

DÉCIMOTERCERA EDICIÓN, noviembre 2016. ISSN 2528-7907

REVISTA
SAN GREGORIO

EDICIÓN ESPECIAL CEISAL 2016 "PALABRAS PARA SANAR"

**LAS OPINIONES EXPRESADAS EN LOS ARTÍCULOS DE ESTA REVISTA SON RESPONSABILIDAD DE SUS AUTORES
Y NO REFLEJAN LA OPINIÓN DE LA REVISTA SAN GREGORIO NI DE SU CONSEJO EDITORIAL**

CONSEJO EDITORIAL

Abinzano, Roberto Carlos , Ph.D. Universidad Nacional de Misiones (Argentina)
Borroto Cruz, Radamés, Ph.D. USGP (Ecuador)
Farfán Intriago, Marcelo , Ph.D (c).USGP (Ecuador)
Fernández de Rota y Monter, Antón, Ph.D. Universidad de A Coruña (España)
Pérez Taylor Aldrete, Rafael, Ph.D. Universidad Nacional Autónoma de México (México)
Prieto del Campo, Carlos, Ph.D. New Left Review. (España)

COMITÉ CIENTÍFICO

Alarcón de Andino, Lyla. MsC. USGP Ecuador	García Mingo, Elisa, Ph.D. Universidad Complutense de Madrid. España
Alarcón Zambrano, Jaime Alfredo. MsC. USGP Ecuador	Golías Pérez, Montserrat, Ph.D. Universidad de A Coruña. España
Alfonso Bouhaben, Miguel. Ph.D-USGP Ecuador	González de la Fuente, Iñigo, Ph.D. Universidad de Cantabria. España
Alfonso Manzanet, José Enrique, Ms.C-Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Cuba	Lemus Lago, Elia Rosa, Ph.D. Universidad de Ciencias Médicas. Cuba
Aliaga Sáez, Felipe Andrés , Ph.D. Universidad Santo Tomás. Colombia	Molina Cedeño, Ramiro, Abg. USGP. Ecuador
Alonso González, Pablo, Ph.D. Instituto de las Ciencias del Patrimonio, España	Muñoz Cantos, Patricio, Mg.SC. USGP. Ecuador
Alvarez Sousa, Antón, Ph.D. Universidad de A Coruña. España	Oliveira del Río, Juan Antonio, Ph.D. USGP. Ecuador
Anta Félez, José Luís, Ph.D. Universidad de Jaén. España	Oramas González, René , Ph.D. Universidad de Ciencias Médicas. Cuba
Aparicio Gervás, Jesús María, Ph.D. Universidad de Valladolid. España	Palacios Ramírez, José, Ph.D. Universidad Católica de Murcia. España
Ayllón Pino, Bruno, Ph.D. IAEN. Ecuador	Párraga Muñoz, Sonia, ing. USGP. Ecuador
Barredo Ibáñez, Daniel , Ph.D. ULEAM. Ecuador	Peña y Lillo, Julio, Mg. SC. CIESPAL. Ecuador
Brandariz, José Angel, Ph.D. Universidad de A Coruña. España	Peón Sánchez, Fernando, Ph.D. ISDI. Cuba
Cabrera Toledo, Lester Martín, Ph.D (c). FLACSO. Ecuador	Pérez Caramés, Antía, Ph.D. Universidad de A Coruña. España
Camas Baena, Victoriano, Ph.D. ULEAM. Ecuador	Pini, Claudia Helena Mónica, Lic. Universidad Nacional de Misiones. Argentina
Cano Herrera, Mercedes , Ph.D. Universidad de Valladolid. España	Prieto Díaz, Vicente, Mg. SC. USGP. Ecuador
Cazzaniga, Hernán, Lic. Universidad Nacional de Misiones. Argentina	Restrepo , Eduardo, Ph.D. Universidad Javeriana. Colombia
Chao Pérez, Luca, Ms.C, Universidad de A Coruña. España	Rey Fau, Rafael, Ph.D(c). Universidad de la República. Uruguay
Delgado Burgos, María Angeles , Ph.D. Universidad de Valladolid. España	Riadigos Mosquera, Carlos, Ph.D. Universidad de Vicosá. Brasil
Diz Reboredo, Carlos , Ph.D(c). Universidad de A Coruña. España	Ruiz Blázquez, José , Ph.D. Universidad de las Américas. Ecuador
Dueñas Espinosa, Xavier, MBA. USGP. Ecuador	Taboadela Alvarez, Obdulia, Ph.D. Universidad de A Coruña. España
Fernández de Rota, Antón, Ph.D. Universidad de A Coruña. España	Terán, Fabián, Ms.C, Universidad Iberoamericana del Ecuador. Ecuador
Fernández Sotelo, Adalberto, Ph.D. Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador	Trejo Peña, Alma Paola, Ph. D(c), Colegio de la Frontera Norte. México
Fernández Suárez, Belén, Ph.D. Universidad de A Coruña. España	Vicedo Tomey, Agustín, Ph.D. Universidad de Ciencias Médicas. Cuba
Ferreiro Bahamonde, Xulio, Ph.D. Universidad de A Coruña. España	Villalba Martínez, Félix, Ph.D. Universidad Complutense de Madrid/Instituto Caro y Cuervo de Bogotá. España/Colombia
Ferrer Muñoz, Manuel, Ph.D. PUCE (Ibarra). Ecuador	Zambrano Santos, Robeth, Ph.D. ITSUP. Ecuador
Fidalgo Castro, Alberto, Ph.D. Universidad de A Coruña. España	

DIRECTOR DE LA PUBLICACIÓN

Eleder Piñeiro Aguiar, Ph.D. UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO. Ecuador
elederpa1983@gmail.com

CONCEPTO GRÁFICO

Lic. Rey Rondón Sierra (reyrondonsierra@gmail.com)

EDICIÓN: PORTOVIEJO- MANABÍ- ECUADOR

ENTIDAD RECTORA: UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

DIRECCIÓN: AVENIDA METROPOLITANA No. 2005 Y AVENIDA OLÍMPICA. PORTOVIEJO

TELÉFONOS: (593 5) 2935002/ (593 5) 2931259/ (593 5) 2932837

CÓDIGO POSTAL: 130105

La revista San Gregorio es una publicación científica, de frecuencia SEMESTRAL, orientada a la investigación transdisciplinar y dirigida a investigadores, estudiantes, pedagogos y comunidad científica nacional e internacional.

TODOS LOS ARTÍCULOS QUE APARECEN EN ESTE NÚMERO FUERON REVISADOS Y APROBADOS POR PARES EXTERNOS.

REVISTA SAN GREGORIO es una publicación del Centro de Investigación de la Universidad San Gregorio, de la ciudad de Portoviejo, Manabí, Ecuador.

LOS ENVÍOS DE ARTÍCULOS Y COLABORACIONES SERÁN RECIBIDOS MEDIANTE LA PLATAFORMA OPEN JOURNAL SYSTEM DE LA REVISTA.

LOS ARTÍCULOS DEBEN SER POSTULADOS EN : www.revista.sangregorio.edu.ec



TODOS LOS CONTENIDOS DE LA EDICIÓN ELECTRÓNICA E IMPRESA DE ESTA REVISTA, SE DISTRIBUYEN BAJO UNA LICENCIA DE USO Y DISTRIBUCIÓN "CREATIVE COMMONS ATTRIBUTION-NONCOMMERCIAL-SHAREALIKE 4.0 INTERNATIONAL PUBLIC LICENSE" (CC-BY-NC-SA)



ÍNDICE

José Palacios Ramírez
Juan Antonio Flores Martos
Eleder Piñeiro Aguiar

PRESENTACIÓN

04

Montserrat Pulido-Fuentes

Salud y enfermedad desde la
narrativa de los pacientes en la
Amazonia Ecuatoriana

06

Eleder Piñeiro Aguiar

Palabra-alma-nombre. Espiritualidad
guaraní como acto de resistencia

20

Luisa Abad González

Narraciones sobre la enfermedad en ermitas y
santuarios de devoción: un modelo de storytelling
en la proyección socio-comunitaria del sufrimiento.

30

Lorena González Godoy

Umbanda y sanación: experiencia en
Uruguay y en España

40

Alba Hortencia González Reyes

Hay golpes en la vida, como del odio de
Dios. Violencia sexual por incesto

50

Juan Antonio Flores Martos

Nuevas definiciones de evidencia. Narrativas
de TDAH y TLP desde la perspectiva de la
antropología de las emociones.

58

Trilce Rangel Lara

La función de las tecnologías de visualización
en la experiencia hospitalaria: el caso del
embarazo

70

Hipólito Rodríguez

Impactos de la globalización en el comer:
¿mutaciones de los patrones de consumo y en
el ordenamiento territorial?

80

José Palacios Ramírez,
Julia Navas López

Experiencias, sentido e identidad personal:
narrativas de mujeres con sobrepeso en
tratamiento en el sur de España

90

NORMAS DE REDACCIÓN PARA ARTÍCULOS Y
COLABORACIONES

102

PRESENTACIÓN

El número que sigue a este prólogo, recoge la mayor parte de las aportaciones reunidas en el simposio “Palabras para sanar: abordajes iberoamericanos sobre corporalidad, subjetividad y salud”¹. Investigadores iberoamericanos de distinta procedencia nos adentramos en el campo de la salud, la enfermedad y la sanación partiendo de objetos y problemas de estudio tan significativamente diversos como puede comprobarse sencillamente echando un vistazo al índice de este número, para mostrar, o al menos pensar juntos sobre ello, que conceptos como los de persona, tecnología, contexto socio-cultural y simbolismo van inevitablemente de la mano. Una de las preguntas que planteaba el simposio, era ¿cuales son las utilidades potenciales de las narrativas en torno al sufrimiento, al dolor y a la curación? En ese sentido, de manera general pese a su heterogeneidad, entre los textos aquí publicados puede apreciarse un horizonte histórico y transcultural común desde el cual pensar la enfermedad, casi siempre como algún tipo de desequilibrio no solo en los cuerpos sino en la vida de las personas, que más allá de una visión occidental y tecno-científica apoyada en sus recurrentes concepciones dualistas, de sus abordajes individualizantes y su eminente impronta funcional, nos ofrece la oportunidad a través de las narrativas, de contemplar y poner en valor la enorme variabilidad humana a la hora de enfrentar la enfermedad, también de transitar por las formas de atención, así como lo artificial de la tendencia a la homogeneización que predomina en el campo de la salud si no atiende a la elemental experiencialidad humana de sus objetos de intervención.

Una buena parte de los textos de este monográfico identifican una intensa tirantez en esos campos que son territorio de nuestra preocupación y análisis como antropólogos. Una tensión entre la invisibilidad/ocultamiento y la sobreexposición del sufrimiento en las vidas de las gentes con las que hemos trabajado en nuestras investigaciones. Pero también una tensión entre la incomprensión y ninguneo por los discursos expertos de esos relatos de sufrimiento, y la imperiosa necesidad, la compulsión incluso, a emplear dichas voces y narrativas como instrumentos de una potente comunicación social y como elementos primordiales –e inclusive auditorías de calidad- para una mejora de la eficacia en esas terapias y tratamientos.

En otro eje de análisis, observamos que la salud y la enfermedad sirven para comprender las relaciones de poder y autoridad en el entorno médico-curativo, pero no solo ahí, también fuera de él, ya que dicho entorno aparece en nuestra contemporaneidad, como uno de los espacios de conformación de objetos y sujetos sociales de problematización e intervención legitimada claves para entender el espíritu de nuestro tiempo. Por un lado, un enfermo en el régimen neoliberal se vuelve aun más un cliente del Estado y un consumidor de aspectos técnico-médicos, dentro de un contexto global donde se prioriza las relaciones de mercado con énfasis en el individuo. Por otro la omnipresencia, ya fuera de los espacios institucionales convencionales de concepciones, tecnologías y prácticas de carácter médico, parece superar en mucho la complejidad que los nuevos sistemas expertos parecen estar preparados para procesar. El “capitalismo farmacopornográfico” expuesto por Beatriz Preciado (2008) y el “capitalismo del desastre” analizado por Klein se vuelven materia prima del contexto de análisis en ese sentido, a lo que se suma el diálogo con otros autores que se han detenido a comprender el poder de las relaciones entre salud y enfermedad, tales como Arthur Kleinman (1980), Adriana Petrino (2013) o David Le Bretón (2002), entre otros. Implícita o explícitamente, tanto en los debates de “palabras para sanar” como en los textos aquí presentados, están estas y otras teorizaciones y conceptualizaciones.

En otro sentido y de manera innegable, los textos nos muestran igualmente que la salud va también unida a lo estético y al deseo, al inconsciente y al subconsciente, a lo simbólico y a lo significativo, elementos clave para no perder de vista la dimensión profundamente humana de este tipo de realidad. Esto entronca con una de las argumentaciones que atravesaron el debate: ¿qué tanto de político, entendido en sentido amplio, tiene la hibridación, el mestizaje, la diversidad y lo trans a la hora de hablar de lo disciplinario, del género o lo moderno?, categorías todas ellas que exacerban el análisis sobre el cuerpo, objeto por antonomasia de la ciencia social en general y de la antropología médica en particular.

Si bien es cierto que en el análisis del campo social de la salud, resulta fundamental tener en cuenta los efectos de los criterios de verdad, de eficacia y de conocimiento, y que en este caso estos remiten a una de las áreas de objetivación de conocimientos y de intervención planificada de mayor profundidad de las que conforman el núcleo de saberes científicos occidentales. No lo es

1. El simposio se desarrolló en el marco del 8º Congreso Internacional Consejo Europeo de Investigaciones Sociales de América Latina (CEISAL), celebrado en junio del presente año en Salamanca (España).

menos que en dicho campo, ya claramente globalizado en sus diseños, estamos asistiendo a la emergencia de nuevas narrativas y de nuevas mitologías, que tienen que ver por ejemplo en las formas de alimentar, observar, representar y cuidar el cuerpo, aunque también con las formas de moldear, representar y expresar la subjetividad, el yo/nosotros. Si afirmamos que una definición de salud puede ser la relativa a la inconsciencia sobre el dolor, y por tanto el desconocimiento momentáneo del cuerpo, no lo es menos, dentro de la genealogía spinozista que “nadie sabe cuánto un cuerpo puede”. El cuerpo es potencial, es diferencial y tiene necesidades, como se puede observar a través de los múltiples estudios de caso aquí planteados. Pero también se le invisibiliza, se le hace desaparecer, lo cual nos lleva a pensar, por ejemplo, en cómo operan las lógicas del heteropatriarcado, la colonización y los regímenes de sexualidad.

Una apertura manifiesta en “palabras para sanar fue la de constatar toda una crítica fundamentada desde múltiples ópticas a las “lógicas institucionales totalizantes”, que si bien Goffman supo poner de relieve en sus enunciaciones más clásicas, hoy en día no parecen ser suficientes para dar cuenta de la hiperproductividad del enorme campo de la salud en nuestras sociedades. Pese a todo, los abordajes antropológicos seguimos constatando algo que ya ni siquiera resulta exótico o trasgresor, la curación se puede dar en otros espacios, denominados por alguno de los autores “instituciones de curación no terapéuticas”. La hiperproductividad es tal entonces que desborda con mucho la capacidad de agenciamiento de las lógicas y los actores institucionales.

Por último, rescatando el papel jugado por el científico social, constatamos que la labor como expertos se cruza con muchos otros roles como son los del voyeur, la compañeira, el técnico e incluso el asesor. El ámbito de la salud, en ese sentido, es un espacio primordial para pensar e incluso producir un campo de estudio fundamental en la actualidad como es el de la ética en el campo y los criterios de objetividad y subjetividad de la ciencia.

Los textos aquí presentados responden a algunos de estos interrogantes y, si bien afirmamos que existen “palabras para sanar”, también quizá ha llegado la hora de exponer (¿mostrar?/afirmar?) que existen “sanaciones que hablan”, tales como las que se exponen a continuación.



AUTORES

✔ José Palacios Ramírez  Universidad Católica de Murcia, España  jpalacios@ucam.edu

✔ Juan Antonio Flores Martos  Universidad de Castilla la Mancha, España  juanAntonio.Flores@uclm.es

✔ Eleder Piñeiro Aguiar  Universidad San Gregorio de Portoviejo, Ecuador  elederpa1983@gmail.com

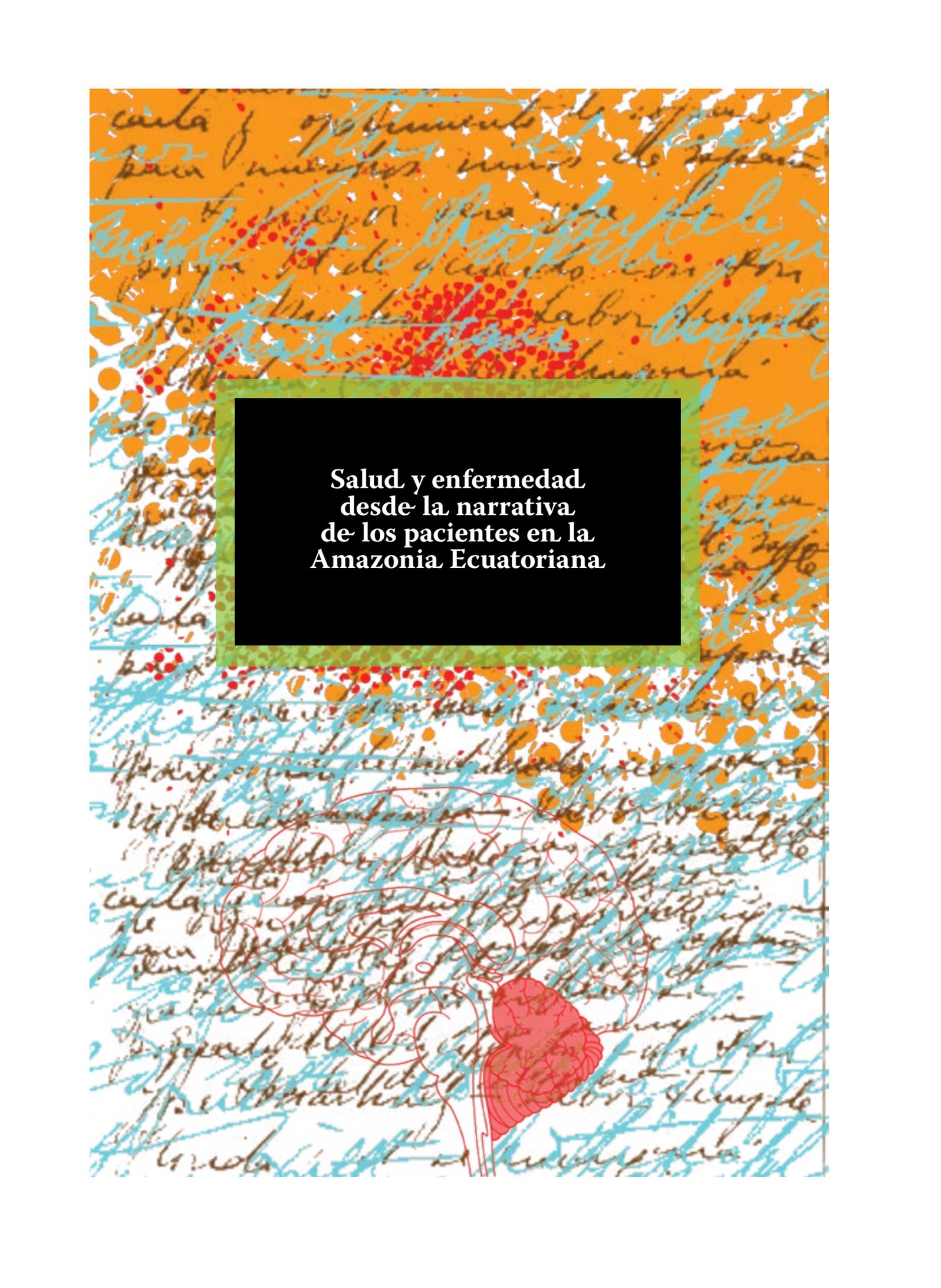
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Los Angeles: University of California Press.

Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Petryna, A. (2013). *Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl*. Princeton: Princeton University Press.

Preciado, B. (2008). *Testo yonqui*. Madrid: Espasa.



**Salud y enfermedad
desde la narrativa
de los pacientes en la
Amazonia Ecuatoriana**

SALUD Y ENFERMEDAD DESDE LA NARRATIVA DE LOS PACIENTES EN LA AMAZONIA ECUATORIANA

HEALTH AND DISEASE FROM THE NARRATIVE OF THE PATIENTS IN THE ECUADORIAN AMAZON

RESUMEN

Los sistemas médicos y prácticas sobre salud es uno de los aspectos menos conocidos de la etnografía Achuar y de los grupos jíbaros (Warren 1994, Santos 2007, Descola 2005). Esta circunstancia genera diversas clasificaciones, relacionadas con diferentes categorías de males o enfermedades e interpretaciones sobre el origen de las mismas. Los límites entre unas y otras dolencias no quedan claramente delimitados, ni tampoco las formas de resolverlas. En este tipo de contextos alejados del modelo de salud biomédico, el cual se ha introducido de manera insidiosa y poco cuidadosa en ocasiones en forma de políticas sanitarias o programas de salud culturalmente poco competentes (Abad 2005, Kleinman and Benson 2006, Pulido 2010, Knipper 2013), se considera oportuno y necesario incorporar las narrativas del paciente. Se persigue comprender el modelo de salud Achuar como un proceso intersubjetivo, resultando un modelo de salud vivo y en construcción. A partir de algunos estudios de caso, como estrategia de investigación, se pretende ilustrar y clarificar las dinámicas que la población Achuar pone en funcionamiento dentro de los procesos de salud-enfermedad-atención.

PALABRAS CLAVE: Amazonía Ecuatoriana; Biomedicina; Estudio de casos; Medicina basada en narrativas; Sistemas Médicos.

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©

ABSTRACT

Medical systems and practices on health is one of the lesser known aspects of Ethnography Achuar and jivaro groups (Warren 1994, 2007 Santos, Descola 2005). Medical systems and practices on health is one of the lesser known aspects of Ethnography Achuar and jivaro groups (Warren 1994, 2007 Santos, Descola 2005). This circumstance generates different classifications, related with different categories of evils or diseases and interpretations about the origin of the same. The boundaries between some and other ailments are not clearly delimited, or not the ways of solving them. In this type of context away from the biomedical model of health, which has been introduced so insidious and little careful sometimes in the form of health policy or health programs culturally little competent (Abbot 2005, Kleinman and Benson 2006, Pulido 2010, Knipper 2013) is considered timely and necessary to incorporate narratives of the patient. It is intended to understand the model of health Achuar as a process of intersubjective, resulting a living model of health and construction. From some case studies, such as research strategy, is intended to illustrate and clarify the dynamics that the Achuar people put into operation within the processes of health - care.

KEYWORDS: Biomedicine; Case Studies; Ecuadorian Amazon, Medical Systems; Narrative Based Medicine

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©



ARTÍCULO RECIBIDO: 23 SEPTIEMBRE 2016

ARTÍCULO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN: 23 DE OCTUBRE 2016

ARTÍCULO PUBLICADO: 30 DE NOVIEMBRE DE 2016

INTRODUCCIÓN

En parte de la frontera entre Perú y Ecuador se encuentra una zona de selva amazónica donde perviven pobladores Jíbaros o Aínts, concretamente son los Achuar los que forman parte de esta investigación. La taxonomía de estos grupos presenta sutiles diferencias en función del investigador, así como de la región a la que se haga referencia, cambiando incluso su nomenclatura. El reconocido etnógrafo en la Alta Amazonía Ecuatoriana Philippe Descola (1996: 23), entiende que los Achuar son uno de los cuatro grupos dialectales que constituyen la familia lingüística Jívara juntos con los Shuar, los Aguaruna y los Huambisas.

Tal y como lo señalan varios autores (Warren 1994, Santos 2007, Descola 2005), los sistemas médicos y las prácticas sobre salud es uno de los aspectos menos conocidos de la etnografía Achuar y de los grupos jíbaros en general. Por otro lado, el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas (2015)¹ llama la atención sobre la falta de datos de calidad con respecto a la salud de los pueblos indígenas y sobre la evidencia de una brecha en salud entre las poblaciones indígenas y no indígenas. Esto está en conflicto con los derechos humanos y, en particular, con los derechos de los pueblos indígenas, por lo que se pide un mayor énfasis en la provisión de servicios de salud interculturales que respondan y reflejen las nociones de salud y enfermedad de estos pueblos, sus conocimientos y prácticas. El 20 de mayo de 2016 finaliza su 15ª edición solicitando la participación de los pueblos indígenas en la aplicación de la Agenda 2030, además de señalar fuertes recomendaciones para garantizar sus derechos.

Conforme los estudios sobre los modelos de salud referentes al territorio Achuar Ecuatoriano se encuentran diversas

clasificaciones, relacionadas con diferentes categorías de males o enfermedades, tratamientos para las mismas e interpretaciones sobre el origen de las mismas. Según Warren (1994:12), la enfermedad es para los Achuar la consecuencia de la invasión del espacio interno por parte de un principio patógeno externo. Los episodios patológicos humanos corresponden a tres categorías: játa, míngkau y sungkúr. La primera de las categorías engloba todas las patologías que los Achuar consideran graves (játa, de jástin: morir). Estas son agresiones de brujería tanto por parte de chamanes humanos como espíritus (clase wáwek), así como los cuadros repentinos posteriores al encuentro con algún espíritu iwianch (clase páju), sentimientos de vergüenza (clase napin), o por el deseo de objetos, alimentos o personas (clase sutmármau). Los míngkau, son los cuadros patológicos que afectan a los niños de pecho, por el contacto con objeto, por la violación de ciertas normas. Del mismo modo se pueden clasificar en tres categorías, yuruámu (habiendo comido), se haya manipulado takásamu, o se haya respirado tapimú (respiración afanosa). La tercera clase son los sungkúr que se refieren a los procesos patológicos menores atribuidos a causas banales y manifiestas.

Descola (2005:233) distingue entre los Achuar dos grandes categorías de males: los tunchi, provocados y sanados por los chamanes, y los sunkur, todo el resto. Éstos últimos solo pueden ser curados por el hombre blanco y por la medicina moderna. La diferencia depende de muchas circunstancias y del contexto, y no hay distinción clara entre “brujería” y “enfermedad”. En este sentido, mucho de los sunkur resultan de las maniobras de un hombre o un espíritu, y como los tunchi, pueden ser remitidos a causas externas, pues los Achuar entienden el origen del mal entre los otros. Cualquier sunkur que no se resuelve con el tratamiento es reinterpretado como un tunchi. Según el autor francés, no son los síntomas lo que hace diferenciar estas dos categorías, sino la resistencia a las técnicas no chamánicas de curación determinará que se trata de un tunchi, aun cuando el origen accidental esté probado.

Un presupuesto fundamental de la cosmovisión Achuar, según Uriarte (2007:101),

1. El 28 de julio de 2000 el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) estableció el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de la ONU. Es un órgano que examina cuestiones de desarrollo económico y social de los pueblos indígenas.

es que toda enfermedad y sobretodo la muerte es resultado de un acto chamánico premeditado, con dos excepciones a este axioma; una tradicional, el asesinato físico y directo y otra moderna que corresponde a las epidemias y muertes causadas por las enfermedades de los "blancos civilizados", lo que se denomina sunkúr, evadiendo explicaciones chamánicas, las cuales solo pueden ser curadas por el hombre blanco y por la medicina moderna. Todas las demás han de ser curadas por un wawék o por un uwishín ya que han sido ellos quienes las han causado.

El estudio de Descola (2005:235), sugiere que la procedencia terapéutica del modelo chamánico puede explicar el hecho de que los límites entre unas y otras dolencias no quedan claramente delimitados, con un modelo gobernado por dos principios, la exterioridad de la causa del mal y las semejanzas entre éstos y los agentes de curación. En este sentido, se considera que la eficacia de las terapias no depende tanto de las propiedades inherentes al remedio, como de las cualidades de quien lo administra y de las condiciones en las cuales se desarrolla la escena.

La medicina Achuar cuenta con sus propios medios de diagnóstico y recursos terapéuticos, entre los cuales destacan ceremonias rituales o el uso de diversas plantas medicinales. Un tercer escalón lo componen todos los enseres, fármacos, mobiliarios, útiles, remedios, lenguajes, que la medicina occidental ha acarreado con las mejores de sus intenciones (Pulido, 2014). Como señala Calavia (2004:169), al hablar de medicina indígena, no debe suponerse sin más que ella se encuentre en las aldeas indígenas; en cierto sentido, la medicina está allí donde los pacientes – principales protagonistas de la medicina, por mucho que suela obviárseles– la buscan. En el caso que nos ocupa debemos tener en cuenta, que el panorama de la medicina indígena estaría incompleto si no nos acordásemos de incluir en él, el uso que los indígenas hacen de la biomedicina. No sólo estaría incompleto, sino que al ser la más vistosa, la menos oculta, es difícil no dar cuenta de ella aunque pretendiéramos excluirla de lo que los puristas puedan entender como medicina Achuar.

Este es el contexto donde una organización española ejecuta un proyecto de cooperación

internacional de promoción de la salud desde las lógicas de la biomedicina occidental y de la cooperación al desarrollo dirigido a población Achuar ecuatoriana. Dicho proyecto se lleva a cabo en colaboración con la contraparte local, de origen religioso, con el personal de salud local, auxiliares de enfermería, microscopistas y con una médica ecuatoriana dependiente del Ministerio de Sanidad que ha trabajado en la zona más de quince años. La actividad sanitaria se realiza en cuatro puestos de salud distribuidos por el territorio y un subcentro de salud de referencia, el cual hace las veces de un pequeño hospital cuando es necesario. Dada la enorme dificultad encontrada para que los trabajadores de la salud del país quieran trabajar con población Achuar y, puesto que solo se ha conseguido muy ocasionalmente y de forma temporal que haya algún médico y escasos profesionales de enfermería en alguno de los puestos de salud, los cuales terminan marchándose, pues no "se acostumbran a este modo de vida", desde el Ministerio de Salud se intenta compensar al personal de salud que cubra estos puestos, aunque ya se ha retirado un suplemento económico que durante un tiempo fue aplicado. Mientras, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), fundaciones y otras instituciones con modelos teóricos que contemplan la diferencia y la convivencia entre distintos, plantean proyectos de desarrollo con personal cooperante y voluntario. Las principales líneas de acción del proyecto señalado se dirigen a la capacitación y el refuerzo de una red de promotores de salud, actividades médico-preventivas, actividades formativas y de promoción dirigidas a las familias y escolares, tratando de coordinar las actividades con el Ministerio de Salud y establecer alianzas entre los diversos actores involucrados en los procesos de salud-enfermedad-atención, así como en la inversión de infraestructuras.

El presente trabajo pretende mostrar la perspectiva narrativa del paciente Achuar, la cual ha sido recogida a partir de algunos estudios de caso como estrategia de investigación. Es un intento por ilustrar y clarificar las distintas dinámicas que la población Achuar pone en funcionamiento dentro de los procesos de salud-enfermedad-atención en el contexto amazónico descrito. Explorar los ámbitos de significación en relación a los procesos de salud-enfermedad-atención y sus mecanismos de producción,

es parte del propósito de este texto, desde las experiencias de los pacientes Achuar y sus familiares, a partir de la vivencia de la enfermedad que desencadena una serie de sucesos que tratan de explicar la compleja relación entre la narración, su propia cultura y la experiencia.

LA ESTRATEGIA NARRATIVA COMO HERRAMIENTA DE INVESTIGACIÓN

El concepto de salud-enfermedad y atención requiere de un abordaje exquisito para recuperar su enfoque más integral. Más allá de las fronteras del modelo de salud que se considere, esta mirada incorpora la perspectiva del paciente y, su participación en el proceso de salud-enfermedad-atención es más que un logro y un reconocimiento, pues está relacionada con la eficacia, con criterios de calidad y con el encuentro de respuestas. Se considera que tanto la enfermedad como el padecimiento son socialmente contruidos, desde pautas y relaciones sociales que se hacen explícitas y manifiestas a través del lenguaje, recogidas por medio de estrategias narrativas que son al mismo tiempo elaboradas por el propio paciente o familiares. Good (2003: 255), considera que por medio de la estrategia narrativa “la experiencia es representada y relatada, los acontecimientos son presentados con un orden significativo y coherente, las actividades y acontecimientos son descritos junto a experiencias asociadas a ellas y la significación que les aporta sentido para las personas afectadas”. Martínez Hernández, Masana, DiGiacomo, (2013) señalan que las narrativas permiten comprender la enfermedad y sobre todo al enfermo como persona por un camino distinto alternativo al modelo médico hegemónico, aquello que los propios actores nos cuentan desde dentro, en sus relatos de aflicción y sufrimiento y en la construcción de sus illness narratives (Kleinman, 1988).

Los estudios de caso y la investigación biográfico-narrativa comparten, desde su origen como metodología de investigación social (Escuela de Chicago), ser enfoques hermenéuticos, alternativos a formas positivistas (Bolívar, 2002) dónde las experiencias recuperan un papel muy significativo en la investigación. Las limitaciones de aquellos otros métodos de investigación que desprecian la perspectiva emic, lo que el actor tiene que decir, adquieren especial relevancia en los estudios enmarcados

en el ámbito de la salud. Desde la perspectiva del paciente Achuar y su narrativa, la investigadora en su trabajo de campo trata de aproximarse a lo que aquel define como salud y enfermedad, y a sus procesos de atención. Pretende identificar los recursos en salud de la comunidad, respondiendo todo ello a acontecimientos sociales y a criterios propios y locales, social y globalmente contruidos. Se busca comprender los procesos de enfermar que la población Achuar maneja y sus significados a partir de la singularidad y particularidad de los estudios de caso.

La metodología cualitativa ubica a la investigadora cerca del grupo y del fenómeno social investigado, es por ello que la narrativa se ha recogido en el lugar donde se dan los hechos, donde los que cuentan experimentan la vida dentro de su contexto de vida real. En estos casos la investigadora es un mero instrumento, a partir de la lectura atenta de las narrativas de enfermos, de la escucha y de la observación directa, describiendo lo que se hace, lo que se dice, lo que se dice que se hace. Todo ello se convierte en relato con una parte reflexiva e intersubjetiva y bajo la petición de cierta coherencia, es importante captar las motivaciones, los juicios, los valores y las explicaciones que subyacen a lo que se cuenta. A través de la investigación narrativa, se trata de otorgar toda su relevancia a la dimensión discursiva de la individualidad, a los modos como los humanos vivencian y dan significado a su mundo mediante el lenguaje (Bolívar 2002).

CRISIS CONVULSIVAS VERSUS PÁJU

En las inmediateces del puesto de salud se oyen unas voces que llegan de lejos y se dirigen al puesto de salud, “corran, la hija de Fausta se ha muerto, están pidiendo auxilio”. Una niña de tres años ha perdido el conocimiento, se encuentra con palidez de piel y mucosas, frialdad generalizada y no responde a órdenes verbales. Se intenta que Fausta, la madre de la niña que carga con ella en brazos y que va llorando sigilosamente, con un quejido ronco y con paso lento, avance con premura para “actuar”. El padre, Fulgencio, desfigurado, callado, apagado, cabizbajo, con la hija mayor al lado no contesta a lo que se le pregunta. Mientras, Fausta recita algo que no se entiende, se les ve realmente afectados y en un gesto casi de abandono.

En el puesto de salud se encuentra la doctora, se tumba a la niña en la camilla y se le canaliza una vía venosa periférica, se le examina minuciosamente, siendo la exploración neurológica normal, por lo que se decide dejar en observación con un tratamiento conservador. En pocos minutos se concentra toda la comunidad en el puesto de salud. La niña recupera el estado de hipotonía, desde la perspectiva médica parece haber sufrido una importante crisis convulsiva. El padre va a la casa y regresa portando algodón en sus manos, la doctora al verle le dice, "dale con algodón si quieres", Fulgencio calla y no dice nada.

Desde la perspectiva biomédica se debe descartar cualquier otra posibilidad, se revisa la casa y sus alrededores, todo está en su lugar, los fármacos que el locutor almacena están intactos. Toda la comunidad mastica un único pensamiento, ha venido el espíritu de un muerto encarnado en un animal o en los fantasmas antropoides, lo que estos pobladores reconocen como iwianch², a llevarse a la niña. Se trata de la posesión de un niño por el wakan³ de un muerto, suerte de contagio espiritual llamada imimketin. (Descola 2005: 231). Estos espíritus tienen envidia de los vivos y se llevan a uno de ellos por un tiempo, teniendo predilección por los niños puesto que son más débiles por no tener bien formada el alma.

Figura 1 y 2: Niña ahumada por el tsuakratin, chamán curandero, y lavada por la mamá después de sufrir crisis convulsivas según el modelo biomédico, o páju visión aterradora de diablos para los Achuar. (Anexos)

Nosotros sabemos decir que cuando pasa esto es porque ha visto al diablo y así saben quedar, pero ¿porqué pasó esto a mi hijita?- se pregunta constantemente- igual ustedes no creen en todo esto, ni en brujos pero nosotros así sabemos creer, también le pasó a mi hijita mayor, ¿Por qué sabe pasar a mis hijitas?, la niña comió bien, sajino, que yo mismo cacé

a la mañana, estaba comiendo choclo -me muestra el maíz que comía- porque con la otra decían sino había comido. Fulgencio, padre de la niña, estudia magisterio en la comunidad donde ejerce de locutor de radio.

Cuando la niña se despierta Valeriano, el Tsuakrat está en el puesto de salud para procurarle los cuidados oportunos, trataría de ahumarla con el humo del tabaco, untarla con ceniza tibia hasta teñirla de negro para que el espíritu no la viera de nuevo y fortalecer así su wakan. El resto de las mamás se ocupan de cuidar a sus hijos puesto que el diablo puede venir por ellos, y se escucha: "vengan a la casa que va a venir el diablo". La decisión médica de sacar a la niña al hospital de Macas para el estudio de lo ocurrido no se lleva a cabo, no parece tener sentido para los padres. Meses después, al encontrar de nuevo a los padres en la ciudad de Macas con su hija, hubo que asegurarse que era aquella niña debilitada la que corría cargada de envases de plástico vacíos para llevarlos "dentro"⁴ y, que le servían de juego en esos momentos. Los padres refieren que no ha vuelto a repetirse ningún otro episodio, se marcharon de esa comunidad a otra donde el locutor ha empezado a trabajar como profesor.

El concepto de salud y enfermedad varía interculturalmente, acercarnos a las creencias sobre las causas de las enfermedades nos permite entender todo el conjunto de comportamientos que hay detrás de las mismas y los que posteriormente se desencadenan. La construcción de la etiología, la búsqueda de las causas, rompe con el prototipo que mantiene el origen biológico de la enfermedad y, a pesar de los paradigmas que desde la antropología médica se advierten, persiste el influjo del modelo biomédico. Si bien para la población Achuar el wakan de los niños es más débil y por ello los iwianch tienen predilección por ellos, esto hace que no sea una enfermedad únicamente de origen biológico sino también del alma. La relación con la alimentación que el padre

2. Término genérico que designa ciertas manifestaciones nefastas del mundo sobrenaturales y de la práctica chamánica.

3. El wakan de los Achuar se corresponde aproximadamente con lo que la filosofía occidental y la teología cristiana llaman alma, componente de la persona, dotada de existencia propia y susceptible de separarse de su soporte temporalmente durante los sueños, los trances visionarios, o definitivamente durante la enfermedad. La muerte para los Achuar, resulta de la decisión voluntaria del wakan de separarse del lugar donde se había establecido poco después de la concepción del feto, por ello los muertos son eternos insatisfechos y los niños resultan un receptáculo soñado por la permeabilidad a las influencias del entorno y el estado inacabado de su wakan, donde el alma de los muertos encuentra en estos cuerpos una ventana al mundo.

4. Las categorías "dentro" y "fuera" son expresiones empleadas por la gente local, haciendo referencia al espacio respecto del límite de selva propiamente dicha, marcado por la difícilmente penetrable vegetación, es decir cuando se traspasa la cordillera Kutucú, lo que implica que en un traslado en avioneta nos adentramos en la selva y al salir de este territorio nos encontramos fuera.

alude deja abierto el debate sobre el cometido de los cuidados. Los varones empiezan a asumir otro tipo de compromisos que les hace descuidar la caza y la pesca, principales fuentes de suministro de alimentos de forma tradicional. Los nuevos roles, que sobretodo los varones adquieren, conllevan un reconocimiento social pero no les deja indemnes y forman parte de las causas y de la etiología de algunas de las enfermedades.

En este tipo de grupos se ha detectado un descenso en el uso y conocimiento de sus productos locales, la variedad de alimentos se ha visto reducida según diferentes estrategias narrativas apuntan. La concentración de las comunidades en torno a las pistas de aterrizaje, siendo para este territorio el medio aéreo la forma más sencilla de estar en contacto con el mundo de “fuera”, implica que los recursos vegetales y de caza se encuentran cada vez más alejados de sus asentamientos, lo que supone mayores desplazamientos a pie para su adquisición y el descenso en el acceso a las mismas por entrar en competencia con sus vecinos. Por otro lado, los salarios de algunos de los varones y el bono de pobreza, o de desarrollo que se entrega a las mujeres permiten el acceso a nuevos recursos que llegan de “fuera”, con todo su exotismo y carga simbólica. La narrativa que establece la conexión entre la falta de alimentos con problemas de nutrición, problemas de salud en general y con pautas inadecuadas de crianza o de relaciones sociales devuelve la responsabilidad al individuo. Esto se hace visible en las demandas que la población realiza al personal de salud atento a responder sus inquietudes, se solicita que se les enseñe a comer, “ya no sabemos comer, olvidamos comer bien y por eso es que enfermamos, ya no conocemos las plantas y la caza no se encuentra”. Así lo indicaba Nayash Tsamaraint, Director de escuela. Desde el Ministerio de salud se entiende que se debe capacitar y reforzar el conocimiento de sus recursos: “El otro componente es el fortalecimiento de los productos para la seguridad alimentaria, hay unos 67 productos de los cuales solo se usan 13 ya que la mayor parte de los productos son carbohidratos, en años anteriores contaban con esos productos y no había la desnutrición”. Milton Shiwiach, Coordinador del Servicio de Salud Intercultural.

La falta de datos objetivos sobre morbimortalidad no permite indicar que cambios se

han producido fruto de las nuevas relaciones sociales que se establecen y, en parte producto de los nuevos contactos con diversos grupos culturales que imprimen parte de su esencia cultural (grupos religiosos, agentes de desarrollo, personal sanitario...) y que arrastran otro tipo de alimentos y prácticas de salud. Al lado del origen de la enfermedad en causas sobrenaturales, el modelo biomédico se cuele entre los discursos y las prácticas, se apunta la alimentación deficiente o insuficiente como otro de los motivos, donde se responsabiliza a los padres y madres por sus acciones y omisiones, que como hemos señalado se van imponiendo en este nuevo orden social que la población Achuar está viviendo desde hace años y ante el cual no queda al margen. El modelo biomédico trata de restablecer lo que se ha inculcado sobre la responsabilidad individual del paciente en su proceso de enfermar, descuidando la influencia de los determinantes sociales en la salud. En este sentido, en el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) pone en marcha una comisión sobre determinantes sociales de la salud con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria, el primer informe sale a la luz en 2008 (WHO, 2008).

El pueblo Achuar, como otros muchos pueblos indígenas, engrana el comportamiento social con su cosmovisión y forma de entender el mundo y desde ahí explican el origen de sus enfermedades y ahí encuentran la explicación a los desequilibrios. Tratar de comprender estas nuevas enfermedades que surgen más allá de los alimentos que se ingieren, lleva a tener en cuenta el nuevo orden social establecido en el pueblo Achuar. Del mismo modo se aplica en la búsqueda de respuestas y terapias que van paralelas a los procesos sociales contemporáneos.

VIOLACIÓN DE CIERTAS NORMAS, YURUÁMU -HABIENDO COMIDO-

En una de las comunidades que dispone de puesto de salud, y en el cual se realizan tareas de vacunación, se interrumpe el ritmo de trabajo sobre las once de la mañana al acudir el padre de un bebé de ocho meses preocupado y relatando el motivo de su consulta. Este hombre ha estado por la mañana temprano en la radio, sorprende su vestuario de ropas nuevas, camisa de aspecto planchado, pantalones de tela y zapatos, así

como un enorme reloj dorado que se dejaba ver perfectamente y resalta con su tono de piel morena. Sus movimientos pausados, sus gestos de total tranquilidad, nada tienen que ver con su real preocupación por la situación de su hijo y la solicitud de ser atendido con urgencia. En ocasiones este tipo de comportamientos, al igual que el ritmo de Fausta, confunde al personal de salud ajeno a las lógicas locales, por la ausencia de movimientos bruscos, agitación..., que es más frecuente encontrarlo en su entorno. El proceso de construcción del rol de paciente es distinto, se ponen en marcha conductas sociales culturalmente aceptadas y en este caso no reconocidas.

Se trata del responsable de la radio -principal medio de comunicación en este territorio- y, por algún motivo consulta ese día después de llevar ya varios días el bebé con deposiciones negras. La decisión de acudir a la consulta se construye desde la reelaboración de acontecimientos. La presencia de personal sanitario de origen occidental atrae a los pacientes a acudir al puesto de salud. Estas figuras sanitarias "favorecen" las transferencias aéreas, porque fuera de la selva se duda de la valía de los auxiliares de enfermería encargados de este tipo de trámites. Por este motivo, el auxiliar responsable de este centro solicita que sea el personal colono el que hable con el médico de "fuera" al solicitar la ambulancia aérea o avioneta para alguno de los pacientes.

Cuando el papá -interlocutor principal- refiere que el niño lleva varios días haciendo deposiciones negras, en el personal de salud se enciende la señal de alarma. Se trata de un medio con "escasos" recursos, un bebé de apenas 8 meses... tratar de corroborar los datos y descartar posibles errores es prioritario. Puede que no se trate de un sangrado intestinal o gástrico, en ocasiones y en períodos de lactancia la sangre puede proceder del sangrado del pezón. De forma casi intuitiva y, sin ser conscientes de los movimientos, la intranquilidad se ha trasladado al auxiliar y este se ha desplazado del radio de acción y confía que sea el personal colono quien pueda tomar las riendas y dar respuesta a este problema de salud. La presencia del personal local es necesaria e imprescindible para reforzar el tema de la

traducción -entre otros aspectos de gran importancia- a pesar que el padre habla bien español, en ocasiones no es fácil entender y captar el sentido de lo que quieren transmitir.

La mamá que ha quedado en la puerta del centro cargada con el niño, se le pide que pase, se procede a explorarle. El bebé está pálido, bajo de peso y según refiere el auxiliar, hace dos semanas ha tenido que salir al hospital por un cuadro de diarrea que termina resuelto con un tratamiento antibiótico. Se comprueba que se trata de un proceso grave, sangre en las heces. Se comunica a los padres que es necesario evacuar al niño en avioneta lo antes posible, puesto que este tipo de "enfermedades" deben ser tratadas en el hospital, "aquí no podemos hacer nada" señalan los sanitarios locales.

Desde la lógica Achuar y según los estudios sobre los sistemas médicos Achuar, algunas de las enfermedades aparecen con la presencia de personal de salud colono⁵, como si de brujos o chamanes se trataran y en una suerte de contagio se adquieren "enfermedades de los colonos". En este sentido, la frase que se escucha con la llegada del personal de salud colono, es: "ya vino la doctorita, ya podemos enfermarnos" que apunta este tipo de cuestiones. Por otro lado, y si cabe de forma más relevante se expone el acceso a otro tipo de remedios, pues junto con la enfermedad portan en sus maletines toda una serie de cualidades que harán eficaces sus remedios. Cabe recordar que el terapeuta es el que determina la eficacia de sus tratamientos y la resistencia a los mismos determinará el origen de la enfermedad. En este sentido, se recoge la perplejidad que, tanto familiares, como sanitarios locales, muestran ante las limitaciones de los sanitarios colonos, se extrañan y les resulta difícil de entender que no se pueda hacer nada y por ello preguntaban "¿para qué han venido aquí, sino para atender?".

El padre del niño Rumpik, nos dice con mucha serenidad "hoy no puede salir, porque esto ocurre cuando el papá ha comido algo que no debía, hoy mismo voy hacer tratar de curar en la comunidad, aquí lo llamamos Titsatin, mañana vemos si sacamos". La medicina indígena, enfoca el fenómeno de la causalidad, en lo que a la enfermedad

5. Con este término se designa a las personas que no son de origen Achuar, sea ecuatoriano o no.

concierno, desde un marco conceptual opuesto al racional, orientación básica de la biomedicina. Para aquella, lo irracional-emotivo se tiene por fundamental, y lo físico-racional, por accesorio, pero también pecaría de unilateral si se sostiene una única causalidad emotiva, la misma que cometió la biomedicina al sostener, como única causa, la causalidad físico-biológica (López 2004:153).

Las palabras de aquel padre llevan mucha fuerza y están llenas de convicción, no nublan la actitud del personal de salud colono de respeto ante la decisión de los padres, que por otro lado no entienden. El niño, no al día siguiente sino varios días después, salió al hospital con la mamá. La mamá refería estar muy angustiada en el hospital, solicitaba constantemente que saliera su marido, la estancia del niño en el hospital se prolongó, ella estaba asustada y sola. El marido salió y refería que le hacían muchas cosas, pero que no mejoraba, los padres “cansados” del hospital decidieron sacar al niño a pesar de ser la situación bastante grave y lo llevaron al chamán. Aproximadamente un mes después el niño falleció.

EN BUSCA DEL REMEDIO

Los “itinerarios terapéuticos” según la definición de Sindzingre (1985:14), son todos los procesos que se llevan a cabo para buscar una terapia. Desde que aparece el problema, se ponen en marcha diversos tipos de interpretación y cura, y se utilizan diversas instancias terapéuticas, institucionales o no, todo ello en un contexto de pluralismo médico. Los razonamientos que se encuentran, al elegir el itinerario más adecuado entre los que cada modelo de salud ofrece, son una construcción a partir de la producción de sucesos. Este territorio tiene sus particularidades que permiten alumbrar algunas consideraciones sobre el origen de la enfermedad, las posibles alternativas para enfrentarla y los mecanismos y estrategias que rodean a todo el proceso de salud-enfermedad-atención. Good (2003:281) considera que “las personas que tienen acceso a un sistema médico plural no eligen simplemente una entre las formas alternativas de curación sino que se inspiran en todas ellas”.

Es el caso de un niño de 8 meses y sus padres que realizan todo un periplo entre diversos modelos médicos, siendo atendidos por diversos terapeutas que no alcanzan a

resolver el problema de salud que los padres refieren. En primer lugar, el niño afectado por un problema respiratorio es valorado por un médico y una enfermera que, desde hace unos meses y casi un año respectivamente, están trabajando en el puesto de salud de su comunidad. Se queda ingresado pues presenta una grave dificultad respiratoria y requiere recibir tratamiento antibiótico a través de una perfusión sanguínea. A los pocos días se decide evacuar –por vía aérea- al Hospital de referencia, pues el problema respiratorio no se resuelve, así lo cuenta el padre Ceferino Tanchim:

“Sí, antes cuando antes estaba enfermo ingresé aquí,- en el puesto de Salud - esto aquí, aquí me dio transferencia para salir al hospital, ahí estuvo 11 días y dieron suero, tratamientos y seguía lo mismo ... cuando sigue mal yo mismo saqué yo mismo, para hacer ver con los que saben hacer, con los que saben curar mal de aire... allí mismo mis familiares que andaban afuera eso sí, con eso hice ver,... con eso mejoró con eso le hice ver, con el mal de aire y con eso mejor, de vuelta ya quería ingresar pero no aceptaron, ya tú mismo sacaste... no me aceptaron volver, no me dejaron volver al hospital entonces yo dije que manden Wasakentsa, ahí mismo mi tío... un mayor ... curó un poco y vuelta ingresé, -en el Subcentro de salud-, me dieron como es... medicamentos y suero... dieron tratamiento y dieron el suero, entonces ya cuando el tiempo de ir la doctora mandó aquí cuando regresa doctora, porque ella ya... le toca el tiempo de ir, entonces que confíe en cuidar” .

No se contempla salir del hospital por decisión voluntaria del paciente en busca de otra alternativa terapéutica. Esto implica no solo la posibilidad de regresar al hospital, sino también la transferencia aérea, es decir que el vuelo de regreso a la comunidad debe asumirlo el propio paciente y no el Ministerio de salud como lo hace cuando se trata de evacuaciones justificadas médicamente, y que siguen las pautas del modelo sanitario que respalda. En este sentido, la constitución de la República de Ecuador de 2008 en su artículo 363 “garantiza las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos”. A pesar de haber incipientes propuestas bajo lo que se viene considerando interculturalidad, la cultura dominante no se ha interesado por estos

saberes, conocimientos y estrategias técnicas de los hombres y mujeres "de sabiduría médica ancestral" protegidas por garantías constitucionales como derecho colectivo, quedando debilitadas y cuestionadas cuando los sanitarios colonos señalan que "los indígenas solo quieren las avionetas para ir al chamán". Cabe preguntarse por el inconveniente de dicha actuación, pero al mismo tiempo se debe señalar que los sanitarios que han estado en contacto con esta realidad encajan este tipo de prácticas como respuesta a un modelo de salud diferente, "a mí me da igual si se curan con el chamán, con el cura o conmigo, yo quiero que estén sanos". Oscar, médico que ha trabajado en uno de los puestos de salud durante algunos meses.

La presencia de la médica en el Subcentro de Salud hace que los padres se acerquen para ser revisados por la doctora. Se decide que el niño debe quedar ingresado, se le canaliza una vía venosa periférica y sigue un tratamiento antibiótico entre otros. A los cuatro días y sin terminar el tratamiento, debido a la salida de la médica en su período de descanso, el niño es trasladado con el suero y por vía aérea al puesto de salud de su comunidad para su seguimiento. Durante estos días el personal de salud colono también está de descanso por lo que el niño se queda a cargo del microscopista, quien realiza tareas de prevención y detección de enfermedades tales como la tuberculosis y la malaria. La médica refiere que la familia solicita ir a visitar al chamán, cosa que hará dos días tal y como explica el padre:

"No, no sino que comenté con la doctora y traje, como tenía que ver dos veces al día por la noche y en el día voy donde el hospital....si sí acerque y digo, que hay que hacerle ver con los que saben hacer, con los que saben mal de aire, con eso ...el chamán no sabe mal de aire ...no el solamente sabe de su trabajo... el chamán cura cosa... cosa que por hechicero eso saben curar pero los que saben curar mal de aire ellos solo saben lo que saben... con eso se mejoró y cuando según mi... seguía aquí como un ronco...eso también faltó y eso también hice ver aquí no con el chamán otro que sabe mal de aire Masinkash, mi cuñado.. eso sí pasó....si sí le curó y ahora solamente quiero que eso no pase... el mal de aire cuando a veces, cuando podemos ver a una persona muerta empieza con la diarrea...los que no saben curar el mal de aire con eso si

puede morir...sino que, sino que los niños no ven, sino que los papás o la mamá si ven los muertos".

La combinación de diferentes terapias se encuentra en espacios donde la sabiduría ancestral tiene cabida, en algunos hospitales dependientes del Ministerio de Salud Ecuatoriano hay iniciativas interesantes en este sentido (Pulido, 2016). La población Achuar no encuentra problema en combinar los distintos modelos a su alcance, esto también como respuesta al momento histórico y la situación social en la que se encuentran, donde el mundo de fuera debe ser conocido, explorado e identificado como posible peligro externo, para ello deben realizar largos viajes exploratorios y buscan los medios de hacerlo.

Figura 3: Tsuakratin aplicando en el puesto de salud achiote con leche materna. (Anexos)

CONCLUSIONES

La etnografía de estos relatos ilumina el proceso de construcción social en el ámbito de la salud de forma concreta y específicamente para el pueblo Achuar. Los profesionales sanitarios en su formación no reciben las habilidades necesarias, no son capacitados en competencia narrativa. Se mantiene el modelo donde no cabe la incertidumbre, persisten los esquemas de preguntas y respuestas aprendidos y trasladados a la consulta y estandarizados por el modelo hegemónico, no queda espacio para lo que el paciente quiera añadir fuera del guion preestablecido, o que considere oportuno aportar por ser relevante para él y tal como lo entiende Valverde (2008), se interpreta que no hay espacio para el que vive la enfermedad con todos sus significados personales y culturales.

Si la tecnificación de la medicina ha subestimado la importancia de conocer a los pacientes en el contexto de sus vidas y de ser testigos de sus alegrías y sufrimientos, a los investigadores sociales (Greenhalgh, 2014; Cohen 2013) les preocupa que el énfasis en la evidencia experimental pueda devaluar las ciencias básicas y el conocimiento tácito que se acumula con la experiencia clínica. La competencia cultural, y en el ámbito de la salud de forma específica, supone tener en cuenta los factores culturales de las personas que se encuentran en cualquier proceso de interacción, quedando de relieve una relación de intersubjetividad y reflexividad

que implica tener en cuenta consideraciones éticas. La medicina narrativa trata de establecer puentes entre los pacientes y los profesionales sanitarios, promueve la introducción de relatos en su formación buscando generar destrezas imaginativas que aproxime el saber acerca de la enfermedad con el comprender la experiencia (Carrió 2007:73), valora las narraciones de los pacientes puesto que estas se refieren a la manera en que los pacientes padecen. Las estrategias narrativas y por tanto la práctica clínica de la medicina narrativa debe ir fortalecida por la capacidad de los profesionales sanitarios, médicos, enfermeros, trabajadores sociales de saber qué hacer con las historias que el paciente nos cuenta (Charon, 2008), puesto que la capacidad narrativa afecta directamente tanto a las habilidades de los profesionales sanitarios así como a sus sensibilidades éticas.

En este sentido se contempla la complementariedad que persigue la medicina narrativa (Mariano, Flores y Cipriano 2013: 31) y, trata de relacionar la búsqueda del sentido individual con la evidencia proporcionada por la investigación clínica cuantitativa. Este tipo de competencia narrativa se hace exigible en todos los actores que participan en el proceso de salud-enfermedad-atención. Dada la necesidad de establecer relaciones políticas, y con otros países como consecuencia de los movimientos globales de población, se plantean nuevos desafíos a los profesionales de la salud siendo necesario contar con personas competentes que puedan mejorar las prácticas sanitarias, lo cual también implica según Abramowitz et al (2015) alejarse del modelo dual y dicotómico biomedicina/ medicina tradicional, siendo un reto no solo para los proveedores de salud, sino para las instituciones sanitarias, agencias de desarrollo, gobiernos y estados en relación a la formación de nuestros futuros profesionales del campo de la salud. 

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, L. (2005): El concepto de "competencia cultural" aplicado a los agentes y actores de cooperación con pueblos indígenas de América latina. En, V. Bretón, y A. López, (coords), Las ONGS en la reflexión antropológica sobre el desarrollo y viceversa. Perspectivas africanas y latinoamericanas (pp.87-103). Sevilla: Fundación El Monte, FAAEE, ASANA
- Abramowitz, S., Marten, M., & Panter-Brick, C.. (2015). "Medical Humanitarianism: Anthropologists Speak Out on Policy and Practice". *Medical Anthropology Quarterly*, 29(1): 1-23.
- Bolívar, A. (2002): El estudio de caso como informe biográfico-narrativo. *Arbor*, 171(675), pp. 559-578.
- Calavia O. (2004). La barca que sube y la barca que baja. Sobre el encuentro de tradiciones médicas. En, G. Fernández (coord.). *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas* (pp.169-181). Quito: Abya Yala.
- Carrió S. (2007): *Medicina narrativa. Relaciones entre el lenguaje, pensamiento y práctica médica profesional*. Tesis doctoral. FLACSO
- Cohen, D. (2013): "FDA official: "clinical trial system is broken?" *BMJ*, 347:f6980.
- Charon, R., Peter W., & NEBM Working Group (2008): "Narrative evidence based medicine." *The Lancet* 371.9609, pp. 296-297.
- Descola, P., (1996). *La selva culta. Simbolismo y praxis en la ecología de los Achuar*. Ecuador: Abya-Yala.
- Descola, P., (2005): *Las lanzas del crepúsculo. Relatos jíbaros alta Amazonía*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas (2015): Informe E/C.19/2015/4 Nueva York: ONU
- Good, B. [1994-2003]. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Greenhalgh, T., Jeremy H., & Neal M. (2014): "Evidence based medicine: a movement in crisis?" *BMJ*, 348: g3725 doi: 10.1136/bmj.g3725.
- Kleinman A. & Benson P. (2006): "Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it". *PLoS Med* 3(10), e294
- Kleinman, A. (1988) *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. London: Basic Books.
- Knipper, M (2013). *Joining ethnography and history in cultural competence training. Culture, medicine and psychiatry*, 37(2), pp. 373-384.
- López G., J. (2004). Promotores rurales de salud en el Oriente de Guatemala. De la negociación a la desorientación ante capacitaciones médicas occidentales. En, G. Fernández (coord.). *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas* Quito: Abya Yala, pp.153-169.
- Mariano, Lorenzo, Flores, Juan Antonio y Cipriano, Carmen (2013): *Nosotros, los trastornos límite de la personalidad. Narrativas y relatos de aflicción*. España: Editorial Circulo Rojo.
- Martínez, Á., Masana, L. y DiGiacomo, S. (2013). *Evidencias y Narrativas en la Atención Sanitaria. Una Perspectiva Antropológica*. Tarragona/Porto Alegre: URV Publicaciones y Rede Unida.
- Peláez, I. (2013). *La construcción del sufrimiento como evidencia: compaginación de los movimientos de la medicina basada en la evidencia y en la narración (MBEYN)?* En, A. Martínez, L. Masana y S. DiGiacomo. *Evidencias y Narrativas en la Atención Sanitaria. Una Perspectiva Antropológica* (pp 73-85). Tarragona/Porto Alegre: URV Publicaciones y Rede Unida.
- Pulido, M. (2010): An effective medicine between cultures? The experience of a health program of primary care in indigenous communities from the Amazonian Ecuadorian jungle. *Index de Enfermería* 2010; 19(2-3), pp. 208-212.
- Pulido, M. (2014). *Otros colonialismos: La Cooperación al Desarrollo en Programas y/o Proyectos de Salud. Medicinas en cuestión y Medicinas en promoción en un contexto Amazónico Ecuatoriano* (Doctoral dissertation, Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología).
- Pulido, M. (2016). *Diálogos y contrastes entre proyectos de desarrollo y modelos de salud. Experiencia y consideraciones en torno a los achuar de la Amazonía Ecuatoriana*. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* (En prensa).
- Santos, F. y Barclay, F. (2007). *Guía Etnográfica de la Alta Amazonía. Volumen VI: Achuar, Candoshi*. Lima: Instituto Smithsonian de Investigaciones tropicales, Instituto Francés de Estudios Andinos (IFEA).
- Sindzingre N. (1985). "Présentation, tradition et biomédecine". *Sciences sociales et santé*, 3, (3-4), pp. 9-26.
- Uriarte, L. (2007). Los Achuar. En F. Santos y F. Barclay, (edit). *Guía Etnográfica de la Alta Amazonía*. (pp. 5-243) Lima: Instituto Smithsonian de Investigaciones tropicales, Instituto Francés de Estudios Andinos (IFEA)
- Valverde, C. (2008). *Enfermería centrada en los significados del paciente: un modelo basado en la narrativa y en la ética del otro*. *Revista Index de Enfermería*. 17(3).
- Warren, P. (1994). *Representaciones cognitivas y administración social de las enfermedades en los Jíbaros-Achuar*. En P. Warren, C. Hess y E. Ferraro, *Salud y antropología*. (pp.7-38). Quito: Abya-Yala



ANEXOS



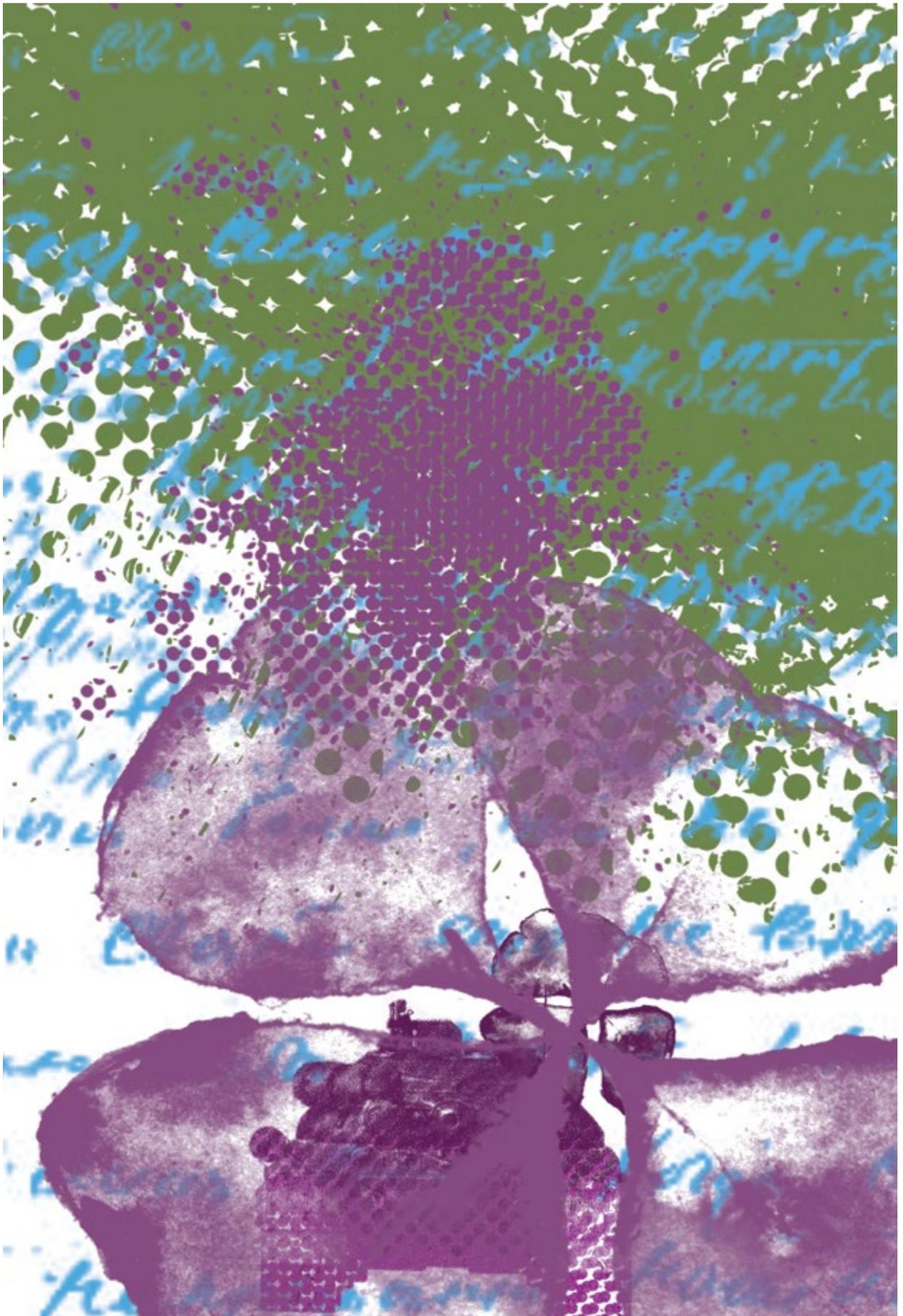
Figura 1 y 2: Niña ahumada por el tsuakratin, chamán curandero, y lavada por la mamá después de sufrir crisis convulsivas según el modelo biomédico, o páju visión aterradora de diablos para los Achuar.

Fuente: Fotografías tomada por la autora previa autorización.



Figura 3: Tsuakratin aplicando en el puesto de salud achiote con leche materna.

Fuente: Fotografías tomada por la autora previa autorización.



Palabra-alma-
nombre. Espiritualidad
guaraní como acto
de resistencia



PALABRA-ALMA-NOMBRE. ESPIRITUALIDAD GUARANÍ COMO ACTO DE RESISTENCIA

WORD - SOUL - NAME. GUARANI SPIRITUALITY AS AN ACT OF RESISTANCE

RESUMEN

Entre los grupos guaraníes el análisis de su religiosidad ha sido material de estudio desde los tiempos de la colonia. Examinaremos ciertas características de la espiritualidad de una parcialidad de dichos grupos, los mbyá asentados en Misiones (Argentina). Mostraremos la relación de la cosmovisión étnica en torno a las imbricaciones palabra-alma-nombre con prácticas de resistencia ante la sociedad envolvente blanca, en especial mediante el estudio de fuentes secundarias y análisis de contenido de entrevistas en profundidad y observaciones realizadas en algunas comunidades entre noviembre de 2009 y mayo de 2010. Planteamos cómo una forma de curación mediante cantos sagrados y rezos es expresada como diacrítico cultural en doble sentido: al interior de las comunidades, marcando las identidades de status en cuanto a la organización político-religiosa; hacia el exterior, por cuanto existe una identificación grupal en torno al prestigio que emana del conocimiento de dichos cantos y que se considera ajena y fronteriza a toda relación de contacto con la sociedad occidental.

PALABRAS CLAVE: Religión; chamanismo; guaraní; diversidad cultural; Argentina

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©

ABSTRACT

Among the Guarani groups, analyzing their religious study material it has been since colonial times contact. We analyze certain characteristics of the spirituality of partiality of these groups, mbyá settled in Misiones (Argentina). Show the relationship of ethnic worldview around the overlaps word-soul-name name with practices of resistance to white surrounding society, especially through the study of secondary sources and content analysis of speech in-depth interviews in some communities, from November-2009 to May 2010. In this study is presented as a form of healing with sacred songs and prayers is understood and practiced as a cultural diacritic in two ways. In one side, within communities, checking the identities of status and rank in terms of political organization religious; on the other hand, because there is a group identification around the prestige that comes from the knowledge of these songs and is considered alien and border relationship all contact with Western society.

KEYWORDS: religion; shamanism; guarani; cultural diversity; Argentina

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©



ELEDER PIÑEIRO AGUIAR



Universidad San Gregorio de Portoviejo. Ecuador



elederpa1983@gmail.com

ARTÍCULO RECIBIDO: 6 DE SEPTIEMBRE DE 2016

ARTÍCULO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN: 23 DE OCTUBRE DE 2016

ARTÍCULO PUBLICADO: 30 DE NOVIEMBRE DE 2016

INTRODUCCIÓN

"Nunca han aceptado el cristianismo de manera formal o episódica (...) Ahora se trata de ver cómo la sociedad estatal regional puede convivir con su diversidad."
(Bartolomé, 2009: 13).

¿Puede de hecho convivir? Una de las principales quejas que se escucha de numerosos mbyá es la gran cantidad de iglesias colindantes a las aldeas, así como una crítica al pasado evangelizador traído por los padres jesuitas. Sabedores del pasado evangelizador y de un presente en donde diferentes cultos tratan de inmiscuirse y adoctrinar en las aldeas, llevan lo mejor que pueden el contacto religioso (las comunidades pueden entenderse en el sentido de "zonas de contacto" planteado por Pratt, 2010), si bien afirmando que lo más fundamental de su cultura es el plano sagrado.

Todos los estudiosos de los guaraníes han subrayado la importancia que estos indígenas otorgan a su vida religiosa, si bien separar esta esfera de otras es muy cuestionable y es algo ajeno a la cosmovisión guaraní. También hemos de tener en consideración que el proceso aculturador no es extrapolable, por lo general, a todas las parcialidades e incluso a todas las comunidades, pues cada una presenta sus características propias.

Egón Schaden dice que *"no existe sobre la tierra ningún pueblo, ninguna tribu, al que se aplique, mejor que a los guaraníes, la palabra evangélica: 'Mi reino no es de este mundo'. Toda la vida mental del Guaraní está orientada hacia el Más Allá"* (Schaden, cit. en H. Clastres 2007: 11-12). Para este autor se puede hablar de "teólogos de la selva", mientras que por su parte Hélène Clastres argumenta la influencia del cristianismo como germen de la expansión de la vida religiosa guaraní, si bien advierte que en la obra de León Cádogan la opinión es diferente. Schaden trata de analizar la influencia del cristianismo en la religiosidad guaraní mientras que Clastres afirma que es secundaria esta discusión. Argumenta que el alto grado de imposición de condiciones en las reducciones imposibilitó que las cosas volviesen a ser las mismas que antes de la llegada de la Compañía de Jesús, y se centra en

la genealogía del contacto entre los indígenas y la Orden.

En sus primeros escritos, los jesuitas dicen de los Tupí-Guaraníes que eran gentes ignorantes de toda divinidad o ritual, sin sacerdotes, ni lugares sagrados, ni preocupación por lo sobrenatural. La perplejidad aumentaba entre los católicos pues no comprendían cómo una lengua tan rica en matices podía desarrollarse ajena de toda fe y unida a la poligamia, a la guerra sin tregua y a la antropofagia.

Pero hay un hito fundamental para H. Clastres, ya expuesto en la obra del padre Montoya (1639), y es que los guaraníes rendían culto a los huesos de los grandes chamanes, lo que podía ser revelador de una tradición religiosa original. El deseo de mantener en secreto sus prácticas hizo que se edificasen templos secretos lejos de los pueblos jesuitas, lo que plantea la hipótesis de si esto podría haber sido sugerido por prácticas cristianas, es decir, adaptación de las iglesias.

En cualquier caso, el paso dado fue el siguiente: dado que los guaraníes no adoraban nada y su praxis religiosa no podía ser enmarcada en un contexto conocido, se concluyó por parte de los padres jesuitas que la religión en ellos era inexistente. *"Sin embargo los indios no estaban desprovistos de supersticiones y de falsas creencias"* (H. Clastres, 2007: 25). Una de esas creencias, quizá la que estructure el resto de la religiosidad guaraní, es la Tierra Sin Mal, mal traducido por los padres jesuitas como el paraíso cristiano. Se trataría de un lugar privilegiado, indestructible, donde la tierra produce por sí misma sus frutos y donde no hay muerte. Pero los cronistas de la época del contacto misional la reducen a un simple "más allá" donde van las almas tras la muerte, con lo que descansa en una simple adaptación del Paraíso cristiano a las creencias guaraníes. En cuanto a la inquietud mostrada en la búsqueda constante de esa Tierra, Pierre Clastres (1993) establece en ese deseo la posibilidad de los hombres de ser ellos mismos sus propios dioses, con lo que trazar una disyunción entre ambos, divinidades y humanos, sería reducir y distorsionar la religiosidad indígena dentro de unas lógicas que les son ajenas.

I.- EL PAPEL DE LOS LÍDERES RELIGIOSOS

Y son los chamanes los principales posibilitadores de esas búsquedas. En ellos, el aislamiento voluntario no solo subrayaba la importancia, sino un status aparte; es decir, no pertenecían solo a una comunidad sino que tenían cierto poder de ubicuidad, permaneciendo poco tiempo en un mismo pueblo y desplazándose constantemente. Otro motivo del aislamiento es que se pretendía mantener la pureza sagrada, evitar mezclarse con otros, es decir, no entrar en contacto con otros grupos étnicos pero tampoco con personas que dentro de la comunidad se apartasen de las normas sagradas. Se trataba de colocarse en un plano distintivo que sirviese de ejemplo al resto.

Ya desde que son pequeños los otros miembros de la comunidad van viendo rasgos definitorios de una conducta más volcada hacia lo sagrado por parte de ciertos niños o adolescentes, si bien en las ocasiones que interrogué a ciertos adultos sobre la posibilidad de llegar a ser chamán la respuesta generalizada fue que aún eran demasiado jóvenes para ello. Se aludía a que aún les faltaban conocimientos para llegar a ser opyguá (señor del opý, esto es, de la casa sagrada, casa de rezos). Dichos rasgos definitorios podrían ser un carácter más introspectivo, dietas diferentes a las del resto (con más alimentos de origen vegetal), ser poco habladores y más contemplativos, etc.

Incluso estos chamanes o "aprendices" apenas participaban en las conversaciones y ayunaban, con el pretexto de que no precisaban alimentos, para así aligerar el cuerpo en búsqueda de la perfección. Además podían viajar a pueblos enemigos, siendo los únicos que contaban con ese privilegio, si bien con frecuencia eran acompañados por una corte numerosa de pueblos por los que iban pasando y que tras permanecer unos días con el karai¹ al que seguían, volvían a su tierra.

Esta doble libertad respecto del espacio que tenían los karai -exteriores al pueblo y exteriores a la "provincia"- es el signo de un estatuto marginal. Al menos idealmente su estatuto los hacía exteriores a las alianzas políticas, y exteriores al parentesco pues estar fuera de la

comunidad no significa solamente permanecer separado; esta separación manifiesta más bien una exterioridad más profunda, la que sitúa al profeta afuera, socialmente (y no sólo espacialmente), de aquello que precisamente constituye una comunidad: la red de parentesco (H. Clastres, 2007: 47-48).

La exterioridad a la que se refiere H. Clastres hemos de situarla en una alteridad ontológico-moral. Así pues, los tupí-guaraníes vieron en estos personajes la reencarnación de héroes míticos, como Jacy y Kuarahy del ciclo de los gemelos. Además inspiraban miedo y no se les negaba nada, incluso mujeres según algunos autores. Algunos karaís llegaron a ser jefes de vastos territorios, si bien el status de jefe y el de karai es incompatible (Gorosito, 2006), pues el poder religioso se subordinaba al político: se conservaba el poder y el prestigio, perdiéndose el status. Un jefe no puede tener libertad de tránsito entre provincias enemigas, ya que él es el encargado de las expediciones guerreras. Y no puede ser ajeno a las alianzas políticas pues precisamente sobre él es sobre quien caen las responsabilidades de éstas. Tampoco puede ser ajeno a la economía de reciprocidad ni al parentesco. H. Clastres explica esto partiendo de una hipótesis, cual es que el profeta-jefe sea a la vez signo y solución de la crisis que se da en la sociedad guaraní entre jefatura política y religiosa. Si por un lado había fuerzas centrípetas que unían a diferentes jefes a nivel provincial en la figura de grandes jefes que aglutinaban la provincia, por otro lado existían fuerzas centrífugas que negaban lo social, pues ese es el significado de la Tierra Sin Mal desde un punto de vista sociológico y a la vez la mayor preocupación de los profetas.

II.- LA TIERRA SIN MAL

Diferentes estudios sobre movimientos mesiánicos constatan que éstos son el resultado de profundas crisis (Worsley, 1980), multiplicados en situaciones coloniales, que expresan el malestar y la desesperación ante una situación de opresión. Por tanto, son reacciones ante amenazas externas que tratan de reafirmar los valores tradicionales. Pero en el caso de los Tupí-Guaraníes este esquema no tendría por qué ser aplicado.

1. Puede utilizarse como sinónimo del chamán. Denominación emic.

Alfred Métraux (1974) habla de que este tipo de migraciones a la Tierra sin Mal ya provienen de un periodo preeuropeo. Egon Schaden (1969) contrarresta este argumento, pues dice que son necesarias otras condiciones para que se den movimientos de estas características, como el desarrollo de un misticismo muy acentuado y alguna razón exterior. Hélène Clastres (2007) concluye que una de las características del mesianismo es el poseer manifestaciones xenófobas que se deben a situaciones de desequilibrio provocadas por el contacto, con Occidente en este caso. Comenta que posiblemente lo que sucedió fue que se estaban llevando a cabo una serie de transformaciones en la estructura social indígena, ligada a una expansión creciente, a la que la llegada de los europeos puso fin. Es en el contexto de cambios políticos y de la conquista donde según H. Clastres hay que enmarcar el profetismo de la Tierra Sin Mal.

Estos movimientos no son estrictamente políticos y, lo que es más, no tratan de detener la desorganización político-social sino que la promueven. Existen diferentes tipos de movimientos mesiánicos: proféticos (p. ej. la búsqueda de la Tierra Sin Mal); políticos (p. ej. la resistencia a españoles y portugueses). El punto entre ambos es que estarían promovidos por karaís. A pesar de poder llegar a perder la confianza en su líder, jamás la perdían en la posibilidad de llegar a la inmortalidad, justificando los fracasos con accidentes debidos a la insuficiencia de fervor religioso, fallos en la guía, errores de localización, etc. Esto llevaba siempre a comenzar nuevos viajes. Se entiende el viaje como positivo en el imaginario mbyá, si bien su autoidentificación no los caracteriza como nómadas frente al imaginario occidental e incluso en el discurso de ciertos funcionarios estatales de la región. Como vemos, la batalla por el territorio, por su clasificación (se dé esta en el espacio, en la comunidad, en el lenguaje o en el cuerpo) es afín al moderno sistema capitalista.

Son continuación de este pensamiento y de este imaginario las causas de diferentes cambios de localización de algunas comunidades en la actualidad. El viaje valorado en sí mismo estructura la cosmovisión mbyá. Es uno de los factores que permite resistir al cambio. Es interesante analizar el funcionamiento político de los grupos migrantes en ese sentido. Eran dirigidos por un profeta que decidía tanto el camino como los trabajos y rituales

a realizar. Según Bartolomé (2009) no existe en los relatos migratorios mención alguna a la autoridad política, lo que lleva a pensar en que ésta no tenía voz ni voto, pues las normas tradicionales se verían menoscabadas por las exigencias rituales. La deslocalización de la comunidad es factor determinante de que esto sea así. Por lo tanto la vida social en conjunto se transforma y no sólo para recorrer un espacio sino que el peso de la colectividad es desplazado del centro de atención para poner en su lugar la importancia de despojarse de las imperfecciones individuales y obtener la ansiada tierra prometida.

La continuación de la cultura guaraní se debe en muy alto grado a aquellos grupos que no fueron reducidos. De los subgrupos guaraníes son los mbyá los que más rigurosamente afirman preservar su identidad, rechazando a misioneros y no dejando que los blancos se instalen en sus territorios. Para el desconocedor de su cultura surgen calificativos como “desconfiados” o “poco hospitalarios”, comparados con otras parcialidades guaraníes, más “civilizadas”, “abiertas” y “acogedores”. Y seguramente esta característica superficial traduce algo de una realidad relacionada históricamente con el grado de contacto. Existe diferencia, pues, entre unos que viven la tragedia de su cultura al replegarse, los mbyá; y otros que se esfuerzan por integrarse y lo hacen con resignación. Aún con todo, todos ellos están marcados por la sociedad envolvente.

III.- ÑEMONGARAI: RITUAL COMO RESISTENCIA

La que quizá sea la ceremonia mbyá más importante, y que desde nuestro punto de vista puede ser un acto de resistencia en sí mismo, es la de la imposición de nombres, el Ñemongarai. En dicho ritual no sólo se “bautiza” sino que van asociados otros componentes como es el caso de la exposición de la norma comunal o el deseo de que la familia esté unida en el cuidado de los pequeños, todo ello situado en torno a la cosecha del maíz en el denominado “tiempo-nuevo” (noviembre-marzo). No son los padres, ni los jefes espirituales, los que les dan el nombre a los niños, sino el Dios Creador intermediado por el Opyguá. *“Las Palabras-Almas de las criaturas son enviadas por las deidades y corresponde al chaman bautizador determinar cuál es la divinidad que envía la nueva esencia de vida que tomará forma y se*

incorporará a la humanidad" (Bartolomé, 1991: 77-78).

Nacer equivale a volverse humano mediante la imposición del nombre, la cual es muy importante, pues si el niño no es nombrado como debe serlo, él nunca será feliz, nunca alcanzará a realizarse plenamente, ni podrá cumplir con su misión en la comunidad.

El Ñemongarai suele ser una ceremonia bastante larga. Comienza con rezos y cantos, y prosigue con rituales de curación. Se realizan también ofrendas antes de la oración del Opyguá, que finaliza por ponerse a escuchar la revelación de los dioses. Los padres del niño o de la niña ofrecen en el Opy algunos presentes. El pequeño es representado por la ofrenda de un pequeño cesto hecho de tacuara, con miel de abeja (que simboliza el alimento tradicional y que fortalece el cuerpo) una pequeña flecha (que simboliza la fuerza y el coraje del futuro cazador) o una maraca hecha con semillas de calabaza. La niña es representada por un takua pu, instrumento musical hecho con madera o tacuara (que significa que la niña, futura mujer, estará presente en los rituales de rezo), y que es usado por las mujeres durante los cantos sagrados y/o por el mbojapé o pan de maíz (que simboliza el alimento que da fuerza y salud), hecho con semillas de maíz, sacralizadas antes por el Opyguá.

El bautismo del maíz influye en el fortalecimiento de la comunidad. El nombre que se les dé a los niños indica el papel de éstos en la comunidad. Durante la ceremonia, el momento del bautismo es especial. El pajé, también llamado xeramoí, ("mi más anciano"), o Yvyra ija (el sabedor), se pone a escuchar. Y tiene visiones. La comunidad reunida reza y canta a Ñanderú. Entonces, en respuesta a su escucha, los dioses y las diosas les revelan los nombres de los niños.

Avanzada la gestación o durante el primer año de vida, cada humano recibe su ñe' de uno de los Ru Ete o Chy Ete (Ñamandu, Karai, Jakaira, Tupã); según quién lo envíe será el nombre que reciba, lo cual genera una relación particular de cada persona con su progenitor/a y su entorno, pues pasa a pertenecer al orden respectivo. Esta pertenencia da lugar a un parentesco divino, paralelo al humano, que hasta impide el casamiento entre quienes reciben el ñe' de la misma divinidad. A la vez,

existe un cierto perfil común del modo de ser y de actuar de quienes forman parte de un mismo orden (Ruiz, 2009: 128).

IV.- LA PALABRA-ALMA

Al preguntarle por el origen de los nombres, Mariano, segundo cacique de Mbocá Yatí me dice que *"me los enseñó mi abuelo y son cosas que quedan en la cabeza."* El nombre de un mbyá y su palabra-alma van intrínsecamente unidos de por vida. Según Meliá (1991) *tanto el don de la palabra como el participar de ella marcan lo que puede llegar a ser y en definitiva es un guaraní. En todos los momentos críticos de la vida de un guaraní está la palabra como eje fundamental. Cádogan (1959^a: 40) refleja esto mismo cuando se refiere a la imposición de nombre como que "está por tomar asiento un ser que será la alegría de los bien amados". La metáfora está en que al nacer, es una palabra la que se pone en pie y cobra estructura erguida plenamente humana. Unido a esto van las normas de comportamiento mediante las cuales se asegura el desarrollo del niño. "La educación del guaraní es una educación de la palabra, por la palabra, pero no es adecuado para aprender y mucho menos memorizar textos, sino para escuchar las palabras que recibirá de lo alto (...) El guaraní busca la perfección de su ser en la perfección de su decir" (Meliá, 1991: 35).*

La palabra no es enseñada ni aprendida humanamente. De hecho, para muchos guaraníes es hasta provocador tratar de hacer enseñar a los niños en las escuelas, de ahí el recelo que se da al contacto con este tipo de instituciones en algunas comunidades, donde afirman su socialización en base a los conocimientos de los mayores transmitidos oralmente. *"La palabra es un don que se recibe de lo alto, y no un conocimiento aprendido de otro mortal" (Meliá, 1991: 38).* Por otra parte es imposible que una persona pueda hacerse chamán mediante el aprendizaje, sino tan solo por inspiración. No tiene nada que ver con pertenecer a una casta y no es un cargo hereditario. *"La palabra, el nombre, la oración, el canto, la invocación medicinal, la profecía, la exhortación político-religiosa, todas esas formas de "decirse": ñembo'e, son la forma privilegiada de la religión guaraní."* (Meliá, 1991: 41) El guaraní es un religioso porque se hace palabra, y es así como puede llegar a participar de la vida de los Primeros Padres.

Así pues, la religión guaraní es una religión de la palabra inspirada lo que la caracteriza e identifica frente a otras. En el primer contacto, contextualizado en el barroco hispano, los indígenas no manifestaban artes plásticas, pese a lo cual impresionaron a los evangelizadores por ser “señores de la palabra”. Quien hace palabras, como nos recuerda Austin (1990), hace cosas. Hace historia pues todo lo que se dice, también hace.

El nombre no es la forma en que la persona es designada, el nombre es la persona, ya que es el nombre de su alma y los atributos de ésta son sus atributos personales. Esta identidad se mantiene hasta la muerte. Sólo podría modificarse en casos muy extremos, por ejemplo cuando un individuo cae gravemente enfermo. En caso de salvarse, una vez que se ha optado por cambiar el nombre para evitar la muerte, no se le vuelve a llamar por su antiguo nombre. *“Ellos encuentran extraordinariamente ridículo que el sacerdote (...) en el acto del bautismo pregunte a los progenitores cómo ha de llamarse el hijo: ¿se presentan como “padre” y ni siquiera están en condiciones de conocer el nombre correcto del niño!”* (Nimuedaju, 1978: 53).

Además de esto la conducta concreta individual no es por completo responsabilidad de la persona. Los sentimientos, pensamientos y actos son la resultante de la actuación de las almas divina y animal, a lo que se suma la acción de los espíritus y seres sobrenaturales. El individuo puede realizar actos de diversa índole para tratar de mediar entre sus dos naturalezas, para evitar peligros y acatar las normas de buena conducta. Existe, pues, un sino nominativo que acompaña al mbyá en toda su trayectoria vital. La relación de alma, nombre y buena conducta es clave en el entendimiento de la cultura mbyá, que tiene en la defensa de su lengua, ya desde que nace en el ritual del Ñemongaraí, un referente que lo determina en sus acciones con el resto de la comunidad. Y que se verá mediado en toda su existencia en torno a la apropiación de las Bellas Palabras, es decir, en el manejo depurado de su lengua, su expresión, su comunicación. En cuanto a los guaraníes, la unidad de origen y la diversidad de circunstancias históricas se plasmaron también en la lengua. La lengua guaraní pertenece a la familia tupí-guaraní, y presenta una gran unidad con variedades, que a su vez pueden ser consideradas lenguas, ya que dificultan la comprensión mutua de sus

hablantes. De hecho así lo manifiestan varios mbyá, pues pese a considerar “hermanos” a otros guaraníes, se sorprenden de la incompreensión mutua al entablar diálogo.

Estos conceptos sirven para una mejor comprensión de las asimetrías que se están dando en la provincia de Misiones, sobre todo en la actuación del Estado y los planes Bilingües de Educación. El plano religioso no se puede separar del semántico ni del socializador, y todos confluyen en el manejo de la palabra por parte de los individuos y de las colectividades que pueblan las comunidades de pueblos originarios en Misiones. La lengua es solo una manifestación cultural más que puede ser criterio diferenciador entre poblaciones y crear un tipo concreto de subjetividades. Puede ser políticamente activado en uno u otro momento para definir los límites de un tipo concreto de identidad cultural. Pero no es condición necesaria ni suficiente para todo ello. Separar lengua de espiritualidad es un error.

El modo de ser de los guaraníes, que ellos llaman ñande reko, es sobre todo un modo de ser religioso: ñande reko marangatu. Esto quiere decir que la experiencia religiosa no sólo constituye para ellos un aspecto fundamental de su cultura, sino una forma esencial de su identidad y de la conciencia de su destino. En otros términos, los guaraní de hoy no pueden ser entendidos, ni ellos mismos se entienden, si se prescinde de su experiencia religiosa (Meliá, 1991: 9).

En algunas comunidades guaraníes se da también el caso, preocupante para muchos de sus habitantes y para su conformación como grupo (por la brecha generacional que implica), de que muchos jóvenes no entienden la lengua propia de sus mayores y mucho menos la hablan. Se produce una brecha generacional que se subjetiviza en torno a la adecuación o no de la norma comunal “de los mayores”, “de los ancestros”, “de los abuelos”, “de antes”, como relatan varios informantes.

Uno de los efectos que algunos indigenistas sacan de esto es que en aras de una mejor comprensión de su lengua por parte de los jóvenes guaraníes (y también para tratar de conocer mejor la diversidad lingüística de la minoría indígena por parte de los no indígenas) últimamente se van implementando diversas formas de Educación Bilingüe Intercultural

como política de Estado. Hay producción de materiales educativos en lengua propia, redactados por jóvenes guaraníes de ambos sexos, con asesoramiento y revisión por ancianos reconocidos por su sabiduría.

En todo caso hemos de ser precavidos tanto a la hora de hablar del grado de autonomía que podemos atribuir a los distintos grupos -pues es algo difícil de conceptualizar- como a la hora de asimilar lengua con cultura.

CONCLUSIONES

La vida del guaraní en todos sus momentos importantes (concepción, nacimiento, recepción del nombre, iniciación, paternidad, enfermedad, vocación chamánica, muerte) se define en función de una palabra-alma única y singular, que hace lo que dice y dice lo que hace. El hombre, al nacer, es una "palabra-alma" que se pone de pie y se yergue hasta su estatura plenamente humana.

Los padres de las Palabras-Almas, desde sus respectivos cielos, se comunican a través del sueño con el que ha de ser el padre de una nueva criatura. Dicha palabra soñada se comunica con la mujer, toma asiento en ella y comienza la concepción del que va a ser un nuevo ser humano. También se reconocen las relaciones sexuales para dicha concepción. El pequeño o la pequeña son enviados por Los de Arriba. La palabra "toma asiento" en el seno de la madre (oñemboapkyá), tal como lo hace la palabra que desciende sobre el chamán, éste también sentado en un banquito ritual en forma de jaguar.

El líder religioso es quien ha de encontrar, mediante la inspiración y las oraciones, el nombre de la persona según el lugar espiritual de donde viene. El nombre es parte integrante de la persona. La educación tradicional de los guaraníes es una educación para escuchar las palabras que recibe de Los de Arriba, generalmente a través del sueño. El guaraní busca su perfección por medio de su decir, de sus palabras y cantos.

La divinidad no depende del individuo desde un punto de vista ético sino que tiene que ver con las aptitudes y actitudes de cara a escuchar la voz de la revelación, determinando la personalidad. La religión una relación que tienen todos los miembros de una comunidad con el poder, que en el fondo vela por el bien

de esa comunidad, tanto al interior como frente al exterior.

Por tratarse de una tradición oral no existe una religiosidad única entre los guaraní. Ni tan siquiera entre los mbyá. No se trata de una cosmovisión estandarizada sino que depende del discurso de los especialistas y de cómo realizan su apropiación histórica. La tradición es constantemente reinterpretada y transmitida, resignificada. El Karaí, Opyguá o Pa'í es el guardián, productor y reproductor de la tradición así como de sus reformulaciones. Muchos de ellos son, junto con modernos indigenistas o antropólogos que han estudiado e interpretado la cultura guaraní, los "inventores de la tradición" (Hobsbawn y Ranger, 2002) La reelaboración constante y reflexiva actualiza en cada comunidad la incorporación y subjetivización de los individuos hacia lo espiritual.

La sustancia de los guaraníes es su religiosidad y sin ésta su mundo podría llegar a derrumbarse. Es la relación hombres-dioses la que les permite mantenerse como un Yo colectivo y defender la idea de comunidad en torno a una espiritualidad. Pueden permanecer flexibles ante los avances del mundo occidental, que amenaza diferentes partes de su sociedad, pero la frontera la marca la defensa de la fe. El ethos guaraní se conforma en el espacio de ésta. La religiosidad es su resistencia, y si bien el contacto con cristianos ha influido en el pensamiento mítico de los guaraníes, no podemos hablar del todo de una hibridación cultural cuando analizamos a los mbyá. Su religión "contiene todas las enseñanzas sobre convivencia, tolerancia y estrategia (...), se constituye en el factor decisivo de diferenciación étnica" (Ladeira, 2007: 27, mi traducción).

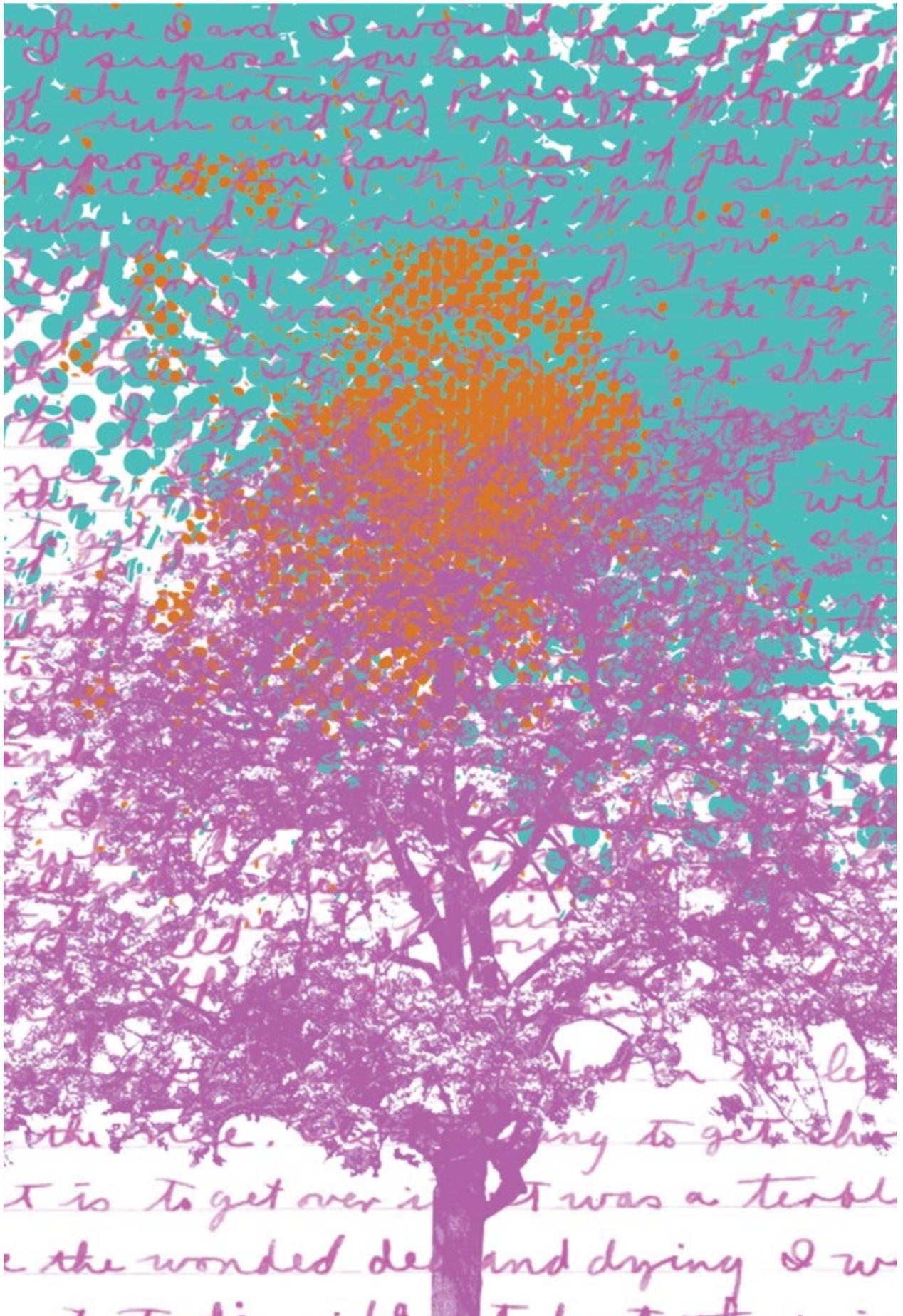
En las aldeas mbyá no suele faltar la "casa de rezo", o al menos estar en proyecto reemplazar alguna o construir una nueva. Acompañado de este deseo de tener un Opy suele aparecer una crítica a las campañas extractivas de las empresas madereras, pues se ven imposibilitados de encontrar materiales cerca de las aldeas. En las casas de rezo y en los patios abiertos a su frente es donde se desarrollan las fiestas del maíz, donde se canta y danza durante largas horas. El que una comunidad tenga o no entre ellos a un Opyguá sirve de diacrítico para diferenciarse. La disposición de viajar a otras comunidades

o de recibir visitas por parte de dicho Opyguá también están relacionados con el grado de prestigio de la comunidad. En medio de la selva, el opy es el lugar más privilegiado. ■



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bartolomé, Miguel Alberto (2009) *Parientes de la Selva. Los Guaraníes Mbyá de la Argentina*. Paraguay: CEADUC
- Bartolomé, Miguel Alberto (1991) *Chamanismo y Religión entre los Ava-KAtu-Eté*. Asunción: CEADUC.
- Clastres, Hélène (2007) *La Tierra sin Mal. El Profetismo Tupí-Guaraní*. Buenos Aires: Ediciones del Sol
- Gorosito Kramer, Ana María (2006) *Liderazgos guaraníes. Breve Revisión Histórica y Nuevas Notas sobre la Cuestión*, en *Avá* N° 9, Agosto 2006.
- Hobsbawm, Eric, & Ranger, Terence. (2002). *La invención de la tradición*. Barcelona: Crítica.
- Ladeira, María Inés (2007) *Caminar sob a Luz*. San Pablo: CTI.
- Meliá, Bartolomé (1991) *El Guaraní. Experiencia Religiosa*. Asunción: CEADUC.
- Métraux, A. (1974). *Migraciones históricas de los Tupí-Guaraní*. Instituto de História, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Nordeste.
- Montoya, A. R. D. (1876). 1639. *Tesoro de la lengua guaraní*. Madrid (Edición J. Platzmann, Leipzig, 1876).
- Nimuendaju, C. U. (1978) *Los Mitos de Creación y Destrucción del Mundo*. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica.
- Pratt, M. L. (2010) *Ojos imperiales*. México: Fondo de Cultura Económica
- Ruiz, I. (2009) *Cuestión De Alteridades: La Aciaga Vida del Tupã Guaraní en la Literatura de los "Blancos" y en la Vital Versión Oral de los Mbyá*, en *RUNA XXX*, (2), pp 119-134, 2009 FFyL - UBA.
- Schaden, E. (1969) *Fases da Acluturação Religiosa dos Guaraní*. En *Acluturação Indigena*. pp. 103-143. San Pablo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais.
- Worsley, P. (1980) *Al Son de la Trompeta Final*. Madrid: Siglo XXI



**Narraciones sobre la
enfermedad en ermitas y
santuarios de devoción:
un modelo de storytelling
en la proyección
socio-comunitaria
del sufrimiento.**



NARRACIONES SOBRE LA ENFERMEDAD EN ERMITAS Y SANTUARIOS DE DEVOCIÓN: UN MODELO DE STORYTELLING EN LA PROYECCIÓN SOCIO-COMUNITARIA DEL SUFRIMIENTO.

NARRATIONS ABOUT THE DISEASE IN HERMITAGES AND SHRINES OF DEVOTION: A MODEL OF STORYTELLING IN SOCIAL AND COMMUNITY PROJECTION OF SUFFERING.

RESUMEN

Planteamos el interés del estudio de la práctica comunicativa cotidiana en torno a la enfermedad como proceso experiencial, a través de las variadas narrativas escritas asociadas a exvotos que se encuentran en los santuarios y ermitas de devoción local. Estos relatos individuales exhibidos en lugares colectivos tienen un doble objetivo: por un lado, servir como canal de desahogo del sufrimiento personal y/o social ante la aflicción y la dolencia y, por otro, incidir y afectar con precisión sobre las emociones de las personas que los leen. Estos storytelling o relatos emocionales -estructuralmente- tienen una eficacia simbólica que incide en el proceso terapéutico de la persona (o de su entorno), constituyéndose en eficaces elementos comunicadores, potenciados por el espacio físico en el que se hallan y, siendo lugares privilegiados de manifestación y expresión de las representaciones sociales más íntimas.

Pretendemos abordar este fenómeno desde una metodología cualitativa analizando los discursos de estas narrativas de la subjetividad en el contexto fundamentalmente español, pero con referencias a casos latinoamericanos equivalentes.

PALABRAS CLAVE: Exvotos, Enfermedad, Storytelling, Sufrimiento, emociones.

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©

ABSTRACT

We put forward the interest of studying everyday communicative practices in relation to illness as an experiential process, through the various written narratives associated with votive offerings found in shrines and hermitages of local worship. These individual accounts exhibited in collective spaces have a dual purpose: on the one hand, to serve as a channel for relief of personal and/or social suffering in the face of affliction and ailments and, on the other, to precisely influence and affect the emotions of the people who read them.

These storytellings, or these emotional accounts, are structurally effective in terms of symbolism and influence a person's (or an environment's) therapeutic process. They constitute effective communicative elements and are reinforced by the physical space in which they are found - privileged places in which the most intimate social acts are manifested and expressed. We intend to address this phenomenon using a qualitative methodology, analysing the arguments of these narratives of subjectivity fundamentally in the context of Spain, but while also referencing similar cases in Latin America.

KEY WORDS: Votive offerings, illness, storytelling, suffering, emotions.

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©



ARTÍCULO RECIBIDO: 14 DE SEPTIEMBRE DE 2016

ARTÍCULO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN: 23 DE OCTUBRE DE 2016

ARTÍCULO PUBLICADO: 30 DE NOVIEMBRE DE 2016

INTRODUCCIÓN

Las manifestaciones votivas conforman un elemento cultural casi tan antiguo como la propia humanidad. El interés por este fenómeno -estudiado fundamentalmente desde la perspectiva de la antropología de la religión y, más particularmente, desde la religiosidad popular/local-, así como de sus aspectos visuales y narrativos, tiene largo recorrido (Morote Best, 1949; Christian, 1991; Rodríguez Becerra, 1996 y 2008; Valadés Sierra, 1996; Arias, 2000; Castellote Herrero, 2005; Vega Centeno, 2006; Abad, 2010, 2014; Luque Agraz, 2012; Zires, 2014).

En estos últimos años, venimos observando un interés especial por el fenómeno votivo en sus diferentes manifestaciones y formas -exvoto, promesa, milagro o narrativa- no sólo a nivel intelectual dentro de los parámetros de la academia, sino también artístico o performativo. Así lo atestiguan distintas exposiciones a nivel internacional cuyo elemento central era la ofrenda votiva: en México (2014) la exposición plástica “Exvotos” elaborada por 63 mujeres que habían padecido cáncer de mama; en España, dentro del marco del Museo Etnográfico de Castilla y León tuvo lugar la exposición “Exvotos: gracias concedidas, gracias recibidas (2008) y, en el Museo de Historia de la Medicina del País Vasco, la exposición “Brujas, amuletos y exvotos” (2012); en Europa y Norteamérica han tenido lugar “Infinitas gracias: Mexican miracle paintings (Milagros pictóricos mexicanos) en Londres (2011), “Requesting miracles: votive offerings from diverse cultures” en Florida (2012) y, más recientemente en el Bard Graduate Center de Nueva York, la exposición “Ex Voto: Votive Images Across Cultures” (2015). Todo ello parece indicar que los múltiples abordajes sobre esta temática pueden dar más de sí y están lejos de agotarse.

Sin embargo, hace pocos años se afirmaba que el fenómeno votivo -al menos en el contexto español- estaba en desuso: “en tierras hispanas el fenómeno ha ido decayendo y, excepciones aparte, resulta marginal” (VV. AA., 2008: 9). Pero lejos de ello, nuestras propias investigaciones y otros autores que han estudiado el tema en Castilla-La Mancha, coincidimos en afirmar que no sólo no ha decaído su uso, sino que en algunos lugares concretos, éste se ha ido incrementando en lo que se ha llamado revival de las viejas formas religiosas (Sainz Magaña, 2013). Incluso antes de la actual crisis global, las ermitas y santuarios estaban siendo re-visitadas y re-ocupadas, no sólo por los habitantes autóctonos de las localidades aledañas y de su influencia regional, sino por un buen número de inmigrantes que encontraban en estos espacios el escenario idóneo para canalizar sus ansiedades e incertidumbre.

Este incremento del fenómeno -en estos escenarios objeto de estudio- implica no sólo el mantenimiento de las formas habituales de ofrenda, entendidas éstas como exvotos pictóricos, fotografías, trajes empleados en ritos de paso, objetos de cera, pelo humano, etc. (Abad, 2010 y 2012; Eljuri, 2007; Rodríguez Becerra, 1996) sino que implica una paulatina transformación en la acción votiva, que va a pivotar entre las manifestaciones de agradecimiento por el milagro concedido bajo el empleo de fórmulas arquetípicas como “virgen de X, te damos gracias...” y, por otro lado, con el engrosamiento de la presencia de textos manuscritos o impresos que se depositan en estos espacios -que pueden ir acompañando o no a algún objeto o representación gráfica- y que, por regla general, narran emociones y sentimientos ligados a procesos de enfermedad, padecimiento o crisis vital.

Defendíamos en trabajos anteriores la función simbólica que estas ermitas y santuarios de devoción local y regional tenían como archivos locales de la aflicción y el dolor (Rueda, 2011; Abad, 2012: 173) en tanto que albergan verdaderas colecciones de documentos de índole privada, que presentan un carácter literario mixto, donde se entremezcla lo narrativo -testimonios, confesiones, agradecimientos ante un hecho- y lo lírico -poesía- y permite representar el yo corporal, social y material de los devotos.

Nuestro interés particular en este momento actual, se centra en analizar este corpus documental, es decir, las diversas narrativas que se asocian al fenómeno del exvoto en el contexto español, en tanto que representan elementos concretos y significativos de una práctica comunicativa en torno a los procesos de la enfermedad -entendida como proceso experiencial- tanto a nivel individual como colectivo y, a su vez, en torno a procesos que han conllevado sufrimiento social.

En el contexto latinoamericano, quiero destacar los trabajos de Margarita Zires (2014) sobre las transformaciones de los exvotos guadalupanos, quien incorpora a su análisis -no sólo el aspecto visual de los exvotos, sino el lenguaje escrito, el aspecto narrativo y las nuevas formas de expresión-, poniéndose de manifiesto -una vez más- la importancia del discurso en el exvoto como instrumento comunicacional social. Para el caso peruano cabe señalar los estudios de Imelda Vega Centeno (2006, 2013) quien muy acertadamente plantea esas nuevas formas de comunicación con lo divino -a través de oraciones secretas, absolutamente privadas e íntimas- que fueron cuidadosamente escondidas en el interior de la imagen del culto al Taytacha de los temblores de Cuzco.

Por tanto, las características de estos relatos, así como su estructura -al menos en el contexto español-, nos llevan a la arriesgada apuesta de intentar encuadrarlos en el género del storytelling, entendiendo éstos como relatos emocionales cuya funcionalidad radica en servir de vehículo para la proyección socio-comunitaria del sufrimiento y, a su vez, reconducir la subjetividad de los que los leen hacia actitudes asertivas. Este "arte de contar historias" cuyo fin es la conexión emocional con las personas, es un recurso muy utilizado actualmente en el mundo del marketing, que se sirve de elementos que están presentes en los marcos de referencia culturales permitiendo una identificación emocional a través de una serie de significados compartidos (López-Hermida e Ibieta, 2013).

La -cada vez más profusa- producción de estos relatos nos permite también poder abordarlos mediante la perspectiva epistemológica de la medicina basada en narrativas, cuya finalidad consiste en analizar los relatos de la aflicción, las historias de dolor físico, mental y/o emocional, tanto propios

como de familiares como evidencia social del sufrimiento (Kleinman, 1988; Good, 2003; Grimberg, 2009; Mariano Juárez, 2012, Martínez-Hernández, Masana y DiGiacomo, 2013).

OBJETIVOS Y CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

La pertinencia del estudio de estas prácticas comunicativas tiene como objetivo fundamental demostrar cómo estos relatos experienciales alusivos a la enfermedad y al sufrimiento mantienen un doble canal de comunicación. Por un lado, en cuanto se dirigen a seres sobrenaturales representados por imágenes de devoción popular; por otro, porque su expresión visible y pública permite incidir y afectar de modo preciso y certero sobre las emociones de las personas que los leen en estos espacios comunitarios. En este sentido, compartimos las teorías de Veena Das siguiendo a Durkheim (2008: 431) en cuanto al hecho de que la expresión misma del dolor -en sus diferentes formas (verbales, escritas, ritualizadas o corporalizadas) implica una invitación a compartirlo. Desde nuestra postura metodológica y teórica compartimos la premisa de hacer de la antropología una ciencia vivida, que aspire -en palabras de Wikan (1991)- "a propiciar una antropología experiencia-próxima" que pueda dar voz de modo riguroso a lo que se expresa en contextos nativos o locales, sin intentar reproducir "informes sobre ellos mismos y sus mundos particulares" (citado en DiGiacomo, 2013: 39).

Por otra parte, un análisis detenido de carácter semántico nos ha permitido vislumbrar una serie de significados locales en relación con las causas de la aflicción que vienen determinados social y culturalmente y que detallaremos en epígrafes posteriores.

Los métodos de recogida de datos se han obtenido, por un lado, mediante la observación directa de los diferentes espacios y la interacción de las personas que a ellos acudían y, por otro, mediante la selección y registro de 45 relatos escritos alusivos a procesos de salud/enfermedad en diferentes ermitas y santuarios, principalmente, de la Comunidad de Castilla La Mancha (localidades de Alcaraz, Garaballa, Priego, Puebla de Almenara y Urda) y, en menor grado, en la Comunidad Valenciana (Utiel). Estos lugares tienen una activa y prolongada

tradición exvotista, -al igual que he podido evidenciar en otras ermitas de la región (Cardenete, Cañada del Hoyo, Campillos Sierra, La Cierva, La Guardia, Barbatona, Pedro Muñoz, etc.), sin embargo, los primeros, son centros de influencia regional que reciben devotos y visitantes de varias provincias y comunidades limítrofes, lo que hace que haya mayor número de testimonios escritos así como una estructura institucional que suele velar por la guarda y custodia de los mismos -Juntas de Cofradías o instituciones eclesiásticas (las menos).

El trabajo de campo se ha realizado de modo interrumpido en diferentes periodos que abarcan desde el año 2006 hasta mayo de 2016, lo que permite tener una visión transtemporal del fenómeno en los mismos lugares mencionados, siempre a través del relato escrito por los devotos/as, pues, como afirma Zires respecto al fenómeno exvotista, “las reglas del género se han transformado, las formas de narrar y el contenido se han alterado” (2014: 31), ya no vamos a encontrar una fórmula tipo, sino que existe una diversidad de maneras de expresar, aunque sea a través del rito aprendido socialmente.

COMPARTIENDO LAS EMOCIONES A TRAVÉS DEL STORYTELLING.

La sociedad del siglo XX ha sido la sociedad de la hegemonía de la medicalización. El siglo XXI transita en unos escenarios más holísticos y no por ello, menos complejos. El fenómeno exvotista no es ajeno a las transformaciones, tal y como hemos apuntado en párrafos anteriores. La situación social global lleva a los individuos a la incertidumbre como continuum, en este sentido, la subjetividad va a ser uno de los elementos clave para entender los escenarios de la sociedad contemporánea, una sociedad frágil ante la fractura de instituciones que -hasta hace poco- daban anclaje y cobijo simbólico a las personas como pueden ser el trabajo, la familia, el estado, etc. Los individuos se sienten cada vez más desamparados, indefensos y solos y sólo se tienen a sí mismos -y a sus creencias (tanto experienciales como aprendidas culturalmente)- para intentar mantenerse íntegros ante este panorama convulso.

Entrar en un “cuarto de exvotos”, “sala de exvotos” o “camarín de ofrendas” es establecer una conexión directa con la expresión más democrática e íntima de

sentimientos y emociones ante la adversidad, el padecimiento, la enfermedad y el sufrimiento social. Aunque el exvoto, por su propio carácter como producto cultural, está realizado para ser visto por los demás y para publicitar la eficacia sanadora de la imagen objeto de devoción concreta (Rueda, 2011), los textos asociados a estos objetos poseen un carácter que pivota entre lo privado y lo público, devienen de historias que evocan dolor físico y/o emocional y que, por regla general, vislumbran una esperanza de futuro, de ahí que los incorporemos en la categoría del storytelling.

Desde mi posicionamiento personal del extrañamiento que me produce el universo simbólico donde se enmarca este fenómeno -que me es mayoritariamente ajeno-, a mi posición como antropóloga, he de decir que me he sentido como una voyeur de este tipo de documentos, vulnerando simbólicamente la esfera privada en la que fueron escritos y dejándome “tocar” emocionalmente por ellos.

A estos espacios acuden personas de todo nivel educacional, pues no es difícil encontrar como ofrendas desde títulos universitarios de grado superior, copia de nombramientos oficiales en puestos de responsabilidad a textos sencillos escritos con toda clase de faltas de ortografía que evidencian una escasa escolarización.

Aunque el número de problemáticas expresadas en estos espacios es muy diversa, podemos encontrar algunos denominadores comunes que a continuación queremos destacar.

VIDAS INTERRUMPIDAS POR LA ENFERMEDAD/TRAUMA.

La enfermedad -o un proceso traumático- va a suponer una ruptura en la vida de las personas. Por regla general en los santuarios no nos vamos a encontrar con un relato pormenorizado de los diferentes estadios de la misma, sino que los autores -hombres o mujeres- van a seleccionar aquellos elementos álgidos que tienen mayor significación para ellos y su entorno cercano.

“Ya ti, corazoncito,

Siempre te llevo en la memoria.

Debía haber salido contigo dulcemente pero salí con los brazos vacíos, con un nudo en la garganta y caminando solo por impulso.

Salí al mundo rodeada de personas.

Ninguna conocía nuestra historia, nadie sabe de tu existencia.

Siempre he estado con ganas de contarle a todos que te extraño demasiado.

Y que he tenido un hijo que ha volado al cielo.

Solo tu sabes que te amo demasiado. A veces me dicen que como sigo viva después de perderte. Si no morí cuando tu corazón dejó de latir es por algo y debo seguir adelante aunque duela.

Más me dolía buscar culpables, más me hiere culparme a mí.

Es cierto que con mis brazos vacíos lloré bastante tiempo.

Eres el más puro amor de mi vida Sólo tú sabes, mi ángel, cuanto te extraño.

Solo tu sabes que tu ausencia jamás se me olvida

Sé que eres un ángel, MI ANGEL, pero no puedo evitar desear que te hubieses quedado conmigo siempre juntos, mi amado y deseado, DARÍO" (Santuario de Cortes, texto fechado en noviembre 2013 y recogido el 6 de febrero de 2016).

Este relato de la pérdida de un hijo supone todo un ejercicio de reorganización emocional frente al caos interno que supone el hecho de haberse visto truncadas las expectativas de su ya acariciada maternidad y la autora lo hace empleando la narrativa votiva como elemento cultural a su alcance (Becker, 1999). Acompaña al texto manuscrito una iconografía de la maternidad dibujada a rotulador donde se perfilan una madre y un bebé en actitud de abrazo frontal.

Memorializar la pérdida, testimoniar la existencia del nacimiento - "nadie sabe de tu existencia"; "...y que he tenido un hijo...",

hacer el esfuerzo para crear continuidad en su vida tras el trauma - "si no morí cuando tu corazón dejó de latir es por algo y debo seguir adelante aunque duela" y conseguir cerrar el proceso traumático otorgando al niño un rol simbólico - "eres un ángel"-, testimoniando en mayúsculas el nombre del niño al final del texto - "mi amado y deseado DARÍO" hace de este storytelling una historia con una profunda atracción social que conecta con los referentes socio-culturales asociados al ciclo de vida y a los roles de género de la sociedad castellano-manchega y española, al mismo tiempo, el que esta madre sea capaz de narrar un acontecimiento tan traumático a través del texto manuscrito, le permite abandonar una posición de inmovilismo frente al suceso traumático (Das, 2008: 454) y la sitúa en la posibilidad de un cambio identitario y sanador.

Siguiendo con los relatos de ruptura de la "normalidad", tenemos que decir que el cáncer -como proceso- tiene una presencia ambivalente en estos espacios. Por una parte, varios son los textos en los que se intuye de su existencia pero no es directamente mencionado¹: -"esta enfermedad tan dura", "que no le crezca el mal", "una grave enfermedad en el pecho", "mi vida estaba llena de miedo e incertidumbre [...] me dieron la noticia el 8 de septiembre", "hace un año te pedí que mi hija saliera de un bache"- y, por otra parte, cuando el proceso se ha resuelto de modo satisfactorio para el paciente y los familiares, el miedo a verbalizarlo desaparece y se comparte a través del relato: "Gracias por curarme del cáncer, ayuda a todas las personas a superarlo, gracias" (acompaña al texto una peluca colocada sobre una cabeza maniquí), aquí la acción votiva mixta -objetual y narrativa- constituyen una actividad rehabilitadora, capaz de reintegrar a la persona ante las relaciones sociales, ante su propia imagen física normalizada y ante su autoconcepto (Sumalla, Ochoa y Blanco, 2013: 144); no son menos importantes los relatos de restitución:

"[...] quiero darte las gracias por las cosas buenas que me han pasado, el haber podido llegar a casarme después de todo lo que pasé, por tener un piso maravilloso, un trabajo digno y unos padres que me quieren y me ayudan en

1. Interpretamos que se está hablando del cáncer porque estos exvotos se encuentran agrupados por secciones que aluden a un mismo problema o fenómeno. En este caso, estos testimonios están en la zona de las pelucas alusivas a testimonios de procesos oncológicos. Del mismo modo hay "zonas" relativas a ritos de ciclo de vida, accidentes, etc.

todo lo que pueden... ” (Santuario de Cortes, s/f, recogido en julio de 2007).

Aunque la curabilidad no pueda ser garantizada, el hecho de poder recuperar la vida, tal y como se pensaba o se llevaba antes de la inmersión en el proceso de la enfermedad constituye la restitución de la persona que, a través del relato, nos presenta la clasificación de aquellas acciones vitales que le devuelven a un escenario de “quasi-normalidad”.

Sin embargo, ante el cáncer, el relato que se repite es aquel que manifiesta la ansiedad que supone la falta de certeza ante su curabilidad: *“te pido otra vez más que protejas a mi hija Laura de su enfermedad, está muy recuperada, pero tengo miedo de que todo esto empiece otra vez...”. En el discurso del sufrimiento oncológico es habitual la rabia, la irritabilidad e –incluso– la indignación por no poderse garantizar la curabilidad (Sumalla, Ochoa y Blanco, 2013: 142).*

EL ESTIGMA DE LA INFERTILIDAD.

Si hay algún espacio –fuera del contexto sanitario– donde se visibilizan los problemas de la infertilidad o de las expectativas truncadas de procreación dentro del ciclo de vida, son los santuarios de devoción con práctica activa exvotista. En este caso, se conforman en espacios de contradicción donde, por un lado se puede acudir a paliar el sufrimiento que supone la infertilidad mediante la promesa y la esperanza de concesión de un milagro; y, por otro, porque el santuario de devoción está lleno de elementos que aluden a esa deseada maternidad, tales como ropitas de bebé, estuches de canastillas, peúcos hechos a mano, fotografías de recién nacidos, juguetitos, etc., todo ellos elementos que generan ansiedad y sufrimiento a aquellos que no pueden ver materializado su deseo de paternidad.

La maternidad/paternidad es un hecho biológico y social que nos acompaña –voluntaria o involuntariamente– a lo largo de nuestras vidas, al menos en el contexto hispano. La inmersión en el mundo del adulto y de los roles de género que llevan asociados a él nos vienen dados ya desde la infancia a través de los procesos de socialización por tanto, la infertilidad supone un indeseado e incomprensible obstáculo –una ruptura del orden natural (Becker, 1994:391)– para poder cumplir con las fases del ciclo de vida en la

etapa adulta, lo que es vivido como estigma por no corresponderse con las expectativas impuestas por el modelo cultural imperante: *“Te pido salud para toda mi familia y tú que eres madre, y sabes lo bonito que es, dame ese privilegio”.*

En el siguiente caso, tras un “limbo” de 13 años, una pareja relata su historia de éxito en la paternidad, restituyéndose una alterada continuidad en su ciclo vital y omitiendo en el relato información acerca del “verdadero” proceso al que supuestamente han debido haberse sometido para obtener ese logro. La negación del hecho en la narrativa les hace soportable una verdad que culturalmente les resulta aplastante (Tame, 2007: 47).

“Desde 1991 he venido hasta aquí con la esperanza de que me concedas lo que te pido. Salud para mi sobrino y mi padre en especial. También para mis seres queridos, que me lo has concedido. También te pedí concebir un hijo, pero mi mayor alegría fue que concebí 3 maravillosos hijos sanos y fuertes a los que esperamos educar y encaminar de la mejor manera que podamos...” (Ermita de la Virgen de la Misericordia, Puebla de Almenara. Fechado en septiembre de 2004 y recogido en abril de 2006).

Acompañaban al texto tres chupetes azules a modo de exvoto por la gracia concedida y sólo la intuición nos hacía sospechar que se estaba eludiendo visibilizar el doloroso tránsito durante esos 13 años en los que, probablemente, hayan tenido que recurrir a terapias de reproducción asistida. El número de veces que ha recurrido a la ayuda divina –es decir– que ha recurrido a la negociación, implica la magnitud de la desesperanza y la pérdida de control sobre su situación (Tame, 2007: 51).

La presión social por parte de los miembros de la familia y de los amigos en un momento dado del ciclo vital hace que se incremente el estigma de la infertilidad y aquí el género juega un papel fundamental en las percepciones, vivencias y expresiones acerca del problema.

“Y señora mía, tan sólo te pido lo que tantos otros te habrán pedido: amor celestial, gozo para el alma...También yo soy madre y me duele el alma cuando dicen: «madre, no voy a saber lo que es un hijo...» y caen dos lágrimas por la cara de un hombre, ese, es mi hijo” (Nuestra S^a

del Buen Parto, Pedro Muñoz, s/f. Recogido en julio de 2007).

Al depositarse una importante carga de valores culturales en el hecho de la paternidad/maternidad, su carencia supone una pérdida de autoestima, autoimagen y estatus social que -en el momento actual- castiga casi por igual a hombres y a mujeres, sin embargo, el hombre suele tener más reticencia a expresar abiertamente su problema.

La infertilidad -en este contexto observado- es mayoritariamente silenciada, aunque relatos como el siguiente pueden ser la metáfora de un largo proceso, donde la sensación de tristeza y vacío se aúnan, donde la vida sexual de la pareja es "secuestrada" por los plazos que se prescriben desde los tratamientos médicos y donde no siempre hay garantía de éxito (Tame, 2007: 63).

"Vengo Virgen de Cortes a seguir pidiéndote fuerzas para conseguir mi sueño de ser madre, es un camino duro, pero gracias a Dios se va consiguiendo soportar tanto dolor" (Santuario de Cortes, fechada en enero de 2016, recogida en abril de 2016).

Aún así, el mensaje es de resistencia y fortaleza, la acción votiva sirve para "recargar las pilas" emocionales.

CONCLUSIONES

Hemos visto que la mayor parte de los textos que los devotos/as dejan como testimonio en los santuarios se sitúan en un escenario íntimo y autoreferencial. Por lo general se trata de discursos fragmentarios, que no narran la totalidad de los hechos, sino que son escogidos desde la experiencia intersubjetiva para hablar de sí frente a la virgen/Cristo y frente a potenciales 'otros'. Muchos de estos textos fragmentarios son retazos de historia de vida relegados al olvido, en un caso, estigmatizados -incluso- como formas arcaicas/populares de expresión de las emociones y los sentimientos, en otro; pero, una mayoría de ellos, van a componer ese corpus documental clave capaz de afectar a las emociones de las personas que allí acuden por motivos similares, de ahí la eficacia del storytelling.

Ya vimos cómo el propio fenómeno votivo era considerado por algunos autores en desuso o como expresión residual o marginal,

sin embargo nuestra propia experiencia nos ha hablado de otro tipo de realidad mucho más visible y engrosada.

Estas narrativas son actos de comunicación vulnerable, donde se expone el interior del ser y donde el protagonista se abre a otro desconocido con el que -supuestamente- comparte un mismo universo simbólico. Desde una perspectiva de género, cabe hacer constar la relacionalidad femenina basada en la especial conexión de las hijas con sus madres, de ahí que una mayoría de las narrativas que están escritas por mujeres se dirijan a la Virgen como "madre" confidente y se llegue a emplear un tono coloquial -"hermosa, tú sabes mis dos prioridades, gracias, te quiero" (Cortes, 5/01/2016) que posiciona al narrador en una posición de iguales con la divinidad.

Veena Das, siguiendo a Wittgenstein (2008: 432) nos habla del dolor como objeto comunicable e inalienable. La expresión del dolor y su transmisión a través del relato experiencial en los santuarios de devoción nos otorga la posibilidad de poder relacionarnos e interactuar con el dolor de otros, de poder experimentarlo de forma colectiva -aunque el lenguaje empleado no transmita de modo exacto el significado de la experiencia vivida y cada lector lo pueda interpretar según sus propios marcos de referencia-, al referirse a experiencias internas y a vivencias personales, no será difícil apropiarse de la emoción e identificarnos con ella.

Plataformas como Healthtalk.org en Reino Unido o Dipex.es en España comparten relatos experienciales a través de videos de enfermos de diversas edades y sus familiares con la finalidad de ayudar a comprender sus procesos, no sentirse aislados y afrontar en positivo sus respectivas situaciones personales.

"Sharing my story really helped me to be more positive about my life, to build my confidence and look to the future, I feel like I really am helping to make a difference to other people. Clair who has epilepsy".

Cabe dejar abierta la investigación al futuro para aquellos relatos que censuran conscientemente hechos o situaciones dolorosas y que, sólo podrán abordarse

combinando el análisis de los storytelling con la entrevista en profundidad.

La antropología social y, en particular la antropología médica de los últimos años, han privilegiado el discurso del sufrimiento, del dolor ante la enfermedad o el padecimiento en la esfera de la consulta, del espacio hospitalario, del espacio terapéutico sanitario, etc. Sin embargo, la etnografía que aquí presentamos reivindica la toma en consideración de otros espacios no terapéuticos de índole local o subalterna como lugares de expresión de la aflicción y el dolor donde se produce ese intercambio de emociones en la comunidad moral. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad González, Luisa. (2010). "Análisis de las emociones y los sentimientos a través del fenómeno votivo". En: Luisa Abad González y Juan Antonio Flores Martos (Dir.). *Emociones y sentimientos. La construcción social del amor*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha, pp. 185-210.
- Abad González, Luisa. (2012). "Ermitas y santuarios de devoción como archivos locales de la aflicción y el dolor". En: Lorenzo Mariano y Carmen Cipriano (Eds.). *Medicina y narrativas. De la teoría a la práctica*. Madrid: Editorial Circulo Rojo, pp. 163-190.
- Abad González, Luisa. (2014). "Escenarios locales de expresión y gestión de la aflicción: Espacios terapéuticos no sanitarios". En: *Medicina y poder político*. (España): SEHM y Facultad de Medicina de la UCM. pp. 143 - 148.
- Arias, Patricia. (2000). "Palabras, imágenes y silencios: el exvoto femenino". *Artes de México*, N° 53, pp. 64-73.
- Arias, Patricia y Jorge Durand. (2002) *La enferma eterna. Mujer y exvoto en México, siglos XIX y XX*. México: Universidad de Guadalajara.
- Carpio Pérez, Amílcar. (2013) "Exvotos. Una ventana para estudiar el presente". *Cristianismos en América Latina. Tiempo presente, historias y memorias*. En: Elizabeth Judd y Fortunato Mallimaci (Coord.). Buenos Aires: CLACSO, pp. 129-162.
- Becker, G. (1994). "Metaphors in Disrupted Lives: Infertility and Cultural Constructions of Continuity". *Medical Anthropology Quarterly*, 8(4), 383-410. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/649087> (Consultado el 9/05/2016).
- Becker, Gay. (1999) *Disrupted lives. How people create meaning in a chaotic world*. Berkeley: University of California Press.
- Castellote Herrero, Eulalia. (2005). *Exvotos pictóricos del Santuario de N.ª. Sra. De la Salud de Barbatona*. Guadalajara: AACHE ediciones.
- Cornejo, M; Blázquez, M y J.A. Flores (2014). "El incómodo vínculo entre medicina y fe". En: Maribel Blázquez, Mónica Cornejo y Juan Antonio Flores (Coord.) *El reencuentro de salud y espiritualidad: saberes, agencias y prácticas periféricas*. Tarragona. Publicaciones URV.
- Christian Jr., William A. (1991). *Religiosidad local en la España de Felipe II*. Nerea, Madrid.
- Das, Veena. (2008). *Sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- De Las Heras Salord, Jaime y Luisa Abad González. (2014). "Escenarios de aflicción: voces, representaciones y poder". En: *Medicina y poder político*. (España): SEHM y Facultad de Medicina de la UCM. pp. 123 - 124.
- Eljuri Jaramillo, Gabriela. (2007). "Los exvotos desde una visión antropológica. El don y la reciprocidad". *Artesanías de América*. N° 63-64. Cuenca, Ecuador: Centro Interamericano de artesanías y artes populares, pp. 143-166.
- Good, Byron. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- González Sánchez, Jorge A. (1986). "Exvotos y retablitos. Religión popular y comunicación social en México". *Estudios sobre las culturas contemporáneas*. Vol. I. N° 1. Colima, México: Universidad de Colima, pp. 7-51.
- Grimberg, Mabel (Ed). (2009). *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Kleinman, Arthur. (1988). *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. NY: Basic Books.
- López-Hermida, A. e Ibieta Illanes, N. (2013). "Nuevas narrativas en Comunicación de Salud: El storytelling y la conquista emocional del paciente". *Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones"*, 6 (2), Artículo 3. Disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones/> (Consultado el 19/10/2015)
- Luque Agraz, Elin. (2012). *Análisis de la evolución de los exvotos pictóricos como documentos visuales para*

escribir "la otra historia" de México. UNED, Tesis doctoral.

Mariano Juárez, Lorenzo. (2012). "Definiciones de evidencia entre signos y palabras. De la Antropología médica a la medicina basada en narrativas". En: Lorenzo Mariano y Carmen Cipriano (Eds.). *Medicina y narrativas. De la teoría a la práctica*. Madrid: Editorial Círculo Rojo, pp.: 25-70.

Martínez-Hernández, Angel, Lina Masana y Susan M. DiGiacomo. (2013). *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Tarragona: Publicaciones URV y RedeUnida.

Morote Best, Efraín. (1949). "Las Cartas a Dios". *Revista Universitaria XXXVIII*, 97, pp. 309-328, Cusco.

Otegui Pascual, Rosario. (2000). "Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento". En: Enrique Perdiguero y Josep M. Comelles (Eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra, pp. 227-248.

Rodríguez Becerra, Salvador. (1996). "Enfermedades humanas con tratamiento divino. La curación mágico-religiosa en Andalucía". En: José Antonio González Alcántud y Salvador

Rodríguez Becerra (Eds.) *Creer y curar: la medicina popular*. Granada: Diputación Provincial de Granada, pp. 529-544.

Rodríguez Becerra, Salvador. (2008). "Los exvotos como expresión de las relaciones humanas con lo sobrenatural. Nuevas perspectivas desde Andalucía". En: Domínguez Viñas, Ruth (Coord.) *México y España, un océano de exvotos: gracias concedidas, gracias recibidas*. Zamora: Museo Etnográfico de Castilla y León, pp. 96-120.

Rueda, Hugo (2011). "Exvotos mexicanos: cuerpo infausto, milagro e imagen". VI Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Sainz Magaña, Elena. (2013). "Exvotos y santuarios. El revival de viejas formas religiosas", en *Religio in Labyrinth*. Encuentros y desencuentros en religiones complejas (José Joaquín Caerols, ed.). Madrid: Escolar y Mayo eds. Pp. 267-282.

Sumalla, Enric C; Cristian Ochoa e Ignasi Blanco. (2013). "Pero... ¿estoy curada? Narración de restitución y discurso biomédico en cáncer de mama". En Martínez-Hernández, Angel, Lina Masana y Susan M. DiGiacomo. (2013). *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Tarragona: Publicaciones URV y RedeUnida. Pp. 137-150.

Tame, Nancy. (2007). *Infertilidad. El dolor secreto*. México: Editorial Pax México.

Valadés Sierra, Juan Manuel. (1996). "Exvotos, un patrimonio peculiar en peligro de extinción". *Revista de Arqueología*, 187.

Vega-Centeno, Imelda. (2006). "Sollozos del alma. Confidencias con el Taytacha temblores". *Revista Andina*, n° 42. Cuzco: CBC, pp. 9-56.

Vega-Centeno, Imelda. (2013). "¡Mi pierna, mi pierna izquierda me duele! Experiencia religiosa en el proceso de restauración de la imagen del Taytacha temblores, Cuzco, 2005". En: Elizabeth Judd y Fortunato Mallimaci (Coord.). *Cristianismos en América Latina. Tiempo presente, historias y memorias*. Buenos Aires: CLACSO, pp. 269-295.

Zires, Margarita. (2014). *Las transformaciones de los exvotos pictográficos guadalupanos (1848-1999)*. México: Iberoamericana, Vervuert, UAM.

VV.AA. (2008). *México y España. Un océano de exvotos: gracias concedidas, gracias recibidas*. Zamora: Museo Etnográfico de Castilla y León.



Umbanda y sanación:
experiencia en Uruguay
y en España

UMBANDA Y SANACIÓN: EXPERIENCIA EN URUGUAY Y EN ESPAÑA

UMBANDA AND HEALING: EXPERIENCE IN URUGUAY AND SPAIN

RESUMEN

Presento a continuación la temática con la que trabajé en mi tesina, la presencia de la Umbanda en España por medio de la inmigración uruguaya y argentina que hubo a finales del siglo pasado y principios de éste. Para ello, introduzco al lector en la definición del culto y en su práctica. Presento en líneas generales el panteón umbandista, formado por Orixás y Guías de Luz, y la relación de los iniciados con ellos. Religión para unos y corriente de la New Age para otros, la Umbanda presenta un código de sanación mediante diferentes técnicas basado en la regulación de la energía vital, el axé, para el correcto funcionamiento de los tres cuerpos que tenemos: el cuerpo físico, el cuerpo mental y el cuerpo emocional. El cuerpo equilibrado servirá de soporte para que las entidades espirituales se manifiesten en el trance y así puedan ejercer la práctica de la caridad, consistente en prestar ayuda a todo aquel que necesite y recurra a ellas.

PALABRAS CLAVE: Axé; Caboclo; Orixá; Preto Velho; Umbanda.

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©

ABSTRACT

This is the subject in which I was working on my dissertation, the religious worship Umbanda in Spain. It was bring by the uruguayan and argentinian immigration at the end of last century and at the beginning of this one. Therefore, I introduce the reader to the definition of Umbanda Worship and Practice. I show in general terms the gods (Orixás) and Spiritual Guides (Guías de Luz), and the relationship between them and their practising. Some people understand Umbanda as a Religion and another as a New Age movement, but the truth is this cult has a healing code based on the regulation of axe (vital energy), and how works on the three differents bodies we have: physical body, mental body and emotional body. The balanced body of the practising will be the support of the spirits, who express themselves in a trance medium.

Keywords: Axé; Caboclo; Orixá; Preto Velho; Umbanda.

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©



ARTÍCULO RECIBIDO: 1 DE SEPTIEMBRE DE 2016

ARTÍCULO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN: 23 DE OCTUBRE DE 2016

ARTÍCULO PUBLICADO: 30 DE NOVIEMBRE DE 2016

INTRODUCCIÓN

Nossa Senhora incensou a Jesus Cristo, Jesus Cristo incensou aos filhos seus. Eu incenso, eu incenso esta casa, na fé de Oxóssi, de Ogum e Oxalá. El simple hecho de incensar, de *defumar*, ya supone una potente práctica de curación. La Umbanda es una religión que busca la evolución espiritual contando con el apoyo del cuerpo físico, el cual debe estar fuerte y sano para colaborar en este fin. Un cuerpo y una mente firmes podrán colaborar en conjunto para alcanzar el equilibrio emocional, y con éste el mental, que permitirá al iniciado descubrir el sendero espiritual que ha decidido emprender y con todo ello, también conocerse a sí mismo.

De origen brasileño, cuentan sus practicantes que la Umbanda vio la luz hacia el año 1908, de manera sorpresiva durante una sesión de espiritismo. Su accesibilidad, alegría y capacidad de resolver problemas cotidianos han hecho que se expanda por diferentes países de Sudamérica y europeos, entre ellos España, en este caso de la mano de practicantes de origen uruguayo y argentino, hecho del que hablaré más adelante. Se trata de una práctica que rinde culto a la naturaleza, y con el protagonismo que tienen las hierbas en su fundamento podemos teñir de verde a sus entidades. La Umbanda es mediúmnica puesto que los religiosos poseen un panteón de espíritus que se manifiestan en nuestro plano físico utilizando el cuerpo de los fieles. Es también un culto misterioso, en el que la iniciación necesita de un sacerdote, llamado *Pai de Santo* (Padre de Santo) si es hombre o *Mãe de Santo* (Madre de Santo) si es mujer, que actúa como guía, dotando de conocimientos al iniciado a medida que va avanzando por el sendero espiritual que ha escogido.

El panteón umbandista se forma por una serie de entidades que actúan como semidioses, rigiendo los diferentes reinos de la naturaleza, los *Orixás*, los cuales tendrán a su servicio

a una serie de espíritus desencarnados (de personas fallecidas) y elementales (que nunca han encarnado) que trabajarán a su servicio dentro de la misma vibración energética. Dentro de los espíritus desencarnados, puesto que los elementales no tienen una participación directa en el culto de Umbanda, encontramos en líneas generales a los esclavos fallecidos de la época de la colonización en Brasil, tanto los africanos que llegaron como los indios autóctonos. Más adelante se fueron añadiendo otros espíritus encarnados de otros pueblos y con otra historia diferente, pero teniendo en común que su grado de evolución espiritual es tan elevado que no necesitaron continuar en la regla de la reencarnación, por lo que pasaron a formar parte del panteón ancestral umbandista. Así pues, todo iniciado que entra en contacto con estas entidades puede contarlos como ancestros, aunque no les unan lazos familiares ni culturales.

Dentro de la Umbanda, cada Orixá tiene una Línea, es decir, una agrupación de espíritus de elevada evolución en el plano astral que tienen características comunes, como pueda ser que trabajen con los mismos elementos esotéricos. Por otro lado, los espíritus desencarnados, también llamados dentro de los templos umbandistas, los *Terreiros*, Guías de Luz, se organizan en Falanges, caracterizadas por unir a espíritus con origen étnico similar. Vamos a destacar tres Falanges, las más representativas: en primer lugar tenemos a los *Pretos Velhos*, los negros viejos, que representan a los negros ancianos que en África eran considerados sabios y que en Brasil fueron abandonados, mutilados o asesinados por no servir como mano de obra. Una segunda Falange es la de los *Caboclos*, que agrupa a los indios autóctonos, cazadores y conocedores de la flora y la fauna del territorio brasileño. Por último, las *Crianças*, los niños de ambas etnias nacidos en la esclavitud. Cada Línea tiene diferentes representantes de las distintas Falanges, es decir, diferentes Falangeros, que tienen en común energías y elementos de trabajo que los identifican con el Orixá regente. El iniciado umbandista cuenta con un Orixá que lo adopta como hijo religioso y pone a su disposición una serie de entidades de su Línea y de las de sus compañeros, de manera que el practicante cuenta con un panteón personalizado, con el que se comunica principalmente por medio del trance mediúmnico durante las sesiones de Umbanda, las giras.

METODOLOGÍA

La Umbanda es un culto que se conoce a través de su práctica y de quienes la llevan a cabo, por lo que no encontré mejor método que la inserción en el campo, en este caso, templos y casas de particulares, tanto en España como en Uruguay, Argentina (que hereda también la práctica uruguaya) y Brasil. Las entrevistas han sido fundamentales, y a partir de ellas se me permitió realizar fotografías y vídeos. Visité también santerías, tiendas especializadas en material religioso, donde pude seguir haciendo entrevistas a la vez que adquiría algunos artículos.

Para el estudio concreto de la Tesina elegí a ocho practicantes, cuatro españoles y cuatro uruguayos afincados en España, realizando el salto a América Latina posteriormente. Les pregunté a todos lo mismo: qué es la Umbanda, qué significa la misma para ellos, qué buscan al practicarla y qué les aporta, qué tradición religiosa seguían antes de iniciarse y si aún la mantienen, puesto que la doctrina umbandista permite la compatibilización de creencias de diferente origen a ella. Pregunté también si practicaban solos o en grupo, es decir, si acudían a algún Terreiro o se organizaban en algún domicilio, y finalmente cómo la introducían en su vida cotidiana, si habían tenido problemas con su medio, si escondían su práctica o todo lo contrario. Los informantes supieron explicarme con detalle qué significa para ellos la Umbanda, pero les costó darme una definición técnica, porque ellos no estudian su culto de manera académica sino doctrinal. En el Terreiro se estudia teología, fundamento como dicen ellos. Para los uruguayos, los Orixás y los Guías de Luz tienen un rango similar al de los dioses, pero para los españoles son entidades de trato más cercano. Un uruguayo se dirigirá a sus deidades tratándolas de *Pai* (Padre) si es masculina y *Mãe* (Madre) si es femenina, y siempre de usted. En España he notado un trato más cordial, más amistoso. Un uruguayo dice que ama a las entidades, "a los Pais", un español no lo siente así, ya que la relación que tiene con ellos es más reciente, no hace más de treinta años que empezó el movimiento umbandista en España y todavía es muy minoritario. Creo que podríamos decir que en España la Umbanda está viviendo todavía su prehistoria. Con respecto a las otras preguntas que les realicé durante las entrevistas, la mayoría practicaba Umbanda en casa, sólo dos de ellos tenían un

Terreiro abierto, los demás tenían sus altares en sus domicilios. Coincidieron en separar la Umbanda de la vida cotidiana y con respecto a la aceptación del culto por parte del medio, en Uruguay se hace más sencilla la práctica puesto que está más presente, hay Terreiros en casi todos los barrios de Montevideo y en otras ciudades. La Umbanda uruguaya tiene autonomía propia, no depende de la práctica brasileña.

UMBANDA, RELIGIÓN Y NEW AGE

Como religión, la Umbanda propone una vía de purificación tanto espiritual como mental y corporal, a través del conocimiento de las diferentes fuerzas energéticas de la naturaleza y su disposición a trabajar con el iniciado en pos de ayudarlo a alcanzar dicho fin. Como ya he comentado, la forma de acceder a esta conexión con lo divino es mediante una iniciación misteriosa. La implicación que la misma exige en lo que a cuerpo y espíritu del iniciado se refiere hace que me plantee la reflexión sobre si la Umbanda es una religión, con el peso histórico y doctrinal que ello podría conllevar, o un culto de la corriente *New Age*, más dado a una flexibilidad en lo que a su práctica se refiere y más ligado a la creación de una creencia espiritual individual frente a la colectividad religiosa. No es éste el espacio para profundizar sobre ambas cuestiones, sólo las traigo a colación porque fueron los conceptos con los que trabajé cuando estudié la implantación de la Umbanda uruguaya en España. El antecedente del que parto es mi Tesina "Cultos africanistas en España: hibridaciones, prácticas e imaginarios religiosos", en la que presenté tres cultos afrobrasileños que han tenido gran acogida en Uruguay y que mediante la inmigración han hecho acto de presencia en España: Batuque, culto a los Orixás muy similar al Candomblé, Umbanda y Quimbanda, que se practica de manera paralela a los anteriores. El cambio de idioma ya ha supuesto variaciones en el culto, como pueda ser el caso de una Falangera de Quimbanda, Pombagira. Concretamente la Falangera es María Maleva, muy reconocida en Uruguay, Argentina y en dos Terreiros que visité en España, pero totalmente desconocida en suelo brasileño. Según pude rastrear, la explicación a este fenómeno sería que el nombre se debe a una confusión, puesto que casi todas las Falangeras de Pombagira responden al nombre de María (María Padilha, María Mulambo, María Quitéria, entre muchas otras), y en alguna canción del

ritual, un *ponto cantado*, se cantó a alguna María, *Maria a que mais leva* (María la que más lleva), lo que a oídos de un hispanohablante que no entiende el portugués suena como María Maleva. También, en el campo de la sanación, que es el que nos interesa, la ausencia de ciertas hierbas y semillas en suelo ajeno al brasileño hace que se sustituyan unas plantas por otras, por lo que las adaptaciones a fuerza de ser usadas se convierten en ritual. Más adaptación se ha hecho en España, donde muchas plantas exóticas ni siquiera llegan como semillas a los viveros.

Pude comprobar a través de mis pesquisas que en Uruguay la Umbanda es considerada como religión mientras que en España se la ve como una corriente adscrita a la New Age. En Uruguay, “ser de religión” significa ser umbandista, y “hacer religión” supone practicarla. Alguna vez escuché estas expresiones en practicantes españoles, pero su uso se debe más a la herencia adquirida por los uruguayos que los iniciaron que al significado espiritual que tiene para éstos.

UMBANDA Y SANACIÓN

La curación en la Umbanda tiene un papel fundamental, las entidades que en ella trabajan ejercen de sanadores aunque sólo sea porque con su presencia “descargan y limpian el Terreiro y a todos los que están en él”, como me han explicado en varias ocasiones. Llega una entidad que prácticamente no habla, sólo pide tabaco y vino. Fuma, bebe, se ríe, saluda y se va. Esa entidad cumplió su función, descargar a su médium. Antes de entrar en la filosofía de la sanación umbandista, quisiera exponer las técnicas que se utilizan. He de especificar sin embargo que no existe un código general que indique qué técnicas se utilizan para las diferentes enfermedades, es decir, en un Terreiro una jaqueca se puede curar con una receta y en otra casa religiosa utilizarán otra distinta. La técnica más utilizada para descargar a un individuo, es decir, para limpiar su cuerpo energético, es el Pase de Descarga, consistente en pasar la mano por el aura del mismo retirando así toda la carga negativa. La Defumación o *Fumaça* ya ha sido vista, se queman una serie de hierbas secas y previamente ritualizadas con el fin de limpiar un espacio. Los Baños de Descarga son infusiones de hierbas que se vierten sobre el cuerpo después de la ducha. Hay quienes opinan que los Baños de Descarga se vierten desde la cabeza y quienes creen que deben

empezar desde el final del cuello, dejando la cabeza y el principio del cuello secos. El *Amassi* es una infusión de hierbas que se vierte sobre la cabeza del iniciado cuando se bautiza o se hace el ritual para asentar el Orixá en el cuerpo. Esta infusión se suele hacer frotando las hierbas frescas entre las manos, estando éstas sumergidas en el agua donde se va a hacer la mezcla, con el fin de depositar la savia de las hierbas. Los Falangeros tienen sus propias recetas de *Amassi* que utilizan con diferentes fines. Las Ofrendas son obsequios, normalmente alimenticios, que se ofrecen a las entidades con el fin de pedir algo o agradecer algo ya dado. Cada Orixá y cada Falange tienen sus alimentos, bebidas y flores propios, por lo que conociendo este fundamento se sabrá qué ofrendar a quien se quiera agasajar. El *Ebó* es un sacrificio animal, teniendo también cada Orixá su animal. En una corriente concreta de la Umbanda llamada Cruzada también se sacrifican animales, pero de manera muy excepcional. Los animales ofrecidos se clasifican en dos pies, es decir, aves, normalmente palomas, gallos y gallinas; y en cuatro pies, que son chivos. Por último, como veremos más adelante, otro elemento de curación puede ser la Obligación, ritual que determina la iniciación del individuo en un culto afrobrasileño como es la Umbanda. En reglas generales, una obligación es un retiro que puede durar unas horas o varios días en las que el iniciado se aísla del mundo exterior para entrar en contacto con sus entidades y estrechar su relación con ellos, por lo que les ofrecerá ofrendas, ebós, se dará baños de descarga y se dedicará a aprender sobre su culto, avanzando en el conocimiento místico que supone una parte del fundamento umbandista.

Las hierbas ocupan un papel fundamental en el desenvolvimiento de la Umbanda. Los dioses verdes requieren sangre verde, siendo éste elemento de vida, ocurriendo lo mismo con la sangre animal. Hemos visto que no todas las corrientes umbandistas trabajan con animales pero sí con sangre verde. El Orixá que rige la medicina vegetal es Oshanha, que asignó a cada Orixá y a su Línea diferentes hojas, por lo que cuando se preparan baños de descarga, un amassi o una defumación, se utilizarán unas u otras en función de a qué Orixá o Falangero se consagre el ritual. El conocimiento de las hojas se transmite en el Terreiro de manera oral, teniendo cada corriente umbandista su propio

fundamento. En la Umbanda quien asume la responsabilidad de consagrar las hierbas es Oxóssi, puesto que Ossanha no participa en este culto, y los Falangeros que heredan esta tarea son los Caboclos, aunque los demás también tienen sus hierbas, pero éstos son los representativos de las curas con sangre verde.

Analicemos ahora qué tipo de males sana la Umbanda. La enfermedad se entiende como un desajuste kármico o energético, lo cual influye en el cuerpo físico y en la faceta emocional y mental. El Orixá emana una energía vital llamada *axé*, la cual es recibida y repartida por todo el cuerpo físico, mental y emocional. El *axé* es como el tao, una energía sagrada que fluye y que hace que todos los elementos estén en armonía y en equilibrio, por lo que una ausencia o vacilación de *axé* dan lugar a la aparición de un mal como puede ser una dolencia. La corriente más esotérica de la Umbanda, la cual bebe del Hinduismo, relaciona el equilibrio energético del cuerpo con la correcta alineación de los chakras, incluso se asocian ciertas entidades con los mismos, perteneciendo el chakra coronario (el de la cabeza) al Orixá. Curiosamente, la creencia africanista se refiere a esta zona del cuerpo como *coroa* (corona), y es en ella donde se vierten los baños de hierbas para el bautismo (el *amassi*) o donde se realiza el *bori*, la ceremonia para alimentar la cabeza del adepto y consagrarla al Orixá. Además, este chakra se representa con el color blanco, color de Oxalá, representante de la energía de Orixá. Si tenemos cuenta la relación de los chakras con el panteón umbandista, podríamos determinar que el primer chakra, situado en el perineo, se representa con el color rojo, color de Exú, entidad del culto de Quimbanda, cuya energía terrenal lo asocia a los instintos sexuales y a la supervivencia. Exú es el mensajero del Orixá, con lo cual su comunicación es directa, lineal y ascendente, atravesando los diferentes niveles astrales donde viven seres de luz más evolucionados que él pero también al servicio de los Orixás, como son los Guías de Umbanda. La energía de Exú sube al Orixá por tanto como lo hace *kundalini*, energía ascendente representada como una serpiente, desde *mulhadara* (el primer chakra) hasta *sajasra-ara* (el séptimo chakra).

Más común que la relación con los chakras es asociar partes del cuerpo con los Orixás, no existiendo tampoco una relación oficial

entre entidad y órgano. En rasgos generales, todos parecen coincidir en que la cabeza la rige Oxalá, independientemente del Orixá que el iniciado tenga asignado; también se le asocian los ojos. Las orejas y oídos se asocian a *Obá*, que carece precisamente de una oreja debido a un desencuentro que tuvo con *Oxum*. A *Ogum*, el guerrero, le asignan huesos como las costillas e incluso músculos como los de las piernas. Los pies hay quien los asocia con Ossanha ya que carece de uno, y otros se los asignan a Exú, porque es quien abre los caminos y permite que se avance por ellos. Los senos se asocian tanto a *Iemanjá*, Orixá del mar y madre de la creación, como a Oxum por su relación con la maternidad. Dicen que Oxum pare y Iemanjá cría, por eso quizás se le asigna a esta última el aparato reproductor femenino. El aparato reproductor masculino se suele asociar con Exú, pero hay quien se lo asigna a *Xangô* por su capacidad de mando y su estrecha relación con el sexo femenino. Una idea que está presente es el hecho de que las características del Orixá influyen sobre sus hijos terrenales, así como Xangô es mujeriego (se casó con tres Orixás: Oxum, Iansã y Obá), sus hijos también lo serán, o como *Omulú*, tiene marcas en la piel por enfermedad, sus hijos tendrán tendencia a sufrir males dérmicos como granos, viruela, o incluso lepra.

Como ya he introducido, el desequilibrio energético en el cuerpo se puede producir por diferentes motivos que pasaremos a analizar: puede tratarse de una cuestión kármica que ya venía marcada en la hoja de ruta del individuo al nacer. También por una *demanda*, es decir, un trabajo de brujería que la persona ha sufrido (también llamado este trabajo de magia negra *macumba*, término con más definiciones y características que no entraré a detallar en esta ocasión). Puede ser una señal del Orixá indicándole al afectado su incorporación al culto correspondiente. Por último, puede tratarse de un desequilibrio energético padecido por una cuestión psicosomática como el estrés, o simplemente es una enfermedad que al afectado le correspondía pasar, como pueda ser el caso de un resfriado, provocado simplemente porque el afectado no se abrigó lo suficiente un día de frío. Según el mal y su origen, tendrán o no cura.

Si se trata de una demanda, según lo grande que ésta haya sido, podrá curarse con una

ofrenda o con un ebó. En otras ocasiones, no se trata de una demanda como tal, sino de justicia divina. Hay quienes especifican que si el trabajo de magia que se realiza contra alguien busca dañarlo, por el motivo que sea, se trata de demanda, pero si el trabajo se hace buscando alejamiento o devolver el mal que esa persona previamente ha enviado, se trata entonces de justicia. Prácticamente todos los informantes con los que he hablado y hablo coinciden en que la demanda va y vuelve, es decir, el mal que se envía vuelve a quien lo envió, ya que este concepto de dañar a alguien es incompatible con la filosofía umbandista. Una demanda común sería la de enviar un *obsesor* a quien se quiere perjudicar. Un obsesor es un espíritu sin luz, es decir, con muy poca evolución en el astral, que todavía está muy apegado a la materia física y que busca un cuerpo del que absorber la energía que le falta para seguir sobreviviendo. Por ello, cuando alguien lo recibe, puede sentir cansancio, tristeza, agotamiento, sentimientos y estados que reflejan la propia angustia del obsesor que busca desesperadamente un rayo de luz. Son los propios Guías de Luz quienes detectan su presencia y ellos mismos suelen retirarlos cuando abandonan el cuerpo de su médium, recetando a quien lo ha padecido algún baño de descarga para limpiar residuos energéticos.

En el caso de una dolencia kármica, en algunas ocasiones puede sanarse y en otras no, dependiendo de las circunstancias del caso en concreto. Si el mal no tiene cura o está marcado como el motivo que provocará la muerte del individuo, lo que la entidad puede hacer es suavizar el dolor o la angustia del paciente. Visité en Montevideo un famoso Terreiro en la zona de Piedras Blancas donde me contaron que el Pai de Santo, actualmente fallecido, estuvo ingresado en el hospital con una dolencia seria, que podría solventarse con una delicada intervención. Sin consultar con el sacerdote, el cuerpo mediúmnico se reunió en el Terreiro y sacrificaron un chivo para Ogum, que es el dueño de todo lo que corta con el fin de extraer el mal, en este caso un bisturí, y con ello consiguieron salvarle la vida al sacerdote. Este tipo de acciones que implican un ebó se deben hacer en situaciones realmente extremas, puesto que un animal es lo más grande en cuanto a fuerza que le puedes ofrecer a una entidad. Rosario, una Mãe de Santo montevideana me explicó este concepto añadiendo que “si por una tontería

matas un chivo, ¿qué vas a matar cuando la cosa sea grave? ¿Un humano? ”.

Si el Orixá provoca la dolencia para atraer al individuo a su Línea energética, éste se curará una vez que se inicie, haciendo la correspondiente obligación. También hay detractores de esta idea, defendiendo que el Orixá no va a obligar al individuo a comprometerse en el culto, pero no debe entenderse tampoco como un acto de maldad por parte de la entidad, sino como una forma de salvar al individuo, todo depende de la relación del mismo con su energía y de sus circunstancias concretas. De la misma manera, la dolencia puede empezar porque el iniciado no debe continuar con el sacerdote que ejerce de mentor, por diferentes causas. Una razón de la que he escuchado algún testimonio es el hecho de que el sacerdote interpretara erróneamente la lectura de sus búzios y asignase al consultante un Orixá que no es el que le corresponde, procediendo posteriormente a iniciar a dicho consultante asentando ese Orixá en su cabeza. El iniciado puede sufrir males en su vida cotidiana en diferentes ámbitos, entre ellos la salud, males que se curarán una vez que este iniciado “se quite la mano”, es decir, que se haga un ritual en el que se le retire el asentamiento antes realizado quedando su cabeza y su persona en el estado previo a la iniciación. A partir de ahí, en función de lo que decida y le marquen los búzios, esta persona deberá elegir entre “ponerse de nuevo una mano”, elegir a otro sacerdote que lo inicie, o permanecer en ese estado.

En el caso de una enfermedad sin antecedentes kármicos, ni demandas y sin actuación del Orixá, la cura pasa por un tratamiento médico y/o una receta dictaminada por una entidad. Es importante especificar que, siempre que se trata con una enfermedad en el Terreiro, la cura se hace una vez que la medicina tradicional no ha podido sanarla o sino a la par que ésta. Prácticamente todos los iniciados coinciden en que la Umbanda no cura el cáncer, pero su tratamiento médico puede ser más efectivo con la ayuda de un ser de luz. En el caso de tratarse de males como insomnio o estrés, es común que se receten baños de descarga. El paciente deberá mezclar las hierbas indicadas por el sacerdote o la entidad y darse tantos

baños como se le receten durante el tiempo que éstos estimen¹.

Si la enfermedad es degenerativa, se encuentra en un estado avanzado, o marca sus efectos en la piel mediante llagas o granos, entonces corresponde a Omulú, Orixá de las enfermedades epidémicas. La enfermedad para Omulú se entiende como purgación, como regeneración. La muerte supone un cambio completo en el que el cuerpo pasa por un proceso de putrefacción y desaparición, separándose del alma que será acompañada por los psicopompos de su Línea al lugar del astral que les corresponda. Durante una consulta de búzios que realicé en un Terreiro de Montevideo que no frecuenté mucho, en el barrio de Nuevo París, la Mãe de Santo me explicó que siempre que se hiciese un trabajo de salud para Omulú había que complementar con Oxum o con Bará (nombre que recibe Exú en Batuque), porque Omulú está muy ligado a la muerte, por lo que la persona se recuperará pero quedará débil, y siendo Bará quien abre los caminos y Oxum dueña de la prosperidad se asocian a entidades que sacan adelante a los adeptos; en palabras de la propia sacerdotisa, "Omulú cura y Oxúm y Bará levantan".

En el caso de un mal mental o emocional se recurre a Iemanjá, que además de madre regente en el agua salada es regidora de la luna, asociada a la intuición y el poder mental, compartiendo con Oxalá la influencia sobre el tercer ojo. En las sesiones de Umbanda suelen aparecer las *Sereias* (Sirenas), espíritus femeninos que no hablan, lloran desconsoladamente y en ocasiones emiten un sonido que podría emular un canto. Con sus lágrimas limpian el ambiente y se llevan consigo toda la carga que pueda haber en el lugar, tanto del espacio como de los asistentes allí presentes. El agua de mar es uno de los elementos de trabajo más poderosos en la Umbanda, hay un ponto cantado, una canción del ritual, que se entona al hacer una descarga,

*Descarrega Umbanda, vem descarregar,
(Descarga Umbanda, ven a descargar.)*

*Descarrega Umbanda aos filhos de Oxalá.
(Descarga Umbanda a los hijos de Oxalá.)*

*Descarrega, descarrega todo o mal que aqui está.
(Descarga, descarga todo el mal que aquí está.)*

Leva, leva, leva, (Lleva, lleva, lleva,)

Leva para as ondas do mar. (Lleva para las ondas del mar.)

Independientemente del origen del mal padecido, se habla de la importancia que tiene en la curación la voluntad del enfermo, es decir, la Umbanda no curará a quien no desee ser curado. Algunas corrientes de la New Age y la medicina alternativa hablan de la provocación de enfermedades por parte del individuo de manera inconsciente como modo de protección. Más de una vez he escuchado decir a seguidores de diferentes corrientes de la Nueva Era que el alzheimer es una enfermedad autoprovocada por aquéllos que no quieren seguir recordando, y si consultamos el Diccionario de Enfermedades Emocionales califica esta enfermedad como medio de huir de la realidad presente, padeciéndola personas que durante toda su vida han tenido tendencia a ocuparse de todo, por lo que al adquirir esta enfermedad se deshacen de dicha responsabilidad. El alzheimer todavía no tiene cura médica, por lo que la Umbanda tampoco la podría curar, porque además según esta teoría se trata de una voluntad personal. En otras ocasiones donde la enfermedad no tiene cura, la voluntad puede mejorar las condiciones de vida pero no por ello salvarla.

CONCLUSIONES

Sea religión o culto *New Age*, todos los practicantes coinciden en que el buen desenvolvimiento de la misma implica un cuerpo firme y un espíritu limpio, mens sana in corpore sano. Aunque presento una práctica estándar de la Umbanda, la realidad es que ésta tiene diferentes corrientes que difieren entre sí, unas dentro de Brasil y otras fuera. Diferentes técnicas de sanación, a veces incluso diferentes entidades para una u otra cura, pero un mismo fin, sanar los males que casi siempre tienen origen energético. Hay una expresión que creo que resume la práctica umbandista como corriente espiritual, sea del tipo que sea, y como código de sanación: *quem*

1. He escuchado alguna vez en broma entre iniciados la expresión "ante la duda, ruda". Además de abortiva, la ruda es una de las hierbas con más usos y propiedades de la fitoterapia umbandista.

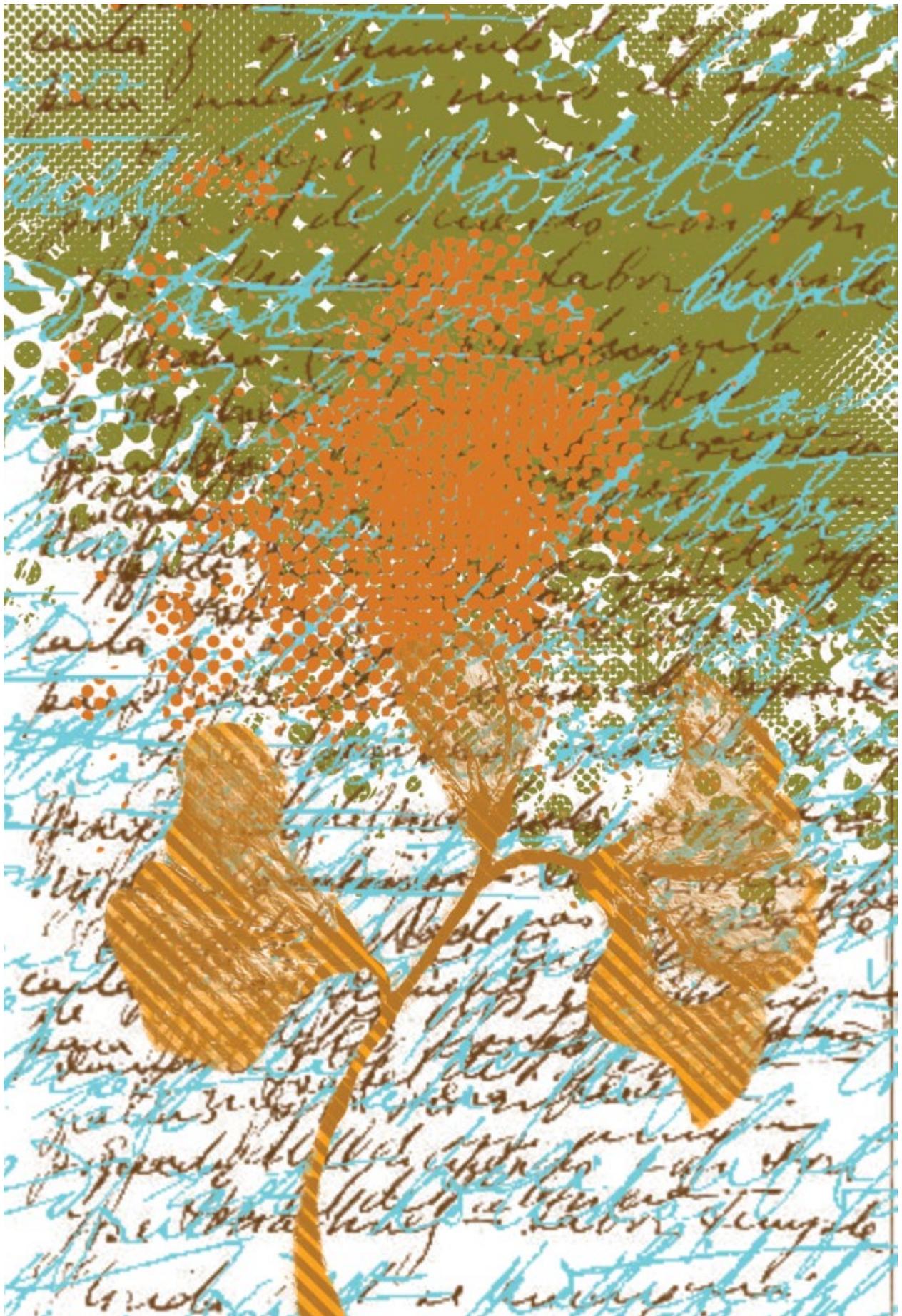
não pode com mandinga não carrega patuã. El término *mandinga* hace referencia a un trabajo de magia con fines positivos, al contrario que la demanda. Canta un ponto cantado que un hombre caminando por la calle encontró una botella de aguardiente para o *Senhor Bará*. El hombre al ver la ofrenda sabe que es un trabajo de magia pero no sabe con qué fin se hizo, así que se quita el sombrero y saluda (por si acaso), y se pregunta si será macumba macumba, *ou será, será, será mandinga de amor* (¿será macumba o mandinga de amor?). La *mandinga*, término más asociado a los Pretos Velhos, son pequeñas recetas que buscan un fin concreto, desde atraer un amor hasta hacer alguna cura, como dejar de fumar. La expresión citada antes se refiere a que quien no puede con una *mandinga* es porque no lleva consigo un *patuá*, un amuleto. Realmente, el término *mandinga* hace referencia a una tribu africana de origen musulmana, concretamente a la que pertenecía Kunta Kinte, protagonista de “Raíces”, y el *patuá* era un amuleto que usaban como señal de identidad, por tanto, quien cargaba un *patuá*, era *mandinga*. Actualmente, se siguen haciendo estos amuletos en Umbanda, como

muchos otros, portadores de *axé*, pudiendo traducir por tanto esta expresión como quien no puede con una demanda (*mandinga* se utiliza con ese significado en esta ocasión) es porque no está protegido, porque no tiene *axé*. Así, entendemos finalmente que cuando un umbandista te dice *axé*, lo que hace es desearte que tengas salud, luz y protección.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Frigerio, Alejandro (2001): “Cómo los porteños conocieron a los Orixás: La expansión de las religiones afrobrasileñas en Buenos Aires”. En: PICOTTI, Dina: El negro en Argentina: Presencia y negación. Buenos Aires. Editores de América Latina, pp. 301-318.
- Giobellina Brumana, Fernando (2000): “Religiosidad popular brasileña”. En: Cuadernos Hispanoamericanos, nº 597, pp. 7-17.
- Giobellina Brumana, Fernando y González Martínez, Elda (2000): Umbanda. El poder del margen, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Gonçalves Da Silva, Vagner (1995): Orixás da Metrópole. Petrópolis, Editora Vozes.
- Huamaní Cueva, Carlos (2015): Diccionario de las Enfermedades Emocionales. Madrid. Formación Alcalá
- McGregor, Pedro (1975): El espiritismo brasileño. México. Colección La Otra Ciencia, Ediciones Roca
- Pi Hugarte, Renzo (1992): “Cultos de posesión y empresas de cura divina en el Uruguay: desarrollo y estudios”. En: Revista Sociedad y Religión, nº9, pp 33-50
- Silva Meira, Célio, Plantas do axé e sua fundamentação religiosa: um estudo de caso no terreiro de Umbanda “Caboclo Boiadeiro” (fazenda Buraco do Boi – Poções/Bahia). <www.uesb.br/ppgca/dissertacoes/2013/CELIO.pdf> (Documento descargado 15 mayo de 2015).
- Teisenhoffer, Viola (2007): “Umbanda, New Age et psychothérapie. Aspects de l’implantation de l’umbanda à Paris”. En: Paru dans Ateliers du LESC, nº31, 2007: <<https://ateliers.revues.org/872>> (Documento descargado 15 de junio de 2015).



Hay golpes en la vida, como del odio de Dios. Violencia sexual por incesto



HAY GOLPES EN LA VIDA, COMO DEL ODIOS DE DIOS. VIOLENCIA SEXUAL POR INCESTO

THERE ARE BLOWS IN LIFE, AS THE HATRED OF GOD. SEXUAL VIOLENCE INCEST

RESUMEN

La región del Totonacapan en la costa veracruzana incluye varios municipios cuyo derrame económico se obtiene principalmente de la industria petrolera. En contraste a la riqueza económica, la pobreza se acompaña de vulnerabilidad para mujeres y niñas de pueblos originarios. La violencia sexual se une al más alto grado de exclusión e invisibilidad en el ejercicio legal de los derechos humanos. Este artículo presenta la información obtenida entre 2010 al 2014 de los casos de violencia sexual por incesto en los municipios aledaños al municipio de Poza Rica Veracruz, zona de industria petrolera.

Se parte del supuesto que el silencio y la nula atención por parte del estado significa para las víctimas de violencia sexual, lo que Giorgio Agamben conceptualiza como nuda vida y que con el miedo afianzan una cultura del horror para mantener la violencia de género.

PALABRAS CLAVE: Emociones, género, incesto, niñez, violencia sexual

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©

ABSTRACT

Totonacapan region in the Veracruz coast includes several municipalities whose economic spill is obtained mainly from the oil industry. In contrast to economic wealth, poverty is associated with vulnerability for women and girls of native peoples. Sexual violence is bound to the highest degree of exclusion and invisibility in the lawful exercise of human rights. This article presents information obtained from 2010 to 2014 cases of incest sexual violence in neighboring municipalities to Poza Rica Veracruz, oil industry area.

It is based on the assumption that the silence and lack of attention by the state means for victims of sexual violence, which Giorgio Agamben conceptualizes as bare life and the fear entrench a culture of horror to maintain gender violence.

KEYWORDS: Emotions , gender , incest, childhood sexual violence

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©



ARTÍCULO RECIBIDO: 14 DE SEPTIEMBRE DE 2016

ARTÍCULO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN: 23 DE OCTUBRE DE 2016

ARTÍCULO PUBLICADO: 30 DE NOVIEMBRE DE 2016

INTRODUCCIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2012) la región norte del estado de Veracruz, denominada Totonacapan, es una rica extensión territorial de 48300,88 km², conforma el 5.6% de la superficie total del Estado de Veracruz. Esta región se constituye por 15 municipios: Cazones de Herrera, Coahuatlán, Coatzintla, Coxquihui, Coyutla, Chumatlán, Espinal, Filomeno Mata, Gutiérrez Zamora, Mecatlán, Papantla, Poza Rica, Tecolutla, Tihuatlán, Zozocolco de Hidalgo. Los municipios de Poza Rica, Tihuatlán, Coatzintla, Cazones, y Papantla son municipios limítrofes cuya principal característica regional es la de ser zona petrolera con grandes y complejos contrastes socioeconómicos.

Por su parte la huasteca Veracruzana divide su región en Huasteca Alta conformada por quince municipios: Pánuco, El Higo, Pueblo Viejo, Tampico Alto, Tempoal, Ozuluama, Chiconamel, Platón Sánchez, Chalma, Tantoyuca, Tantima, Tamalín, Chinampa de Gorostiza, Naranjos Amatlán y Tamiahua. La Huasteca Baja se conforma por dieciocho municipios a saber: Huayacocotla, Ilamatlán, Zontecomatlán, Texcatepec, Zacualpan, Benito Juárez, Tlachichilco, Ixcatepec, Chicotepec, Ixhuatlán de Madero, Chontla, Tepetzintlam Temapache, Castillo de Teayo, Citlaltépetl, Tancoco, Cerro Azul y Tuxpan. Para efecto de estudio la región de la Huasteca Baja es la zona que nos importa señalar, por la cercanía geográfica con el Totonacapan, sobre todo con los municipios de Temapache, Castillo de Teayo y Tuxpan.

Según el marco geoestadístico nacional y las cartografías geoestadísticas urbanas y rurales que muestra el Consejo Nacional de Población del 2010, Papantla, Poza Rica, Tihuatlán, Cazones y Coatzintla municipios del Totonacapan de la Costa, presentan grados de marginación por localidad que va

de baja a la más alta. Solo el municipio de Poza Rica tiene un bajo grado de marginación, a diferencia de los municipios limítrofes como Coatzintla con un alto grado de marginación, Tihuatlán que van de alto a muy alto grado de marginación. El municipio de Cazones tiene un alto grado de marginación y Papantla que va de alto a muy alto grado de marginación.

En el aspecto socioeconómico, el sector productivo de esta amplia región tiene los tres sectores: el primario con la ganadería, agricultura pesca, ganadería y actividades forestales con el 33% de la población dedicada a ello, con los municipios de: Papantla, Tihuatlán, Tecolutla, Espinal y Cazones. El sector secundario explota la extracción de petróleo y gas natural, industria manufacturera, electricidad, agua, minería, y construcción con un 19% de la población en estas actividades, los municipios en este sector son: Poza Rica, Papantla, Tihuatlán, Coatzintla y Gutiérrez Zamora, que es la zona costera del Totonacapan.

En esta región hay grandes contrastes; por una parte, el derrame económico que permite a un grupo reducido la mayor riqueza y una extensa población en condiciones de pobreza. Sectores de la población, enmarcados como grupos vulnerables por sus contrastantes circunstancias culturales, políticas, económicas, de género u orientación sexual, o en virtud de raza o etnia que encuentran mayores complicaciones y problemas para ejercer sus derechos humanos; además la profunda desigualdad en las condiciones y estilos de vida con el permanente riesgo de debilitamiento y fractura de los lazos sociales (Saraví, 2009:303).

Ejemplo de ello es la permanente movilidad o migración regional, nacional e internacional que fragmenta y transforma las condiciones de vida familiar tradicional. Multidisciplinario resulta pues el tema de la vulnerabilidad social, para hablar del alto grado de amenazas, riesgos o peligros que

II.- METODOLOGÍA

sufren sectores poblacionales. En el caso estas regiones totonaca y huasteca limítrofes por su composición geopolítica, pero también por la vulnerabilidad por eventos climáticos o físicos: las inundaciones, o enfermedades como el dengue, pero también por una deficiente atención en torno a la educación

y salud sexual y reproductiva y las delicadas consecuencias de esa arista que corresponde a las políticas en salud pública y de educación social. Esto resulta interesante por la relación entre el problema de violencia sexual a infantes y su correlación de agresiones por parentesco.

Este contexto nos sirve para considerar aquí, que casi todo está por decir en ese gran tema pendiente en los estudios socioculturales y de género, nos referimos a la violencia sexual a niñas y niños en regiones interculturales. Las preocupaciones teóricas desde la antropología jurídica en los años 70 del siglo XX profundizan sus estudios acerca de las relaciones que mantenían el derecho indígena con el derecho de estado; o bien, hacia las formas de impartición de justicia en contextos social y culturalmente situados en la construcción social del delito sobre las demandas de conflictos en la vida conyugal.

Elena Azaola en la trayectoria de su experiencia de investigación menciona que el delito de violencia sexual, ya como agresión, abuso o violación es un hecho recurrente en casi todas las culturas en el mundo. Con la diferencia que México no cuenta con un registro nacional único que informe del número de niñas y niños que sufren de distintos tipos de abuso o maltrato y que la mayoría se llevan a cabo al interior de la familia. Asimismo anuncia la preocupación de que en el medio rural, las cifras de maltrato son más elevadas que en el medio urbano. Mientras que en zonas urbanas una de cuatro niñas es maltratada, en el espacio rural, una niña de cada tres sufre maltrato (2009, 249, 251).

LA VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL POR INCESTO.

La información hasta ahora obtenida sobre violaciones sexuales, proviene del 2010 al 2014. Del total de los casos denunciados ante el Ministerio Público, el 90% son de niñas de entre 4 y 12 años. Durante el 2010, los municipios con mayores casos de violencia sexual son: Poza Rica, Papantla, Coatzintla, Tihuatlán y Cazes; es decir, los más cercanos a la zona industrial petrolera. Las personas denunciadas y/o detenidas resultaron ser los propios familiares: primero padrastros, seguidos de los abuelos, luego los padres, los tíos, primos y en menor cantidad

fueron vecinos próximos a las víctimas. Se contabilizaron 23 violaciones de niñas y dos casos de violación a niños varones discapacitados. Los casos por Violencia Sexual representan el 46.83 % del total de los casos de todo tipo de violencia registrados y el 100% los sujetos activos de delitos fueron varones.

Durante el 2011, los municipios con mayores casos de violencia sexual son: Poza Rica, Papantla, Tuxpan, Tihuatlán y Espinal; se mantiene el porcentaje en los municipios más cercanos a la zona industrial petrolera. Las personas denunciadas y/o detenidas resultaron ser los propios familiares: primero padrastros, seguidos de los padres, en tercer lugar los vecinos, después algún conocido de la familia, desconocidos. Se contabilizaron 49 violaciones de niñas, representan el 60.31 % del total de los casos de todo tipo de violencia registrados y el 100% los sujetos activos de delitos fueron varones.

Durante el 2012, los municipios con mayor incidencia de violencia sexual son: Poza Rica, Papantla, Tuxpan, Tihuatlán y Coyutla; se mantiene el porcentaje en los municipios más cercanos a la zona industrial petrolera y se suma un municipio de la sierra totonaca. Las personas denunciadas y/o detenidas resultaron ser: primero padrastros, seguidos de los padres, en tercer lugar los vecinos, después desconocidos, y finalmente algún conocido de la familia. Se contabilizaron 72 violaciones de niñas. Los casos por Violencia Sexual representan el 87.02 % del total de los casos registrados. El 100% los sujetos activos del delito fueron varones.

Para el año 2013, los municipios con mayor incidencia de violencia sexual en esta región fueron: Poza Rica, Papantla, Tuxpan, Cazes, Coyutla; se mantiene el porcentaje en los municipios más cercanos a la zona industrial petrolera y se suma un municipio de la sierra totonaca. Las personas denunciadas y/o detenidas: primero padrastros, seguidos de los padres, en tercer lugar algún desconocido, algún conocido de la familia y finalmente los vecinos. Se contabilizaron 53 violaciones de niñas y representan el 73.33 % del total de los casos registrados. El 100% los sujetos activos del delito fueron varones.

Para el año 2014, los municipios con mayor incidencia de violencia sexual en esta región

fueron: Poza Rica, Papantla, Tuxpan, Cazones, Tihuatlán; se mantiene el porcentaje en los municipios más cercanos a la zona industrial petrolera. Las personas denunciadas y/o detenidas: primero padrastros, seguidos por desconocidos, en tercer lugar conocidos, vecino y finalmente los padres. Se contabilizaron 63 violaciones de niñas que representan el 62.85 % del total de los casos registrados. El 100% los sujetos activos del delito fueron varones.

En 2011 aumentó el 13.48% de violaciones a infantes, en comparación al 2010. En el 2012 aumentó 40.19% las violaciones a niñas en relación al año 2011, aumentó en un 26.71% las violaciones a niñas en relación al 2012. En el año 2013 hubo una disminución del 14.02% en relación al año anterior, y menos que el año 2011 en un 13.02%; pero aumento un 26.5% en relación al año 2010. Esto significa que 2012 fue el año con mayor cantidad de violaciones, quedando el 2013 en segundo lugar, en tercer lugar 2014 y en cuarto lugar 2011. La violencia sexual en relación al parentesco podemos mencionar que en los años que se investigan el continuum de los sujetos activos del delito de violación fueron con mayor cantidad padrastros, seguido por los padres, luego por vecinos y conocidos, tíos y abuelos.

¿CÓMO EXPLICAR EL PROBLEMA DE LA VIOLENCIA SEXUAL POR INCESTO?

Para poder darnos una explicación, tratamos es comprender la lógica que se sigue en esta región. Para tal efecto y desde la mirada de género se consideran algunos puntos importantes que se tejen para no hacer visible esta problemática sociocultural, para que ni el activismo político pudiera manifestarse, o bien, para comprender la clara postura jurídica de silencio, abandono y corrupción respecto al problema de la violencia sexual en niñas en la zona del Totonacapan.

Primero, los pactos patriarcales tradicionales, que defienden a ultranza prácticas tradicionales como es el caso de la importancia de la virginal honra como valor y código de honor femenino. Trabajos como el de Victoria Chenaut (2011), han dado cuenta de ello, pero necesario es considerarlo como parte de esa matriz de dominación y violencia interseccional.

El segundo punto es el régimen de sexualidad (Foucault 1989), entendido como la serie de mecanismos normativos e institucionales

que definen y dictan la organización social respecto al sexo, del control sobre los cuerpos, la vida y su reproducción, pero también de los deseos y sus placeres. Que tiene sus pilares más en las creencias y en la moral religiosa, que en las prácticas jurídicas, políticas y de derechos. Un régimen que controla y vigila no solo el goce y el placer con su sentido negativo; utiliza además, una compleja estrategia entre los sentimientos románticos de pasión posesiva, con las tecnologías de la destrucción de modo incesante, permanente, repetitivo. Esto tendrá como efecto a personas educadas y sostenidas en del terror (Fregoso 2012; Cecilia Menjívar 2012; Velázquez y Ruvalcaba 2012).

El tercer punto. En una zona industrial petrolera como es la del norte del estado de Veracruz, no sólo favorece la educación emocional romántica con sus tintes contemporáneos de habitualidad del horror; además, convoca a una doble moral en las prácticas cotidianas, con la irreconciliable entre el deseo sexual personal y la respetable normatividad social. Esto conforma, entre otros fenómenos, una organización laboral burguesa que privilegia las actividades entre los géneros a partir de la tradicional división del trabajo que favorece la represión, dominio y control del tiempo femenino.

En esta estructura de costumbres y de vida cotidiana, el varón mantiene sus facultades y privilegios patriarcales en la esfera pública y la mujer al interior del hogar. Como bien menciona Luhman (1985), el amor apasionado romántico pasa a ser considerado condición previa para llegar al matrimonio, con la exigencia del reconocimiento del amor condicionante para el derecho al matrimonio y un estado jurídico legal con un mayor estatus de rango moral.

Como cuarto punto, en una sociedad de estratificación económica y social patriarcal caciquil, la violación sexual de menores de edad se visibiliza como una mera acción moralista, acaso un suceso impúdico que incluso justifican los actos violentos incestuosos como condiciones de pobreza y de hacinamiento, de tal modo que dos partes fundamentales se borran o se vuelven invisibles: el referente principal, "el hombre violento queda oculto del ojo público, gracias a la diseminación de los argumentos evasivos" (Domínguez Ruvalcaba, 2013: 149) que se usan en los discursos de las instituciones

encargadas de los asuntos jurídicos; y el segundo aspecto que se borra con la naturalización de las prácticas: la dominación hacia aquellos vulnerables establece una cadena de discriminación y explotación altamente estratificada, es decir "la sociedad poscolonial reproduce la colonialidad al infinito, pues la experiencia de la dominación cumple la función de compensar los abusos recibidos de los agentes inmediatamente superiores" llámese hacendado, jefe, político, padre, abuelo, hermano (Domínguez, 2012: 265).

Finalmente, las violaciones se documentan como un acto criminal individualizado y no como un hecho social que deviene en pandemia y problema de salud pública. Individualizar los casos y las víctimas resulta favorable porque esa individuación permite ocultar la ineptitud, falta de atención con nulas acciones efectivas y políticas inexistentes de las instancias de gobierno. El silencio y la burocracia extrema de los casos de violencia sexual y de género a niñas refuerza su desprotección.

UNA CONDICIÓN DE LAS LEYES POR COSTUMBRE E IMPUNIDAD JURÍDICA

Rosa Linda Fregoso, Héctor Domínguez Ruvalcaba, Patricia Ravelo Blancas son autores que dan cuenta de la relación entre la pobreza, la corrupción, las brechas de comunicación generacionales y las fracturas de las estructuras tradicionales de las familias y el ejercicio de la violencia con un sentido patriarcal de victimización. Es decir, cuando a los violadores: abuelos, tíos, padrastros, padres, primos, se les ubican como víctimas de celotipia o como incapaces de controlar sus impulsos. Así, violadores y feminicidas ingresan como enfermos, incapacitados y no como infractores. En la vida cotidiana, el discurso de sentido común tergiversa el sentido de la sexualidad y se acusa a las niñas o adolescentes de seductoras precoces, y son las menores de edad quienes cargan con la culpa y el estigma de ser responsables de su propia violación.

Se suma a lo anterior el problema de la semántica del discurso jurídico, donde el concepto mujer comprende a las personas que tienen plenos derechos y obligaciones civiles. Se considera mujer en relación a la mayoría de edad, esto es, 18 años. Los discursos del derecho son claros en manifestar que las

niñas ni son ciudadanas ni sujetos de plenos derechos, por lo tanto no se visibilizan dentro del panorama de la legislación para su protección contra cualquier tipo de violencia sino hasta el 2014, cuando en el estado de Veracruz se lanza la Ley para Protección a niños y niñas, pero sin que la ciudadanía sepa que tal Ley existe.

Sumando a la vaguedad respecto a la defensoría de infantes y desde la arista demográfica, la Comisión Económica para América Latina y el Programa para el Desarrollo CEPAL y PNUD encajan a niños y niñas dentro del concepto de juventud. Para CEPAL y PNUD hay variables para considerar a una joven de acuerdo a su rango de edad, contextos socioeconómicos y culturales particulares. De tal forma que en contexto de estratos sociales de clases medias se designa la categoría de jóvenes en el rango de 15 a 24 años; incluso. Para los estratos medios altos y altos urbanizados la idea de juventud se amplía de 25 a 29 años.

En los contextos rurales o de aguda pobreza la edad para considerar a una persona joven es de 10 a 14 años (Rodríguez, 2001: 11). Siguiendo esta tipología de juventud por franja etaria, las niñas de las regiones del Totonacapan y la Huasteca Baja veracruzanas tienen en contra no solo la desprotección de las normativas positivas, también a los sistemas normativos tradicionales (antes llamados sistemas de usos y costumbres), cuyas reglas suponen a la menstruación el cambio de niña a mujer. Así con infancia invisible de derechos, niñas de entre 12 y 16 años pasan directamente a la adultez, a través del matrimonio; o bien a embarazos no deseados y/o a la maternidad en soltería. Para el caso de niñas con embarazos y casamientos tempranos, muy bien pudieron ser por violación y bajo el silencio de las familias, que prefieren casarlas ante la deshonra social.

CONCLUSIONES

Frente a este ramillete de condiciones las tecnologías de género, en tanto posibilidades deconstructivas sociales, dan la pauta para poder considerar un proceso paulatino de largo aliento para la sensibilización, concienciación hacia el empoderamiento de mujeres y niñas, para la creación de una atmósfera de bienestar, bajo ciertas pautas: las políticas públicas con perspectiva de género, el activismo feminista y las redes

de investigación y acción en espacios comunitarios.

Una vía de pensar los cambios acerca de las condiciones de atención de cuerpo respecto a la educación sexual y salud sexual hacia niñas es también la creación y sostenimiento de albergues con personal especializado para la atención a niñas con traumas por violencia sexual. Finalmente es preciso poner sobre la mesa de discusión académica y política la problemática de las violaciones a niñas y niños en espacios rurales e indígenas. Visibilizar el problema, hablar de él y exponerlo es el primer paso hacia una condición de negociación y acuerdos encaminados hacia la erradicación de la violencia sexual hacia niñas y niños. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chenaut, V. (2011). "Violencia y delitos sexuales entre los totonacas de Veracruz, México". En: Chenaut, Victoria y Magdalena Gómez, Héctor Ortiz y María Teresa Sierra (Coordinadores), *Justicia y diversidad en América Latina. Pueblos indígenas ante la globalización*, (pp. 335-356). México, CIESAS/ FLACSO.

Código de Procedimientos Penales para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave, LXIII Legislatura H. Congreso del Estado de Veracruz, [En línea]. Recuperado de: <http://www.legisver.gob.mx/?p=ley> [Acceso el 20 de agosto de 2015]

Domínguez R. H. (2013). *De la sensualidad a la violencia de género. La modernidad y la nación en las representaciones de la masculinidad en el México Contemporáneo*, México, CIESAS/CONACYT.

Foucault, M. (2012). *Historia de la Sexualidad I. La voluntad del saber*, México: Siglo XXI Editores,

Fregoso, R. L. (2012). "Violencia de género ante el derecho y los derechos humanos". En Julia Monárrez Frago (Coord.), *Vidas y territorios en busca de justicia* (pp. 1-33). Ciudad Juárez, México: COLEF.

José G. (2011), "Lo acusan de abuso erótico sexual" en Noreste, *Diario Regional Independiente*, 31 enero de 2011, Poza Rica, Veracruz.

Luhmann, Niklas (1985). *El amor como pasión: la codificación de la intimidad*, Barcelona: Editorial Península.

Mendoza F. (2011), "Encarcelan a golpeador de Mujeres", Tuxpan, Veracruz en: Noreste, *Diario Regional Independiente*, Viernes 28 de enero de 2011, p. 3.

Ravelo B. P. y H. D. Ruvalcaba (Coords), (2013). *Diálogos Interdisciplinarios sobre Violencia Sexual. Antología. Colección Diversidad sin Violencia*, México: LLILAS/ FONCA CONACULTA/ Chicano Studies The University of Texas at El Paso, Ediciones EÓN.

Rodríguez V. J. (2001). *Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes*, Chile: CEPL/ECLAC.

Rosemberg, F y E Troya (2012). "Trípode: incesto, género parentesco. Sociedades en construcción de género diferente". En, *El Ocaso de la Diosa. Incesto, género y parentesco* (pp. 281-309). México: Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A.C, Miguel Ángel Porrúa.





Nuevas definiciones de evidencia. Narrativas de TDAH y TLP desde la perspectiva de la antropología de las emociones.



NUEVAS DEFINICIONES DE EVIDENCIA. NARRATIVAS DE TDAH Y TLP DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ANTROPOLOGÍA DE LAS EMOCIONES.

NEW DEFINITIONS OF EVIDENCE. NARRATIVES OF ADHD AND BPD FROM THE PERSPECTIVE OF ANTHROPOLOGY OF EMOTIONS.

RESUMEN

Se exploran y analizan narrativas de personas diagnosticadas con TDAH (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad) y con TLP (Trastorno Límite de Personalidad) y de sus entornos familiares a la búsqueda de nuevas evidencias que permitan una mejora de la eficacia en los tratamientos. La evidencia del sufrimiento -en especial de sufrimiento social-, se revela como una realidad con gran presencia y potencia en estas narrativas, que debe necesariamente tenerse en cuenta para articular nuevas sendas -o mejorar los procedimientos terapéuticos y tratamientos convencionales- encaminadas hacia la sanación de estas personas. Desde mi experiencia de investigación, propongo entender estos relatos de aflicción como evidencias para la clínica. Así estas narrativas de subjetividades sufrientes se pueden convertir en documentos auditores de la calidad asistencial, permitiendo la evaluación y la mejora de las prácticas al incorporar una diferente la comprensión -más social- del trastorno. La perspectiva puesta en práctica es de carácter social, fundamentada de modo particular en la teoría social de las emociones y la antropología de las emociones. Los materiales etnográficos y narrativas analizadas corresponden al trabajo de campo del autor, y a trabajos de campo dirigidos en los últimos cinco años, tanto de España como de México.

PALABRAS CLAVE: Etnografía, Narrativas, Antropología de las emociones, Trastorno Límite de Personalidad (TLP), Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©

ABSTRACT

I analyze narratives of people diagnosed with ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) and BPD (Borderline Personality Disorder) to search for new evidence to improved efficacy in treatments environments. The evidence of suffering -particularly the social suffering- is revealed as a reality with great presence in these powerfull narratives, which must necessarily be considered to articulate new paths, or improve therapeutic procedures and conventional-treatment aimed towards healing of these people. From my research experience, I propose understand these stories of grief as evidence for the clinic. So these narratives of suffering subjectivities can become auditors healthcare quality documents, allowing evaluating and improving practices by incorporating a different and more social understanding from the disorders. This perspective is implemented is of a social approach, based in a particular way in the social theory of emotions and anthropology of emotions. Ethnographic and narrative materials analyzed relate mainly to the fieldwork of the author, and researchs conducted by the author over the past five years, both in Spain and Mexico.

KEYWORDS: Ethnography, Narratives, Anthropology of Emotions, Borderline Personality Disorder (BPD), Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD).

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©



ARTÍCULO RECIBIDO: 29 DE SEPTIEMBRE DE 2016

ARTÍCULO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN: 23 DE OCTUBRE DE 2016

ARTÍCULO PUBLICADO: 30 DE NOVIEMBRE DE 2016

convertir en documentos auditores de la calidad asistencial, permitiendo la evaluación y la mejora de las prácticas al incorporar una diferente la comprensión -más social- de ambos trastornos.

La perspectiva que pongo en práctica es de carácter social, fundamentada de modo particular en la teoría social de las emociones y la antropología de las emociones. Los materiales etnográficos y narrativas analizadas corresponden fundamentalmente al trabajo de campo del autor en una investigación en equipo sobre personas diagnosticadas con TLP¹, y a investigaciones que he dirigido en los últimos 5 años, tanto de España como de México, sobre niños diagnosticados con TDAH².

La elección de estas “enfermedades” para su contraste y comparación en las narrativas mostradas, tiene que ver con la percepción de quienes los padecen -el TDAH debuta en niños, y el TLP debuta en adolescentes- de que son en buena medida “invisibles” para la mirada social, de que son incomprendidos tanto por sus familias como por los profesionales sanitarios y expertos que los tratan. Al mismo tiempo, el abordaje convencional de la biomedicina -farmacológico y psiquiátrico-, de ambos trastornos, se ha revelado hasta ahora insuficiente y con una escasa efectividad y éxito en su tratamiento, a pesar de la alta incidencia en estos segmentos de población -y en aumento en sociedades como la española- del TDAH y del TLP.

Entiéndase que mi perspectiva no enfatiza que el escuchar y trabajar con las narrativas de los dolientes deba responder a un necesario trato humano y respeto a sus derechos como individuo o usuario en el acceso a la salud -algo que debería ser obvio ya que así lo garantiza nuestro ordenamiento normativo, aunque en la práctica se incumple. En otra línea, esta perspectiva de trabajo con los relatos de sufrimiento de los protagonistas, supone una apuesta -entiendo que imprescindible- para la mejora de los resultados de nuestras intervenciones sociales y sanitarias y el aumento de su eficacia. Dicho de otro modo,

INTRODUCCIÓN

Fragilidad, precariedad, incomprensión y confusión, son algunas de las realidades que de forma explícita, o bien de modo entrecortado y subyacente, experimentan los protagonistas de estas páginas. En ellas me interesa explorar y analizar las narrativas de personas diagnosticadas como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y como Trastorno Límite de Personalidad (TLP), así como las narrativas de sus entornos familiares. Estos relatos de su experiencia y padecimientos, serán contrastados con los discursos expertos de profesionales, principalmente sanitarios (psiquiatras, médicos, psicólogos), sobre dichos trastornos. El objetivo es continuar con una senda recientemente iniciada (Flores y Mariano, 2016) a partir de la escucha y prioridad otorgada a sus experiencias, en la búsqueda de nuevas evidencias -como la del sufrimiento- que permitan una mejora de la eficacia en los tratamientos, y que hasta ahora paradójicamente son ignoradas por la Medicina Basada en la Evidencia (MBE).

La evidencia del sufrimiento que he considerado en otras ocasiones (Flores 2012, 2013, 2014) -en especial de sufrimiento social-, se revela como una realidad con gran presencia y potencia en estas narrativas, que debe necesariamente tenerse en cuenta para articular nuevas sendas -y mejorar los procedimientos terapéuticos y tratamientos convencionales- encaminadas hacia la sanación de estas personas. Desde estas experiencias de investigación, propongo entender estos relatos de aflicción como evidencias para la clínica. Así estas narrativas de subjetividades sufrientes se pueden

1. El proyecto “Del cuerpo a un mundo que tiembla. Narrativas, significados y experiencias en torno al Trastorno Límite de la Personalidad”, dirigido por el Dr. Lorenzo Mariano Juárez, fue realizado en dos hospitales, uno de Extremadura y otro de Castilla-La Mancha, durante los años 2011 y 2012. Los resultados publicados del proyecto hasta ahora han sido fundamentalmente Cipriano, Mariano y Flores (2013), Mariano, Flores y Cipriano (2013) y Flores y Mariano (2016). La financiación necesaria para culminar la investigación y la escritura de este artículo ha provenído del proyecto “Cuerpos, violencias y vulnerabilidad en espacios de riesgo”, otorgada por el Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP, México) de la Red Temática de Colaboración Académica “Antropología de Género y Emociones en Grupos Vulnerables”.

2. El Trabajo de Fin de Grado en Terapia Ocupacional (TFG) de Jordán Torrientes Hortigüela, “Narrativas en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH). Una perspectiva sociosanitaria bajo una mirada antropológica”, defendido en 2011 en la UCLM, y el Trabajo de Fin de Grado en Educación Social de Esperanza Vaca Blanco, “Una mirada inquieta hacia el TDAH en Tijuana (México). Implicaciones y retos de la Educación Social”, defendido en 2015 en la UCLM.

el trabajar con las narrativas de los dolientes supone una necesidad técnica y de eficacia que no podemos darnos el lujo de no atender. En este sentido deben entenderse que sus palabras son imprescindibles "para sanar". Parafraseando a Angel Martínez Hernández, investigar -pero sobre todo trabajar e intervenir desde el ámbito sanitario- con una atención preferente a las narrativas nos permite comprender el modo en que la enfermedad adquiere carácter de experiencia en el cuerpo de la persona afligida (Martínez 2008:115).

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es un trastorno tan socialmente relevante como desconocido, y que engloba distintas concepciones: desde un trastorno crónico no vinculado en exclusiva al mundo de la escuela, un trastorno del rendimiento escolar, o inclusive una discapacidad medida institucionalmente por algunas administraciones autonómicas en España (Torrientes 2011: 53). Parece también evidente que nos encontramos ante un síndrome de filiación cultural o enfermedad cultural con alta prevalencia en países como EE.UU y Europa Occidental (dependiendo de los estudios epidemiológicos en las sociedades occidentales la sitúan entre el 0,5 % y el 26%), y con menor incidencia en países no occidentales. De todas formas algunos estudios (Barkley, 2010) sitúan con una evidencia apreciable que el TDAH tiene validez transcultural y una prevalencia importante en países tan diferentes como EE.UU. como Nueva Zelanda, China o Alemania.

En una entrevista recogida por Torrientes (2011), Fernando³, un estudiante universitario adulto, castellano-leonés, diagnosticado como TDAH desde temprana edad, hacía este bosquejo de cómo contempla y (mal) entiende la sociedad mayoritaria española este trastorno, y a los niños como él que lo han padecido o padecen en la actualidad. Al final del fragmento cuenta cómo lo ha vivido él:

Para la sociedad el TDAH es como los Reyes Magos, no existe. Solo la población un poco intelectual, moderna, joven, empieza a verlo. La gente yo creo que nos considera solamente

niños movidos. Niños de dos collejas y ya está. La letra con sangre entra... (Torrientes, 2011: 75)

[...] Y mis padres tampoco sabían lo que tenía. Y bueno eso ha sido... esa es otra historia... eso ha sido causa de broncas conmigo, de broncas entre ellos, han estado a punto de divorciarse como 3 veces... Chillidos... Ya te digo me he escapado de casa mogollón de veces, les he denunciado... Mi padre ha perdido el control muchas veces, me ha dejado un ojo morado, partiéndome el labio... mi madre me ha llegado a poner maquillaje y a veces también me daba... (Torrientes, 2011: 71).

La definición del Trastorno Límite de la Personalidad parte del trabajo de Gunderson y Singer (1975) y se liga a la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2002). Se le define como "un trastorno de la personalidad que se caracteriza primariamente por inestabilidad emocional, pensamiento extremadamente polarizado y dicotómico y relaciones interpersonales caóticas". Se incluye dentro del grupo B de trastornos de la personalidad, los llamados "dramático-emocionales". Es uno de los trastornos mentales que la literatura más ha suscitado, aunque destaca como muy poco de ella se encuentra sustentada en investigación empírica (Koenigsberg et al. 2002). La literatura contemporánea y diversos grupos de trabajo han puesto en cuestión la pertinencia de la denominación y la adscripción del diagnóstico. Afectando a alrededor de un 2% de la población (Torgersen et al. 2000:2), es el más frecuente de los trastornos de la personalidad (Gunderson y Zanarini 1987), con un inicio temprano en la adolescencia-juventud. La característica principal de este trastorno es un esquema de comportamiento y funcionamiento alterado de forma estable y duradera, un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto y la autoimagen y un escaso control de los impulsos. Su diagnóstico, manejo y tratamiento son uno de los retos más difíciles con los que se enfrenta la salud mental -los afectados poseen un elevado perfil de riesgo, con altas tasas de conductas suicidas y de producción de violencias contra sí mismos⁴. La mayoría de

3. Todos los nombres de los informantes son ficticios.

4. La tasa de suicidio entre los TLP, antes de los nuevos y más eficaces fármacos era de un 10% (Stone 1989), con una incidencia 50 veces superior a la observada en la población general -puede verse una revisión en Oumaya et al. (2008)-. La mayoría ocurren en los cinco primeros años, probablemente la incidencia más alta entre los diagnósticos psiquiátricos (De Flores et al. 2007:36). Uno de nuestros informantes, un hombre, se suicidó antes

pacientes cumplen criterios diagnósticos para otros trastornos de la personalidad.

Una joven extremeña, Mar, definía -y se autodefinía así- como aquejada de TLP:

Nosotros somos personas que vivimos como si no tuviéramos piel, somos totalmente emocionales, e incluso no somos pacientes psiquiátricos, sino...um... psicológicos... lo que pasa que cuando llegamos al hospital, vamos tarde. ...Si nos enteraríamos que somos TLP en un principio y [sic] hiciéramos una terapia cognitiva, no necesitaríamos ni medicación, pero claro, cuando vamos al hospital, ya vamos tarde. Ya es porque hemos hecho una locura, y es porque... y entonces ya empiezan a medicarnos con antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, inductores del sueño... y el problema es que no se nos entiende, ni la propia familia... yo hablo en mi caso, a mi no me entienden, a mi no me entienden, no me entienden, y parece que no me van a entender nunca; pero yo he decidido, y me resulta muy difícil porque yo a mi familia la adoro eh... y aunque ahora mismo esté como me estoy sintiendo, es porque estoy en un estado de disforia que es un sube y baja, y de hecho el 10 por ciento de nosotros nos suicidamos. Yo tengo cuatro UCIS, cientos de, bueno... cientos no, perdón, bastantes lavados de estómago, he tenido cortes por todo el cuerpo, he sido una alcohólica, he sido una cocainómana, he tenido trastorno de la alimentación, eh... ¿qué más? Alcohólica, cocainómana, trastorno alimentario, corte por el cuerpo y cuatro UCIS... (Mar).

NARRATIVAS DE INCOMPRENSIÓN

Con edades, trayectorias vitales y trastornos diferenciados, Fernando y Mar, destacan en la descripción en primera persona de su enfermedad, y en su intento de ponerla en perspectiva desde la mirada de nuestra sociedad mayoritaria, la intensa incomprensión que han sentido desde el primer momento. Una incomprensión tanto en sus entornos familiares, en el mundo de la escuela o del trabajo, y especialmente de los profesionales sanitarios y expertos que han tratado de ayudarles y reconducir sus conductas y vidas cotidianas.

Sobre ello incide Valentina, madre de un niño diagnosticado como TDAH, José, una incomprensión que se entrefera de

sufrimiento en las palabras de un niño de corta edad:

Valentina refiere que el niño no alcanzaba a entender su propia conducta: "Jose era bien chiquitito y le reñías porque no se estaba quieto. Y él lloraba y decía: ¿Por qué me riñes, qué es lo que hago mal? Es que no sé qué es lo que hago mal. (Torrientes 2011:46).

Una profesora, Nuria, también resaltaba la incomprensión de la singular subjetividad y modo de "estar en la escuela" de los niños con TDAH que ella ha tenido en clase:

Les hace sentir que son raritos, que son diferentes... Ellos no son conscientes de por qué otros niños no quieren jugar con ellos... Es verdad, que a veces los niños se sientan con una baja autoestima por todo eso, porque no son capaces de darse cuenta de las consecuencias de sus actos. (Torrientes 2011:46).

De nuevo Fernando, al hacer una reflexión sobre cómo entiende él que ve la sociedad a este trastorno, señala como importante la incomprensión e infravaloración del TDAH por el rasgo de su invisibilidad, al no ser distinguido como una "enfermedad" fisiológica -como la ceguera, o la cojera.

Yo creo que la solución pasa por dejar de infravalorarlo. Un TDAH tiene igual de dificultades y debe tener el mismo respeto y consideración que una persona que es ciega o coja. A una persona que es ciega no la dejamos en medio de la calle y que se las apañe por sí solo sin perro lazarrillo ni nada porque decimos que lo que quiere hacer es cerrar los ojos y no quiere ver. O a un cojo no lo dejamos sin prótesis ni nada porque decimos que es que está haciendo el vago. Pues un TDAH igual. La gente cuando oye discapacidad le viene el típico vendedor de cupones de la ONCE o la persona en silla de ruedas. No le viene la imagen a la cabeza de un chico que lo está pasando mal porque no puede prestar atención aunque él quiera.

La gente tiene que verlo para creerlo. Y como físicamente no se puede ver, la gente piensa que somos niños vagos, o sea lo primero que habría que hacer es dejar de infravalorarlo... Mira mi madre me dijo una cosa una vez que me marcó muchísimo. Me dijo: "es que no se te ve... pero yo pienso que eres retrasado o que tienes síndrome de Down o algo así". (Torrientes 2011:76).

Esta incomprensión, también es identificada como inseparable de sus vidas por mujeres diagnosticadas como TLP, y en este caso también es vinculada a una explicación de sufrimiento "no visible", algo que les diferenciaría de otras personas enfermas. Para ellas, lo que padecen es vivido como un mal mucho peor que un cáncer de mama, al no ser entendidas por nadie. Así lo expresaba Mar:

Cuando yo fui a salud mental, cuando me vio la enfermera, me dijo: no me extraña que estés así, con todo lo que has pasado, pero me he ido recuperando y recuperando; yo no sabía lo que era un TLP, pero ahora sé lo que es un TLP; ¿y saben lo que es lo peor?, que no nos entienden. Porque si a mí se me rompe un brazo, o tengo un cáncer de pecho, pobrecita, ¡pobrecita! ¡Pero yo a lo mejor es peor! Porque si le extirpan un seno, te pueden colocar una prótesis, ya se curan los cánceres de mama, pero esto no se cura, y encima es un sufrimiento tan grande el que tenemos por dentro, que además nos autodestruimos, nos autodestruimos de tal manera que somos como una montaña rusa que sube y baja, que sube y que baja pero que en cualquier momento podemos salir despedidas... (Mar).

En el caso de los TDAH, la incomprensión que sienten, la conectan con el mundo de la escuela y algunos/as docentes que han tenido, pero especialmente con algunos de los diferentes psiquiatras que les han tratado a lo largo de los años en su ajetreado itinerario terapéutico. Fernando lo contaba así:

Y bueno... luego ya cuando terminé el instituto me cambiaron de psiquiatra. Tengo una psiquiatra ahora que es super estúpida. Voy con mi madre porque mi madre se ha preocupado mucho y ella empieza... "ayyy que vienes con tu madre ¿cuántos años tienes?" Un día que fui solo, me dice: "¡uy, no me puedo creer que vengas solo! Y yo pensé... "ni yo que tu estés licenciada en medicina"... Cuando voy a verla no se interesa mucho por mí. Me pregunta ¿tienes amigos?, ¿apruebas todo? Hasta luego, hasta luego... Luego ya para el tema de la medicación voy a mi médico de cabecera, le doy la tarjeta y le digo: "lo de siempre"... y me da el Concerta. Ahora estoy con el de 54 mg. (Torrientes 2011: 72).

Es importante entender que este sentimiento y experiencia de incomprensión tiene efectos importantes en sus vidas, traducéndose

en ocasiones en intentos de suicidio, como consignaba Fernando al recordar lo que ha sido su vida pasada:

Porque yo lo he pasado muy mal, me he sentido totalmente incomprendido. Intenté suicidarme un par de veces... de estar ahí asomado en la terraza y decir que salto y salto. Y con una cuerda... hacía escalada cuando era pequeñín... hacerme un nudo de ahorcado y ponérmelo en el cuello y empezar a apretar... Pero todo esto ha sido antes, yo lo considero como un mal sueño. Cada uno ha hecho lo que ha podido. (Torrientes 2011: 73-74).

INCOMPRENSIÓN, ÉNFASIS Y CONFUSIÓN EN LOS SABERES EXPERTOS.

Pero estos relatos que estos niños y jóvenes expresan de una incomprensión que conforma sus vidas y trayectorias experienciales, no son sólo una queja o reclamo aislado, sino que tienen una traslación y concuerdan con algunas incomprensiones detectadas en los discursos y praxis profesional de los saberes expertos (biomédicos, psiquiátricos, docentes) de ambos trastornos -TDAH y TLP. Para estos discursos e intervenciones profesionales, estos trastornos o bien se enfatizan o sobrediagnostican, en ocasiones se ocultan o invisibilizan, y en todo caso confunden tanto a las personas que son etiquetados como "poseedores" de los mismos, pero también a sus entornos familiares y diferentes profesionales que participan en sus tratamientos e itinerarios terapéuticos.

Se ha detectado una tendencia, apoyada en casos específicos, donde los saberes expertos y profesionales, no solamente el biomédico, sino también los vehiculados en el mundo de la escuela -educador, pedagógico y psicológico-, tienden en algunos casos a "sobrediagnosticar" a niños con TDAH. Tal es el caso que recoge el trabajo de Esperanza Vaca Blanco, sobre un niño de Tijuana (México), donde un problema o trastorno fisiológico fácilmente detectable y tratable, no es visto como tal, y en cambio desde la escuela se activa un proceso para neurologizar, psicologizar o inclusive "psiquiatrizar" dicho problema. Así es el modo como un taponamiento de los oídos, y sus efectos en un trastorno o retraso del lenguaje, son interpretados en el entorno escolar y los sucesivos profesionales de bata blanca, como un Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Así lo relataba Giovanna, la madre de Alexis (9

años), interpretando que el problema de los oídos le ocasionó un trastorno y retraso de lenguaje que fue lo que afectó a su rendimiento en la escuela –aunque la escuela lo interpretó como síntomas de TDAH. Cuando esta investigadora pregunta a Giovanna, la madre de Alexis, si notó algún cambio en su hijo una vez que le limpiaron los oídos, decía:

Si porque ya escucha, porque ya le hablas a la primera y entiende. A veces cuando no le conviene pues no...Pero ya si le hablas a la primera y entiende. Antes yo le llamaba: "Alexis". Y no... Y otra vez "Alexis". Y nada...Y ya le gritaba "¡Alexis!" y era cuando ya el volteaba. Entonces ahí yo lo veo; ahora lo llamas y "¿mande? Ahí voy. Entonces el problema era del oído, entonces yo creo que de este problema le vino lo del lenguaje y todo eso, es lo que el trae por eso. (Giovanna).

Según concluye la investigación de Torrientes (2011:44), la subjetividad del niño no tendría cabida en un modelo médico basado en la evidencia y la medicación. El discurso biomédico, y en este caso psiquiátrico, impone la medicación del trastorno, sin tener en cuenta la información o preocupación de los padres. En este caso, inclusive, ignorando las recomendaciones de los dos principales medicamentos con que se ha tratado el TDAH –Rubifen y Concerta-, que recomiendan su uso a partir de los 6 años. Tenemos que escuchar el relato de la madre de Adrián –6 años durante la investigación-, Teresa, diagnosticado con TDAH por primera vez con 3 años, para comprobar cómo el empleo de fármacos se impone a la preocupación y reparos de unos padres, que se oponen a que su hijo de 3 años sea tratado con un medicamento para el TDAH por el psiquiatra. El psiquiatra los convence utilizando un argumento que equipara el TDAH a una enfermedad crónica y grave como la diabetes o una dolencia cardiovascular: “mi marido dijo que no que él no medicaba y ya claro te dice la psiquiatra: “-bueno es que si tu hijo fuera diabético, es que si tu hijo tuviera un problema de corazón”... Entonces claro yo no la iba a negar una medicación””. (Torrientes 2011:45)

En la escuela, tiende a invisibilizarse, a camuflarse o a enmascararse el TDAH. De este modo, en Tijuana, Esperanza Vaca constataba en su investigación que en los colegios privados no se reconocía que

existiese ningún estudiante diagnosticado como TDAH. En España, Fernando, hacía una distinción bien interesante. Mientras en las escuelas públicas, él ya como adulto y como colaborador con una asociación de familiares de niños diagnosticados con TDAH acudía a colocar un cartel anunciando una actividad sobre TDAH, y el cartel nunca era colocado, en alguna escuela privada religiosa, se demonizaba –literalmente- al niño que manifestaba las señales de este trastorno.

Una incomprensión del discurso psiquiátrico, también es manifiesta en las personas diagnosticadas como TLP, como ya recogíamos en nuestro libro *Nosotros, los Trastornos Límite de Personalidad. Narrativas y relatos de aflicción* (Mariano, Flores y Cipriano 2013). Tal es el caso de Amanda, una joven mujer de 38 años cuando realizamos la investigación. Su historial clínico recogía veintidós años atrás esa sensación de encontrarse a disgusto con su apariencia y consigo misma, su percepción distorsionada de la imagen de su propio cuerpo nombrándolo como dismorfobia –“Hace 1 año, en junio de 1990, inicia cuadro depresivo con dismorfobia”-, también conocido como trastorno dismórfico corporal (TDC), como el primer diagnóstico psiquiátrico de la afección sufrida por Amanda. Llama mucho la atención cómo no vuelve a aparecer mención a este trastorno en su historial en los 22 años posteriores. O mejor dicho, es curioso como aparece mutado, transformado en un reverso crítico y descalificante, como “complejo de guapa”, como recogía un año después, en 1991, el informe de un psiquiatra que no trataba ni realizaba los informes habituales sobre Amanda. En ese informe, identificaba el carácter supuestamente manipulador de Amanda y su madre, y utilizaba las siguientes palabras que otorgan otra interpretación a la preocupación u obsesión por su aspecto físico: “La madre y la niña son “bobas” o “coquetas” y muy obsesivas. Complejos de guapa. ¡Cuán bravas malas! Manipulan a todo psiquiatra que las trate. Hay que ser un poco duro con la madre y con la hija.” (Mariano, Flores, Cipriano 2013:61).

POLITRAUMATISMOS ¿FISIOLÓGICOS O SOCIALES?

El diccionario de la Real Academia de la Lengua, define “politraumatismo”, en su acepción y uso médico, como un “conjunto de lesiones producidas simultáneamente

por causas externas". Así en los informes clínicos, especialmente en las unidades de urgencias de hospital, es frecuente hablar de politraumatismos y de personas "politraumatizadas". Tiende también a pensarse este concepto desde la visibilidad y huella física en el cuerpo de esos daños.

En los casos analizados en nuestro libro *Nosotros, los Trastornos Límites de Personalidad. Narrativas y relatos de aflicción*, (Mariano, Flores y Cipriano 2013), aparte de constatar la cualidad social del trastorno de TLP -comprobamos como en buena medida el TLP está aflorando una dificultad para gestionar las relaciones sociales y unos impactos de estas traumáticos en la vida de las personas-, las personas así diagnosticadas, en este caso tres mujeres, podríamos caracterizarlas como "politraumatizadas". Tal es el caso de Amanda, a quién entrevisté. Además de su trastorno de personalidad, ha experimentado múltiples enfermedades de índole u origen más físico, que en buena medida siguen determinando su vida cotidiana, su autoimagen y la composición de su subjetividad. En cierta medida experimenta una polipatología, o podemos hablar de ella como una persona "politraumatizada", hasta el punto de haber quedado incapacitada para el trabajo con 38 años y cobrar una pequeña pensión no contributiva. El historial refleja que ha padecido quistes (benignos) en el hígado, que ha sido diagnosticada de fibromialgia, pero lo que más ella enfatiza que transformó su vida, fue que padeció unos tumores -ganglioneuroma- que requirieron cirugía, y que le han generado secuelas orgánicas serias y permanentes como episodios de diarrea crónica y de aceleración del tránsito intestinal, trastornos que afectaban bastante a su capacidad para desempeñar sus trabajos anteriores, y que tanto por sí mismo, como por las numerosas revisiones y citas médicas que le aparejaban, han sido causa de la no renovación de sus contratos o despido (Mariano, Flores y Cipriano 2013: 64).

Pero Amanda también es un claro ejemplo de una persona afectada por politraumatismos sociales⁵, invisibles en apariencia para el discurso experto y saberes médicos, y que no son distinguibles por el sentido de la vista, pero que se puede acceder

a su identificación y comprensión con el no menos noble sentido del oído. En una escucha activa de sus entrevistas, y paciente revisión de su historial clínico, podemos calibrar la severidad de algunos de estos daños en su vida -"la enfermedad no es algo que acontece en el cuerpo, sino en la vida" (Good 2003)- y la posibilidad de considerar su Trastorno Límite de Personalidad en íntima conexión con su realidad de "politraumatizada social". Al preguntarla sobre cómo se inició su problema, procede al relato de una serie de hechos que jalonaron su vida especialmente desde la adolescencia, y a partir de ella, que hacen aflorar una perturbación y trastocación radical de sus relaciones sociales. Así puede enumerarse estos impactos que han jalonado su vida: intolerancia a relaciones sociales conflictivas entre las compañeras y pandillas de su colegio, cambio de ciudad de residencia, abusos sexuales a temprana edad por alguien de su entorno familiar, toma de conciencia de unas relaciones familiares "malsanas" y conflictivas -en concreto las articuladas en su hogar o núcleo familiar más próximo-, sucesivos despidos y no renovaciones de contratos de trabajo hasta su incapacidad actual para tener y mantener un trabajo (cobra una pequeña pensión no contributiva), ha experimentado problemas y tensiones importantes con todas sus parejas, y su independencia del hogar paterno es precaria y efímera, sujeta a regresos -y en cierta medida regresiones- temporales.

Aunque con menor intensidad y claridad que con las personas diagnosticadas como TLP, encontramos igualmente señales de que algo de esos politraumatismos sociales también está afectando a niños diagnosticados como TDAH en Tijuana, como lo refleja Esperanza Vaca en sus conclusiones:

Resulta conveniente apuntar que el TDAH pareciera tener más presencia en la niñez perteneciente a aquellos sectores más desfavorecidos o violentados con más fuerza por las fracturas del sistema social, por lo que estos niños y estas niñas se ven expuestas a mayores riesgos de ser alcanzados por una mirada patologizadora que dibuja itinerarios con marcas en su expediente académico, clínico y consecuente estigma social desde su nomenclatura como TDAH, por presentar

5. El concepto es de la antropóloga María Dolores Martín-Consuegra. En su tesis doctoral recientemente defendida, "Estudio Antropológico de la Biomedicina en el Sufrimiento Laboral" (2016) genera el concepto de "politraumatismo social" para analizar la experiencia de sufrimiento laboral y social de esos pacientes, en especial los que acuden a la especialidad de psiquiatría.

un comportamiento que no se adecúa a las exigencias del guión. (Vaca 2015:51).

EMOCIONES Y SUFRIMIENTOS. NUEVAS EVIDENCIAS PARA LA EFICACIA TERAPÉUTICA.

En la investigación de Torrientes (2011) sobre el TDAH, me parece importante aclarar que la atención y uso privilegiado que el autor presta a las narrativas de los afligidos no se contempla aquí compartiendo la creencia – convertida en doxa incuestionable– desde una óptica psicológica y psicologista, de que la expresión de las emociones “alivia” o inclusive “cura”, y que por tanto hay que facilitar la misma –esa sería una de las tareas principales del psicólogo o del profesional que interactúa con ellos.

Por el contrario, lo novedoso y potente del trabajo de Torrientes (2011) es que nos permite acceder a las emociones de niños pequeños diagnosticados con TDAH, que están experimentando una medicación muy fuerte y con una edad límite a la indicada en el prospecto específicamente, y ante la cual existe una reacción de autoconciencia, de miedo y de elaboración de estrategias de resistencia ante prácticas de intensa medicalización en la escuela y en el hogar. Así podemos escuchar a Adrian (6 años, diagnosticado como hiperactivo) decir: “Yo no quiero la pastilla, yo mando en mi cuerpo, mi cuerpo es mío y te digo que no”. O a Cristina (7 años, diagnosticada de déficit de atención) “Yo no sé si estas pastillas me están haciendo algo. Es que no pienso, tengo la cabeza vacía”. ¿Qué investigador o profesional puede permanecer impasible y sin reevaluar ciertas prácticas ante el registro y conocimiento de estas experiencias? Sobre todo los que nunca se han detenido a escucharlas -o consideran irrelevante hacerlo.

Algunas opiniones encontradas con este primer argumento serían las aportadas por algunas madres que expresan los efectos secundarios que ellas perciben en el tratamiento farmacológico:

Le han dado Concerta pero tenía terrores nocturnos, dolores de cabeza, le sentaba mal. Por las noches le oía: mamáaaaa mamáaaaa, y el niño soñaba que venía el monstruo, o que venía alguien y le pegaba o que se caía y se moría o que me pasaba a mí algo. (Lidia, madre de Alejandro).

Con el Rubifén al ser varias tomas, te encontrabas con que por la noche no podía dormir y casi tampoco cenaba. Entonces el Concerta que era una sola toma y que parece que funcionaba mejor en otros niños, a Alberto le sentó bastante mal con Concerta. Venía muy mal del colegio, decía que oía voces internas en su cabeza. Entonces llamé al doctor y le dije me pasa esto y le expuse la situación y me dijo: no se lo des más, vuelve al Rubifén. Yo me sentía muy mal. Venía del colegio, dejaba la mochila se tumbaba en el sofá y decía que las voces que escuchaba le atormentaban... Lo pasó fatal, entonces tuvimos que suspender la medicación inmediatamente” [...] “Luego tuvo toda clase de tics. Con el Rubifén también le pasaba pero fue más con el Concerta. Tuvo tics... ¡bufffff! ¡De todo!... desde escupir, desde guiñar los ojos, desde tocarse los dedos constantemente, llamar puta a la profesora... y eso que era la que más le comprendía porque era la de apoyo... Y no lo podía evitar, todo el rato escupiendo, haciendo como que tosía... Y era todo por la medicación me dijeron, que todo iba asociado a eso. (Jimena, madre de Alberto).

Sin pretensión cuantitativa ni proyección estadística alguna, si me parece importante resaltar que si la muestra de la investigación de Jordan Torrientes fueron 7 madres de hijos diagnosticados como TDAH, y identifica al menos a dos madres como Lidia y Jimena que hablan así de los “efectos secundarios” de la medicación, concretamente con el Concerta, hay algo como mínimo inexacto en el prospecto que plantea sólo un 1% de posibilidades de ese tipo concreto de efecto secundario en niños tan pequeños (no olvidemos que tienen 6 y 7 años), y que aumentaría la frecuencia a un 28,5%. Parece pues que el trabajar con narrativas de aflicción y sufrimiento no parece que sea una perspectiva y metodología que pueda entusiasmar demasiado a la investigación clínica financiada por laboratorios y grandes corporaciones farmacéuticas. Aunque probablemente sería algo que agradecerían los protagonistas-destinatarios de los tratamientos, en este caso los niños y sus familias.

Como ya habíamos señalado recientemente en otro trabajo (Flores y Mariano 2016), al entender los relatos de aflicción como evidencias para la clínica, aquellos se tornan en documentos auditores de la calidad asistencial, permitiendo la evaluación y la

mejora de las prácticas al incorporar la “comprensión” del trastorno. Desde esta perspectiva, estas narrativas podemos considerarlas –y utilizarlas–, como el reverso de los historiales médicos. O dicho de otro modo:

La historia de vida dentro de la historia clínica; huellas del impacto de la enfermedad y el diagnóstico en la vida. En nuestra opinión, la información contenida en los historiales médicos –las evidencias tradicionales– aceptan de manera tácita la amputación de esos otros órdenes de significados que se vuelven centrales en las narrativas de aflicción. Y desde el momento que se acepta la importancia en las tramas de los aquejados, debe aceptarse un lugar protagónico en la práctica médica. (Flores y Mariano 2016:52).

CONCLUSIONES

En estas páginas me interesaba incorporar el sufrimiento como primera evidencia clínica, mostrando la utilidad del conocimiento polifónico de la enfermedad, y considerar la vida a través del trastorno que afecta a estas personas como evidencia, al tiempo que privilegiamos a estas narrativas de pacientes como potenciales “informes de calidad”, como “auditorías” de evaluación.

La trama de “incomprensión-atención” también incluye a los profesionales médicos, sobre los que se construyen relatos que ejemplifican el desdén y el desgaste que estos pacientes parecen sufrir.

Esos relatos apuntan a prácticas profesionales inadecuadas (o malas praxis), donde en ocasiones se confunden síntomas de enfermedad con “ganas de llamar la atención”, se ignoran o “estiran” las recomendaciones de los prospectos de medicamentos potentes, o las empresas biofarmacéuticas no preguntan –o no escuchan– las voces de los afectados por su consumo. En cuanto a las narrativas, las experiencias emocionales y personales como las aquí registradas, deberían ser de utilidad para reorientar las prácticas biomédicas que priorizan tratar la enfermedad y descuidan tratar a la persona. 

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA – American Psychiatric Association (2002): DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.

Barkley, R.A (2010): Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades. Barcelona: Paidós.

Cipriano, Carmen, Mariano, Lorenzo y Flores, Juan Antonio (2013): "Borderline Narratives. Suffer that matters", Poster en Congreso Encounters and engagements: creating new agendas for medical anthropology, EASA/Society for Medical Anthropology/URV, Tarragona, 12-14 de Junio 2013. (m.s).

De Flores, T.; Soto, Á., Sánchez, C. (2007): Trastorno límite de la personalidad: a la búsqueda del equilibrio emocional. Barcelona: Morales i Torres.

Flores, Juan Antonio (2012): "Incorporando el sufrimiento y las violencias cotidianas: del historial a las historias de vida en Veracruz (México)", En Mariano, Lorenzo/ Cipriano, Carmen (eds.): Medicina y Narrativas. De la Teoría a la Práctica. Sevilla: Editorial Círculo Rojo, pp.205-234.

Flores, Juan Antonio (2013): "Narrativas y evidencias de sufrimiento. Aportaciones desde la etnografía a unas disciplinas sociosanitarias basadas en la eficacia", En De las Heras, Jaime, Porrás, María Isabel, Sancho, Francisco Javier (eds.): Antropología y Salud: Un encuentro necesario. Ciudad Real: Facultad de Medicina de Ciudad Real, pp. 43-71.

Flores, Juan Antonio (2014): "Hacia una inteligencia social del sufrimiento: la investigación desde la teoría social y antropología de las emociones", En Marí, Rosa, Díaz, María y Portal, Esther (coords.): La pedagogía social como formación, investigación y compromiso con la sociedad. Viejos y nuevos desafíos. Valencia: Nau Llibres, pp. 17-41.

Flores, Juan Antonio y Mariano, Lorenzo (2016): "Nuevas definiciones de evidencia en la Medicina contemporánea: aportes desde la Antropología" En Saude e Sociedade, vol. 25, (1),pp. 43-56.

Good, Byron J. (2003): Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Bellaterra.

Gunderson, J, Singer, M. (1975): "Defining borderline patients: an overview" En American Journal of Psychiatry, Arlington, v. 132, n. 1, p. 1-10.

Gunderson, J. y Zanarini, M. (1987): "Current overview of the borderline diagnosis" En Journal of Clinical Psychiatry, v. 48 (Suppl), p. 5-11.

Koenigsberg, H. et al. (2002): "Characterizing affective instability in borderline personality disorder". The American Journal of Psychiatry, v. 159, n. 5, p. 784-788.

Mariano, Lorenzo y Cipriano, Carmen (eds.) (2012): Medicina y narrativas. De la teoría a la práctica, Sevilla: Editorial Círculo Rojo.

Mariano, Lorenzo, Flores Juan Antonio y Cipriano, Carmen (2013): Nosotros, los Trastornos Límite de Personalidad. Narrativas y relatos de aflicción, Sevilla: Editorial Círculo Rojo.

Martín-Consuegra, María Dolores (2016): Estudio Antropológico de la Biomedicina en el Sufrimiento Laboral, Tesis doctoral en Antropología Social, Murcia: Universidad de Murcia.

Martínez, Ángel (2008): Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad, Barcelona: Anthropos.

Oumaya, M, Friedman, S., Pham A. (2008): "Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: a literature review", En L'Encéphale, vol. 34, n° 5: 452-458.

Stone, M. (1989): "The course of borderline personality disorder", En Tassman, Allan et a. Review of Psychiatric,

vol. 8, American Psychiatric Press.

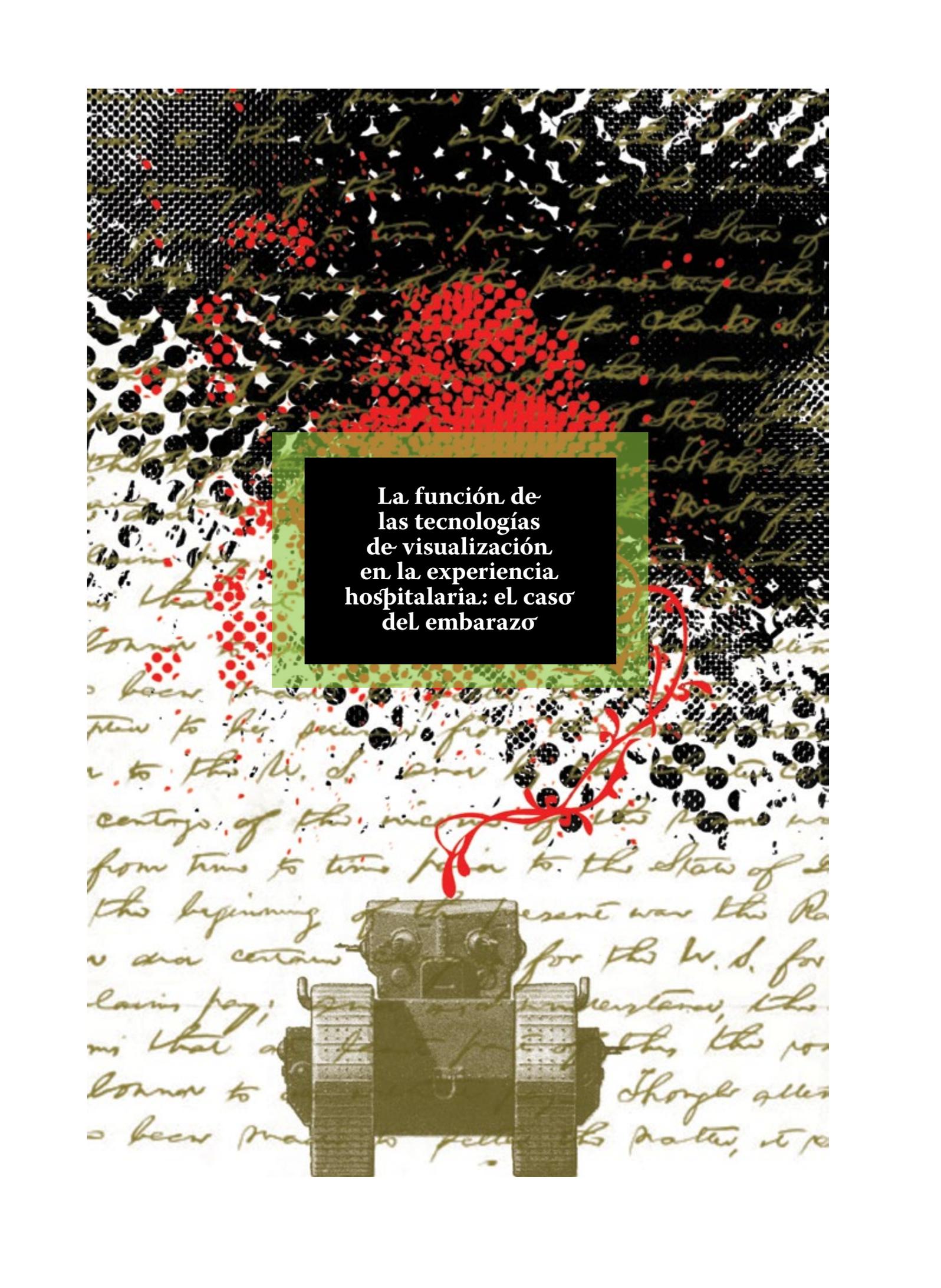
Torgersen, S. et al. (2000): "A twin study of personality disorders", En Comprehensive Psychiatry, v. 41, n. 6, p. 416-425.

Torrientes, Jordán (2011): Narrativas en el trastorno por déficit de atención/ hiperactividad (TDAH). Una perspectiva sociosanitaria bajo una mirada antropológica, Trabajo de Fin de Grado en Terapia Ocupacional, Facultad de Terapia, Logopedia y Enfermería de Talavera de la Reina, Talavera de la Reina: Universidad de Castilla-La Mancha (m.s).

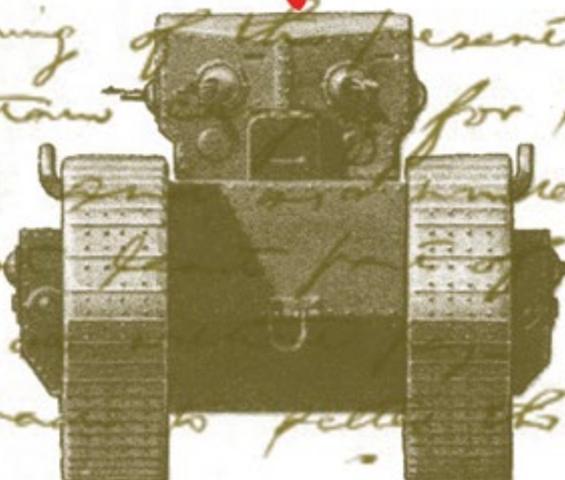
Vaca, Esperanza (2015): Una mirada inquieta hacia el TDAH en Tijuana (México). Implicaciones y retos de la Educación Social, Trabajo de Fin de Grado en Educación Social, Facultad de Ciencias Sociales de Talavera de la Reina, Talavera de la Reina: Universidad de Castilla-La Mancha (m.s).







La función de
las tecnologías
de visualización
en la experiencia
hospitalaria: el caso
del embarazo



LA FUNCIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE VISUALIZACIÓN EN LA EXPERIENCIA HOSPITALARIA: EL CASO DEL EMBARAZO

THE ROLE OF VISUALIZATION TECHNOLOGIES IN THE HOSPITAL EXPERIENCE: THE CASE OF PREGNANCY

RESUMEN

El siguiente artículo tiene por objetivo hacer un análisis de las modificaciones que las tecnologías de visualización biomédica, involucradas en el embarazo (ecosonograma) así como la instauración de la figura del médico (como actor privilegiado en el proceso reproductivo), están provocando en las conceptualizaciones del proceso salud-enfermedad y del propio cuerpo de las mujeres latinoamericanas de escasos recursos usando las teorización que elaboran Scolari, Morley, Haraway y Benjamin sobre los nuevos medios y las tecnologías de comunicación en relación a su influencia en la configuración de prácticas culturales y subjetividades. Lo anterior con base en una investigación de campo de corte antropológico realizada en una maternidad pública (área gineco-obstétrica) de la Zona Metropolitana de Guadalajara en México.

PALABRAS CLAVE: Tecnologías de visualización biomédica, experiencia hospitalaria, cuerpo, embarazo, mujer.

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©

ABSTRACT

The next paper has the objective to develop an analysis about the modifications that the biomedical visualization technologies and the figure of the 'doctor' (as a privileged actor in the reproductive process) have been provoked in the conceptualizations of the health-disease process and the body of the por latin American women. The theorizing of Scolari, Morley, Haraway and Benjamin about the new media and communication technologies related to the influence of the configuration of social practices will be used.

KEYWORDS: biomedical visualization technologies, hospital experience, body, pregnancy, women.

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©



ARTÍCULO RECIBIDO: 29 DE SEPTIEMBRE DE 2016

ARTÍCULO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN: 23 DE OCTUBRE DE 2016

ARTÍCULO PUBLICADO: 30 DE NOVIEMBRE DE 2016

años de edad (las cuales en su gran mayoría habitan en el área sureste de la ZMG).

-El índice medio de escolaridad es la primaria, sólo 3 mujeres de las 400 que entrevisté tenían una licenciatura terminada, 18 el bachillerato terminado.

-El 40% de las entrevistadas vive en unión libre pero en un primer momento más de la mitad de este porcentaje dijeron recibir el apoyo de su 'esposo'.

-El 90% de las mujeres a las que entrevisten están adscritas al seguro popular (según las cifras del 2010 había 35 millones de mexicanos afiliados). Pues existe el programa de embarazo saludable.

INTRODUCCIÓN

A MODO DE ACLARATORIA METODOLÓGICA

Si quisiera ser completamente fiel al enfoque feminista-socialista-ecológico de Donna Haraway -enclave teórico fundamental de este trabajo-, debo empezar por situarme dentro de la siguiente narrativa. En el año 2010 decidí hacer una investigación para regionalizar el área de acción gineco-obstétrica del Hospital Civil Nuevo de Guadalajara (México), Juan I. Menchaca. No entiendo por qué ninguno de mis profesores de ese momento no me comentó lo problemático que podría ser eso para mí (en mi calidad de estudiante de 4º semestre, madre de un niño de 3 años con evidente repudio al rol que era obligada a jugar por sus padres y demás miembros de la sociedad, con un discurso open mind sobre la sexualidad y el género y perteneciente a un estrato socioeconómico 'privilegiado'¹). Aunque lo más posible es que a pesar de su advertencia hubiera continuado con la investigación. El material etnográfico que en próximas páginas presentaré se recabó durante guardias de 24 horas por 24 horas (permanecía 24 horas en el hospital y descansaba 24 horas entre guardias) durante 3 semanas en el calendario 2010A. Obtuve el permiso para realizar observaciones en las áreas de urgencias gineco-obstétricas, la sección dedicada a las consultas de rutina y al piso de maternidad. Hasta el día de hoy estoy agradecida con todas las personas que me permitieron, de una u otra manera, documentar su paso por éstas.

Algunas conclusiones generales que arrojó el análisis de los datos obtenidos en el trabajo de campo son las siguientes:

-La vida reproductiva de las mujeres que asisten a este hospital va de los 13 a los 43

DEFINIR EL EMBARAZO

El embarazo es una de esas categorías (que denotan una experiencia humana) que aunque dan cuenta de una condición natural/biológica al ser el medio por el cual se reproduce la especie, su asiento cultural es de una complejidad poco vista. Tenemos distintas evidencias etnográficas que analizan la construcción social del embarazo como una etapa liminal² en la que las mujeres son concebidas como seres peligrosos que con su sola presencia pueden afectar a individuos enfermos o a machos recién castrados (ya sean humanos o no) por intervenir con los procesos de cicatrización (hay que hacer notar que la menstruación está rodeada por la misma aura de peligrosidad) (Aguirre Beltrán, 1992 y Douglas, 2007). También se cree que son capaces de 'chupar' la esencia (Romero López, 2006) y se asocia a este periodo con las etapas del ciclo lunar, esto último es muy conocido entre las parteras y los médicos de urgencias pues saben que cuando hay luna llena se saturan los servicios, aunque cada grupo lo justifica de distintas maneras. Tal vez podría alegarse en este punto que ese tipo de concepciones son de 'pueblos primitivos' o 'atrasados', sin embargo, considero que deberíamos detenernos un poco a reflexionar las ideas que circundan al embarazo en nuestra cultura occidentalizada (o como dijo el poeta César Vallejo 'oxidentalizada').

1. Según los estimados del INEGI mi familia nuclear pertenece a un estrato socioeconómico alto.

2. Este concepto es desarrollado por Victor Turner en *El proceso Ritual* y hace alusión a la *tempo-espacialidad comprendida en los rituales de paso*, donde los sujetos van de una categoría a otra pero en el ritual mismo no pertenecen a ninguna. El autor lo ejemplifica claramente haciendo una analogía con la estructura de una casa. Cada habitación vendría representando un estadio en la vida del humano, mientras que los pasillos que conducen de una a otra serán la liminalidad.

¿Por qué se dice que 'se alivió' cuando una mujer pare? es decir, en el imaginario social se sobreentiende que el embarazo es una enfermedad que termina cuando el agente extraño, considerado tal vez hasta como un ente parasitario, es expulsado por el cuerpo de la mujer. Otro ejemplo de uso más extendido entre sectores socioeconómicos bajos o rurales es el del imperdible en la blusa o el pantalón y el listón rojo amarrado a la cintura, los cuales se argumenta son el reminisciente del uso de obsidiana durante los eclipses (para proteger al feto de la ceguera, el labio leporino y otras 'malformaciones') entre los pobladores prehispánicos de Mesoamérica (López Miranda y Pérez Tinoco, 2012). O en el imaginario social se describe a las embarazadas como mujeres volubles y difíciles debido a las hormonas (aunque siempre se achaca el temperamento de las mujeres a las hormonas, mientras que en los hombres es condición de carácter y decisión). Estos son sólo un par de ejemplos que nos pueden ayudar a percibir cómo es que un fenómeno que podríamos pensar es construido enteramente desde la medicina y su raciocinio puede contener una estratificación de significados sociales que terminan siendo reflejados en las construcciones científicas. Con lo anterior, más que dar una pequeña justificación a este trabajo desde un enfoque antropológico, pretendo meter la cuña en cómo una experiencia humana se trata de desenraizar de su contenido social mediante un discurso científico que se erige con el supuesto de incuestionable.

En este punto es en el que me dispongo a tejer los planteamientos de Morley (2007), Benjamin (2008), Haraway (1995 y 1999) y Scolari (2008). ¿Qué tienen que ver las nuevas tecnologías en algo como el embarazo? o mejor aún ¿cómo es que teorías pensadas para objetos como la televisión, el celular, el internet o el refrigerador pueden ser acopladas en una sala de urgencias?

Considero que el precedente ideal para este análisis son las teorizaciones de Walter Benjamin de la Fotografía en *The Work of art in the age of its technological reproductibility, and other writings on media* aunque soy consciente que se podría alegar que una fotografía y la imagen producida por un ecosonograma no-es-lo-mismo, considero

que en su calidad de 'imágenes-mundo' en las que:

Benjamin destaca que ellas no son exclusivamente fenómenos subjetivos: él refiere a ellas como "imágenes imperativas" implicando que alguna parte de su carácter es objetivo e inherente en la imagen fotográfica en sí misma. Las imágenes que nos asaltan son inevitablemente subjetivas, pero nuestra percepción de ellas es condicionada por algo objetivo (2008:264) traducción libre.

Es decir, se considera a la imagen como verdad irrefutable. Es en este sentido que creo pueden ser equiparadas por la condición de verdad última que se le confiere a las tecnologías que intervienen en la labor médica de traducir cuerpos/padecimientos a un discurso médico-hegemónico pues en el área del cuidado del ser:

Los cuerpos como objetos de conocimiento son nudos generativos semiótico-materiales. Sus fronteras se materializan en la interacción social entre humanos y no humanos, incluidas las máquinas y otros instrumentos que median los intercambios en interfaces cruciales y que funcionan como delegados de las funciones y propósitos de otros actores (Haraway 1999:124).

Aunque Haraway en sí no es retomada en ningún sentido en las teorizaciones de las nuevas tecnologías por considerársele una 'feminazi'³ (lo cual parece ser muy mal visto por la academia) y dedicar en mayor medida sus reflexiones a las maneras en que los cuerpos no masculinos-heterosexuales-eurocéntricos-clase media-hablantes de una lengua estándar-jóvenes son relegados del flujo de creación y apropiación del conocimiento, considero que su formación como bióloga y crítica del sujeto científico cognoscente le permite teorizar desde un conocimiento situado (femenino) que es invisibilizado por el discurso hegemónico médico.

AQUÍ EMPIEZO

Proyectarme en esas mujeres que al entrar al hospital eran deshumanizadas y tratadas como simples casos, sin rostro y sin nombre (en las que todo lo que estaba por encima de la cintura era invisible para los médicos) me aterrorizó pero a la vez me dio fuerza para

3. Con este término se trata de denostar a las feministas radicales.

analizar esa situación y no quedarme sólo con el propósito inicial de mi investigación.

Mientras estaba en mi segunda guardia decidí ir con el médico encargado de la sección de ecosonogramas porque me dijeron que era “una persona que tenía muchos años laborando ahí y que podía darme un panorama general sobre la situación de las mujeres que asistían al hospital”. Lo interesante de ese encuentro no fue lo que me dijo en su jerga especializada, sino el trato que tuvo hacia una mujer que tenía un par de días internada por complicaciones en su embarazo. Una paciente de unos 35 años y complexión delgada entró al área de ecosonogramas en camilla y riendo con el camillero, el cual le extendió un expediente al médico. Este, al darle una ojeada rápida le indicó (al camillero) que la colocara (a la mujer) en un cubículo para examinarla. Al descubrirle el estómago empezó a recitar las características del caso. Después de unos instantes supe que me estaba hablando a mí pues alzó la mirada y me preguntó si tenía alguna duda. Negué con la cabeza y él prosiguió con su labor. Encendió un ecosonograma y untó con gel el transductor y colocó un poco en el vientre de la mujer. Cuando la imagen empezó a aparecer en el monitor, la cual era y sigue siendo para mí irreconocible, meneó la cabeza y comenzó a pasar el transductor con más fuerza pues la mujer hizo una mueca y emitió un quejido a lo que el médico, a su vez, soltó un sonido que comúnmente producimos cuando algo nos molesta o reprobamos. Después de un instante comenzó a hablar dirigiéndose a mí mientras limpiaba el aparato:

“pues este caso era delicado, la paciente llegó canalizada de una clínica rural con 21 semanas de gestación y un ligero desprendimiento de placenta y preeclampsia. En casos así lo mejor es el reposo y la medicación y esperar un poco hasta que el producto sea viable y tomar ya una decisión con el cuadro del momento. Pero pues aquí no será el caso, la señora ya tiene una pérdida considerable de líquido lo cual es muy peligroso para el desarrollo del producto por lo que se tendrá que poner fin al embarazo pues es obvio que no tiene los recursos para rentar el respirador que necesitaría su hijo para sobrevivir.”

Al decir esto último el rostro de la mujer, a la que nunca miró o le dedicó una palabra, cambió drásticamente; dejó de mirarnos

y volteó hacia el techo. En ese momento el camillero que había permanecido en el umbral del recinto se aproximó a nosotros y le extendió una toalla desechable a la mujer para que retirara el gel que tenía en el vientre mientras él la conducía fuera de la habitación. El médico no dijo una palabra más sobre el caso. Este fue el disparador de mi investigación.

DISCIPLINANDO LA SUBJETIVIDAD

¿Cómo es que las tecnologías de visualización biomédica (junto con los médicos) han tomado el lugar central en el embarazo de las mujeres? Aquí es donde considero pertinente incluir el factor teórico. ¿Cómo poder pensar estos datos de campo desde referentes macros cuando lo femenino y su cotidiano es subvalorado por las concepciones masculinas de lo social? Estimo que un punto de anclaje importante para esto sería la hipertextualidad sobre la que reflexiona Scolari en *Hipermediaciones* (2008). Aunque el autor se enfoca en aplicar el modelo al internet, valoro que si lo pensamos a grandes rasgos, esto podría ser acoplado de manera cabal con otros dispositivos tecnológicos incluidos los aparatos de visualización biomédica:

Cada vez que aparece una nueva tecnología -no sólo comunicacional- ésta es hablada por la sociedad y sus instituciones. La tecnología se convierte en objeto del discurso y entra a formar parte de una trama cultural donde conocimiento y poder se entremezclan. (Scolari, 2008:72).

Es decir, en este sentido el ecosonograma no emite discursos per se, las instituciones (en este caso médica y científica) usan las imágenes que genera este aparato para dar cuerpo a un discurso de autoridad que relega a la mujer de su proceso productivo. Los padecimientos se complejizan a partir de tecnologías que permiten ‘mirar’ lo que ocurre dentro del cuerpo, pero ese ‘mirar’ no es accesible a todos, una serie de barreras de índole simbólica (la educación especializada que se materializa en una bata que denota el estatus) coartan el acceso a esas lecturas:

En el orden de la información, la desigualdad tiende a definirse cada vez menos por las relaciones de producción entre capitalistas y trabajadores en una empresa o fábrica determinada. Ese es el paradigma de la desigualdad en el orden industrial. En el orden

de la información es más central la exclusión que la explotación. Y la exclusión es en primerísimo lugar algo definido en conjunción con los flujos y estructuras informacionales y comunicacionales. Lo que surge aquí es un <circuito> de élites relativamente desarraigadas (y por lo tanto cada vez más globales) (Lash, 2005:26).

En este caso particular pareciera que las mujeres embarazadas son analfabetas de su cuerpo. Condición que sólo ha sido posible con la globalización. Aunque podría alegarse que nos conecta, extiende las redes, los sistemas, las regiones, extiende conocimiento y es el motor del progreso global, esto podría dudarse:

La densidad relativa de conexiones a internet por kilómetro cuadrado en diferentes locaciones geográficas varía enormemente y el acceso a estas tecnologías (y a la conectividad que ellas ofrecen) depende mucho de donde estás localizado en el espacio geográfico y social (Morley, 2007:201-202) traducción libre.

La idea general de que la globalización, (des) materializada en el internet, está creando una sociedad global que disminuye la brecha digital/económica es una ilusión. Como bien podríamos seguir la reflexión de Castells, en "El espacio de los flujos", la sociedad red fue vista como una posible revolución a las maneras de construirnos socialmente y el espacio de los flujos una herramienta para achicar las brechas entre distintos sectores de la sociedad. Sin embargo, esto no ha pasado. La creación de información de peso sigue bajo el dominio de una minoría y una tercera parte de la población tiene acceso a ella. ¿Qué pasa con el resto? No están enterados de lo que pasa en el espacio de los flujos o de lo que se mueve ahí y sin embargo les afecta. Bien podría parecer que más que estrechar brechas se crean abismos de incomunicación. Lo económico sigue rigiendo el espacio de los flujos, la discriminación y exclusión ha echado raíces en ese espacio. Las prácticas segregacionistas se transportaron a lo virtual. Tal vez en vista de esto que Morley declara que:

Necesitamos descentrar los medios de nuestros marcos analíticos para tener una

mejor comprensión de las maneras en que los procesos de los medios y la vida cotidiana se entretajan mutuamente. El problema que afrontamos no será resuelto por propuestas contemporáneas de modernizar los estudios de medios al reconceptualizarlos como estudios de web o algo similar porque esto es simplemente poner a la internet en el centro de la ecuación donde la televisión solía estar (2007:200) traducción libre.

En este sentido, podemos justificar el análisis de cómo el ecosonograma ha modificado la manera de vivenciar el embarazo y el lugar que la mujer juega en el mismo desde los estudios en comunicación. Pensar en las tecnologías comunicacionales no como los simples artilugios que replican voces o palabras, sirven para validar discursos hegemónicos.

LA VIGILANCIA TECNOLÓGICA EN EL EMBARAZO⁴

Esta sección podría tratar la manera en cómo la modernidad ha modificado las formas de parir o de cómo se ha cambiado a las parteras, al conocimiento y a las prácticas milenarias⁵ por médicos que han alterado la dinámica para introducirse como actores estelares, relegando a la mujer, como portadora de conocimiento y como ser humano. Pero por el momento prefiero centrarme en cómo las nuevas concepciones y construcciones que se tienen de la feminidad, la mujer y la maternidad han sido trastocadas por las tecnologías de visualización biomédica.

El cuerpo es un constructo social y cultural en un espacio-tiempo que es regido por ideas, normas, valores, instituciones y organizaciones. "El sistema sensorial ha sido utilizado para significar un salto fuera del cuerpo marcado, hacia una mirada conquistadora desde ninguna parte" (Haraway 1995:324). La visualización es el mejor ejemplo de ello, los instrumentos ópticos modifican al sujeto en la medida que modifican la concepción de su cuerpo.

Decir que el hombre se reconstruye a sí mismo por medio de sus nuevas herramientas es un error de sintaxis, el hombre (blanco-hetero-eurocéntrico) reconstruye a partir de 'sus' herramientas su entorno. Movimiento

4. El título de este apartado hace alusión a la sección "Technological surveillance in the domestic sphere" en *Media Modernity and Technology* de David Morley.

5. A partir de la bipedia el canal de parto se estrechó y eso unido al incremento de la capacidad craneal hizo más difíciles los partos, por lo que las mujeres tenían que auxiliarse

epistémico que no deja lugar a la mujer preñada, mujer que se conceptualiza a sí misma como un ente vacío-lleño y desvinculado⁶. En la actualidad estamos acostumbrados a mirar imágenes del universo, de nuestros intestinos o de rostros al otro lado del mundo (rostros inapropiables o rostros dominados). En algunos casos, éstas vienen con la intención de conectar; en otros casos, muy particularmente, de desconectar. La mujer, a fuerza de las nuevas técnicas hospitalarias, se ve relegada de su proceso reproductivo en el sentido que necesita de una tecnología de visualización para saber qué ‘pasa’ dentro de ella. Ella ya no está conectada con su cuerpo, ella ya no reconoce a su cuerpo como propio, debe de auxiliarse de ‘un especialista’ que se lo traduzca. La representación es aquí un concepto clave pues la efectividad de la representación se basa en los procesos del distanciamiento, en el momento que surgen tecnologías que hacen que alguien ‘externo’ (al proceso reproductivo) pueda tener mayor conocimiento, vinculación y representación con el feto, que la misma mujer que lo alimenta, hace que éste sea situado fuera de sus nexos y de los discursos de la corporeidad femenina, el feto aun antes de salir de ella ya es un individuo que es representado por una institución social ajena distinta. La mujer es desautorizada como representante, como madre. En palabras de Haraway “la mujer embarazada y la población local son los menos capacitados para «hablar por» objetos como los jaguares o los fetos porque se los reconstruye discursivamente como seres con «intereses» opuestos. Ni la mujer ni el feto, ni el indio kayapó son actores en el drama de la representación.” (1999:138).

Las regiones cerradas (en el sentido de pertenecer a un conocimiento plenamente femenino, pues sólo las mujeres paren) de los cuerpos preñados ahora son de pleno dominio de los aparatos de visualización biomédica donde la mujer como ente activo no tiene cabida.

En realidad este no es un problema, técnicamente, de esta época. Desde hace siglos la moral está inscrita en los cuerpos de las mujeres, desposeyéndonos de nuestros propios cuerpos, pues la mujer debe de ser para otros mediante el sustento de maneras tradicionales de vida y reproducción. Sin

embargo, el embarazo y el parto eran esos espacios de resistencia femenina donde no había lugar ni razón para lo masculino.

La mujer vive la violencia de la dominación desde diferentes flancos, uno de ellos es la negación del cuerpo agente, del cuerpo no-incubadora. La dicotomía entre público/privado, hombre/mujer, fuerte/débil. Y muy particularmente la dicotomía planteada en el cuerpo femenino de cuerpo productor de vida/cuerpo productor de placer tiene implicaciones incuantificables. La mujer es definida por los varones en función de sus intereses que sirve a la reproducción de las relaciones de género propias de las sociedades patriarcales.

Podríamos definir la “mirada normativa del “otro”” como la experiencia de las mujeres con su cuerpo, mediada por la forma en que las mujeres perciben cómo su propio cuerpo es percibido por el sujeto de deseo para el cual ellas son objeto (Venegas Medina 2007:206).

Desde esta historicidad las mujeres hemos reducido nuestros cuerpos a su proceso sexual. Construimos nuestra subjetividad en relación al deseo masculino, nos hemos cosificado como bienes simbólicos que sólo toman valor en manos masculinas. Vivimos nuestros cuerpos como vistos desde otro lado (masculino, heterosexual, eurocéntrico). La invisibilización del saber femenino ha triunfado con la penetración del ecosonograma como el gran detentador de autoridad durante el embarazo.

Durante el trabajo de campo que hice presencié en más de una ocasión cómo se tomaban decisiones de continuar o interrumpir embarazos sin consultar en ninguna medida a la paciente. La imagen que se proyectaba en el monitor del ecosonograma era más que suficiente para dar un veredicto aunque en ocasiones estos eran encontrados. La lectura de esas sombras parecía ser más un arte que una ‘ciencia’ (por mucho que la comparación moleste a los médicos, los cuales prefieren ser llamados doctores). De una sala a otra veían cosas distintas, las impresiones de los últimos ecos que llevaban las pacientes a sus chequeos eran leídos con extrañeza en la siguiente consulta y se aseguraba que “no habían sido bien interpretados”: “El hipertexto

6. Esto ha sido mayormente tratado por la psicología de la mujer y del embarazo en la que explican que durante todo el proceso existe esta confrontación entre el feto y la mujer por ocupar su cuerpo ligado a la ansiedad de la espera y el temor al parto.

siempre incluyó al hipermedia [...] [que] estaba destinado a contener y enlazar no sólo documentos escritos sino también fotografía, gráficos, sonidos y representaciones tridimensionales" (Scolari, 2008: 219).

Las mujeres parecían a la intemperie. Cuando me acerqué a una a preguntarle que qué le decían de su examen me contestó "pues sabe, sólo entre'llos se entienden y a uno nomás lo train d'arriba pa'bajo y con el Jesús en la boca porque no se ponen de acuerdo de si viene bien o mal el niño". No fue necesario escarbar mucho para comprobar no sólo que las mujeres eran desplazadas de su proceso reproductivo en los consultorios, sino que ellas eran conscientes de ello.

CONCLUSIONES

En las anteriores páginas se expuso cómo es que las tecnologías de visualización biomédicas, tomando el caso del ecosonograma, han modificado las maneras en que se conceptualiza un proceso de salud/enfermedad, poniéndose en el centro de la labor médica, no sólo como herramientas de apoyo sino como actores centrales que a la vez terminan siendo 'títeres' de otros actores para movilizar discursos hegemónicos, en este caso patriarcales, que desposeen al paciente de voz y voto en su tratamiento. Es decir, estas tecnologías vienen a reforzar a la figura del médico como autoridad última en la decisión del cuidado del cuerpo y el diálogo que anteriormente se daba con la familia (en el caso del embarazo, con el esposo para tomar una decisión sobre los cuidados de la 'enferma'), se ha trasladado a un diálogo con las imágenes que distintos aparatos 'proyectan' del interior de nuestros cuerpos. Si como bien se planteó este trabajo se enfoca al embarazo, considero que puede trasplantarse a otro tipo de procesos de salud/enfermedad donde los pacientes son relegados como voceros de su yo-cuerpo y se convierten en simples espectadores de su enfermedad. Ya lo decía esa mujer que me topé en un pasillo del hospital "sólo entre'llos se entienden".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre Beltrán, Gonzalo (1992). *Obra antropológica VIII. Medicina y magia: El proceso de aculturación en la estructura colonial*. México: FCE/UV/INI/GEL.

Benjamin, Walter (2008). *The work of art in the age of its technological reproducibility, and other writings on media*. USA: Harvard University Press.

Castells, Manuel (1999). "El espacio de los flujos". En *La era de la información, tomo I, La Sociedad red*. México: Siglo XXI, pp. 409-462.

Douglas, Mary. (2007). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Haraway, Donna (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reivindicación de la naturaleza*. Madrid: Cátedra; Universidad de Valencia; Instituto de la Mujer.

(1999). "Las promesas de los monstruos: una política regeneradora para otros inapropiados/bles". En *Política y Sociedad*, núm 30, pp. 122-163.

Lash, Scott (2005 [2002]). *Crítica de la información*. Buenos Aires: Amorrortu/editores.

López Miranda, Karla y Estefanía Pérez Tinoco. (Julio - diciembre 2012). "El valor de la procreación y el embarazo desde la cosmovisión mesoamericana". *Antropoformas*, años 2 número 2, 42-58.

Medina Venegas, Mar (2007). "La mirada normativa del otro. Representaciones del cuerpo femenino y construcción de la identidad corporal a través de la experiencia del cuerpo como espacio de sumisión y resistencia". En Muñoz Muñoz, Ana M. ed. *Cuerpos de mujeres: miradas, representaciones e identidades*. España: Universidad de Granada, colección *Feminae*, pp. 205-225.

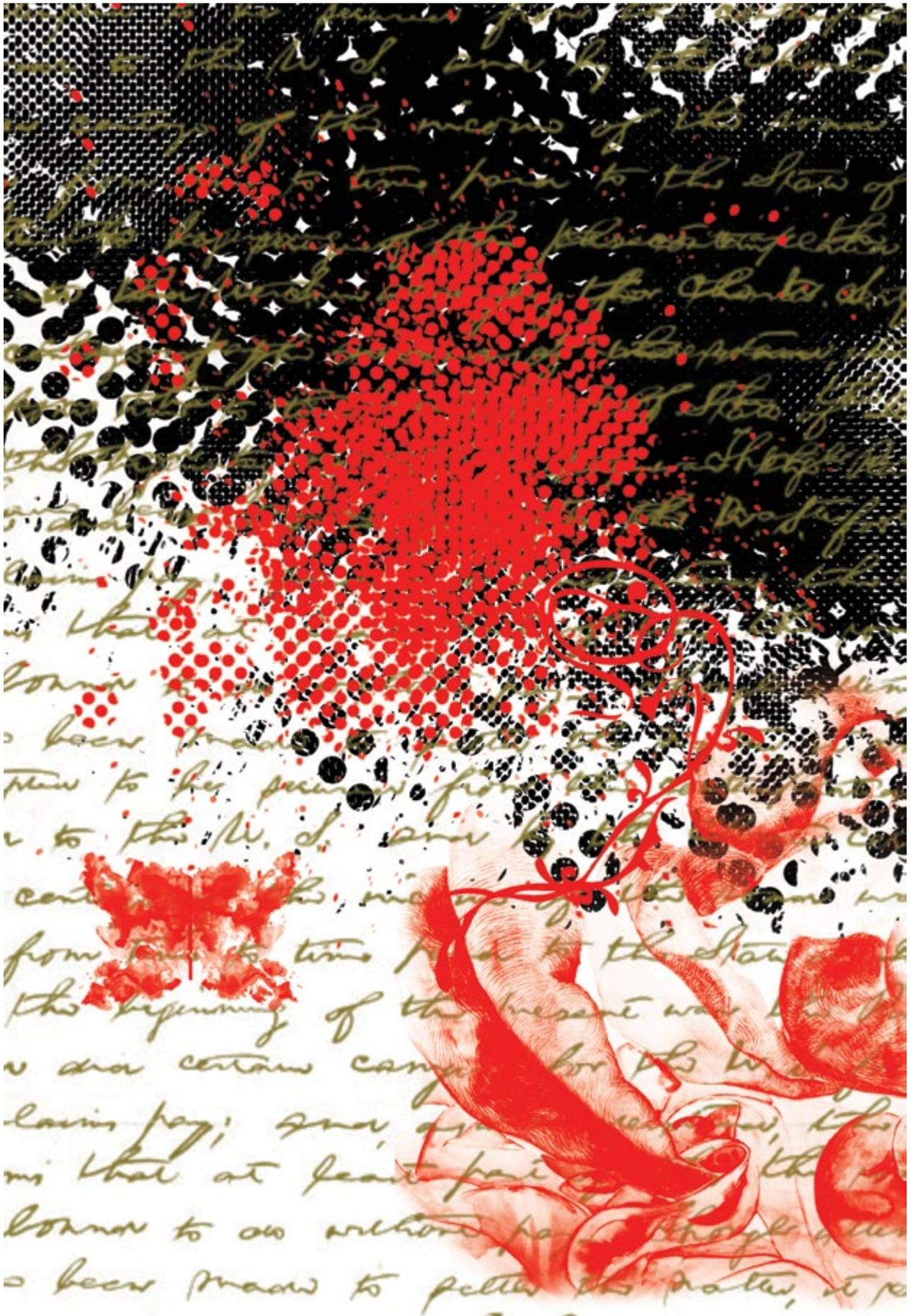
Morley, David (2007). *Media, modernity and technology. The geography of the new*. New York: Routledge.

Romero López, Laura Elena (2006). *Cosmovisión, cuerpo y enfermedad. El espanto entre los nahuas de Tlacotepec de Díaz, Puebla*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Scolari, Carlos (2008). *Hipermediaciones. Elementos para una teoría de la comunicación digital interactiva*. España: Gedisa.

Turner, Victor (1988). *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*. Madrid: Taurus/Alfaguara.







**Impactos de la globalización
en el comer: ¿mutaciones de
los patrones de consumo y en
el ordenamiento territorial?**

IMPACTOS DE LA GLOBALIZACIÓN EN EL COMER: ¿MUTACIONES DE LOS PATRONES DE CONSUMO Y EN EL ORDENAMIENTO TERRITORIAL?

GLOBAL IMPACTS IN FEEDING: CHANGES IN CONSUM PATTERNS AND TERRITORIAL ORDER?

RESUMEN

Los cambios que el creciente comercio de bienes alimenticios ha generado en el ambiente, en los espacios de producción y en la salud de las poblaciones, constituyen algunas de las transformaciones más notables asociadas a la globalización. En este texto, fruto de investigaciones empíricas e indagaciones teóricas dedicadas a explorar las mutaciones de la gastronomía en México, nuestro propósito es contribuir a la reflexión en torno a la dialéctica que une a las alteraciones en los modelos de consumo con la reorganización del territorio, mostrando los impactos que la globalización en curso suscita en los patrones de alimentación y los sistemas de movilidad.

PALABRAS CLAVE: ambiente, globalización, México, patrones de consumo alimentario, territorio.

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©

ABSTRACT

The growing trade in food goods have generated changes in environment, production and populations health, and constitute some of the deepest changes associated with globalization. In this text, product of empirical research and theoretical investigations dedicated to exploring the mutations of the gastronomy in Mexico, our purpose is to contribute to the reflection on the dialectic between changes in consumption patterns and the reorganization of the territory, showing the impacts that globalization in progress produce in feeding patterns and mobility systems.

KEYWORDS: environment, food consume patterns, globalization, México, territory.

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©



ARTÍCULO RECIBIDO: 15 DE SEPTIEMBRE DE 2016

ARTÍCULO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN: 23 DE OCTUBRE DE 2016

ARTÍCULO PUBLICADO: 30 DE NOVIEMBRE DE 2016

INTRODUCCIÓN

La materialidad de la comida es inagotable. Nuestra percepción de sus infinitos rasgos es atravesada por olores, colores, sabores, texturas e incluso sonidos. Asir ese mundo pleno de matices y efectos sinestésicos es un desafío que no cesa de perseguir a nuestra cultura. Los escritores, profesionales de la lengua, se sienten particularmente preocupados por este reto. Capturar la singular e inabarcable amplitud de efectos que los alimentos suscitan en nuestro campo perceptivo constituye un terreno fértil para probar la capacidad de la lengua para expresar e inventariar lo que la misma lengua y otros sentidos perciben.

Los escritores son sin embargo sólo un fragmento vicario de una obsesión que en el mundo moderno embarga a un número creciente de personas. El disfrute de los alimentos es parte de los goces que el hedonismo contemporáneo no cesa de auspiciar. Curiosamente, frente a la homogeneidad que la industrialización fomenta, con su afán de hacer más con menos, la heterogeneidad de la vida alimentaria que las culturas concretas preservan de modo práctico en la vida cotidiana -donde se hace el experimento diario de hacer diversidades con los recursos disponibles, esa escasez de la que nadie escapa- muestra que lo insalvable de las cocinas puede dar pie a lo insaciable de los coleccionistas. No hay en la actualidad periódico o revista o programa de radio o televisión que no albergue una sección que haga el elogio de las cocinas étnicas, fuente privilegiada de la diversidad gustativa. No obstante, comer ha devenido un campo práctico donde el signo topa con la imposibilidad de inventariar la riqueza de los valores de uso.

Algo similar tiene lo alimentario con lo espacial. El mundo moderno, ansioso por diversificar las mercancías, acaba,

paradójicamente, por reducir su variedad, aplastando su suculenta biodiversidad. La economía moderna desea abolir el espacio a fin de abreviar los tiempos de circulación de las mercancías y el dinero. Mientras más rápido circulen los negocios, más rentas se obtienen. Con todo, abolir las distancias puede llevar a un hacinamiento poco a poco invivible. En el terreno de la nutrición, ese propósito obtiene nefastos dividendos. Acelerar el consumo equivale a devaluar al paladar. La comida rápida, la fast food, es sinónimo de un puritanismo insípido. La industria cultural no ha dejado de registrar los impactos de este creciente deterioro de los bienes de consumo alimentario. En Matrix, uno de los mitos cinematográficos de la modernidad electrónica, vemos la utopía realizada: la gente se alimenta de caldos de vitaminas y proteínas sin sabor cuya única función es dotar de energía a los andróides. La vida y sus signos de diversidad han sido anulados. Las apariencias -en este caso, las manifestaciones concretas del placer- se deflagran en una esencia donde la gente se alimenta de un cóctel de nutrimentos.

Michel Polland (2014, 2009, 2008), una referencia ineludible en el examen de la gastronomía moderna, ha advertido en sus múltiples libros sobre la cocina moderna que el riesgo principal del espacio culinario contemporáneo reside en aplanar las identidades y tradiciones en una industrialización de nuestros alimentos, saturados ahora de etiquetas informativas cuyo objetivo es documentar las cifras precisas de lípidos, carbohidratos, minerales y vitaminas que incorporamos a nuestros cuerpos. A falta de sabor y genuinos olores, la publicidad construye un imaginario de disfrutes exóticos que sólo intentan vestir un cuerpo desvaído.

Mientras nuestros intercambios comerciales estuvieron sujetos a los medios de transporte basados en la capacidad de carga animal, la esfera de nuestros consumos alimenticios sólo permitía la incorporación de algunos contados productos no generados en nuestra región, pero a partir del momento en que empleamos combustibles fósiles esos límites comenzaron a retroceder y poco a poco se rompieron fronteras. En la actualidad, nuestros mercados suelen ofrecer alimentos de todos los rincones del planeta. Ya no es exclusivo de las élites económicas disfrutar

de ingredientes exóticos. La mayor parte de los alimentos hasta hace poco provenía de los campos de la región, de las huertas próximas a nuestras localidades o habían sido capturados en los bosques y ríos del espacio geográfico local. En todo caso, esos bienes habían sido domesticados, con relativa frecuencia, en algún lugar distante. El comercio los ha colocado en nuestra mesa y ello explica que los sistemas culinarios contemporáneos sean fruto de préstamos culturales de naturaleza global.

Hoy sabemos que la modernidad ha alterado nuestros hábitos tanto en el campo de la nutrición como en el de la movilidad (Urry, 2000). Comprender la dinámica de esta mutación constituye un desafío complejo. ¿Cómo acercarse a ella? En esta comunicación propongo una reflexión en torno a las transformaciones recientes en esas dos dimensiones de nuestras prácticas corporales: el consumo alimentario y el consumo del espacio. Ambos son planos ineludibles de los procesos de reproducción modernos y, como veremos, consideramos heurístico contemplarlas de modo articulado. En este sentido, en las siguientes páginas intentamos, tomando como caso de estudio la situación mexicana, el abordaje, de un lado, de las prácticas de restauración (nutrición) del cuerpo; y, del otro, las prácticas que movilizan (trasladan) cuerpos y mercancías. En nuestra perspectiva, un plano ciñe de modo estricto el metabolismo cotidiano del cuerpo, su alimentación, mientras el otro soporta de modo material las prácticas de manutención y sostenimiento de los cuerpos, los espacios construidos para la circulación donde se hace posible la movilidad cotidiana que conecta espacios de producción y consumo. En este texto, fruto de investigaciones empíricas e indagaciones teóricas, nuestro propósito es contribuir a la reflexión en torno a la dialéctica que une a los dos planos, mostrando los impactos que la globalización en curso suscita en los patrones de alimentación y movilidad.

MÉTODO

¿Cómo se puede analizar la asociación entre ambos planos? En primer término, a partir de una premisa básica: el consumo es un hecho social total -en la clásica acepción del antropólogo francés Marcel Mauss-, pues es una realidad objetiva y material que es, a la vez e indisolublemente, una producción

simbólica, ya que depende de los sentidos y valores que los grupos sociales le dan a los objetos y las actividades de consumo. En este sentido, consideramos que las prácticas alimentarias tienen lugar siempre en algún espacio concreto. En los animales el momento de la alimentación y la práctica de producir el alimento suelen ocurrir en el mismo lugar o al mismo tiempo. En los humanos, por el contrario, ambos momentos suelen hallarse separados, aunque es cierto que se puede comer ahí donde se obtiene el alimento. Situación cada día más rara, si consideramos que son pocas las personas que pueden recolectar un alimento que pueda consumirse de inmediato. Lo más frecuente es que nuestros alimentos pasen por diversas mediaciones, es decir, por elaboraciones, cocciones, procesos a través de los cuales dejan de estar crudos. Y eso suscita en primer término un alejamiento respecto de los lugares de producción inmediata. Pero también, en segundo término, respecto de los sitios donde se procesan y transforman.

Sobreponerse a la escasez de alimentos también lleva a forcejear con el espacio. Vencer la servidumbre del territorio implica no depender de los productos locales. Se buscan entonces alimentos en lugares distantes. Para lograrlo, es importante dominar las técnicas de conservación. A lo largo de la historia, con la revolución de los transportes, es posible acceder a productos frescos provenientes de todos los rincones del mundo. Los europeos emplearon los territorios conquistados para convertirlos en espacios productores de comida, exportando a ultramar todos los productos fundamentales de la dieta europea, plantas y animales (trigo, vid, olivo, bueyes, caballos, cerdos, café y azúcar).

Múltiples autores y personajes muestran cómo el conocimiento del territorio, de los ambientes y de los recursos locales ha sido siempre un dato esencial en la cultura alimenticia (Montanari, 2004: 81). Las grandes ciudades del pasado presumían de contar con todos los alimentos del mundo entonces conocido. En Roma los productos del imperio están presentes con una variedad amplísima, que pretende superar la dimensión local, ir más allá del territorio. Se daba pie a una cultura sincrética: la mesa es un lugar universal, un mágico lugar central, ya que en ella se recogen todos los productos posibles, todos los lugares imaginables. Los libros

de cocina del siglo XV, apunta Montanari, agrupan recetas de diferente proveniencia: se busca reunir, juntar experiencias diferentes, trascender lo local. La intención de valorizar las cocinas territoriales surgirá con posterioridad, cuando se consolidan las identidades nacionales y se construyen las identidades regionales, a lo largo de los siglos XVIII y XIX. “El momento de desarrollo de las cocinas regionales, afirma, es el siglo XIX, es decir, exactamente el periodo de la industrialización”. Han sido precisamente los procesos de globalización de los mercados y los modelos alimenticios los que han provocado una nueva atención hacia las culturas locales, la invención -sobre la base de fragmentos entregados por la historia- de “sistemas” que nos gusta llamar cocinas regionales.

La territorialidad, como dato positivo, es un invento reciente. La homologación de la industria alimentaria ha suscitado un interés por el rescate o redescubrimiento de las raíces: las comidas frescas y singulares de nuestro entorno. De este modo, la comida regional empieza a ingresar a la noción de consumo como signo de distinción social, fenómeno que solo podía darse en el mundo moderno. ¿Por qué? Porque la progresiva expansión de los circuitos agroindustriales, al erosionar los patrones de consumo tradicionales, han detonado, como reacción, el interés por defenderlos y rescatarlos.

De acuerdo con Fernando Tudela (1990), la extraordinaria diversidad de la ingesta tradicional, que en los medios rurales estaba relacionada con el cultivo directo, para consumo familiar, de un amplio espectro de especies vegetales, se ha visto reducida de forma drástica en la medida en que el acceso a los alimentos se verifica de manera creciente a través de circuitos agroindustriales y comerciales que se centran en un número muy limitado de productos. “Se induce de esta manera una homogeneización que ignora tanto la diversidad cultural como la ambiental. Los alimentos procesados se han introducido en detrimento de los primarios. Las dietas tradicionales se han ido relegando sustituyéndose por dietas ‘modernas’, generalmente más ricas en carbohidratos, pero que presentan mayores deficiencias en lo que respecta sobre todo a las proteínas de origen animal” (Tudela, 1990: 213). De hecho, la imposición cultural de una dieta moderna uniforme está provocando la pérdida de

los nexos con el medio ambiente local. Los requerimientos de la dieta dominante han propiciado un incremento notable de la importación de alimentos, con lo cual vemos surgir un nuevo problema: la dependencia alimentaria y la subutilización de los recursos locales.

Cuando empezamos a estudiar la historia de la gastronomía mexicana, uno de los aspectos que generaba malestar entre los informantes a quienes entrevistamos es que, en algunas regiones, los ingredientes necesarios para preparar algunos platillos eran ya difíciles o imposibles de conseguir. Es decir, que había un proceso económico y ambiental que estaba ocasionando la pérdida de la base indispensable para confeccionar algunos platillos. ¿Qué proceso explicaba esta erosión o pérdida de ingredientes? Esta pregunta nos llevó a indagar los cambios en el orden productivo y comercial que se hallaban detrás de los cambios en la oferta de alimentos (Rodríguez, 2010).

En este texto exponemos, de modo sucinto, los resultados de esta indagación, una exploración que se sustenta en un examen de la literatura producida en México en relación al cambio en los sistemas de abasto alimentario y en un análisis de los impactos que ha tenido la globalización en los sistemas de producción y consumo de bienes agropecuarios, considerando el periodo que inicia en 1994, momento en que se celebra el Tratado de Libre Comercio (TLC) que abrió la economía mexicana a Estados Unidos y Canadá (Grain, 2015).

Como vamos a ver, la pérdida de ingredientes en el patrón alimentario mexicano ha de atribuirse a un proceso complejo en el cual tiene un peso muy importante la expansión de empresas comerciales que han logrado controlar buena parte del abasto de alimentos en el sistema urbano del país. Las empresas que controlan el mercado de alimentos generan impactos en dos planos. Por un lado, reorganizan los sistemas productivos y, por otro, reorganizan los patrones de consumo. Es decir, que las empresas se han convertido en un poderoso instrumento que modifica tanto el campo -la estructura agrícola donde se producen los alimentos- como el repertorio de bienes a los que la gente tiene acceso para nutrirse. Se trata de transformaciones que inciden en el territorio -en la geografía de la

producción- y en los cuerpos -los modos en que la población satisface sus necesidades más cotidianas.

Para mostrar este proceso consideramos entonces los siguientes aspectos. Las empresas comerciales generan tres conjuntos de impactos: 1) Impactos sobre el sistema de abasto alimentario: pérdida de soberanía alimentaria, expansión de los monocultivos, industrialización del campo, reducción de la población ocupada en el campo, cambios en la geografía de la producción y en la geografía urbana (los centros comerciales destruyen al pequeño comercio, ligado a los sistemas locales proveedores de alimentos, y se han convertido en instrumentos que ordenan el crecimiento de las ciudades); 2) Impacto sobre los modos de alimentación: reorganización de los patrones de consumo alimentario, empobrecimiento de las dietas, impactos en la salud pública, erosión de la diversidad cultural, pérdida de cocinas tradicionales, proliferación comidas procesadas, alimentos de consumo rápido (fast food); 3) Impacto sobre infraestructuras de comunicación: el comercio global en expansión exige la ampliación de puertos, canales y sistemas de transporte de las mercancías. Los alimentos son una de las mercancías que más volumen ocupan en el movimiento global.

En México, desde que se firmó el TLC (1994), los cambios de los que venimos hablando se presentan de este modo: a) contracción de la población ocupada en el campo; b) expansión de los centros comerciales globales y reducción del pequeño comercio; c) pérdida de soberanía alimentaria y proliferación de monocultivos; d) construcción de nuevas infraestructuras de comunicación por empresas extranjeras: puertos y carreteras. Veamos a continuación, brevemente, cada una de estas transformaciones.

RESULTADOS

1. El cambio en los sistemas de distribución de alimentos está asociado a la paulatina contracción del Estado: se retira de una serie de actividades que contribuían a redistribuir la riqueza¹. Al adoptarse políticas neoliberales, se procedió a la desregulación del sector comercial, lo que implicó un desmantelamiento o privatización de los

segmentos en que el Estado participaba. La entrada del capital extranjero se vio fortalecida con una serie de innovaciones tecnológicas, organizativas y logísticas.

2. En apenas dos décadas (1995-2015), se ha instaurado un nuevo patrón de abasto de alimentos con un soporte territorial localizado y ramificado, que ha conseguido ventajas de proximidad, en los espacios urbanos, con las tiendas globales como factor de competencia (Gasca y Torres, 2014). Este tipo de establecimientos se perfilan como agentes hegemónicos del abasto de alimentos debido a su capacidad de penetración en amplios estratos de consumidores, la posibilidad de ejercer controles sobre distintos segmentos de la producción primaria y agroindustrial, así como la capacidad para operar bajo economías de escala que se reflejan en una mayor competitividad, niveles de crecimiento dinámico y una amplia difusión territorial.

3. Gracias a las medidas de libre comercio que abren las puertas a las empresas transnacionales, en América Latina ha sido muy rápida la expansión de las cadenas transnacionales que comercializan alimentos. Se estima que, mientras a mediados de los ochenta los supermercados controlaban entre 10% y 20% del comercio al por menor, a principios de la década del siglo XXI la proporción en promedio había ascendido a entre 50 y 60%, esto significa que el fenómeno de expansión del comercio moderno llevó solo 10 años, cuando en Europa y Estados Unidos tomó alrededor de cinco décadas.

4. En la medida en que los supermercados se expanden, capturan una creciente proporción de los gastos realizados por los consumidores en alimentos, dejando a los millones de personas que dependen de los mercados de productos frescos y a las pequeñas tiendas minoristas con menos ingresos totales para repartirse. Las grandes firmas auspician el desarrollo de una industrialización de la agricultura, favoreciendo procesos de concentración de la tierra y la contracción del empleo agrícola (lo que suele denominarse "descampesinización"). Estas empresas quieren ofrecer todo el año las mismas frutas y verduras frescas, ya sea que estén en temporada o no. Esto lo pueden hacer

1. "En el segmento de la distribución mayorista el Estado construyó grandes obras de infraestructura comercial para el acopio y distribución de granos básicos, frutas y hortalizas, mientras que en la distribución al detalle coadyuvó a la creación o impulso de distintos canales como mercados públicos, tianguis y mercados sobre ruedas, supermercados estatales, sindicales y otros establecimientos especializados" (Gasca y Torres, 2014: 137).

abasteciéndose de productos desde diferentes localidades geográficas ubicadas en todo el mundo. Pero también quieren productos lo más barato posible. Por esto buscan centros de producción donde se puedan abastecer al más bajo costo. El abastecimiento a nivel global posibilita que las cadenas corporativas de comercio al menudeo debiliten la producción local debido a los precios más bajos con que se abastecen desde centros de producción más baratos. Esto pone presión sobre los productores locales y aumenta la producción de monocultivos en áreas específicas.

5. En las ciudades se auspicia un patrón de consumo más homogéneo y más internacional: los hogares urbanos son más vulnerables a la publicidad y a las exigencias que favorecen la llamada fast food (también llamada junk food) y los estilos de vida más globales. La proliferación de las tiendas de autoservicio, establecimientos con un logo global que ofrecen productos de “olvido”, botanas y bebidas, y alimentos procesados, ubicadas en puntos estratégicos del espacio urbano, tienden a desplazar al pequeño comercio local (misceláneas y abarrotes, mercados públicos y tianguis) y contribuyen a la homogeneización del consumo con bienes industrializados (tiendas tipo OXXO, SEVEN ELEVEN, etcétera). Generan nuevas centralidades en forma de núcleos, ordenaciones lineales y áreas especializadas para el consumo, configurando patrones policéntricos que se despliegan en el espacio de las grandes zonas metropolitanas. De alguna manera, este tipo de empresas produce cambios en el paisaje urbano, con la promoción de plazas y centros comerciales, malls, que reorganizan la movilidad, la vida social y la estructura urbana.

6. México experimentó, entre 1940 y 1980, el ascenso del complejo ganadero y la reducción de la superficie dedicada a cultivar granos básicos (maíz, frijol, trigo, arroz). El cambio en el patrón de consumo apuntaba entonces a la necesidad de reorientar la producción agropecuaria para atender la producción de carne y la necesidad de importar granos básicos. Si en 1940 casi el 80% de la tierra agrícola sembrada se dedicaba a cultivos básicos, para 2014 ésta se redujo al 45%. Los forrajes, que representaban en 1940 1.7% de esa superficie, para 2014 representaban 15%. Para 2014, el país contaba con 28 millones de cabezas de bovinos. Los cambios en la estructura productiva del agro no solo

afectaron los patrones de consumo. También incidieron en la expulsión de grandes contingentes de población ocupados por el sector primario. La aportación del sector primario (que agrupa la actividad agrícola, pecuaria y silvícola) al producto interno bruto disminuyó drásticamente entre 1970 y 2010 (Ver Tabla 1) (Anexos).

Como es lógico, la caída de los ingresos en el sector primario tuvo como consecuencia el retiro de grandes contingentes de población trabajadora de las actividades agropecuarias. Entre 1990 y 2010, el país vio una reducción de 9.3% de la población ocupada en el sector primario. El reacomodo de la población en el territorio ha implicado un proceso de crecimiento espacial de las zonas urbanas. A lo largo de cuatro décadas, las ciudades han venido ocupando cada vez más superficie, restando tierras fértiles a la actividad agrícola y erradicando la cubierta vegetal que suele rodear a las ciudades.

7. México es ahora uno de los diez principales productores de alimentos procesados en el mundo, y todas las mayores corporaciones transnacionales del ramo, tales como PepsiCo, Nestlé, Unilever y Danone, han expandido de modo extraordinario sus operaciones en México. Las corporaciones inundaron los canales de distribución de las tiendas y bajaron los costos de transporte de sus propios productos. Por ejemplo PepsiCo eslabona la entrega de varios productos de su propia manufactura a un mismo destino, lo que le da ventajas sobre las compañías que no tienen esa multiplicidad de productos (Torres, 2011). Este tipo de movimientos disparó enormes ventas por lo que la industria llama “el dominio absoluto del punto de venta”, una drástica reducción de las opciones de compra. El número de supermercados, cadenas de descuento y tiendas de conveniencia se disparó de 700 a 3 850 tan sólo en 1997, y para 2004 ya sumaban las 5730 unidades. Hoy, la tienda Oxxo, una cadena de tiendas de conveniencia propiedad de Femsa, de la “familia” CocaCola en México, está abriendo un promedio de tres tiendas por día y ya inauguró su tienda 14 mil. Este crecimiento desmedido empata a la perfección con el control territorial dispuesto para deshabilitar y borrar las tiendas de la esquina, un proceso que acaba por imponer la visión corporativa del consumo alimentario. Las compañías transnacionales que producen y venden alimentos procesados

(y los privilegian sobre los alimentos frescos) están dispuestas a dominar la escena en términos de producción, territorio y ventas. Esto representa un control casi total sobre la disponibilidad de alimentos. Uno de los efectos primordiales es el cambio radical en las dietas de la gente y en el desproporcionado aumento de la desnutrición, la obesidad y la diabetes (Grain, 2016).

8. Todos estos cambios se reflejan en la balanza comercial agroalimentaria. En México, no obstante el aumento de las exportaciones de hortalizas y frutas y de otros alimentos, la balanza comercial se mantiene deficitaria: en 1991, el déficit fue de 972 millones de pesos; en 2004, aumentó a 3 000 millones de pesos; y en 2008, llegó a 6 400 millones de pesos. Entre 1980 y 2007 hubo una disminución de 0.7% en el PIB agropecuario por habitante; además, también se redujo la producción per cápita de frijol, trigo, leguminosas, arroz, leche, carne de res y de puerco (González, 2013).

9. Los cambios en los sistemas de abasto alimentario y en la organización productiva del campo, así como en la distribución de la población sobre el territorio, son producto de una creciente internacionalización de la economía mexicana. Un efecto adicional de esa internacionalización es la necesidad de ampliar las infraestructuras de comunicación: ante el incremento de las exportaciones y las importaciones, se ha hecho necesario aumentar las instalaciones portuarias dedicadas a mover ese aumento del movimiento mercantil a escala mundial.

10. La globalización y las nuevas tecnologías han replanteado las funciones de los puertos. En la actualidad, la tendencia económica dominante exige abreviar el tiempo de circulación de las mercancías. Paradójicamente, en los puertos globales, mientras menos prolongados son los contactos en los espacios locales, más se revaloriza el lugar, porque obviamente tal revalorización se produce en términos de eficiencia en el tratamiento de los flujos (Martner, 2008). Las agriculturas locales, los espacios regionales, experimentan una suerte de "efecto túnel": ven pasar grandes flujos de mercancías, sin que ese flujo se traduzca en ningún beneficio para sus poblaciones locales. La globalización las atraviesa, pero no las incorpora a un proceso de reparto

equitativo de los beneficios potenciales de la modernización.

CONCLUSIONES

Nuestra reflexión pone de relieve que la expansión del sistema de grandes empresas comerciales genera impactos ambientales en diversas escalas. Por un lado, en las agriculturas que se hallan bajo su control; por otro, en las redes que organizan el abasto alimentario en las zonas urbanas, un territorio donde vemos que las grandes empresas contribuyen a reorganizar el metabolismo urbano, orientando incluso la expansión espacial de las ciudades al colocar sus centros comerciales sobre puntos estratégicos. Hay también otro impacto que nos ha interesado destacar: las grandes empresas de comercio están requiriendo el movimiento de grandes volúmenes de alimentos en una escala global: un movimiento que implica desplazar importantes cantidades de mercancías desde lugares muy distantes. Ese movimiento está demandando la construcción de infraestructuras de comunicación y el consumo de cantidades de energía cada vez mayores, tanto para el traslado como para la conservación de sus productos. A ello hay que añadir una consecuencia quizá más grave: la generación de problemas de salud pública asociados al creciente número de individuos con obesidad y malnutrición, resultado paradójico de la generalización de una dieta poco balanceada (Grain, 2015 y 2016).

Nos ha interesado mostrar las consecuencias en el territorio y en el ambiente de las cadenas globales del comercio de alimentos. El peso creciente de las empresas globales de comercio implica cambios en el campo (como espacio productivo), en los cuerpos (como espacio de consumo) y en el territorio (como espacio de comunicación). En los tres, el problema implica creciente vulnerabilidad a riesgos: los monocultivos atacan la biodiversidad, las dietas uniformes generan problemas de salud pública, el territorio experimenta cambios que aceleran el cambio climático (un creciente consumo de combustibles fósiles, un aumento de las emisiones de gases de efecto invernadero) y lo ponen en peligro: las ciudades costeras, donde se ubican los puertos, son particularmente vulnerables al calentamiento global: al aumento del nivel del mar y la creciente virulencia de huracanes y tormentas.

Si bien el comercio mundial ha traído beneficios en términos de la ampliación de la esfera de los consumos, diversificando la composición de la dieta de las poblaciones, también ha generado impactos negativos. De un modo contradictorio, la globalización hace posible el acceso a una mayor variedad de bienes de consumo, pero también ha implicado una simplificación de los patrones de alimentación. De modo paradójico, la expansión del mercado mundial ha hecho posible un incremento en el número de bienes disponibles para la alimentación de los grandes conjuntos de población, y al mismo tiempo se ha traducido en una notable homogeneización los patrones de consumo. Frente a este proceso, las sociedades locales no han dejado de generar dinámicas de resistencia, impulsando la defensa de su patrimonio biocultural, y reivindicando el valor de las gastronomías regionales.

La creciente importancia de las cadenas de comida rápida y alimentos procesados, signo más ostensible del dominio de las transnacionales en diversas esferas de la vida cotidiana en todo el orbe, ha implicado una serie de consecuencias indeseables en la calidad de vida de los grandes conjuntos de población. En México, donde las empresas globales han rápidamente instalado su imperio, el ascenso de la diabetes y la obesidad se ha revelado como un efecto desafortunadamente masivo de la proliferación de un patron alimentario cada vez más simple y desbalanceado.

La reestructuración de los patrones de consumo, por obra de la creciente exportación e importación de alimentos, se acompaña asimismo de una rampante expansión de los sistemas de transporte global y este fenómeno acarrea dos consecuencias igualmente negativas. De un lado, el transporte de grandes volúmenes de alimentos en el mercado mundial requiere del consumo de ingentes cantidades de combustibles fósiles, situación que contribuye de modo inevitable al aumento de las emisiones de gases de efecto invernadero. Del otro, el desplazamiento de un creciente número de vehículos demanda la construcción incesante de nuevas infraestructuras de circulación, y la edificación de puertos más grandes y carreteras más amplias no deja de alterar, de modo irreversible, el territorio, con efectos que afectan los ecosistemas y la viabilidad del desarrollo sostenible.

En una perspectiva histórica, la modernidad tardía está ocasionando mutaciones que afectan, en diversas escalas, el metabolismo de las poblaciones. Se trata de transformaciones marcadas por una creciente desigualdad, tanto en el plano material como cultural. En términos biológicos, los cuerpos y su restauración, contemplados desde el ángulo nutricional, experimentan una suerte de enriquecimiento, ya que ahora el horizonte de mercancías accesibles a su consumo se expande y diversifica, pero al mismo tiempo su reproducción padece trastornos que indican que también, para vastos conjuntos demográficos, se registra un empobrecimiento de las dietas. En términos ambientales, las agriculturas conocen una significativa remodelación, marcada por una necesidad de producir cada día más alimentos, acudiendo para ello al empleo de cifras crecientes de agroquímicos, energía fósil y semillas mejoradas, una suerte de industrialización que, lamentablemente, se ha traducido en la erosión de la biodiversidad y la destrucción de las agriculturas tradicionales. En terminos culturales, los saberes culinarios se encuentran sometidos a una extraña tensión, pues de modo simultáneo se observa la generalización de modelos de consumo caracterizados por su homogeneidad, y, frente a ello, una contratendencia que apunta hacia la recuperación de las gastronomías regionales.

La materialidad de la comida es inagotable, decíamos al empezar este texto. Pero el modo en que social y económicamente la modernidad tardía gestiona su producción y distribución plantea desafíos que muestran que su diversidad ambiental y cultural puede agotarse. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gasca, José y Torres, Felipe (2014), "El control corporativo de la distribución de alimentos en México", en *Revista Problemas del Desarrollo*, 176 (45), enero-marzo 2014, pp. 133-155.

González, Humberto (2013), Especialización productiva y vulnerabilidad agroalimentaria en México, en *Comercio Exterior*, Vol. 63, Núm. 2, Marzo y Abril de 2013, pp. 21-36.

González, Humberto y Macías Alejandro (2007), "Vulnerabilidad alimentaria y política agroalimentaria en México", en *Desacatos*, núm. 25, septiembre-diciembre, 2007, pp. 47-78.

Grain (2015), "Libre comercio y la epidemia de comida chatarra en México", en *Contrapelo*, Febrero 2015, México.

Grain (2016), *El gran robo del clima. Por qué el sistema agroalimentario es motor de la crisis climática y qué podemos hacer al respecto*, Itaca editorial, México.

INEGI (1970, 2000 y 2010). *Censos de Población y vivienda*, México.

Martner, Carlos (2008), *Transporte multimodal y globalización en México*, Editorial Trillas, México.

Montanari Massimo (2004), *La comida como cultura*, Ediciones Trea, España.

Polland, Michel (2014), *Cocinar, una historia natural de la transformación*, Debate, México.

Polland, Michel (2009), *Food rules: an eater's manifesto*, Penguin Press, USA.

Polland, Michel (2008), *In defense of Food*, Penguin Press, England.

Rodríguez, Hipólito (2010), *Capitalismo y necesidades, Hacia una teoría crítica del consumo*, Editorial Itaca, México, 2010.

Santos Baca, Andrea (2014), *El patrón alimentario del libre comercio*, UNAM, Instituto de Investigaciones Económicas, CEPAL, México.

Torres, Felipe (2011), "El abasto de alimentos en México hacia una transición económica y territorial", en *Revista Problemas del Desarrollo*, 166 (42), julio-septiembre 2011, pp. 63-84.

Tudela, Fernando (1990), *Desarrollo y medio ambiente en América Latina. Una visión evolutiva*, PNUMA, Agencia de Cooperación Internacional, España, 1990.

Urry, John (2000), *Mobilities for the twenty-first century*, Routledge, London.

ANEXO

TABLA 1. PRODUCTO INTERNO BRUTO EN MEXICO POR SECTOR ECONÓMICO (PORCENTAJES)

AÑO	I	II	III
1970	12,2	32,7	56,4
2010	3,5	36,5	62,2

Fuente: Elaboración propia con base en el Sistema de Cuentas Nacionales de 1970 y 2010 (INEGI)

The background is a complex, abstract composition. The top half features a teal background with a pattern of small, overlapping circles in shades of teal and purple. Below this, there are large, stylized shapes in purple and yellow, some with diagonal hatching. The bottom half is dominated by a large, dark purple shape that resembles a stylized tree or a large leaf, with intricate patterns and textures. The overall aesthetic is vibrant and layered.

**Experiencias, sentido
e identidad personal:
narrativas de mujeres con
sobrepeso en tratamiento
en el sur de España¹**

EXPERIENCIAS, SENTIDO E IDENTIDAD PERSONAL: NARRATIVAS DE MUJERES CON SOBREPESO EN TRATAMIENTO EN EL SUR DE ESPAÑA¹

EXPERIENCES, MEANING AND PERSONAL IDENTITY: UNDER TREATMENT OVERWEIGHT WOMEN'S NARRATIVES IN SOUTH OF SPAIN

RESUMEN

Este trabajo se basa en un estudio etnográfico desarrollado en la ciudad de Murcia en España. Se centra en las experiencias y subjetividades surgidas en mujeres de mediana edad diagnosticadas con sobrepeso y/u obesidad, e inmersas en algún tipo de tratamiento nutri-dietético en el momento de desarrollo de la investigación. En primera instancia y de manera principal, la idea del trabajo es indagar en el tipo particular de experiencia social que supone este tipo de diagnóstico, a través del análisis de las narrativas elaboradas por estas mujeres, de forma que esto nos permita apreciar el papel que cuestiones en principio alejadas de la corporalidad y la fisiología definidas en el sentido biomédico, como puede ser la identidad personal, o la representación biográfica de uno mismo, de cara a entender el padecimiento del sobrepeso de un modo más amplio, holístico y complejo. Además, las narrativas nos permitirán también percibir la relativa profundidad con la que determinadas ideas y concepciones biomédicas, y también socio-morales en torno al sobrepeso, han sido incorporadas y subjetivizadas por dicho colectivo de mujeres. Y en segundo lugar y de un modo más tangencial, el trabajo pretende también proponer algunas reflexiones de un calado más general en torno a las potencialidades y retos epistemológicos y metodológicos que supone abordar determinadas problemáticas de salud desde un enfoque narrativo, en el que experiencias, percepciones, sentimientos o significados se constituyen en la trama de “realidades objetivizadas”, la empiria sobre la cual deben construirse al menos parcialmente otro tipo de discursos o concepciones científicas.

PALABRAS CLAVE: Antropología médica; narrativas; experiencia; subjetividad; corporalidad; identidad personal

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©

ABSTRACT

This work is based on an ethnographic study developed in Murcia city (Spain). Its focused on the experiences and subjectivities in middle-aged women diagnosed with overweight or obesity, and immersed in some kind of nutri-dietetic treatment at the time of the research. First and main way, the idea of work is to inquire into the particular type of social experience that supposes this type of diagnosis, through the analysis of the narratives elaborated by these women, in order that this allows us to appreciate the role of questions sited away from the physicality and physiology defined within the biomedical meaning, such as personal identity, or the biographical representation of the self, in order to understand the suffering of being overweight in a broader, holistic and complex way. In addition, narratives allow us also to perceive the relative depth with which certain ideas and biomedical and socio-moral concepts, around overweight, they have been incorporated and subjectivized by this woman collective. And secondly and in a most tangential way, the work aims to propose some reflections of more general draft around the epistemological and methodological potentials and challenges, involved addressing certain health problems from a narrative approach, in which experiences, perceptions, feelings, or meanings are constituted into the plot of “objective realities”, the empiria on which another type of speeches or scientific ideas must be built partially at least.

KEYWORDS: Medical Anthropology; Narratives; Experience; Subjectivities; Corporality; Personal Identity.

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©



ARTÍCULO RECIBIDO: 18 DE SEPTIEMBRE DE 2016

ARTÍCULO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN: 23 DE OCTUBRE DE 2016

ARTÍCULO PUBLICADO: 30 DE NOVIEMBRE DE 2016

INTRODUCCIÓN: EL SOBREPESO, UN “OBJETO” COMPLEJO

Hace ya algunos años que desde distintas instancias, nacionales e internacionales, las instituciones centradas en la gestión y el enmarque de las agendas y prioridades respecto a la salud de las poblaciones, vienen llamando la atención, en ocasiones con un tono alarmante, en relación al enorme problema presente, y también como proyección a futuro, que representa para nuestras sociedades el sobrepeso. Tanto es así que ya en su momento la Organización Mundial de la Salud (Libro Blanco Europeo, 2007), llegó a calificar el sobrepeso cómo la “epidemia global del s. XXI”. Y en cierto sentido la definición no es del todo desacertada, ya que la problemática del sobrepeso no solo da cabida a un buen número de aspectos biológicos, psicológicos, y socioculturales entrelazados de múltiples y complejas maneras, que parecen tomar diferentes configuraciones dependiendo de cuestiones como la sociedad nacional, los grupos sociales o los tipos de sujeto social de que se hable. Sino que, pone en juego determinadas características que podrían considerarse cuasi “estructurales” en lo que se refiere a las implicaciones y efectos de los saberes expertos en la vida de las personas, además de hacer presentes determinadas paradojas constitucionales de lo que podríamos llamar “modos de vida globalmente occidentalizados” (Collier; Lakoff, 2004).

Por otra parte, da la impresión de que el desarrollo epidemiológico del sobrepeso y la obesidad en distintos tipos de sociedad o ámbitos geo-económicos, apunta hacia una constatación de su definición como epidemia global. Si en primera instancia parecía tratarse de una problemática que incidía sobre todo en los países desarrollados, en los cuales predominaba el impacto entre las clases populares. Más recientemente se ha podido constatar su presencia y rápida extensión también en lo que se suele denominar sociedades en proceso de desarrollo (Gracia,

2009; Campos, 2004). En las cuales la tendencia ha sido justo la inversa, ya que si en principio apuntaba un mayor impacto en las clases sociales más favorecidas, éste ha pasado rápidamente a difuminarse y complejizarse extendiéndose también a segmentos sociales desfavorecidos. Es decir, que en ambos casos, sociedades de la opulencia o de la carencia predominante, los datos epidemiológicos apuntan una tendencia generalizada, que parece querer saltar las barreras de clase, género, etnia o nivel cultural, claro está no de manera equitativamente distribuida, pero si de un modo que merece ser tenido en cuenta más allá de las hipotéticas disposiciones o susceptibilidades genéticas de distinto tipo que se puedan sugerir (World Health Organization, 2016).

Así pues estos desarrollos en definitiva han venido si no a constatar, si a apuntalar los principales ejes en los que se organizan las principales formas de problematización en términos de experticia, generalmente enunciadas en clave de salud pública (ahora global) sobre el problema, como son:

- a) los efectos y desequilibrios producidos por la extensión global de los modos de vida occidentalizados, en su ligazón con los procesos de modernización.
- b) los efectos y consecuencias corporales, fisiológicos y psico-culturales de los desarreglos relacionados con el peso y la alimentación en los distintos grupos sociales.
- c) los costes y efectos a futuro para los sistemas de salud nacionales, fruto de los problemas de salud que el sobrepeso lleva aparejados en su proyección en el tiempo (diabetes, hipertensión, dolencias cardio-respiratorias...).

A su vez y sin querer restar ni un ápice de gravedad a la reflexión sobre este panorama, me parece interesante resaltar también, que la “construcción social” del fenómeno en clave de emergencia, ha tenido también su repercusión en el ámbito de los debates científicos, o mejor dicho en el terreno donde confluyen, se articulan, alinean y contradicen las verdades y perspectivas de los diferentes modelos explicativos sobre el problema. Evidentemente que tratándose de salud, las explicaciones y abordajes médicos han permanecido en sus posiciones de preponderancia, señalando el

cuerpo físico y la fisiología como ámbitos clave donde incidirían aspectos relacionados con la herencia y las predisposiciones genéticas, la ingesta y el gasto calórico en la alimentación, así como la voluntad entendida como capacidad de control de los individuos a la hora de manejarse tomando decisiones sobre su estilo de vida. Pero así y todo, la gran complejidad del problema, especialmente sus innegables implicaciones sociales y psico-culturales, han terminado por hacer necesario tener en cuenta, aunque sea de manera bastante peculiar, lo que ofrecen o podrían ofrecer en cuanto a soluciones y abordajes los enfoques socio-culturales (Carvalho y Martins, 2004; Wanderley y Alves, 2010; Navas López, Palacios Ramírez y Muñoz Sánchez, 2014). Que por su parte, y desde una posición minoritaria, aunque en aparente proceso de reconocimiento, han venido tratando de poner el énfasis en otra serie de cuestiones, fundamentalmente vinculadas a sistemas de prácticas, como serían los hábitos y costumbres alimentarios de grupos sociales concretos, el peso específico de lo que se suele entender solo "como contextos": relaciones sociales, aislamiento, formas de comensalidad, conocimientos y creencias gastronómicos y dietéticos, condiciones relacionadas con la industrialización alimentaria.

Lo curioso de esta situación en mi opinión, es que pese a haber cedido paso aparentemente, a lo que las perspectivas socioculturales pudieran aportar, desde sus metodologías y procedimientos eminentemente cualitativos, las concepciones biomédicas no han dejado de negociar sobre máximos. Es decir, pese a que las concepciones fisiologistas y genéticas en torno al sobrepeso han "suavizado" sus posiciones, introduciendo en los modelos explicativos aspectos nutricionales, elementos socioculturales naturalizados como aspectos "ambientales" bajo la noción de "entornos obesogénicos", e incluso elementos psicológicos, que ligan al menos un determinado porcentaje de los problemas de sobrepeso, a mecanismos cercanos a las conductas adictivas (Velasquez y Alvarenga, 2001; Gracia, 2014), donde la relación con la comida encierra relaciones que se vinculan significativamente con manejos respecto a la autoestima, las emociones o la autopercepción. La configuración de los modelos explicativos y sus interrelaciones jerárquicas no ha cambiado tanto en lo que respecta a sus efectos, esto es, las formas de delimitar

el problema y actuar sobre él, que siguen "imaginando" un problema que funciona bajo un plano de determinaciones, decisiones y consecuencias que se desarrolla en términos de cuerpos y voluntades individuales, y que por lo tanto oscurece la presencia y el papel de los componentes colectivos, económico-políticos y culturales. En este sentido, parece claro que determinadas asunciones respecto al entendimiento del cuerpo y la corporalidad, en interrelación dinámica con pautas emocionales enmarcadas culturalmente, centrales en las ciencias sociales, especialmente en la Antropología, continúan siendo consideradas inasequibles o no llamadas a ser tenidas en consideración desde ámbitos médicos y sanitarios, pese a la larga historia con la que lo somático cuenta como puente conceptual entre ambos campos.

Baste como evidencia de todo esto el hecho de que, si partimos de la idea de que cada modelo explicativo o perspectiva experta, cuenta con sus propios sistemas o formas de evidencia empírica, que a su vez se plasma en la configuración de formas concretas de intervención. En nuestras sociedades, salvando algunas excepciones puntuales donde se han realizado experiencias de intervención "alternativas", predominan claramente las formas de intervención relacionadas con una percepción biológica y psico-individualizada del problema, como serían los tratamientos articulados en base a la conjunción de tratamientos dietéticos, programas de ejercicios físicos, y como mucho, formas complementarias de seguimiento y acompañamiento, a lo que además podríamos sumar la creciente opción de operaciones quirúrgicas como balones gástricos. Mientras que formas de intervención con otra orientación, como programas de prevención y concienciación, formas de regulación estatal para la industria y la publicidad, o estrategias para revertir la pérdida de la soberanía alimentaria, aparecen en clara minoría o en un plano estrictamente teórico (Ortiz, Nava y Veras, 2010). Además, evidentemente está por ver que la preeminencia de unas formas de tratamiento e intervención sobre otras, se base estrictamente en evidencias de su mayor eficacia, o en su capacidad para ofrecernos una mejor comprensión del fenómeno.

Lo que parece claro al menos desde mi perspectiva, es que pese a su apariencia de

imparcialidad, las concepciones y abordajes biomédicos en cuanto al sobrepeso contienen interrelaciones, están “contaminados”, de elementos o principios estéticos y morales claramente culturales o socio-históricamente situados (Contreras y Gracia, 2005), que seguramente es posible relacionar, de un modo más o menos claro, con las inseguridades e indefiniciones de la biomedicina a la hora de dimensionar el problema del sobrepeso y la obesidad en términos “naturales”. Es decir, en modalidades de clasificación en base a perfiles claros y procesos de causa efecto, que permitan modelar teóricamente el funcionamiento de los trastornos. Cabe aquí apuntar como ejemplo los debates en torno a las formas de clasificación en base a las medidas de peso y altura, la medida de la cintura o el porcentaje de grasa en ciertas zonas del cuerpo. Dichas implicaciones o elementos de contaminación socio-cultural, guardan claro está, relación con los procesos socio-históricos en los que confluyen la enunciación de distintos regímenes de discurso y de prácticas a partir de ideales de belleza, juventud y salud, constituidos hoy en torno al tema de la delgadez, la esbeltez de los cuerpos, especialmente los femeninos. Como también la guardan con la constitución de regímenes morales constituidos en torno a temas como el autocontrol y la libertad (Rose, 1999). Singularmente ostensibles en el ámbito de la regulación de las conductas y prácticas de determinados colectivos sociales, en el marco de lo que desde el s. XIX, se podría considerar una incipiente esfera de debates e intervenciones en salud pública, que tendrían como eje transversal el principio de calificar determinadas conductas desviadas como “irracionalidades, fruto de debilidades o incapacidades de ciertos sujetos o grupos para autogobernar sus deseos o impulsos a diferencia del resto (Valverde, 1998).

EFFECTOS DE SUBJETIVACIÓN Y TECNOLOGÍAS MÉDICAS: CUESTIONES TEÓRICAS

Tal y como se apunta prácticamente desde el resumen que encabeza el texto, la principal pretensión de este trabajo radica en, a partir del trabajo sobre las narrativas personales de un grupo de mujeres en tratamiento nutricional por problemas de sobrepeso, intentar iluminar o proponer una serie de claves de interpretación teórica respecto al efecto de la etiqueta social y diagnóstica del sobrepeso en la vida de las personas, es decir, sobre parte

de la naturaleza social de dicho problema. Dichas claves guardan relación con las vidas cotidianas, con las historias personales y los avatares de estas mujeres, por más que en ellas aparezcan como no, referencias a cuerpos medidos, contabilización de calorías, o estrategias a la hora de comer. Es decir la intencionalidad del trabajo gravita más en torno a intentar analizar los efectos del sobrepeso como categoría social en términos de subjetividad o de procesos de subjetivación (Rose, 1998; Biehl y otros, 2009), que en la línea de buscar hallazgos que permitan abordar de manera innovadora el sobrepeso entendido como problema de salud. A modo de anotación colateral, he de decir que se me hace difícil pensar una posible y necesaria transformación en las formas de abordarlo y tratarlo como problema institucional y público, que no pase primero por una especie de cambio epistemológico en el sentido batesoniano (Bateson, 1998), que permita eludir límites entre técnicas y procedimientos clínicos y sociales, o la búsqueda de las interrelaciones entre las formas de producción social del fenómeno del sobrepeso y las de su construcción social (sigo ahora a Hacking, 2001). Pero como decía eso sería otro tema.

Y llegado este punto, sí que considero necesario realizar un par de consideraciones que pueden servir de marco explícito en el que encajar el posterior trabajo con las narrativas a otro nivel de detalle.

Primera consideración. Si del desarrollo de mi argumentación se infiere en algún punto que considero o voy a tratar el sobrepeso como una “enfermedad social”, o siendo más preciso, que pretendo centrarme en una serie de ámbitos de experiencia que considero determinados por lo que puede entenderse como una configuración social, efectivamente es así. Quiero decir que las categorías médicas y los tratamientos forman parte de estos “efectos”. Y pienso en relación a esto en las ideas del antropólogo Joao Biehl (2009), acerca del efecto en las formas de subjetividad de las tecnologías médicas, término que me permito aquí interpretar en un sentido conceptualmente más amplio que el convencional, en la línea de lo que Nikolas Rose denominara tecnologías sociales (1999), dentro de una ascendencia teórica común, que remite a toda una concepción tecnológica de la ontología humana enraizada en el posestructuralismo. Para Biehl en nuestras

sociedades estaríamos asistiendo a la emergencia de nuevas formas de subjetividad y control social en torno a las enfermedades, a la reconfiguración de nuevas modalidades de las experiencias illness, y esto se debería en buena parte a la integración/adaptación/interiorización/hibridación de racionalidades, proposiciones y enunciados inscritos no solo en los aparatos y mediaciones tecnológicas cada vez más insertas en nuestra cotidianidad, o en los fármacos que ingerimos, sino también en los programas, metas y medios que nos proponemos o nos proponen desde ámbitos clínicos y desde discusiones expertas que tienen efectos en otros ámbitos. En definitiva lo que planteo con esta reflexión algo extensa, es evidentemente que algo similar estaría ocurriendo con la experiencia del sobrepeso, por supuesto con modulaciones, singularidades. Esto es, que el conjunto y articulación de formas de observación y análisis de las pautas alimentarias, los programas de ejercicio y dietas, las mediciones del peso, o la información sobre las bases genéticas del problema, y un montón más de claves provenientes del ámbito clínico, se incrustan en la vida cotidiana de estas personas, generalmente desde muy jóvenes, acompañándolas todas sus vidas. Porque recordemos que cuando Erving Goffman (2001) definía el estigma como identidad social deteriorada, señalaba que su constitución se desarrollaba a partir de que una característica o atributo no deseable socialmente se sobreponía sobre el resto de atributos de una persona, eliminando la percepción de los demás.

Segunda consideración. De las 20 mujeres sobre las cuales se elaboraron las narrativas que dan pie a este trabajo, todas asistían a alguna clínica o consulta nutri-dietética y se encontraban en tratamiento, de hecho se sobreentiende que este fue el punto a través del cual se estableció el contacto. Entre ellas, casos heterogéneos en cuanto a diferentes niveles de sobrepeso y solo algún caso de obesidad, pero ningún caso extremadamente severo. En alguno u otro momento todas habían pasado por diferentes métodos o tipos de tratamiento para adelgazar o controlar su peso. Cuestión esta de las trayectorias terapéuticas, que es quizá uno de los principales puntos que permiten establecer diferencias significativas en cuanto a la clase social, nivel formativo, o tipo de empleo. Sin embargo más allá de lo que se pudiera pensar a primera vista, como

colectivo, artificial lógicamente, no creo que pudiera considerarse que representaban de manera homogénea una especie de habitus, en el modo en que Pierre Bourdieu (1988) definía el concepto, en el sentido de que pudiera inferirse que este conjunto de mujeres podría representar algunas de las posibilidades de carrera social en torno al sobrepeso, de la tan mentada e indefinida clase media. Al contrario, algunas de estas mujeres pagaban de sus bolsillos las consultas, mientras otras estaban allí como parte de sus tratamientos en el sistema sanitario.

Planteo esta disquisición no porque pretenda defender que este conjunto de narrativas puede representar un conjunto más o menos amplio de perfiles de mujer con sobrepeso en tratamiento. Sino porque me parece que en el caso del sobrepeso, precisamente ahí, en la relación de las características que resaltamos y conectamos, generando los patrones que tematizamos como posibles perfiles, y la heterogeneidad de otras características que dejamos de lado, se encierra una cuestión relevante. A menudo se argumenta que las configuraciones de los componentes bio-psico-sociales que conforman el sobrepeso como entidad, serían lo suficientemente variables y plurales, y así lo apunta la investigación cualitativa, singularmente la etnográficamente orientada, para distinguir elementos y diferencias significativas, especialmente de cara a formas de prevención más dirigidas, algo que sería como una incipiente pluralización de las definiciones y las formas de intervención. Y eso sin duda es algo positivo. Pero a la vez, lo que se refiere a los efectos de subjetivación, las formas de vivenciar, procesar y dar cuenta de la experiencia social del sobrepeso, ya capturado por la "maquinaria clínica", no son tantas, o mejor dicho, son potencialmente infinitas en el sentido fenomenológico, pero no en el sentido de las racionalidades y técnicas que las enmarcan, que parten de diseños globales (Delvecchio-Good, 2007; Nguyen, 2005).

En otras palabras, aunque es interesante reconocer que el sobrepeso como dispositivo social genera múltiples modulaciones en sus efectos y funcionamientos, y esto es útil por ejemplo para tratar de reconocer tendencias, también lo es reconocer una serie de principios o pautas que se mantienen o estructuran como polos de atracción (Biehl; Locke, 2005).

Quiero decir, que es posible que en cuanto al problema del sobrepeso, desde la perspectiva cualitativa y socio-cultural, podamos utilizar el entendimiento de las conductas alimentarias, los procesos de producción y reproducción simbólica como una especie de campo social, para a partir de ahí, ensayar construir formas propias de evidencia, y es cierto que esto tendría múltiples efectos positivos. Pero seguiríamos perdiéndonos una parte del problema. Por ejemplo resulta muy interesante el trabajo de Martín Criado y Moreno Pestaña (2005), donde a través de grupos de discusión identifica los grandes polos de estructuración de las posiciones/hábitos de familias andaluzas respecto a sus representaciones y prácticas en torno a lo sano en la alimentación de sus hogares (que incluye a sus hijos claro). Puedo estar totalmente de acuerdo con la necesidad de que la medicina profundice en su relación metodológica con las dimensiones experienciales y simbólicas de las personas. Pero no puedo dejar de pensar que a su modo, ya Nancy Scheper-Hughes (1999) nos enseñó las sombras y distorsiones posibles de determinadas culturas somáticas, en cuya conformación el efecto de ciertas tecnologías médicas juega precisamente un papel clave.

EXPERIENCIAS, EMOCIONES E IDENTIDAD: NARRATIVAS Y EXPLICACIONES SOBRE EL SOBREPESO Y SUS EFECTOS

A la hora de encarar la presentación del análisis sobre las narrativas relativas a la experiencia del sobrepeso, tenía claro que podía serme de utilidad como orientación conceptual, la noción elaborada por Arthur Kleinman (1980: 105) como modelos explicativos, y digo como orientación porque la idea era entenderla más como una línea de referencia que como un modelo a seguir de manera exhaustiva, en cuyo caso la decisión habría implicado algún tipo de negociación en términos de actualización de la relación entre los aspectos relacionados con lo que solemos distinguir como ámbitos illness and sickness. Por otra parte parecía que el sobrepeso exige quizá de otro modo de conceptualizarlo, puesto que por ejemplo no resulta sencillo distinguir fases.

¿QUIEN SOY?

Tal y como recordamos algunas líneas atrás, ya Goffman en su trabajo clásico, afirmaba en la constitución social del estigma, la inevitable

superposición del atributo indeseado sobre los demás, también como lógica para entender el modelado posterior de las identidades en subculturas desviadas. Y algo así sucede en las narrativas en torno al sobrepeso de este grupo de mujeres, de manera general vinculan sus reflexiones sobre los orígenes de su padecimiento a causalidades de tipo bio-psicológico, teniendo como horizonte común una idea bastante polimórfica y difusa de salud:

“[...] a los 17-18 años, yo estaba gorda (se mide), hice una dieta, porque...yo quería estar supermona, ...Ahora la hago por cuestiones de salud” (M. J).

“[...] ya empecé a comer mucho a los 2 años... desde los 8 años he hecho régimen...ya me daba cuenta y me sentía mal... ahora por salud estoy aquí” (S.).

“[...] cuando era joven sí (...) me inflaban a comer, llegué a pesar 72 kilos yo no lo entiendo, cómo he podido llegar a pesar eso...me daba vergüenza...ahora tengo michelines...pero es una cuestión de salud” (M.).

Todos los fragmentos de uno u otro modo, pese a hablar de episodios pasados, hacen referencia al proceso que las ha llevado a ser lo que son hoy. Si algo tienen en común todas las trayectorias y experiencias ligadas al sobrepeso que aquí se recogen, es que de una manera u otra parecen articular a través de discursos médicos, populares y experienciales, una idea inscrita en los cuerpos diagnosticados médica o socialmente, el sobrepeso implica algún tipo de verdad moral, existencial, sobre las personas que lo portan:

“[...] ella dice: “es que yo no como y engordo...”, ahora no pero comiste...” (M.).

“[...] la gente miente, dicen que son felices porque son gordos, pero no me lo creo,... se sentirían mejor si fuesen delgados” (Ma).

Dentro de esa especie de exégesis autobiográfica a la búsqueda de los signos, de las posibles causas, las causalidades que podríamos calificar como “sociales” tienen un peso mínimo, y no porque se ignore su existencia:

"[...] la comida basura...industrial, la sociedad sí que tiene parte de responsabilidad... pero para salir, depende de uno" (P.).

"[...] los cánones de belleza que te impone la sociedad influyen bastante, pero al final... tienes que hacerte tú..." (N.).

"[...] la sociedad claro, pero al final... es cuestión de voluntad" (R.).

A otra escala es como si una de las lógicas principales de los modos de explicación biomédica se replicara. Más que buscar una comprensión densa, compleja, lo que parece primar es la determinación de responsabilidades, como si a escala experiencial se recodificaran los discursos elaborados a escala pública, en lo que algunos críticos han calificado de "neoprudencialismo" o formas de responsabilización de las víctimas (Rose, 1999; Wacquant, 2010). Y en esa búsqueda algunas exégesis conducen en ocasiones a las raíces, a la misma infancia, pareciendo incluso remontarse en los que cabe no suponer una conciencia clara, pero si una elaboración familiar de la memoria, que evidentemente incluye a ésta en la disquisición moral sobre las responsabilidades, por más que resulte complejo emocionalmente:

"[...] nací bastante grande... a los 5 años ya empezaba a comer demasiado... recuerdo que en el colegio, nadie quería jugar conmigo... yo me lo pasaba siempre sola, me sentía mal. Yo desconfiaba mucho de todo el mundo, cuando me caía, o me hacía daño, en vez de decir: "mamá me he caído" Me acuerdo que le pedía comida para remediar el daño" (A.).

Un aparte merece el caso de C. Se trataba de uno de los perfiles más jóvenes en cuanto a edad, era profesional socio-sanitaria, y por haber tenido experiencia en el campo de la ayuda para la cooperación con ONGS, había pasado temporadas relativamente largas en diversos lugares, entre ellos África subsahariana:

"[...] tu cuerpo tiene que tener una determinada figura, yo tengo hipotiroidismo, obesidad tipo uno,... cuando llegaba a África me encontraba que en mi cultura no era para nada valorado...allí, cumplo todos los cánones de la estética perfecta (...)" (C.).

Aunque pese a todo, las "explicaciones" parecen remitir a idénticos ámbitos:

"[...] creo que tiene que ver mucho con los tipos de personalidad, si le hubiera pasado a otra persona con otro patrón de personalidad, otras prioridades,... hubiera afectado de una manera mucho más determinante" (C.).

RIESGOS, SALUD, BIENESTAR

En lo que se refiere a los procesos de inscripción de discursos y representaciones vinculados a análisis psico-médicos, estos aparecen con bastante claridad, de manera abrumadora la mayoría de estas mujeres afirmaba en las entrevistas que para ellas salud era algo así como "sentirse bien consigo mismas". Y a su vez claro está, como fiel reflejo de dichos discursos, muchas de ellas parecían tener claro que los peligros "reales" del sobrepeso tienen un origen indirecto, aparentemente distinto del sobrepeso en sí:

"[...] el colesterol sí que es un problema..." (M.).

"[...] si por el colesterol, el riesgo de muchas cosas, pero no por la obesidad" (MA.).

"[...] para mi estar obesa es tener otras cosas, como tensión, puede pasarte algo" (MT.).

O que estos peligros se modelan en términos de gradación respecto al peso, en consonancia con formas populares de "sentido común":

"[...] ¡Pero una cosa es un poquito de sobrepeso, que no va mal! ¡Y la otra cosa es pasarse! ¡Porque yo me paso! Yo no tengo un poquito de sobrepeso...;se tiene que ser realistas! Tú no puedes ir por la vida engañándote Tú no puedes autoengañarte diciendo: Yo tengo unos kilos de más ¡No! ¡Tú tienes tres bandejas de kilos de más!" (Mi.).

Si bien en algún caso la exégesis parece como no producir algunos matices, pero fuera de la lógica dominante:

"[...] Y yo me acuerdo que decirle a personas que no había desayunado para conseguir más. Es a lo que te lleva la adicción, o sea, que ya te digo, buscar comida por donde sea y de la manera que sea, como la consigas, da igual" (J.).

ESTIGMA, MORAL DE SÍ Y PESO

Otro de los ejes de análisis que resulta fundamental es el que conecta la identidad construida en torno del sobrepeso, asumida, incorporada y subjetivada, no solo como asociada a situaciones negativas como la soledad o la segregación, sino también a una especie de sabiduría obtenida en el proceso vital:

“[...] bueno, algunas veces me gustaría tener menos michelines alrededor, menos flotador pero es cuestión de eso, es cuestión de la edad, como también me gustaría también de pronto tener la mentalidad que tengo con diez años menos pero como eso no puede ser porque los años te van dando experiencia y vas aprendiendo a sobrellevarlos...” (Ma.)

“[...] Yo me he sentido mal, por mi físico, cuándo... la época que te digo... igual una año antes de adelgazarme, de hacer la dieta y adelgazarme tanto. Tuve una época bastante tonta... Bastante tonta de llegar a casa y llorar... “¿Por qué estoy gorda!?” (S.)

“[...] cuando era joven sí (ante la pregunta si se avergonzaba de su cuerpo) porque cuando era joven me inflaban a comer,...yo no lo entiendo cómo yo he podido llegar a pesar eso y era porque nos inflaban a comer...” (B.)

O toda una serie de mecanismos cotidianos, planes a seguir, metas, conquistas y decepciones que transversalizan la vida, por supuesto articulados de un modo u otro con estados de ánimo y etapas vitales:

“[...] tomé una vez (pastillas) cuando era más joven, me las compró mi madre, y después le dije que eran anfet... eran efectivas;!!! eran anfetaminas;!!! no estaba nunca cansada” (L.)

“[...] no, pero tengo amigas que han ido a establecimientos de estos de adelgazamiento, y ... han adelgazado, ...esas pastillas deben ser milagrosas... da miedo...luego vuelves a coger kilos” (A.)

Y en este sentido tengo que señalar que resulta cuando menos singular, la similitud entre los mecanismos de autocontrol y objetivación continua (y sus efectos), que los dispositivos psico-médicos inscriben a través del diagnóstico del sobrepeso, con aquellos que de manera patológicamente “perfeccionista” desarrollan las personas con trastornos

alimentarios (Sánchez Hernández, 2005). En todo caso es llamativo como el cuerpo y el peso se entienden aquí como un espacio posible o problemático de constitución del yo, no solo presente sino también futuro:

“[...] he sentido alegría de conseguir lo que quería, y...más seguridad en mí misma” (S.)

“[...] placer...alegría pero también decepción (...) había amigos que yo sentía que no estaban así conmigo como cuando estaba delgada” (E.)

“[...] culpa... “jolín me tiro un tiempo y luego en un día...lo tiro todo por la borda” (P.)

“[...] culpa porque no he sabido llevar una dieta para controlar el peso” (MJ.)

“[...] alegría, control ninguno...si engordo más entonces que el médico me ponga a dieta” (Ad.)

“[...] culpa...porque es culpa mía...de no controlarlo” (J.)

LA VIDA MISMA

Al final, la principal sensación que, bajo mi punto de vista, deja toda esta revisión de expresiones sobre la experiencia del sobrepeso, es que en la mayoría de casos el recorrido por experiencias biográficas está marcado con bastante jerarquía por una lucha con el propio cuerpo. Una lucha en la que el tono moral y emocional de cada episodio y también del conjunto, como presente continuo, se apoya en los éxitos o los fracasos corporales y emocionales:

“[...] Ahora tengo muchos problemas, también molestias en todas partes, todos los sitios, estoy asqueada, cansada y aburrida...de todo” (Mat.)

“[...] yo no lo he compartido todo lo que he hecho, no lo sabe nadie. Pero sabes, no ha sido el sobrepeso lo peor que me ha pasado” (Al.)

“[...] sí, por ejemplo, claro, sí ha influido el tema del peso porque eso ha determinado que tenga que cambiar ciertas cosas, sí claro, porque no me agrada como soy, soy diferente del resto” (A.)

“[...] tallas grandes... lo que pasa es que últimamente las tallas grandes pues no me gustan. La forma que están hechas o son de... bueno, yo ya soy vieja pero no me considero vieja y me gustan, pues claro, las cosas... de otra

forma, pero bueno, me tengo que conformar con lo que encuentro ” (P).

Después de todo, los fragmentos por debajo de sus distintas respuestas y tonos emocionales ofrecen pautas comunes, pautas similares a las que los fundadores de la antropología psicológica basada en modelos comunicativos, aplicaron en su momento para entender el alcoholismo o la esquizofrenia, el mismo tipo de vínculos entre experiencia, emoción y marcos culturales, que el mítico trabajo de Rosaldo (2000: 23 ss.) apunta para entender una práctica cultural tan indescifrable para el punto de vista occidental, como la caza de cabezas entre los ilongotes filipinos desde su propia pérdida. Se me hace inevitable no pensar que más allá de lo que inquietan los intereses teóricos propios de una investigación, el relato biográfico “real” de estas mujeres, está plagado de un sinnúmero de pruebas, pequeñas victorias y fracasos, en torno a dietas, básculas, y épocas de mayor o menor rechazo social percibido y/o vivenciado. Pero todo ello discurre entiendo de un modo más amplio, pudiendo entenderse mejor quizá en base a estados emocionales más o menos recurrentes ligados a situaciones concretas, a prácticas y costumbres aprendidas y ritualizadas en o contra patrones alimentarios y de comensalidad familiares o microsociales. Por más que se quiera en definitiva, la lucha con el peso sería pues, una parte muy importante de la vida, pero solo una parte.

CONCLUSIONES

TRABAJAR CON NARRATIVAS

Para este último apartado, que debería tener una orientación conclusiva o de cierre, me he reservado alguna cuestión clave que, evidentemente no puedo resolver por mí mismo, y sobre la que si me gustaría ofrecer un par de ideas para debatir.

Primero, es muy importante el papel que pueden jugar las miradas socio-culturales para desnaturalizar la forma en que percibimos lo que se nos presenta enunciado sencillamente como un problema de salud pública, sin atender demasiado a otras implicaciones o puntos de vista posibles. Incluso también desde dichas orientaciones, también aceptamos con bastante facilidad determinadas enunciaciones teóricas que parecen ser de sentido común pero sobre las

cuales sería necesario algún matiz. Quiero decir, en el caso del sobrepeso y de las tecnologías o formas de subjetivación, estamos demasiado dispuestos a aceptar la idea de que una vez que penetran en la cotidianidad de los pacientes, las representaciones y prácticas de orientación clínica, pueden verse sencillamente como formas de colonización o disciplinamiento de las mentes y los cuerpos en pos de una utopía socio-médica en torno al cuerpo, la salud...etc. Pero en estas dinámicas pese a poder entenderse así, como parte de procesos de control social, también puede verse la emergencia de nuevas formas de subjetividad, que en determinadas coyunturas o contextos, enuncian nuevas maneras de abordar en este caso el problema de la experiencia del sobrepeso, desde digamos su propia “naturalidad” respecto a las etiquetas y limitaciones, aunque esto no quiera decir que necesariamente estemos hablando de formas de pensamiento/acción mayoritarias o singularmente representativas, al menos por el momento:

“[...] sí he sentido alguna vez vergüenza por mi cuerpo ha sido en África, porque yo tengo amigas africanas que querían tener el mismo cuerpo que yo... yo decía,...no me lo puedo creer... no me cuadra, en España nadie envidia mi cuerpo” (C.).

“[...] si, yo creo que si ahora me lo proponen (adelgazar)... ahora estoy en paro... ¿sabes? y... y planteármelo yo creo que si viera que me adelgazaba creo que cambiaría. No te puedo decir 100% pero 80% a lo mejor sí” (Mi.).

Segundo, la inclusión de narrativas, entendidas como datos sociales relevantes en el campo de las discusiones teóricas sobre problemas de salud, es sin duda positiva. Me parece muy cierta y productiva la idea de que desde el análisis de las narrativas pueden proponerse nuevas formas de evidenciar otro tipo de conocimientos, que sirvan para transformar las formas de intervención sobre los problemas sociales (Flores Martos; Mariano Juárez, 2016). Pero me parece también que este proceso presenta sus peligros, como puede ser el hecho de incurrir en cierta cosificación de las narrativas, en detrimento de las descripciones o contextos expuestos por el investigador. Un proceso además reforzado por las formas y estrategias comunicativas imperantes en la ciencia actual (congresos, revistas), que al promover la “entrada” de

lo cualitativo, a menudo preimponen un filtro por ejemplo respecto a la reflexión y la contextualización teórica, que aparece como un sobrante, ya que las narrativas deberían hablar por si solas.

Y el caso es que no es así, las narrativas nunca hablan solas, igual que no se produjeron solas. Es totalmente cierto, y en parte es algo decidido por mí, que a mi trabajo se le podría realizar esa crítica, adolece de apenas incluir información contextual y descriptiva sobre las biografías y contextos de las mujeres entrevistadas. Es posible que aportar determinados datos, como que sus edades oscilaban entre los 26 y los 50 años, estando la media en torno a los 40, o que sus niveles formativos generalizados oscilasen por partes iguales entre el nivel medio y el universitario, puedan añadir algo de solidez y representatividad a la elaboración en torno a las narrativas. También es cierto que ciertas informaciones, por ejemplo el éxito o el fracaso relativo en la lucha con su peso nos servirían para entender desde que estado se habla. Pero todo eso debería dejar algún margen a la creatividad teórica del investigador, ya que este también puede entender que sociologizar en exceso sus datos, en base a perfiles o capitales, puede servir para restar singularidad y estructuralidad a su interpretación, especialmente si de lo que se trata es de preguntarse por determinadas representaciones, modelos o tendencias que parecen atravesar las distintas formas de productividad diferenciadas por criterios de clase, nivel cultural e incluso género. A veces la heterogeneidad y homogeneidad se articulan de otras maneras, bajo otras lógicas menos percibibles pero igualmente reales en sus efectos. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bateson, G. (1998). *Pasos para una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- Biehl, J. (2009). Symptom: Subjectivities, Social Ills, Technologies. *Annual Review of Anthropology*. No 38, pp. 267-278.
- Biehl, J. y Locke, P. (2010). Deleuze and the Anthropology of the Becoming. *Current Anthropology*. Vol. 51(3). pp. 317-351.
- Biehl, J. y otros. (2009). Introduction: Rethinking Subjectivity, en J. Biehl, B. Good y A. Kleinman (eds.), *Subjectivity Ethnographic Investigations*. Los Angeles, University of California Press, pp. 1-23.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción. Crítica social del gusto*. Taurus. Madrid.
- Campos, P. (2004). *The obesity Myth*. Nueva York, Gotham Books.
- Carvalho, M.C. y Martins A. (2004). A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*. Vol. 9 (4). pp. 1003-1012.
- Collier, S. J. y Lakoff, A. (2004). On Regimes of Living, en A. Ong y S. Collier (eds.), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. New York, Blackwell, pp. 22-39.
- Comisión europea. 2007. *Libro Blanco. Estrategia Europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad*. Bruselas.
- Contreras, J. y Gracia, M. (2005). *Alimentación y cultura*. Barcelona: Planeta.
- Delvecchio-Good, M. J. (2007). The Medical Imaginary and the Biotechnical Embrace: Subjective Experiences of Clinical Scientists and Patients, en J. Biehl, B. Good y A. Kleinman (eds.), *Subjectivity Ethnographic Investigations*. Los Angeles, University of California Press, pp. 362-380.
- Flores Martos, J. A. y Mariano Juárez, L. (2016). Nuevas definiciones de evidencia en la Medicina contemporánea: aportes desde la Antropología. *Saude e Sociedade*. Vol. 25(1). pp. 43-56.
- Gracia, M. (2009). La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. *Revista de Nutrición*. Vol. 22 (1). pp 5-18.
- Gracia, M. (2014). Comer o no comer ¿es esa la cuestión?: una aproximación antropológica al estudio de los trastornos alimentarios. *Política y Sociedad*. Vol. 51 (1). pp. 73-94.
- Goffman, E. (2001). *Estigma: la identidad social deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hacking, I. (2001). *¿La construcción social de qué?*. Barcelona: Paidós.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Los Angeles: University of California Press.
- Martín Criado, E. y Moreno Pestaña, J. L. (2005). Conflictos sobre lo sano: un estudio sociológico de la alimentación en las clases populares en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Navas López, J., Palacios Ramírez, J. y Muñoz Sánchez, P. (2014). La otra cara de la obesidad: reflexiones para una aproximación sociocultural. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 19(6). pp. 1721-1729.
- Nguyen, V K. (2005). Antiretroviral Globalism, Biopolitics, and Therapeutic Citizenship, en Ong A. y Collier, S. (eds.), *Global Assemblages: Governmentality, Technology, and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford: Blackwell. pp. 124-144.
- Ortiz, R. M^a, Nava, G., Veras, M. (2010). El equipo interdisciplinario de salud en el tratamiento de la obesidad, en Veras, H. *Obesidad, un enfoque multidisciplinario*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. pp. 159-173
- Rosaldo, R. (2000). *Cultura y verdad. La reconstrucción del análisis social*. Quito: Abyayala
- Rose, N. (1998). *Inventing ourselves. Psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, N (1999). *Powers of Freedom. Reframing Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sanchez Hernandez, M. J. (2005). Anorexia nerviosa y perfiles de riesgo. *Gaceta de Antropología*. Num. 21. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G21_08MariaJesus_Sanchez_Hernandez.html. Consultado el 08/08/2016.
- Scheper-Hughes, N. (1999). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en el nordeste de Brasil*. Barcelona: Ariel.
- Valverde, M. (1998). *Diseases of the Will. Alcohol and the Dilemmas of Freedom*. New York: Cambridge University Press.
- Wacquant, L. (2010). *Castigar a los pobres: el gobierno neoliberal de la inseguridad social*. Barcelona: Gedisa.
- Velásquez, V. V. y Alvarenga, J. C. L. (2001). Psicología y la Obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. Vol. 9(2). pp. 91-96.
- Wanderley, E. y Alves, V. (2010). Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciênc. saúde coletiva*. Vol. 15 (1). pp. 185-194.
- World Health Organization. (2016). *Report on the Commission on ending childhood obesity*. Geneva: WHO.

NORMAS DE REDACCIÓN PARA ARTÍCULOS Y COLABORACIONES

CONSIDERACIONES GENERALES

- Los textos postulados para su publicación en Revista San Gregorio (ISSN:1390-7247) deben ser subidos a la plataforma Open Journal System en donde está alojada la revista: revista.sangregorio.edu.ec. El/la/los/las autor/a/es/as deben dar click en “registrarse” y seguir los pasos.
- Deben ser textos originales e inéditos.
- Deben corresponder a categorías universalmente aceptadas como productos de investigación.
- No pueden estar siendo sometidos a evaluación por otra revista al momento de su envío a Revista San Gregorio.
- Un/a autor/a no podrá publicar dos artículos en el mismo número ni en el mismo año.

1.- TIPOS DE PUBLICACIONES

A) ARTÍCULOS CIENTÍFICOS.

En cada número de la Revista constituye el 60-80% del contenido. Su extensión será entre 3.000 y 5.000 palabras. Se refieren a resultados de investigaciones originales y que no hayan sido publicados parcial o totalmente.

B) ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Se refiere a textos de ensayo, crítica, avances de investigación, textos de opinión sobre temas científicos, reflexiones, artículos de revisión, etc. Su extensión será entre 2.000 y 2.500 palabras y el fin primordial será resumir, analizar y/o discutir sobre algún aspecto científico.

C) RESEÑAS

Este apartado se refiere a reseñas, reseñas de libros o traducciones de interés científico en general y que provengan de libros publicados en los últimos 5 años. Su extensión será entre 1.000 y 1.500 palabras.

2.- NORMAS

A) FORMATO

- Márgenes superior e inferior 2.5 cm; márgenes derecha e izquierda 3cm.
- Sangría de primera línea en cada párrafo. No colocar espaciado entre párrafos
- Interlineado 1,5
- Letra Times New Roman tamaño 12
- Las páginas deben venir numeradas.
- Títulos de figuras y tablas deben hacerse coincidir con la distancia horizontal del texto y aparecer en el cuerpo del texto. También deben ser enviadas en archivo adjunto como “archivo complementario” en la plataforma de la revista

B) APARTADOS

PRIMERA PÁGINA. Debe contener los siguientes apartados:

- **TÍTULO.** En español e inglés, Minúsculas. Justificación centrada. No exceder 15 palabras

- **DATOS DEL AUTOR O AUTORES.**

Minúsculas. Justificación centrada. Debe aparecer: nombres y apellidos completos, filiación institucional (nombre completo, por ejemplo Universidad San Gregorio de Portoviejo) y correo electrónico.

- **RESUMEN.** Se redacta en un solo párrafo. No debe exceder las 200 palabras y se presenta en español e inglés (ABSTRACT). La cantidad de palabras del resumen y el abstract debe ser similar. Tiene que presentar tema objetivos, contexto temporal y espacial de la investigación, metodología utilizada, avance de hallazgos conclusiones, objetos y sujeto de estudio. Se recomienda evitar google translator o similares para el abstract.

- **PALABRAS CLAVE.** Cinco palabras o grupos de palabras, ordenadas alfabéticamente, la primera con mayúscula inicial, el resto en minúsculas, separadas por punto y coma (;), deben presentarse español e inglés (KEYWORDS). Han de ajustarse a los tesauros de la Unesco: <http://vocabularies.unesco.org/browser/thesaurus/es/>

- **CUERPO DEL ARTÍCULO.** Ha de contener los siguientes apartados, todos ellos justificados a la izquierda, en negrita y minúsculas:

- **INTRODUCCIÓN.-** Debe dejar claros los antecedentes, justificación, objetivos y problemática tratada

- **METODOLOGÍA.-** Debe estar presentada con suficiente claridad y detalle de tal forma que otro/a investigador/a pueda replicar el estudio (toma de datos y análisis). Se deben evitar detalles superfluos al tema

- **RESULTADOS.-** Deben presentarse los datos de forma clara y sucinta. No debe existir redundancia entre el texto, las tablas y las figuras. El análisis debe ser coherente con el tipo de datos, los cuales han de estar bien ejecutados e interpretados. El lector (o revisor) debe tener claro tras leer esta sección cuál fue el aporte del trabajo.

- **DISCUSIÓN.-** Los resultados han de estar ubicados con el marco de la investigación presentado en la introducción. Se debe manejar apropiadamente la literatura, siendo apropiadas y suficientes las citas

- **CONCLUSIONES.-** Deben venir expresadas de forma clara y en relación con los objetivos, datos, interpretación y discusión.

- **REFERENCIAS.**- Debe corresponderse con las citas en el texto

FIGURAS Y TABLAS.- Deben aparecer en el cuerpo del artículo, colocando el título en la parte superior, centrado y en mayúsculas y la fuente en la parte inferior ajustado a la derecha con letra tamaño 10. En adjunto (Archivos complementarios) deben enviar en formato Word a página entera cada una de ellas. Las fotografías deben tener una resolución de 300 dpi en tamaño A4. Los títulos y fuentes deben ser claros y concisos; y la información debe ser necesario y ayudar a la lectura.

NOTAS AL PIE

En letra tamaño 10. Las notas aclaratorias no deben exceder de cinco líneas o 40 palabras, de lo contrario éstas deben ser incorporadas al cuerpo del texto. Se aconseja no excederse en notas al pie (máximo 5).

REFERENCIAS

Todas las obras citadas en el cuerpo del texto deben aparecer referenciadas en el apartado de referencias por orden alfabético. Se parte del estilo APA 6ª edición (<http://normasapa.net/normas-apa-2016/>). Debe contener al menos 15 referencias académicas actualizadas (últimos 5 años). Todas las referencias con url deben aparecer entre aspas (< >).



CITAS

- Menos de 40 palabras: se escribe inmersa en el texto, entre comillas y sin cursiva. Se escribe punto después de finalizar la cita y todos los datos.

- Más de 40 palabras: se escriben aparte del texto, con sangría, sin comillas y sin cursiva. Al final de la cita se coloca el punto antes de los datos -recuerde que en las citas con menos de 40 palabras el punto se pone después-. La organización de los datos puede variar según donde se ponga el énfasis (en el autor, en la obra, en el año, etc.).

ENVÍOS

La Revista San Gregorio está inserta en la Plataforma Open Journal System. Los textos para su evaluación deben ser postulados a dicha plataforma, entrando en www.revista.sangregorio.edu.ec

Para cualquier consulta referente a la revista, o para hacer seguimiento del texto enviado puede ponerse en contacto con revista@sangregorio.edu.ec





NORMATIVAS DEL ARBITRAJE Y EVALUACIÓN EXTERNA DE LOS TRABAJOS

El Comité Científico remitirá los artículos sin el nombre del autor a DOS (2) evaluadores externos que funcionarán como pares ciegos, en caso de existir correcciones o sugerencias se devolverán a los autores para que consideren su incorporación, en un plazo no mayor de quince (15) días hábiles. Si hay dudas, el trabajo puede ser remitido a un tercer evaluador. El Comité Científico no podrá designar como evaluador de un artículo a quienes tengan nexos de hasta tercer grado de consanguinidad y hasta segundo grado de afinidad con el (los) autor(es).

El Comité Científico podrá hacer solicitudes de colaboración, las cuales deberán cumplir con los requerimientos que se señalan en las normas de publicación emanadas del Consejo Editorial, éste notificará por escrito a los autores, previa a la publicación de la Revista, la decisión de aceptación o no de la publicación de un artículo.

Las decisiones de los miembros del Comité Científico serán respetadas por el Consejo Editorial y por el autor o los autores, siempre y cuando, no pretendan cambiar la esencia expresada por el autor o autores. En este último caso, el autor o los autores deben comunicar su posición ante el Consejo Editorial con un informe razonado y válidamente sustentado. La decisión final sobre la publicación se sustentará en la opinión mayoritaria del Consejo Editorial.







