiologías y la naturaleza procesual de las curas (Young, 1976).

Frente a la situación de enfermedad es posible explorar la aplicación de criterios de diagnóstico y el desarrollo de procesos individuales y colectivos de toma de decisiones respecto a tipos de intervención terapéutica y al uso de los recursos disponibles. Los criterios de intervención dependerán de la percepción del valor y eficacia de los recursos en relación con la patología supuesta y la disponibilidad de los mismos, lo cual estará basado sobre la experiencia previa. Es por esto que en el tratamiento de cualquier dolencia siempre se hallarán representaciones, prácticas y experiencias subjetivas, pero no siempre los profesionales diferenciados o las instituciones

específicas que podríamos esperar encontrar, sino un conjunto mucho más amplio de recursos e instancias que dependen de las características de la red social que se moviliza en el entorno de cada situación particular de crisis (Comells, 1997).

Los significados prácticos y sociales de la “enfermedad” que emergen en estos procesos tienen importantes consecuencias ontológicas que hacen útil tratar los episodios de “enfermedad” como subespecies de una clase de eventos usualmente asociados con “actuaciones rituales” (Young, 1976:20). Desde esta perspectiva, los cambios de estado no deseados de un miembro del grupo serían neutralizados a través de un mecanismo cultural autocorrector: las respuestas “rituales” a la “enfermedad”.

Estas respuestas pueden ser abordadas a través del estudio de las narrativas, forma en la que la experiencia de la enfermedad es representada y evocada, en la cual las ocurrencias en torno a ella son presentadas como poseyendo un orden coherente y significativo, donde actividades y eventos se describen por referencia al sentido que tienen para las personas involucradas. Tanto las narraciones como los rituales son procesos intersubjetivos, requieren actores y audiencias junto con formas textuales y tienen su efecto como presentación de una experiencia temporalmente vivida.

Pero la experiencia siempre excede su descripción o narrativización. Nuevas cuestiones siempre estimularán nuevas reflexiones sobre las experiencias subjetivas y cada individuo puede siempre describir un evento desde una perspectiva ligeramente diferente, permitiendo a la historia revelar nuevas dimensiones de la experiencia.

A pesar de su valor potencial, los análisis antropológicos e interculturales de las narrativas de la enfermedad son sorprendentemente pocos. Uno de los primeros trabajos sobre “narrativas terapéuticas” fue realizado por la antropóloga Evelyn Early (en Good, 1994) quien registra las historias cotidianas de enfermedad de un grupo de mujeres en un barrio tradicional de El Cairo. En su trabajo la autora argumenta que estas historias operan como un “sistema de nivel medio entre experiencia y teoría”. Las mismas conducen a las mujeres a desarrollar una interpretación de la

enfermedad en relación con la lógica explicativa local y el contexto biográfico de la enfermedad, a negociar la acción correcta enfrentando la incertidumbre y a justificar las acciones elegidas, introduciendo la enfermedad y los esfuerzos terapéuticos en las normas morales locales. Más recientemente, dos antropólogas cognitivas, Price (1997) y Garro (1992), han demostrado, en sus trabajos en Ecuador y los Estados Unidos respectivamente, cómo el conocimiento y los guiones culturales para la búsqueda del cuidado de la salud están codificados en las narrativas de enfermedad, tanto en su ocurrencia natural como inducidas a través de entrevistas.

Es en el marco de estos desarrollos en que puede instalarse mi propuesta, en ella intento explorar el potencial heurístico del análisis de la narrativa acerca de episodios de enfermedad o casos como contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles Calchaquíes.

Breve historia de la investigación

En el año 1976 realice un viaje de prospección a la región de los valles calchaquíes en la provincia de Salta, noroeste de la República Argentina. El viaje tenía por objetivo recabar información sobre la medicina tradicional vigente en la zona en el marco de un proyecto de investigación antropológica sobre medicina popular en distintas regiones de nuestro país. Inicialmente se efectuaron entrevistas abiertas a pobladores y "expertos" locales. La decisión metodológica de seleccionar informantes por su carácter de expertos -en este caso médicos campesinos (3)- y las generalizaciones acerca del comportamiento médico en sociedades tradicionales que derivan de este recurso, resultaban entonces adecuados a nuestra concepción de la medicina tradicional como un cuerpo de conocimiento homogéneo y compartido (Crivos y Martínez, 1989, 1990).

Acorde al ideal inductivista de exhaustividad, en los primeros viajes a la zona fueron entrevistados la casi totalidad de los expertos médicos locales consultados por los pobladores de Molinos y localidades vecinas (4). De este primer corpus de información resultaron una serie de trabajos que aportan a la caracterización de la medicina tradicional en los Valles Calchaquíes salteños como conjunto

de creencias y prácticas tendientes a la aprehensión cognitiva y resolución práctica de episodios de enfermedad tipificados en un repertorio de patologías de alcance regional (Crivos, 1977, 1978; Crivos y Eguía, 1980, 1981; Crivos y Martínez, 1996 a y b, 1997, 1998 a, 2000 a; Crivos, Martínez y Pochettino, 2000).

Las metas de la investigación etnográfica en la década del 70 estaban centradas en los aspectos metodológicos del acceso a los universos culturales desde la perspectiva del “otro” cultural. Sea cuales fueren, tema, región, población, sólo se ofrecían como materia prima indistinta sobre la cual iniciar tal investigación metodológica. Aquella que respondiera al interrogante de si era posible el acceso a los condicionantes culturales de la acción humana a través del análisis del registro oral. En el marco de los desarrollos de la Antropología Cognitiva y Simbólica de los setenta, explorar la vía del lenguaje como corpus acotado, homogéneo y sistemático, auspiciaba el acceso a las representaciones del mundo y a la fundamentación de las acciones (5). La analogía lingüística, instalada en casi todos los campos del quehacer intelectual a lo largo del siglo XX, se extendía de la teoría al método. No sólo era posible considerar los fenómenos y procesos socio-culturales “*a la manera de lenguajes*” (Lévi-Strauss, 1968:76), sino también abordarlos con la metodología de la disciplina que tiene al lenguaje por objeto. Un supuesto de relación isomórfica entre pensamiento/ lenguaje/realidad (6) subyace a la creencia, generalizada por estos enfoques, en el acceso, a través del lenguaje, tanto a la realidad empírica como a su conceptualización.

En este contexto, las expresiones lingüísticas de los informantes constituían el sustrato en el cual explorar concepciones y vivencias de los grupos bajo estudio (7). Desde el punto de vista metodológico, el acceso a las “teorías nativas” de la enfermedad en los Valles suponía implementar una estrategia de entrevista que condujera a lograr un corpus discursivo donde la intervención del entrevistador fuera mínima y que al mismo tiempo garantizara un registro exhaustivo en el campo y el control en laboratorio de la información acerca de las concepciones médicas locales. Las breves (8) estadías en el campo podían ser compensadas con un minucioso registro que hiciera posible evocar en laboratorio tantas veces como fuera necesario las situaciones vividas en el terreno.

El uso intensivo del registro grabado permitió contar con información acerca de las circunstancias del relevamiento —silencios, intervenciones, interferencias y manejo de la entrevista por parte del entrevistador—, posibilitando su evaluación crítica en laboratorio. Esto condujo tanto a la detección y corrección de errores en el manejo de las técnicas de registro oral por parte del investigador, como a la consideración de aspectos de la entrevista que pudieran resultar relevantes a la interpretación y análisis de la información obtenida.

La posibilidad de escuchar y analizar en laboratorio cada entrevista cuantas veces fuera necesario, condujo a otros hallazgos que resultaron finalmente en una reformulación de la investigación inicialmente planteada. Se observó que en el curso de las entrevistas la información relevante surgía, por lo general, en el contexto de la narración de experiencias o situaciones evocadas por los informantes como evidencia de la vigencia de antiguas tradiciones médicas en la localidad. La referencia a estas situaciones adoptaba la forma de relatos o fragmentos de relatos que daban cuenta de aspectos del proceso que conducía a la recuperación de la salud de un individuo enfermo. Podía tratarse de un pariente, amigo o vecino del informante, de él mismo o de alguna persona que había atendido como terapeuta.

De este modo, la enfermedad era evocada fundamentalmente a través de la memoria de eventos protagonizados de alguna manera por mis interlocutores, instalada en una trama de historias personales, familiares o grupales (9). Las referencias —en su mayoría espontáneas— a aspectos de la trayectoria personal de los informantes, a la densa y aparentemente única amalgama de sucesos que configuraba su estrategia particular frente a episodios concretos de enfermedad, era el contexto inicial en el que de modo “natural” se presentaba la información sobre la medicina tradicional de la región.

Esta característica del discurso de los informantes planteaba la viabilidad de un acceso diferente al tema, que hiciera posible derivar una caracterización de prácticas y saberes acerca de la medicina tradicional de la consideración de la secuencia en que se inscriben las decisiones y actuaciones de la población frente a episodios concretos de enfermedad.

En este contexto, lo “tradicional” y lo “médico” como conjunto diferenciado y articulado de creencias y prácticas se integra en una red compleja de referencias a distintos aspectos de la vida grupal, que en principio, no considerábamos concernientes al tema en estudio. Las categorías que inicialmente orientaron nuestra investigación se tornaron limitadas y esto nos condujo a la búsqueda de unidades de referencia empírico-analíticas que hicieran posible contemplar esa información.

Surge entonces como pertinente abordar la estrategia para la recuperación de la salud como un conjunto de actividades orientadas a la determinación de la causa y al tratamiento de episodios de enfermedad que tiene su origen y anclaje en el ámbito doméstico. Estas actividades trascienden el universo de las instituciones médicas-tradicionales u oficiales- las cuales adquieren sólo valor de recursos alternativos en distintas etapas del proceso de resolución de la enfermedad como problema práctico, trama en que se articulan y vinculan distintos niveles de organización de la vida comunitaria. De este modo, el estudio de las actividades médicas adquiere pertinencia y valor como acceso a las estrategias de vida particulares de estas comunidades campesinas.

Por otra parte, el recurso generalizado al relato, a la narrativa acerca de la experiencia propia o ajena como estrategia para la comunicación de información relevante a las costumbres médicas locales, ponía el foco en la secuencia de decisiones y acciones orientadas a la resolución de la enfermedad como problema práctico, en los aspectos procesuales y dinámicos más que en los aspectos sistémicos del saber médico tradicional. El recurso a los “médicos campesinos” como informantes-clave pierde relevancia en este nuevo enfoque. Ya no se trata de reconstruir las concepciones o teorías médicas nativas apelando sólo a informantes “calificados” o “expertos” sino de indagar sobre la amplitud, vigencia y articulación de estas concepciones en el marco de las estrategias de vida de los pobladores del valle.

La vía narrativa. Una etnografía de las costumbres médicas

El relato de casos o episodios concretos de enfermedad se presentó entonces como un recurso adecuado para el relevamiento de datos concernientes a una etnografía de las costumbres médicas (Crivos, 1996, 1999). Al mismo tiempo, los fragmentos de historias personales en que se articulan concepciones y vivencias de la enfermedad históricamente situadas, se presentan como un privilegiado punto de anclaje de la trayectoria individual en la historia de las creencias y prácticas médicas en los Valles Calchaquíes Salteños. En ellas, las circunstancias, motivaciones e intereses subjetivos adquieren valor de indicadores de las fuerzas que operan en la constitución del dominio de los fenómenos y procesos médicos y sus transformaciones (Crivos y Martínez, 1996b).

Es así que, atribuyendo al relato una función primordialmente exploratoria y heurística, tal como lo hace Bertaux (1980), se comenzó a trabajar en una propuesta analítica adecuada al corpus discursivo de nuestra investigación.

La primera etapa –descripción de la secuencia en que se desarrollan las prácticas terapéuticas– estuvo centrada en la consideración de la enfermedad como problema práctico. La enfermedad es concebida como un estado de desajuste temporal al medio experimentado por un sujeto, que moviliza una serie de recursos tendientes al restablecimiento del estado de equilibrio. La percepción de este desajuste, la decisión acerca de cuándo se inicia y cuándo culmina, esto es, los umbrales culturalmente específicos de reconocimiento del estado de salud y enfermedad, requieren de una metodología apta para su aprehensión y consideración. Desde esta perspectiva, la narrativa de “casos” o episodios de enfermedad se presentó como una “unidad” adecuada para la consideración del proceso en que las creencias y prácticas médicas se adquieren y actualizan en la experiencia de los miembros de las comunidades en estudio. La enfermedad como problema práctico genera una secuencia de acciones orientadas a su resolución. En ella, agentes y pacientes toman decisiones, utilizan y descartan alternativas disponibles en la memoria de la experiencia de varias generaciones de pobladores del

valle. De este modo, el proceso de búsqueda de la salud, del restablecimiento del estado de bienestar, da sentido al estudio de la secuencia terapéutica como organizadora del dominio de las costumbres médicas

En la segunda etapa –descripción del sistema de representaciones de la enfermedad en el contexto de la referencia a “casos”–, el “caso” provee el contexto para la identificación de componentes relevantes a la consideración de la enfermedad como categoría simbólica. Teniendo en cuenta que el *susto* es la enfermedad más referida a lo largo de nuestra investigación en la zona, se opta por la narrativa de casos de esta enfermedad como corpus a explorar desde esta perspectiva. La importancia atribuida a este síndrome culturalmente específico de amplia difusión en Latinoamérica en la abundante literatura antropológica dedicada al tema, provee una razón adicional en la justificación del abordaje de la construcción del *susto* como categoría simbólica en el contexto del “caso”.

Desde este enfoque, las categorías de enfermedad pueden ser entendidas como imágenes que condensan campos de experiencia (10): una red de palabras, situaciones, síntomas y sentimientos asociados de las que extraen su significado. En el contexto de la referencia a “casos”, la enfermedad se delimita en relación con estas experiencias y las experiencias en relación con la enfermedad.

La concepción pragmática del significado (11) emerge como supuesto fundamental en esta etapa de nuestras investigaciones. En el contexto de la narrativa de casos, la memoria episódica (12) está organizada en torno a proposiciones vinculadas por su ocurrencia en el mismo evento o lapso temporal. En ella los objetos se definen por su lugar en una secuencia de proposiciones que describen los eventos asociados con esos objetos para un individuo. El significado y los valores asignados a las categorías que refieren a esos objetos –entré ellos la de enfermedad–, no son fijos ni compartidos (independientes del contexto) sino que varían de acuerdo al contexto de su utilización (son sensibles al contexto). La variación interindividual y aun la variación individual –en la información provista por un mismo informante a través del tiempo o con referencia a distintos episodios – es función del contexto: los informantes asignan significados y

valores a las categorías evocando situaciones específicas. Asimismo, las distinciones y criterios involucrados en la clasificación de enfermedades son los mismos que intervienen como consideraciones importantes en la formulación de estrategias para prevenirlas y aliviarlas. El dominio conceptual se delimita en relación con las experiencias en que estas categorías se actualizan. De este modo, el "caso" se constituye en el contexto adecuado para la consideración de los principios y criterios que rigen los procesos de categorización de la enfermedad en condiciones naturales.

Un supuesto central subyace a estas dos etapas en que se articula nuestra propuesta metodológica para el estudio antropológico de la medicina tradicional: *el conocimiento está basado sobre la experiencia* (13). La consideración del conocimiento médico de los pobladores del Valle remite, en último análisis, a situaciones experimentadas por cada uno de ellos. Desde un punto de vista metodológico y teniendo en cuenta la modalidad discursiva en que los informantes despliegan sus estrategias frente a la enfermedad, el "caso" resulta una "unidad natural" que incluye toda la información pertinente a la caracterización de los fenómenos y procesos médicos. La estructura narrativa del caso, en cuyo contexto son prominentes la consistencia y secuencialidad (Stake, 1995) permite tanto delimitar rasgos pertinentes a las decisiones involucradas en la identificación, caracterización y resolución del problema de la enfermedad como entender la forma por la cual ésta adquiere significado para los actores sociales (Hamel, 1993).

En este sentido, la secuencia en que se desarrollan las prácticas terapéuticas se presenta como un objeto etnográfico interesante y complejo en tanto, por una parte, pone el foco en la actualización de saberes y prácticas médico-tradicionales en el accionar concreto de los actores involucrados; por otra, se centra en los aspectos procesuales, dinámicos de ese accionar, considerando los componentes cognitivos, simbólicos y valorativos en el marco de las decisiones y respuestas prácticas frente a la enfermedad. Es la narratividad espontánea de sus pobladores la trama en que adquieren significado eventos y procesos relevantes a una caracterización de las costumbres médicas del Valle.

Si bien la narrativa de casos puede ser reducida a una secuencia cronológica, incluye pasajes descriptivos y explicativos, referencias biográficas, imágenes, memorias y argumentos implicados por los componentes centrales del relato no necesariamente presentados en función de un orden cronológico. En este sentido es posible reconocer una doble función de la narrativa: comunicativa y performativa. En la primera, la coherencia del relato es dada por la lógica (en términos de secuencia y causalidad). En la segunda, el discurso es visto como “un aparato para la producción de significado más que como un vehículo para la transmisión de información”. En consecuencia, todas las narrativas establecen juicios e intentan persuadirnos de la agudeza, relevancia y coherencia de una visión particular (Pluciennik, 1999).

En la configuración narrativa de los casos considerados, elementos y eventos temporal y espacialmente distantes se articulan en términos de un proceso común: el de la enfermedad de un sujeto. La trama, en tanto funciona para sintetizar lo heterogéneo, puede ser la manera de integrar variedad de componentes en una explicación del proceso “... en una totalidad inteligible que incluye circunstancias, objetivos, interacciones y resultados imprevistos” (Pluciennik, 1999).

En nuestro análisis, abordamos estos componentes del relato de casos asumiendo que ellos conducían a explorar otros niveles de significación de la enfermedad como evento relacionado a otros eventos en la vida de los pobladores del Valle.

La opción por realizar este análisis sobre casos de *susto* se fundamenta en diversas razones. En primer lugar, por tratarse de la enfermedad más mencionada a lo largo de nuestra investigación en la región y por la que más frecuentemente se consulta a los “*médicos campesinos*” a lo largo de todo el ciclo anual. En segundo lugar, porque la densidad de la descripción en los casos de *susto* permite contar con abundante y detallada información acerca de las circunstancias que rodean la emergencia, manifestación y resolución de este tipo de padecimiento. Finalmente, por el interés que presenta aplicar este abordaje a un síndrome culturalmente específico (*culture-bound syndrome*) ampliamente extendido y vigente en la cultura y

medicina popular de América Latina, particularmente del área andina (Rubel et al., 1995; Palma, 1973; Palma y Torres Vildoza, 1974; Bolton, 1981).

Enfermedad y sociedad en los Valles Calchaquíes

Nuestra consideración de las estrategias terapéuticas frente a la enfermedad en los Valles Calchaquíes (14), nos conduce a plantear, en primer término, que estas estrategias no sólo involucran al enfermo y los terapeutas cualesquiera sean ellos, “médicos campesinos” o médicos del hospital, sino a un espectro de actores que, de diversas maneras, intervienen en el proceso de búsqueda de la salud. El análisis de casos de *gripe y susto* (15) hizo posible arribar a resultados que en cierta medida sostienen una caracterización del recorrido terapéutico de los miembros de la comunidad estudiada.

En primer lugar, la recurrencia simultánea a marcos referenciales terapéuticos provenientes de la medicina científica y tradicional. Así, por ejemplo, nos fue posible reconocer, por una parte, la importancia y vigencia de los expertos médicos tradicionales, incluyendo a los famosos médicos Kallawayas (Vellard, 1980) cuya visita es esperada en los Valles donde se los reconoce como los principales proveedores de los recursos terapéuticos tradicionales y, por otra, la cada vez más frecuente utilización de los recursos de la “medicina científica”, paulatinamente integrados a las estrategias locales frente a la enfermedad. La creciente plasticidad de los sistemas etnomédicos, definidos por Good como “el traslape de la biomedicina, las medicinas tradicionales y el autotratamiento” (en Idoyaga Molina, 1999 a:8) se pone en evidencia en los relatos de casos. Estos muestran cómo la población campesina convive con dobles diagnósticos y tratamientos, los de la biomedicina y los de las medicinas tradicionales. Complementariedad terapéutica que le permite atribuir la cura - si ésta sucede - a una medicina particular, o justamente a la combinación (Idoyaga Molina, 1999 a:12). De este modo, nuestra metodología nos permite acceder a enfoques complementarios, profundizando y ampliando el campo de problemáticas involucradas en la consideración de las estrategias de búsqueda de la salud.

En segundo lugar, la incompetencia asignada a la medicina científica en lo que respecta al diagnóstico y terapia de la enfermedad del *susto*.

En tercer lugar, la referencia a cierta especialización de los terapeutas tradicionales, lo cual confiere particular prestigio a quienes han demostrado sus dotes y eficacia en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades específicas.

En cuarto lugar, la existencia de intermediarios, en su mayoría miembros del grupo doméstico, que asumen un rol activo en lo que respecta a las decisiones terapéuticas.

En el contexto de las estrategias para el tratamiento de la enfermedad del *susto*, distintos recursos intervienen con gran peso y valor: el *sahumado* como acto (16), la *limpieza* de las habitaciones, las oraciones, el silencio y el *llamado* son tan importantes en este complejo terapéutico como el valor intrínseco de los principios presentes en los elementos administrados mediante el *sahumado* como medio y las tomas. En general se atribuye mayor eficacia terapéutica a la combinación de estas prácticas. Se observa concordancia en los elementos utilizados y determinadas combinatorias específicas (Palma, 1978; Idoyaga Molina, 1999 a).

El carácter fuertemente ritualizado de la cura del *susto* asigna importancia tanto a las técnicas y elementos utilizados y sus combinatorias como a las personas autorizadas para llevar a cabo su diagnóstico y tratamiento. Se establece una clara diferencia entre quienes son buenos para "*hallar*" (diagnosticar) el *susto*, y quienes son buenos para curarlo. Entre estos últimos también se marcan diferencias. Sólo llaman en el lugar del *susto* a aquellos expertos que han demostrado particular eficacia en el manejo de este tipo de técnica terapéutica. En la muestra considerada, sólo un *médico campesino* en compañía del padre del enfermo, puede llevar a cabo este complicado ritual. Por su parte, las *médicas campesinas* se destacan por sus habilidades en la confección de recetas para el *sahumado* y las *tomas* y la eventual provisión de estos recursos en forma aislada o como "preparados". Asimismo, los miembros femeninos del grupo doméstico están habilitados a efectuar el "*llamado en la coronita* y

en los pies” del enfermo y a preparar y realizar el *sahumado* y las *tomas* que acompañan al *llamado*.

En general, tanto en los casos de *gripe* como en los de *susto* se asigna relevancia al rol de los miembros del grupo doméstico del enfermo, en particular las mujeres más estrechamente vinculadas al mismo –madre, esposa, abuela–, en la resolución del problema de la enfermedad. Al respecto hallamos una estrecha correspondencia entre los resultados obtenidos en nuestro estudio y los derivados de la investigación realizada por Laurie Price (1997) a fines de los 80 sobre las historias de enfermedad en el curso de la conversación en las tierras altas de Quito (Ecuador). Atribuyendo el fuerte simbolismo de la figura materna en las culturas latinoamericanas a la influencia del catolicismo hispano, la autora destaca: “*en la narrativa se marca el rol central de la madre en el cuidado de sus hijos enfermos. Las responsabilidades y actividades de la madre ocupan un espacio central y distintivo en el modelo de familia*”.

En los casos de *susto* en los Valles, el grupo doméstico se amplía a otros personajes femeninos: amigas, vecinas, hermanas que viven en lugares distantes, las cuales coadyuvan a la tarea de reunir los recursos necesarios a las elaboradas terapias locales. Mientras tanto, los personajes masculinos –padre, abuelo– “*por ser más corajudos*” pueden afrontar las riesgosas instancias rituales del “*llamado*” del *espíritu* en el lugar en que se produjo el *susto*. Nuevamente en concordancia con lo observado por Price: “*el modelo cultural de familia revelado en estas historias de enfermedad, muestra una clara diferenciación de género en las expectativas acerca de la toma de decisiones, arreglos económicos, enfermería y otras esferas de actividad asociadas con los problemas de salud. Se espera que los miembros femeninos de la familia asuman el peso central en la enfermería en el hogar y que avancen hacia los sistemas de cuidado de la salud especializados en representación de sus familias. Aunque el rol prototípico de la mujer en la familia es el de madre, el modelo cultural prescribe que el peso del cuidado del enfermo recaiga colectivamente sobre los parientes femeninos de la unidad doméstica (la observación etnográfica confirma esto como un patrón de comportamiento*

general). El modelo acuerda que los hombres...no están asociados con el sufrimiento y la pena. No están preparados ni psicológica ni socialmente para hacerse cargo de la angustia. Las narrativas también indican que los hombres poseen conocimiento cultural acerca de la búsqueda de la terapia y los tratamientos caseros, sin embargo nadie espera que se involucren en estas actividades siempre que las mujeres de la familia estén disponibles para asumirlas."

La red social involucrada en los casos de *susto* también incluye a personas que de uno u otro modo intervienen en las circunstancias en que el *susto* se genera. El dueño de una finca, una empleada doméstica y personal del hospital, resultan agentes involuntarios de la emergencia del *susto*. Una conducta desaprensiva (presentársele con una máscara, dejar caer al niño) o comportarse de acuerdo a lo pautado por instituciones ajenas a la comunidad (hacerle inyecciones en el Hospital de Salta) producen como efecto la irrupción de la enfermedad. De este modo, los agentes significativos en torno a la enfermedad del *susto* se distribuyen en un espectro que da cuenta de las diferencias sociales ubicando al grupo del enfermo y sus pares en el espacio de la reparación y la cura, y a quienes desempeñan otros roles en la jerarquía social -patrón de finca, personal de servicio- o en instituciones oficiales -personal del hospital- en espacios de riesgo de contraer la enfermedad.

La sociabilidad entre pares coadyuva a la salud. La soledad, o el contacto con gente extraña o socialmente distante, hace a los vallistos vulnerables a la enfermedad. En este sentido, las estrategias frente a la enfermedad expresan y reafirman los modos de organización social en los valles, los contextos relevantes a las diferencias sociales: la finca como estructura económica, el hospital como institución sanitaria oficial, el servicio en el ámbito doméstico y los valores asociados al desempeño de roles en esos contextos. A la misma conclusión arriba Price cuando dice: "*Las historias de enfermedad de los ecuatorianos a menudo trascienden sus focos tópicos y expresan modelos generales de familia, relaciones de vecindad y amistad y de jerarquías sociales de la sociedad ecuatoriana.*"

Por otra parte, nuestro estudio de la narrativa de casos nos permite reconocer tipos de roles relevantes en el proceso de búsqueda de la salud. En el contexto del caso, surgen las figuras del enfermo, mediador (17) y terapeuta, como actores sociales significativos. Nuestro análisis hizo posible establecer algunos mecanismos mediante los cuales el informante destaca su propio rol en el caso, eliminando algunos sujetos en su relato o ampliando su propia esfera de acción en detrimento de la de otros actores. Análogamente, evaluando los resultados obtenidos en su investigación, Price señala: *“Las historias de enfermedad, sin excepción, codifican conocimiento cultural significativo acerca del rol que tuvo el narrador en los eventos de una enfermedad. Así sea el marido, vecino, madre o hija, el que cuenta la historia siempre focaliza su atención en la acción de la que ella o él participó. El narrador frecuentemente sostiene implícitamente ‘hice lo correcto’. Esta declaración pública constituye un modo de negociar el significado de los eventos de enfermedad y puede ser una fuente importante de validación social del narrador.”* Las esferas de acción atribuidas a los actores, se corroboran y amplían al considerar la información que cada tipo de actor provee como informante del caso. Así, nuestro análisis del volumen de discurso destinado a distintos ítems —causa, síntomas, técnicas terapéuticas, etc.— varía según el rol de quien relata como protagonista del caso: el enfermo se detiene en las circunstancias en que se produce la enfermedad y en los síntomas; el mediador en los circuitos recorridos para su cura; el terapeuta en las técnicas y recursos terapéuticos específicos. Cada informante describe con peculiar detalle las instancias en las que le ha tocado actuar, introduciendo a su interlocutor en sus esferas de actividad específica y, a través de ello, al universo de expectativas respecto a su acción.

El caso -como otros micro-contextos de actuación social- se presenta, en este sentido, como un campo de interés para la exploración de roles y modos de organización social que resultan del manejo de situaciones problemáticas en la vida diaria. El dominio de acción de los actores y sus interrelaciones despliegan los recursos y alternativas disponibles y los modos de viabilizarlas. La percepción del riesgo, los modos de prevenirlo y de asumir las consecuencias de haberlo

transitado, se articulan de modo coherente, resaltando la complementariedad de creencias y prácticas como patrimonio de sujetos que asumen roles específicos en el espectro social de los pobladores del Valle. Así, las expectativas en torno al rol de una madre, un padre, un “médico campesino” o el doctor del hospital frente al problema de la enfermedad, se ven ilustradas y justificadas por referencia a los matices con que estos actores describen las alternativas de su accionar. En el mismo sentido, Price destaca que en la tarea de interpretar y hablar acerca de la enfermedad, se delinearán modelos culturales de soporte social familiar y extrafamiliar, un modelo cultural de jerarquía social (con esquemas asociados de instituciones biomédicas) y un conjunto de nociones interrelacionadas acerca de la causación de la enfermedad. La comunicación de tal información a través de la conversación y narrativa aumenta y refuerza modelos cognitivos compartidos acerca de los roles sociales en la situación de enfermedad, incluyendo expectativas acerca de parientes femeninos y masculinos, vecinos, amigos, médicos y enfermeras. Estos modelos constituyen un subconjunto de modelos culturales de roles en las interacciones familiares cotidianas y de las relaciones sociales en general.

Así, los modos de participación en la acción terapéutica emergen como criterio para la delimitación y diferenciación de roles sociales. Esto implica un supuesto de alcance más general: la organización social es relativa al contexto, del cual se deriva la consideración de las actividades terapéuticas como contexto adecuado para la caracterización de tipos de roles y modos de articulación social en la comunidad estudiada.

La construcción simbólica de la enfermedad en los Valles Calchaquíes

De la evaluación de la distancia sujeto del discurso-enunciación resulta la tendencia de nuestros informantes a sostener su discurso en lo que “es sabido” en la comunidad o en lo que otros “dicen”, eludiendo apoyarlo en sus propias experiencias o convicciones. Esta particular forma de expresión de la actividad simbólica del grupo es subrayada en un estudio reciente de Marisa Villagra (1995) acerca

de la narratividad de los pobladores del Valle Calchaquí. En una edición comentada de relatos orales documentados en Amaicha del Valle, la autora señala: *"Igualmente sobresalen por la abundancia de su uso las formas de citación de otro narrador o de la voz que corre (dice, dicen, diz que). Este procedimiento es un caso de intertextualidad según Reyes (1984:64). Para Ducrot (1984:139) esta posibilidad de hacer hablar al otro dentro del propio discurso guarda más bien relación con no querer asumir como propia la afirmación anterior, lo cual lleva a la aparición de una pluralidad de voces diferentes o "polifonía" sostenidas por la voz del narrador. García (1994) atribuye a la frecuente aparición de estas partículas narrativas el valor de subordinante focalizador del relato."* Nuevamente encontramos en el estudio de Price un corrolato de nuestros resultados: *"'Ellos dicen' es una frecuente ocurrencia lingüística implementada en estas historias: funciona para conducir al hablante a decir algo sin tomar partido acerca del valor de verdad del enunciado"*

Tal como lo señala Price (1997) las historias de enfermedad contienen numerosas "trazas" de modelos cognitivos que conforman la interpretación de la enfermedad. La exploración sistemática de estas trazas en nuestro corpus, hizo posible delimitar el *susto* como entidad simbólica, como símbolo nuclear en torno al cual se agrupan referencias a distintos campos de experiencia.

Así, la amplitud y variedad de situaciones pasibles de generar el *susto*, no impide reconocer que todas ellas refieren a circunstancias inesperadas o a contextos no familiares. La alusión a entornos y eventos no familiares o desconocidos como causa del estado no deseado pone el énfasis en problemas de adaptación ya contemplados por Rubel en su consideración del *susto* como síndrome culturalmente específico. Al respecto, el autor destaca los componentes comunes a la etiología del *susto* y el *stress*, particularmente el Estado III de la descripción ya clásica dada por Seyle (citado por Rubel, 1984: 30) al Síndrome de Adaptación General. Como consecuencia de esta visión puede derivarse que el *susto* sólo aparecerá en situaciones que las víctimas consideren estresantes. Es de esperar que los estrés reflejados en el *susto* sean estados culturalmente condicionados de

ansiedad e insatisfacción con las situaciones existentes (Signorini, 1982), lo cual explicaría el uso exclusivo de recursos culturalmente específicos para resolverlos.

En nuestro análisis de los casos de *susto* es posible apreciar cómo la percepción del medio ambiente físico y social adquiere nuevas dimensiones al asociarse tanto a situaciones de riesgo o disruptivas – parajes habitados por espíritus y duendes, *antigales*– que conducen a la enfermedad, como a escenarios en que es posible hallar los recursos adecuados para su tratamiento. Propiciar a las deidades en los lugares de riesgo, así como el retorno a los espacios familiares, neutraliza su efecto deletéreo. Las rutinas de la vida diaria, los espacios domesticados y familiares, el estar acompañado describen las situaciones en que es poco factible se dé la enfermedad. Los espacios extraños, la gente extraña, el transitar lugares de riesgo sin propiciar a las deidades, estar solo, describen situaciones de extrema vulnerabilidad. De este modo, distintos aspectos de la vida en los Valles son revalorizados en relación con las estrategias de búsqueda de la salud.

La exploración comparativa de los casos de *gripe* y de *susto* hizo posible reconocer diferencias significativas en la cantidad y calidad de referencias al medio natural y social de los vallistos en la consideración de episodios de una y otra enfermedad. El grado de articulación de estas referencias y la amplitud del espectro social involucrado en los casos de *susto* confirma la relevancia atribuida a este síndrome por los estudiosos de la medicina andina, señalando el interés que su presencia y vigencia en la comunidad en estudio reviste para el reconocimiento de aspectos de la vida del grupo ligados al bienestar o malestar de sus miembros. En contraste con los casos de *gripe*, se destaca la complejidad y variedad de recursos –tanto humanos como materiales– movilizadas ante los episodios de *susto* y la profundidad temporal de prácticas que se actualizan de generación en generación, observando a los adultos con quienes se convive en la unidad doméstica –en general a las abuelas o abuelos–, atendiendo cómo obtienen, procesan y administran los recursos terapéuticos, colaborando con ellos y adquiriendo destreza en aquellas tareas por las que cada uno se siente “naturalmente” más inclinado. “...puede

ser una herencia, una sangre...pongamos que ha sido una herencia. Mi bisabuelo, después ha venido así mi abuelito propio, así, de los que son quedados, asustados, llamaba. Y así (yo) empezaba a practicar ...” (P.G., La Arcadia).

En este sentido, la exploración del *susto* como entidad nosológica abre un camino a la investigación de las condiciones consideradas traumáticas o indeseables en el seno de cada comunidad. Como resulta de nuestro análisis, existe variedad de causas a las que se atribuye el *susto* en niños y adultos y ésta tiene que ver con las circunstancias que puede esperarse afecten a los individuos en diferentes estadios del ciclo vital. Los niños, debido a su conocimiento restringido e inexperiencia en relación con el medio natural y socio-cultural son más vulnerables a que cualquier suceso que exceda sus rutinas los asuste. El percibir mayor cantidad de cambios y comportamientos incomprensibles en los componentes de su entorno los hace más “*delicados*”. Los adultos se asustan ante lo desconocido —el cambio súbito de estado de sus hijos o el no poder controlarlo—, o manifiestan los síntomas de un *susto* adquirido en la infancia. El hospital o los cementerios indígenas se presentan como lugares extraños en que los sucesos están dirigidos por agentes cuyo comportamiento resulta impredecible —las inyecciones, la sensación de *ser agarrado* por algo o alguien—. Los espíritus que pueblan ciertos lugares a ciertas horas y ciertos días deben ser evitados o propiciados para neutralizar el efecto adverso de su conducta. Los espacios, agentes y circunstancias en que ocurrirá el *susto* destacan el valor de lo familiar, lo rutinario, frente a lo desconocido y distinto, aquello que irrumpe en el escenario en que transcurre la apacible vida de los vallistós. En este sentido, la presencia del espíritu se asocia a la estabilidad —“*estar tranquilo*”, “*estar bien*”— y su ausencia o pérdida al estado de incertidumbre —“*no saber qué es lo que va a ser*”— e inestabilidad frente al cambio (18).

En este sentido, nuestro análisis del simbolismo del *susto* ofrece una estrategia para explorar los supuestos que orientan la conducta del grupo frente a una situación de cambio. Al respecto, en un interesante artículo de la década del 60, George Foster (1965) trata de elucidar las tendencias conservadoras y resistencia al cambio en

las sociedades campesinas apelando a la Imagen del Bien Limitado como un principio integrador de alto nivel que caracterizaría a estas comunidades. Ante distintas manifestaciones de la conducta económica, relaciones sociales, amistad, patrones de amor y celos, creencias acerca de la salud, conceptos de honor y masculinidad, manifestaciones del egoísmo en Tzintzuntzan y otras sociedades campesinas, se pregunta de qué supuesto implícito podría ser esta conducta una función lógica. Llega entonces a la idea central de que los campesinos ven su universo como uno en el cual las cosas buenas de la vida -la salud entre ellas- se dan en cantidades limitadas y, por consiguiente, la ganancia de uno debe serlo a expensas de la de otro. Las instituciones sociales, la conducta personal, valores y personalidad, despliegan patrones que pueden ser vistos como funciones de esta orientación cognitiva. La conducta preferida es aquella que, para el campesino, maximiza su seguridad, que preserva su posición relativa en el tradicional orden de cosas. Los cambios en el balance de la sociedad campesina son desalentados y el desbalance ya adquirido -la enfermedad como desajuste temporal al medio- es neutralizado y el balance restaurado en el nivel institucional.

La propuesta de Foster resulta una explicación plausible de las regularidades observadas en nuestro análisis de los enunciados acerca del *susto* en una población campesina de los Valles Calchaquíes. Las referencias a hechos vinculados a la salud -estado deseado- y a la enfermedad del *susto* -estado no deseado- corroboran su tesis acerca de la orientación cognitiva en sociedades campesinas. Las estrategias neutralizadoras y/o restauradoras frente a la enfermedad como cambio de estado consisten en todos los casos a restituir el equilibrio/balance apelando a lo conocido, lo familiar, lo tradicional, ámbito que involucra a parientes y expertos locales y los conduce a utilizar recursos y a propiciar a deidades y espíritus que habitan el mismo ambiente del afectado, negociando la restitución de su espíritu. De este modo, el universo campesino se completa y se cierra conteniendo tanto los riesgos y amenazas como las formas de superarlas. La medicina oficial, los hospitales, la gente extraña no son parte de ese universo; sólo pueden ofrecer riesgos pero no formas de superarlos.

La narrativa de episodios de enfermedad o casos como fuente para el estudio antropológico de las costumbres médicas

El actual énfasis en la dimensión simbólica e interpretativa en el análisis cultural y en el discurso como soporte privilegiado de tales análisis, muestra la vigencia de una propuesta que, planteada en el marco de los abordajes teórico-metodológicos de la antropología cognitiva de los 70' y 80', asigna particular valor a la interpretación de los procesos de salud-enfermedad en el contexto de la narrativa de casos.

Es así que a lo largo de nuestra investigación, exploramos este material como substrato en la consideración de la enfermedad como problema práctico y en su expresión simbólica. En el contexto del caso, la enfermedad es concebida como problema y moviliza una serie de recursos para su resolución. De este modo, el análisis de la presentación discursiva de casos se ofrece como acceso al espectro social y el cuerpo total de creencias y prácticas involucrados en la comprensión (identificación/delimitación/caracterización) y resolución del problema de la enfermedad. Por otra parte, en el contexto de la referencia a "casos", las categorías de enfermedad pueden ser entendidas como imágenes que condensan campos de experiencia: una red de palabras, situaciones, síntomas y sentimientos asociados de las que extraen su significado. Metodológicamente, trazar estas redes de símbolos y experiencias a partir de las referencias que aporta el relato de "casos", provee una *"visión de la estructuración del código cultural"*, conduciéndonos a un *"insight"* en el significado de los componentes más importantes en este dominio y sus niveles de integración en la vida comunitaria (Good, 1977:27, 39). En este sentido, el "caso" provee el contexto para la identificación de componentes relevantes a la consideración de la enfermedad como categoría simbólica.

Las narrativas de casos no sólo reportan y evocan experiencias o eventos describiéndolos desde una limitada y posicionada perspectiva del presente. También proyectan actividades y experiencias al pasado y al futuro, organizando deseos y estrategias teleológicamente, dirigiéndolos hacia fines imaginados o formas de experiencia que la vida o actividades particulares de la gente intentan alcanzar.

Investigaciones realizadas en el campo de la memoria y de la Inteligencia Artificial (Schank, 1980; Schank y Abelson, 1977; Minsky, 1975) dan apoyo teórico a este supuesto. Según estos trabajos, la información considerada en la conceptualización y la toma de decisiones frente a problemas prácticos (la enfermedad en el contexto del caso) resulta de la memoria de experiencias anteriores. Esta información se agrupa según patrones que pueden ser considerados derivados de las situaciones realmente experimentadas a lo largo de la vida personal. Si la memoria está organizada en torno a experiencias personales, entonces uno de los principales componentes de la memoria debe ser un procedimiento para reconocer secuencias repetidas o análogas. El almacenamiento y la selección de información apropiada para la resolución del problema se agrupan en escenas que remiten a series de eventos similares. Algunos episodios son reminiscencias de otros. Al mismo tiempo, toda representación narrativa mental enriquecida por un modelo de la situación facilita considerablemente su evocación posterior.

Como resulta de nuestro análisis, frente a un episodio actual de enfermedad, las rutinas de relación entre síntomas y remedios - combinaciones y recetas- , el recurso a episodios pasados de enfermedad con síntomas semejantes o asociados de alguna otra manera con la actual ocurrencia -analogías-, constituyen algunas de las estructuras de conocimiento involucradas en la elección de alternativas para su resolución. Dicho proceso significa, además, relacionar conceptualmente cada nueva proposición del relato con una o más de las proposiciones ya procesadas, mediante traslapes argumentales, la explicitación de las conexiones causales y de las metas de los protagonistas de las historias, que explican la razón de sus acciones y los sucesos que les ocurren. La manera en que las historias son contadas, los sucesos e imágenes elegidos, los modos de combinarlos y los temas sobre los que se guarda silencio, constituyen indicadores de que lo evocado no son sólo recuerdos fragmentarios de un pasado experimentado y real sino una forma del pasado todavía activa en el presente (Thompson, 1993). Aquella que da sentido y fundamento a estrategias recurrentes y compartidas frente a la enfermedad en los Valles.

La utilización de relatos o el uso de secuencias narrativas – base de nuestra propuesta para el acceso al universo de creencias y prácticas médicas–, es considerada un recurso particularmente fructífero y legítimo para la comprensión e inteligibilidad de los eventos humanos en la reciente discusión en torno a la epistemología etnográfica. Para autores como Carrithers (1990) *“Existe una capacidad humana general para comprender un flujo de eventos. Podría ser la llamada el ‘modo de comprensión narrativo’ o narratividad. El argumento básico es el siguiente: Los humanos comprenden CARACTERES, lo que involucra la comprensión de derechos, obligaciones, expectativas, propensiones e intenciones en uno mismo y en otros diferentes, y TRAMAS, que muestran las consecuencias y evaluaciones de una corriente múltiple de acciones entre caracteres. La narratividad, de eso se trata, consiste no meramente en contar historias, sino en comprender redes complejas de actos y actitudes cambiantes... los seres humanos perciben cada acción que ocurre actualmente en el marco de una amplia envoltura temporal, y en ella perciben cada acción no sólo como respuesta a circunstancias inmediatas o a los actuales estados mentales del interlocutor o de uno mismo, sino también como parte del desarrollo de una historia”* (pg. 269) *“... La narratividad presupone...una minuciosa consideración intersubjetiva de emociones, intenciones, actitudes y motivos (pg. 270)...tal conocimiento no es ni completo ni abstracto pero tiene al menos una característica deseable: surge de la corriente de eventos que puede hacer los detalles inteligibles”* (pg. 272) *“...La comprensión narrativa tiene tres características fundamentales. Primero, muestra cómo las intenciones y sentimientos resultan en acciones. Segundo, muestra cómo las acciones y sucesos resultan de intenciones y sentimientos o el cambio de intenciones y sentimientos. Y tercero, puede establecer conexiones causales en patrones más amplios, tales que, las personas son comprendidas como teniendo disposiciones, los eventos son comprendidos como partes de un curso de eventos causalmente ligados, y las relaciones son comprendidas como vínculos entre disposiciones y eventos...el*

núcleo de la narratividad yace en la relación entre nuestra vida mental y lo que nos sucede" (pg. 279). Para Carrithers es esta disposición compartida a comprender a la gente y los eventos de un modo narrativo, la que hace posible la conexión fructífera entre informante y etnógrafo y entre éste y sus lectores (pg. 280).

La comprensión de la narrativa entraña construir lo que el psicólogo cognitivo Jerome Bruner (1986:14) denomina "paisaje dual del relato": un "paisaje de la acción" -en que se describen las acciones y sucesos que configuran su trama- y un "paisaje de la conciencia" -en que se atribuye a sus protagonistas ciertas motivaciones y metas-

En nuestra consideración de la narrativa de casos acerca de episodios de enfermedad en Molinos transitamos ambos paisajes -el de los caminos recorridos en el proceso de búsqueda de la salud y el que despliega el sentido que la experiencia de la enfermedad adquiere en el contexto de la vida en los Valles-. Narrar un episodio de enfermedad consiste en relatar las interacciones dinámicas -reales o imaginarias- que se producen entre determinados sujetos -actores sociales relevantes-, los sucesos que los implican o en los cuales participan -campos de acción-, los estados mentales que manifiestan o que es dable derivar de las acciones y los entornos físicos en que los hechos ocurren, todo lo cual se presenta en una secuencia temporal, causal y motivacionalmente estructurada (Good, 1994). En este sentido, el rol estructurador de la narrativa favorece la evocación de los aspectos relevantes a la comunicación social de los procesos de salud/enfermedad experimentados.

Con fuente en esta narrativa, el episodio de enfermedad admite un análisis -a la vez secuencial y situacional- del antes y del después, de los intereses y posiciones involucrados, de las distintas versiones en torno al mismo, de los procedimientos para enfrentarlo y resolverlo. De este modo, el estudio de la narrativa de casos en el contexto etnográfico se ofrece como una privilegiada guía metodológica para indagar y describir aspectos inherentes a lo que podría llamarse costumbres médicas.

Notas

- (1) Léase Fabrega (1977).
- (2) Diferenciando, a su vez, las conductas que distinguen la enfermedad de otras conductas no deseadas. (Cf. Fabrega, 1977b).
- (3) Designación local de los individuos reconocidos por el resto de los pobladores como "entendidos" o expertos en conocimientos y prácticas médico-tradicionales (Crivos y Eguía, 1981:11)
- (4) Se efectuaron observaciones y entrevistas grabadas a 22 "médicos campesinos" -12 mujeres y 10 varones, de una edad promedio de sesenta años-residentes en las localidades de Molinos, Humanao, Tomuco, El Churcal, La Angostura, Colomé, Amaicha, Tacuil, Seclantás, El Colte y El Refugio (Luracatao)
- (5) Desde la Psicología Cognitiva, Eleonor Rosch (Rosch et al., 1976:383) da apoyo a esta idea distinguiendo dos niveles en la percepción de los hechos por un sujeto: 1) la existencia de discontinuidades en la naturaleza y el hecho de que los seres humanos registren estas discontinuidades por medio del aparato sensorial y 2) el proceso por el cual se clasifica un objeto del mundo exterior como miembro de una categoría. Es en este proceso de asignar un nombre al objeto en el que la cultura desempeña su papel proporcionando un significado. Para que las discontinuidades naturales se transformen en discontinuidades culturales debe asignarse un nombre a las primeras. Lo conceptual requiere el nombre (Ohnuki-Tierney, 1981). De ahí que el principal énfasis en las aproximaciones "emic" de la antropología cognitiva de los 70 y 80 fuera su resguardo en los léxemas -los nombres y rótulos asignados a objetos y fenómenos del mundo exterior- considerados como evidencia de conceptos culturalmente significativos. La delimitación e interrelación de dominios del quehacer cultural a partir del análisis de conjuntos lexicográficos -conjuntos de enunciados nativos- que refieren a ellos se convierte entonces en el objetivo central de una etnografía científicamente aceptable.
- (6) La obra del filósofo del lenguaje L. Wittgenstein "Tractatus Lógico Philosophicus", referente ineludible en el debate que da origen a la reflexión filosófica sobre la ciencia y al positivismo lógico en las primeras décadas del siglo XX, ofrece un fundamento a esta postura.
- (7) *"A reported act is an act as conceived and set forth by an informant and is therefore a significant item of information about the informant and presumably his culture; an observed act is an act as delineated by and conceived by the observer; and is therefore a significant item of information about the observer; but is not necessarily significant concerning the informant"* (Adams, 1962).
- (8) Las diferencias en las tradiciones de trabajo empírico etnográfico han sido recientemente objeto de consideración por parte de historiadores de la Antropología como George W. Stocking Jr. (1990), quien distingue entre la tradición americana (breves estadias y predominio del registro oral) y la británica (largas estadias y predominio del registro observacional). El autor atribuye estas diferencias a factores políticos y tecnológicos. En Argentina, las dificultades para sostener

largos períodos de trabajo empírico en localidades muy distantes de los centros de investigación científica se deberían fundamentalmente a factores económicos.

(9) Al respecto, estudios de las últimas décadas señalan el importante rol que juegan las narraciones e historias acerca de experiencias propias y ajenas en la construcción y transmisión del conocimiento humano. La gente no sólo comunica información vital en forma de historia, sino que también recuerda y aplica historias que han oído a situaciones posteriores. Desde una perspectiva cognitiva, investigadores como Schank y Abelson (1977;1995) las consideran unidades estructurantes por excelencia de la representación y el almacenamiento de la información en la memoria. Mientras la memoria semántica almacena el conocimiento más general acerca del mundo, la memoria episódica es básicamente autobiográfica y contiene conocimiento acerca de eventos temporalmente datados. Si bien tanto la memoria semántica como la episódica son campos fértiles para los antropólogos y cada uno es apropiado para dar respuesta a diferentes preguntas, las historias almacenadas en una forma streamlined en la memoria episódica tienen un rol central en la construcción y refinamiento de los modelos cognitivos compartidos (Price, 1997)

(10) "Regiones" según Fabrega (1977a:84)

(11) En trabajos recientes he explorado las proyecciones e implicancias filosóficas de la teoría pragmática del significado que subyace a gran parte de la metodología etnográfica (Crivos, 1995a, 1995b).

(12) Ver nota al pie 11.

(13) "*As an acquired system of generative schemes objectively adjusted to the particular conditions in which it is constituted, the habitus engenders all the thoughts, all the perceptions, and all the actions consistent with those conditions*" (Bourdieu, 1977, Cap. 2)

(14) Para una minuciosa descripción de la metodología y procedimientos analíticos adoptados ver mi tesis doctoral (Crivos, 2004)

(15) Enfermedades por la que se registró mayor frecuencia de consultas al médico de la Estación Sanitaria de Molinos y a los "médicos campesinos" respectivamente, en la etapa del ciclo anual en que se realizó el relevamiento empírico de casos.

(16) Así también en la práctica de la "sahumada" se pretende neutralizar el efecto patogénico del "aire", utilizando un elemento con sus mismas propiedades -el humo producido al sahumar- que, a diferencia del fenómeno natural, el hombre puede controlar (Kearney, 1969).

(17) Rol de enlace entre enfermo y terapeuta

(18) "'Susto' is therefore an adaptive response to normative ambiguity and uncertainty about future outcomes" (1989, *Cult Med Psychiatry*, Mar; 13[1]:25-50).

“LA SALUD, LA TERAPIA Y LA DIVERSIDAD”

TOMO I

Presentación

Anatilde Idoyaga Molina

La salud, la terapia y la diversidad..... 5

Capítulo 1

Marta Crivos

Estudio de la narrativa de caso: Una propuesta para el abordaje etnográfico de las alternativas médicas..... 87

Capítulo 2

Anatilde Idoyaga Molina

Selección y combinación de alternativas terapéuticas en San Juan 115

Capítulo 3

Natalia Luxardo y Anatilde Idoyaga Molina

Sobre Curas y Tumbas. Itinerarios terapéuticos, curanderismo y la manipulación de los muertos en las prácticas tradicionales de sanación en el Noroeste Argentino (NOA)..... 151

Capítulo 4

Facundo Arteaga

Los criollos de La Pampa y sus búsquedas de salud en un contexto etnomédico de atención..... 179

Capítulo 5

Susana Gómez

Dando sentido a la enfermedad: Oraciones, rituales tradicionales y explicaciones biomédicas en un itinerario terapéutico del Área Metropolitana..... 199

Capítulo 6

Mercedes Saizar

Elecciones diferentes y una búsqueda en común. La selección de terapias en sectores medios y urbanos de Buenos Aires..... 223

Capítulo 7	
Mercedes Sarudiansky	
Sexualidad femenina. Las respuestas de las medicinas oficiales y nuevas búsquedas terapéuticas en Buenos Aires.....	283
Capítulo 8	
Roberto Pitluk	
El Shiatsu y la búsqueda de nuevas opciones médicas en Buenos Aires	297
Capítulo 9	
Joaquín Algranti y Mariana Bordes	
Búsquedas de tratamiento de la enfermedad y la aflicción. Aproximaciones al estudio de las estrategias de salud en usuarios de terapias alternativas y creyentes pentecostales.....	317
Capítulo 10	
Viviana Barron	
Ofertas de sanidad y alivio en los grupos pentecostales agrupados en la Unión de las Asambleas de Dios (UAD) de Argentina.....	363
Capítulo 11	
Anahí Sy	
La enfermedad en un contexto pluriétnico. Parásitos y enfermedad parasitaria en el Valle de Cuña Piru, Provincia de Misiones (Argentina).....	381
Capítulo 12	
Gustavo J. Martínez	
“Llotaique Nachalaataxac” o “Buscando Vida”: Escenarios, actores e itinerarios en el sistema etnomédico Toba (Río Bermejito, Chaco).....	401
Capítulo 13	
Florencia Tola y Carlos Salamanca	
Corporizando el malestar social: brujería y enfermedad entre los Toba (<i>qom</i>) del Chaco Argentino.....	425

Este libro se terminó de imprimir
en Octubre de 2007 en Producciones Alejo.
Perdriel 649 - C.A.B.A.

Tirada 500 ejemplares.

I.S.B.N.: 978-987-05-3513-3

**Centro Argentino de Etnología Americana
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Área Transdepartamental de Folklore
Instituto Universitario Nacional del Arte**