

Proyecto de grado

Concepciones y Tratamientos de la Enfermedad Mental en Comunidades Indígenas de
Latinoamérica

Lina Alejandra María Rubio Rocha y Ana María Suárez Ariza

Diego Mercado

Universidad del valle, Sede Meléndez, Cali

Instituto De Psicología

Santiago de Cali

5 de Junio de 2020

Tabla de contenido

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN.	2
CONTEXTUALIZACIÓN.	4
ANTECEDENTES	9
JUSTIFICACIÓN.	22
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	23
OBJETIVOS.	23
OBJETIVO GENERAL.	23
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	23
METODOLOGÍA DE TRABAJO.	24
CAPÍTULO PRIMERO	25
FUNDAMENTOS LINGÜÍSTICOS Y ANALÍTICOS PARA LA COMPRESIÓN DE LA ENFERMEDAD.	25
LA INTRADUCIBILIDAD EN EL LENGUAJE Y LA AUSENCIA DE EQUIVALENTES: ORIGEN DE LAS DIFERENCIAS Y PROBLEMÁTICAS EPISTEMOLÓGICAS.	25
Perspectiva de la psiquiatría transcultural frente a la enfermedad mental y las tentativas de diagnósticos universales.	31
Enfermedades determinadas culturalmente: término diagnóstico para enfermedades que presentan intraducibilidad a las categorías nosológicas occidentales.	33
LOS INICIOS DE LAS DIFERENCIAS CULTURALES A PARTIR DE LA CONSTRUCCIÓN DEL SÍ MISMO REFERENCIAL Y EL SÍ MISMO INDEXICAL.	36
EL CONCEPTO DEL BUEN VIVIR: LA CLAVE PARA LA COMPRESIÓN DE LA COSMOVISIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS.	42
CAPÍTULO SEGUNDO	44
GENERALIDADES SOBRE LAS CONCEPCIONES DE ENFERMEDAD EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS LATINOAMERICANAS	44
El ser separado en entidades: un punto de partida para la interpretación y clasificación de la enfermedad.	47
CAPÍTULO TERCERO	54
PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS Y ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD	54
MODELOS DE LA ENFERMEDAD	54
MODELOS TERAPÉUTICOS.	61
<i>GENERALIDADES DE LAS TERAPÉUTICAS Y PROCEDIMIENTOS EN COMUNIDADES INDÍGENAS LATINOAMERICANAS</i>	64
LA EFICACIA DE LOS SISTEMAS MÉDICOS TRADICIONALES.	67
REFLEXIÓN.	78
SOBRE EL IMPACTO DE LA MEDICINA OCCIDENTAL PARA LAS COMUNIDADES INDÍGENAS LATINOAMERICANAS.	78
CONCLUSIONES.	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	87

RESUMEN

El presente trabajo de grado monográfico aborda algunas concepciones de la enfermedad en las comunidades indígenas de latinoamérica, estableciendo un contraste con las consideraciones del paradigma Occidental. Esto con el fin de reconocer la validez del sistema médico tradicional en cuanto a su complejidad y riqueza, tras comprender los significados que subyacen en las interacciones y prácticas del cotidiano. Y así mismo, reflexionar frente al lugar desde el cual se sitúan la psicología y la medicina frente a dichas cuestiones.

Para dicho propósito se hace una recopilación y un análisis conceptual de varias investigaciones y aportes teóricos sobre las particularidades culturales; reconociendo las limitaciones del lenguaje y los alcances de las investigaciones de corte transcultural a la luz de autores como Emile Benveniste, Hope Landrine, Pau Perez, François Laplantine, Anthony Sampson, Michel Foucault y Tobie Nathan, entre otros.

Palabras clave: Comunidades Indígenas, Enfermedad, Sistemas médicos,
Normalidad/Anormalidad.

INTRODUCCIÓN.

Podemos entender la diversidad de concepciones y procedimientos que surgen en los múltiples campos del conocimiento y sus transformaciones, de acuerdo con el contexto socio histórico de una comunidad, al considerar la cultura como una amalgama de creencias, pautas, cultos, ideales y discursos, que brinda elementos por medio de los cuales los seres humanos construyen una identidad a nivel individual y colectivo. De tal manera, es prudente admitir que la comprensión de los seres humanos, teniendo en cuenta los significados que han construido para dar sentido a su existencia y consistencia de sus prácticas, no responde a una lógica universal ni se ajusta, en todos los casos, a las clasificaciones predominantes en determinadas áreas del saber.

En la actualidad el estudio y tratamiento de las enfermedades mentales es atendido principalmente bajo concepciones occidentales enunciadas por los campos de la medicina y la psiquiatría; las cuales, centrándose en el organicismo, dejan de lado los aspectos culturales al tiempo que desprestigian las técnicas que se llevan a cabo en diferentes comunidades para hacer frente a lo que reconocen como enfermedad o anormalidad. Estas aproximaciones no sólo reducen, niegan y desconocen las particularidades de las diversas etnias que no se acogen a la categorización occidental, sino también pretenden aminorar la pluralidad humana mediante la formulación de universales que exhortan una verdad única; interviniendo así diversos fenómenos y problemáticas desde la biomedicina, aun cuando dichas situaciones no encajan, ni se inscriben en el marco referencial desde el cual se pretenden abordar.

Por tal motivo, el siguiente trabajo tiene por objetivo indagar sobre las diferentes concepciones y tratamientos que algunas comunidades indígenas latinoamericanas le otorgan a lo que se entiende desde Occidente como enfermedad mental y de esta manera poder entrar a comprender las relaciones que se establecen en torno a la eficacia que el modelo y sus prácticas le brindan a los miembros de una comunidad.

Dicho trabajo, al ser de corte monográfico, pretende involucrar en gran detalle particularidades de grupos sociales indígenas a nivel latinoamericano, presentes en los resultados de numerosas investigaciones que con anterioridad también han intentado exponer la relación existente entre las formas de pensamiento o cosmovisión y las prácticas sociales determinadas culturalmente. Esperando así deslegitimar la creencia de la existencia de una verdad única y universal que constantemente busca someter y regir, bajo unos pocos parámetros firmes y medianamente estructurados, la diversidad existente en los fenómenos que presenta la complejidad de la vida humana; influenciando para bien o para mal dimensiones críticas como la salud y la educación que direccionan el accionar del individuo y que principalmente pasan a dictaminar las condiciones de normalidad o anormalidad que bien sabemos son tan relativas y tan cambiantes como subjetividades hay en el mundo.

Es por ello que a través de autores como Tobie Nathan, Lévi Strauss, Hope Landrine, Michel Foucault, Pau Pérez, François Laplantine, entre otros, se buscará dilucidar algunos elementos que permitan comprender las formas de relación que establecen las comunidades indígenas con las afecciones que presentan sus miembros, los dispositivos a implementar y el pensamiento que subyace a la globalidad de sus prácticas terapéuticas. En aras de brindar un reconocimiento, una voz y un lugar a un saber cuya validez ha estado silenciada por la supremacía de una corriente de pensamiento absolutista.

Finalmente, se espera que este trabajo continúe siendo la base de otras indagaciones que permitan esclarecer y abordar con mayor precisión las posibilidades de acción con las que cuenta el psicólogo clínico a la hora de intervenir y realizar un acercamiento a las problemáticas individuales y grupales en contextos culturalmente diversos. De manera que pueda situarse bajo una perspectiva que reconozca el lugar del otro conjunto a sus necesidades, lejos del sesgo de su marco referencial, y que a su vez brinde tentativamente herramientas que para los individuos en cuestión sean accesibles a partir de las mismas posibilidades que su cultura les brinda.

CONTEXTUALIZACIÓN.

Colombia es un país que destaca a nivel mundial por la gran diversidad etnocultural y la riqueza natural que presenta. Cuenta con una extensión total de 2'070.408 km² considerando un territorio terrestre de 1'141.748 km² y un territorio marítimo de 928.660 km². Está constituido en 32 departamentos y hasta la fecha cuenta aproximadamente con 49.834.240 habitantes en su población (Periódicos Asociados LTDA, 2003).

Teniendo en cuenta los datos proporcionados por el DANE, en Colombia se reconocen 102 pueblos indígenas, de los cuales 34 están en riesgo de extinción. Entre las agrupaciones existentes encontramos “Achagua, Amorúa, Andoke, Arhuaco, Arzario, Awá, Bara, Barasana, Barí, Betoye, Bora, Cañamomo, Carapana, Chimila, Chiricoa, Cocama, Coreguaje, Coconuco, Coyaima, Desano, Dujo, Emberá, Emberá Chamí, Emberá Katío, Eperara Siadipara, Guambiano, Guanaca, Guane, Guayabero, Hitnü, Inga, Kawayarí, Kamëntsa, Kankuamo, Karijona, Kichwa, Kofán, Kogui, Kubeo, Kuiba, Kurripako, Letuama, Makaguaje, Makuna, Masiguare, Matapí, Miraña, Mokaná, Muisca, Nasa, Nonuya, Nunak, Ocaina, Pasto, Piaroa, Piratapuyo, Pisamira, Puinave, Sáliba, Senú, Sikuni, Siona, Siriano, Taiwano, Tanimuka, Tariano, Tatuyo, Tikuna, Totoró, Tsiripu, Tucano, Tule, Tuyuka, Tzase, Uitoto, U'wa, Wanano, Waunan, Wayuu, Yagua, Yanacona, Yaruro, Yauna, Yuko, Yukuna, Yuri y Yurutí”; en estos pueblos se preservan aproximadamente sesenta y cuatro lenguas originarias de sus comunidades y trescientas formas diferentes de dialéctica. (Patrimonio cultural latino, 2018-2019).

En cuanto a la ubicación, la mayor parte de la población indígena se sitúa en el área rural del país, en regiones selváticas, espacios cercanos a la sabana natural de la Orinoquía, en los andes colombianos y en los valles interandinos del caribe. De acuerdo con las cifras del Censo Nacional del DANE en el año 2018, se encuentra que, de los aproximadamente 42.000.000 de colombianos, 1.905.617 son pertenecientes a comunidades indígenas que están distribuidas en cerca de veintisiete departamentos. En ese sentido, los departamentos en los que se encuentra mayor presencia de comunidades indígenas son “Guainía, Vaupés, La Guajira, Amazonas, Vichada, Cauca y Nariño”, de estos, es posible afirmar que en “La Guajira, Cauca, y Nariño se concentran más o menos la mitad de los indígenas del país” (Patrimonio cultural latino, 2018-2019, p.10).

Por otro lado, en las grandes urbes y cabeceras municipales, las cifras del DANE arrojan que es allí donde se encuentra la minoría de las poblaciones indígenas, número que cada vez más va disminuyendo debido tanto a los cambios culturales como a los procesos migratorios que se dan en las comunidades debido al “agotamiento de las tierras de los resguardos, singularmente de la zona andina, y por el desplazamiento forzado de las comunidades a causa de la lucha por la tierra que tienen los actores armados ilegales en los territorios pertinentes a los resguardos”, adicionalmente, en zonas “de la Sierra Nevada de Santa Marta, y del Urabá

y en los departamentos de Cauca, Córdoba, Guaviare, Nariño y Putumayo” (Patrimonio cultural latino, 2018-2019, p.12).

La población indígena representa, a nivel mundial, aproximadamente el 5%, en Colombia, un país reconocido por su pluralidad cultural, étnica y biodiversidad; Según las cifras del DANE en 2005, se puede establecer que las poblaciones indígenas representan el 3,4% de la población Colombiana.

Colombia actualmente se rige legalmente según la Constitución Política de 1991, la cual otorgó un reconocimiento oficial a la existencia de una multiplicidad étnica y cultural en el territorio, dando lugar a la tradición de cada uno de los grupos existentes en aras de unificar la nación y formas específicas de participación. Con ello, vemos entonces que los indígenas como actores sociales logran circunscribirse bajo el categórico de *Sujeto de Derechos*, y con ello, verse incluidos, visibilizados y exonerados de toda discriminación legal. Y así mismo continuar con sus procesos de lucha y reivindicar su identidad comunitaria como agentes colectivos ya que esta forma de reconocimiento de sujeto no es como individuos sino como pueblos¹(Sánchez, 2004).

De esta manera, por el mismo carácter colectivo que presentan las comunidades indígenas se reconocen diferentes formas de asumir la vida social y se deriva, por ejemplo, la necesidad de reconocer el territorio en el que se habita como una propiedad grupal,

El reconocimiento de la diversidad étnica y cultural en la constitución supone la aceptación de la alteridad ligada a la aceptación de multiplicidad de formas de vida y sistemas de comprensión del mundo diferentes de los de la cultura occidental. Algunos grupos indígenas que conservan la lengua, tradiciones y creencias no conciben una existencia separada de su comunidad. El reconocimiento exclusivo de derechos fundamentales al individuo, con prescindencia de concepciones diferentes como aquellas que no admiten una perspectiva individualista de persona humana es contrario a los principios constitucionales de democracia, pluralismo, respecto a la diversidad étnica y cultural u protección de la riqueza cultural. (Sánchez, 2004, p. 72)

Por lo anterior, el reconocimiento en colectivo como sujetos de derecho “Pueblos Indígenas” y como sujetos jurídicos del derecho internacional, ha implicado una serie de reivindicaciones específicas, el reconocimiento de la igualdad tanto individual como colectiva y la internacionalización de los acuerdos que celebren las comunidades indígenas, el Estado y otros sujetos de derecho. En ese sentido encontramos la posibilidad de vivir en paz, libertad y seguridad como pueblos indígenas (art 6), a mantener y desarrollar sus propias

¹ El término Pueblos alude al agente colectivo que es garante de Derechos tras su reconocimiento como sujeto de derecho.

características e identidades (Art. 8) y a determinar su propia ciudadanía conforme a sus costumbres y tradiciones (Art. 32), como también el derecho a practicar y revitalizar sus tradiciones y costumbres culturales (Art. 12), el derecho a revitalizar, utilizar, desarrollar y transmitir su cultura (Art. 13) el derecho a establecer y controlar sus sistemas e instituciones de educación, utilizando para ello sus propios idiomas y de acuerdo a sus métodos culturales de enseñanza y aprendizaje (Art. 15), el derecho a conservar y reforzar sus propias características políticas, económicas, sociales y culturales, así como sus sistemas jurídicos... (Art. 4 y Art. 21) y entre ellos, el derecho a manejar las propias medicinas y las prácticas de salud tradicional, incluido el derecho a la protección de plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. (Art 24) los cuales fueron consagrados en el proyecto de Declaración Universal sobre los Derechos de los pueblos indígenas (1989) (Sánchez, 2004).

Ahora bien, de acuerdo con lo mencionado por Gómez, Rincón y Urrego, (2016) vemos que en las poblaciones indígenas es donde se ha encontrado un índice más alto de problemas y trastornos mentales en comparación con la población general, acompañados de altos niveles en la tasa de alcoholismo y el abuso de sustancias psicoactivas. En América Latina los indígenas “son el grupo social con menor acceso a los servicios básicos de salud y educación, lo que hace de la condición étnico-racial una causa de inequidad” (Gómez, Rincón y Urrego 2016, p.120), esto se sustenta en los hallazgos de algunos estudios poblacionales que han arrojado que la violencia, el desplazamiento, el deterioro del tejido social, familiar y comunitario, los altos niveles de pobreza, entre otros, son factores que influyen determinadamente en el incremento de la tasa de enfermedades mentales y suicidios en estas comunidades. En el caso del consumo en exceso de alcohol, Rodríguez (2012) afirma que se relaciona directamente con la “ruptura en los modos de vida y la fragmentación de las identidades étnicas”²(p, 587), a consecuencia del desplazamiento forzado, las situaciones de extrema pobreza y, en general, las condiciones de desigualdad y discriminación en las que muchas de estas comunidades viven.

Es importante mencionar que para las comunidades indígenas, tal como lo mencionan Zacarías, Dos Santos, Costa y Ramos (2016), “el territorio tiene el significado físico de vía de ascenso al plano cósmico, al origen de la creación del mundo y la ancestralidad”³ (p.130), es decir, hay un entramado de significados que están enlazados al territorio tanto en un nivel físico como simbólico, que da consistencia a la identidad individual y colectiva dentro de la comunidad. En ese sentido, la “territorialidad reviste una importancia fundamental para la comprensión del proceso salud-enfermedad indígena, pues en ella las actitudes y los comportamientos son forjados” (Zacarías, Dos Santos, Costa y Ramos, 2016, p.130).

² Original en Portugués, la traducción es nuestra.

³ Original en Portugués, la traducción es nuestra.

Vemos entonces, que la conceptualización de la salud en las comunidades indígenas se hace “de manera holística, contextual, ligada al territorio, al bienestar colectivo y la armonía con la madre naturaleza” (Gómez, Rincón y Urrego, 2016, p.120), y está estrechamente relacionada con el “buen vivir”, que alude al equilibrio entre las energías materiales y espirituales tanto del individuo como de la colectividad, y a la comprensión del cuerpo y la mente como entidades indisociables.

Por lo tanto, ya que las concepciones de enfermedad en las comunidades indígenas se estructuran en una práctica social tal como lo plantean Zacarías, Dos Santos, Costa y Ramos (2016), las consideraciones sobre la salud, la enfermedad y la cura se definen en un consenso con la colectividad, de acuerdo con los saberes, creencias de la población y la convicción que haya en sus prácticas; pues para las poblaciones indígenas todo lo que conforma la naturaleza está dotado de un espíritu que habita tanto el mundo terrenal como el cósmico, y es la forma en que los seres humanos se relacionan e integran con todos los elementos de la “madre tierra” la que determina o influye en su estado de salud.

Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la enfermedad refiere a “la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo”⁴, de este modo es posible evidenciar que las concepciones de enfermedad desde la biomedicina que predomina en Occidente, están directamente ligadas a fenómenos biológicos, dejando de lado, en muchos casos, los elementos afectivos y el entramado de creencias a nivel cultural que repercuten e influyen en el bienestar de las personas.

Si bien para la biomedicina el trastorno mental implica una anormalidad en el comportamiento, desde la perspectiva de la medicina tradicional indígena no todos los comportamientos anormales se tratan como una enfermedad, ya que pueden representar la transición que viven los seres humanos en cuanto a las tensiones o ansiedades que los procesos naturales de la vida le generan, o verse como un mecanismo por medio del cual las personas buscan el equilibrio entre las energías del mundo material y el espiritual (Zacarías, Dos Santos, Costa y Ramos, 2016).

Es así como, ante estas situaciones, los diagnósticos médicos y los tratamientos de las enfermedades emergentes podrán ser atendidas a partir de dos alternativas interpretativas: la perspectiva de la medicina occidental y la perspectiva de la medicina indígena tradicional. Tomando como referencia lo mencionado por Perreti (2010), encontramos que la difusión que hasta el momento ha tenido la medicina occidental sobre los territorios indígenas guatemaltecos ha implicado la apropiación de tratamientos farmacológicos por parte de los médicos convencionales del lugar (comadronas y curanderos) con un uso incorrecto, arbitrario y desmedido de los remedios químicos, y un desinterés por comprender la enfermedad bajo los cuadros interpretativos tradicionales de la comunidad.

⁴ Tomado de (<https://www.who.int/es>)

Tomando lo anterior como referencia, la influencia que tiene la medicina occidental sobre el abordaje de las enfermedades en las comunidades indígenas en Colombia no es muy distinto, y más cuando contemplamos las concepciones que maneja la medicina occidental: por su parte considera que “un síntoma o un síndrome deben ser traducibles, aun admitiendo aproximaciones, en la nosografía occidental” (Peretti, 2010, p. 6). Lo cual implica que para que exista la cura no es necesario que se comparta el mismo universo cultural del paciente ya que la representación que éste construya de la enfermedad es un instrumento válido para otorgar un diagnóstico y lo único necesario sería conocer la visión del mundo del paciente (Peretti, 2010).

De esta manera, no sólo ignora la perspectiva de la psiquiatría psicosocial la cual afirma que existen psicopatologías propias, específicas y complejas según las diversas sociedades existentes, “cuyas representaciones no son simplemente teorías sobre un fenómeno externo a la cultura: tales representaciones constituyen el fenómeno en sí” (Peretti, 2010, p.6). Corriente de conocimiento que respeta las concepciones de enfermedad propias de las comunidades indígenas y sus formas de tratamiento particulares. Sino que considera que dicha distinción alude a la necesidad de establecer una diferenciación frente a la homogeneización occidental en aras de consolidar su propia identidad cultural, ya que, “aceptar dicha distinción implicaría generar infinidad de categorías nosológicas que se ajusten a cada enfermedad para cada contexto cultural, generando una comparación imposible y negando cualquier discurso sobre la enfermedad mental o acercamiento” (Peretti, 2010, p.6). Por lo cual la práctica médica occidental alude a una necesidad de implementar un modelo interpretativo amplio y exhaustivo que permita la traducción a unos esquemas universales (Peretti, 2010).

Es entonces a partir de estas discusiones como se ha ido gestando e implementando necesariamente el término de enfermedad cultural para darle lugar a todas aquellas enfermedades que resultan intraducibles e incomprensibles bajo las formas clasificatorias de la medicina oficial y que en primera instancia aluden a la imposibilidad de ser tratadas por un marco de referencia ajeno al de la medicina indígena (Peretti, 2010). Siendo un requisito fundamental el continuo reconocimiento del sistema terapéutico de las comunidades indígenas pensando en una posible articulación con la medicina oficial en aras de contribuir a la formación del saber en el campo de la salud y el tratamiento de las enfermedades.

ANTECEDENTES

Después de indagar en diferentes artículos de investigación a nivel nacional y continental, en fuentes bibliográficas como lo son Scielo, Scopus, Redylac y Google Academics, se encontró que los estudios realizados sobre la concepción de enfermedad mental en las comunidades indígenas y su tratamiento en contraste con la visión occidental, proporcionan elementos constitutivos de cada una de las perspectivas que permiten establecer una distinción entre el saber médico occidental y el saber médico ancestral.

En ese orden de ideas y centrando nuestra atención en las culturas mesoamericanas, retomamos a Pabón-Cuellar (2013) quien encontró que, durante la época prehispánica, culturas como la Maya, ubicada al sureste de México; en estados como Yucatán, Campeche, Quintana Roo, Chiapas, Tabasco; Norte y centro de Guatemala; La Purépecha, en el estado de Michoacán y Guanajuato en México; la Azteca, ubicada en el Valle de México conocido como Tenochtitlan que expandiendo su territorio en los actuales estados de Veracruz, Puebla, Oaxaca, Guerrero, la costa de Chiapas, Estado de Hidalgo, y parte de Guatemala; presentaban grandes concepciones en torno a la salud, el individuo, y su relación con la enfermedad, al punto de contar con un arduo sistema de clasificación e identificación alusivo a los trastornos psíquicos, los cuales incluso hoy en día pueden resultar próximos a las categorías occidentales.

De este modo, para lo que hoy conocemos como alucinación, delirio, frenesí, melancolía y locura; particularmente, en la comunidad Maya se hablaba de oxkokoltzeck, coothan, okomolal, tzeniotal y cooil, respectivamente. Dicha comunidad considera que la enfermedad es la manifestación de la desarmonía en la relación del ser humano con su universo; a nivel espiritual y humano, lo cual implica la separación del espíritu y el cuerpo. Esto se pone en evidencia cuando “el individuo ya no participa en las actividades de grupo, no cumple su cometido, viola las tradiciones sagradas o se comporta antisocialmente” (Pabon-Cuellar, 2013,pg 4) y en este sentido, culturalmente, las enfermedades o trastornos se entienden de forma psicósomática, ya que lo que afecta al espíritu necesariamente influye sobre el cuerpo.

Esta relación con el cuerpo también la vemos muy marcada en la cultura purépecha. Aunque para esta comunidad no existe una distinción entre alma y cuerpo, puesto que el concepto de alma, mente o psiquismo no se alcanza a representar; encontramos que el individuo se construye a partir de una visión enteramente social y material/corpórea, donde el concepto de buena salud se ve estrechamente ligado a la relación que puede establecer un miembro de la comunidad, a nivel social, en términos de buena interacción y retribución, cuyo cuerpo es algo abierto, y todo lo que entra, sale o hace contacto con él, ‘influye en los otros miembros del tejido socio-cósmico en que el individuo se encuentra inserto (Pabon-Cuellar, 2013).

A diferencia de estas concepciones en donde el estado de salud depende del accionar del individuo propiamente con su mundo, encontramos que para la cultura azteca, la enfermedad es por causa externa y puede obedecer a dos factores: el primero, alude a un desequilibrio entre opuestos: calor y frío, luz y oscuridad, cielo y tierra. Y el segundo, a la influencia negativa de espíritus o deidades errantes como lo es el Nahual; quien ataca el corazón, lo cual se entendería como psiquismo, el cual en conjunto con la cabeza y el hígado conformará el centro anímico que da vida a todo en el individuo. A partir del estudio exhaustivo de López Austin, (Como se citó en Pabon-Cuellar, 2013, p. 8) evidenciamos que en los aztecas, para designar a aquel que padece de una enfermedad mental se le refiere literalmente como *el que ha perdido el corazón*, esto en la medida en que en el centro anímico se concentra un fluido vital, gracias a las funciones específicas de cada órgano, el corazón (yóllotl o yolia), estrechamente relacionado con las operaciones psíquicas, al intelecto, la sensibilidad y el pensamiento. La cabeza (*tonalli*), que corresponde al temperamento y el ánimo del individuo y el hígado (*ihiyotl*) como fuente de energía, lugar donde reside la fuerza emocional, el deseo, las pasiones, la alegría y el placer.

Ante dichas elaboraciones vemos que particularmente, los tratamientos en estas culturas se diferencian entre sí, aunque se encuentran directamente relacionado con las mismas concepciones de enfermedad y salud que se maneja al interior de la comunidad.

En la cultura Maya, se realizaba un preciso análisis de la sintomatología y, determinando el padecimiento del enfermo, decidían si lo más apropiado era realizar una cirugía, una preparación de herbolaria o recurrir a refinadas técnicas terapéuticas para intervenir al enfermo. A partir de los estudios de Souza-Novelo y Urzaiz-Jiménez (Como se citó en Pabon-Cuellar, 2013, p. 3) encontramos que es determinante el diálogo que se establece en primera instancia con éste y el lugar que se le otorga a la narración de su padecimiento.

El curandero propone su diagnóstico y su tratamiento de una “enfermedad del espíritu” después de conocer la confesión del enfermo y diversos detalles relativos a su vida personal, sus vínculos con otras personas, su inserción en la comunidad y el contenido reciente de sus sueños. (Pabon-Cuellar, 2013, p. 3)

Posteriormente, el tratamiento busca modificar el estado emocional y comportamental del enfermo para restablecer las relaciones del universo social y sobrenatural del paciente a partir de la ritualidad, donde se le otorga gran relevancia a la curación como un asunto familiar y cuya fuerza emotiva es determinante (Pabon-Cuellar, 2013).

Por otro lado, según los registros, los tratamientos que manejaba la cultura azteca implicaban el uso de diversas técnicas y sustancias que logran converger la visión de lo anímico-corporal y lo espiritual-material para sanar y prevenir las diversas enfermedades que aquejaban a la población, las cuales permitían compenetrar al individuo con la lógica de su entorno (Pabon-Cuellar, 2013). Y en ese sentido, tal como lo menciona Ruiz López (Como

se citó en Pabon-Cuellar, 2013) vemos gran diversidad de elementos: jugos, pulque, el temazcal, las inhalaciones de humo, el uso del tabaco; ungüentos corporales a partir de los tejidos y los excrementos del ocelote puestos en la cabeza de los enfermos. Soluciones a base de la piedra quiauhtecuitlatl en agua fría; técnicas con espinas o con las puntas del maguey similar a la acupuntura oriental, y por último, el uso de alucinógenos como los hongos, el peyote y el ololiuhqui o yerba de víbora verde, cuando el médico no tenía claridad en el diagnóstico.

Hablando propiamente de las enfermedades mentales, cuando se lograba realizar tal diferenciación, según Somolinos D^a Ardois y Pineda Muñoz (citado en Pabon-Cuellar, p. 5) al enfermo se le trataba con la técnica de *nahualatoli*. Consistía en una psicoterapia que hacía uso de *palabras suaves* para mostrarle al sujeto su reflejo en el espejo, explicarle su mal y motivarlo a que superase su tristeza, dolor o malestar. Pues si bien el enfermo era descrito por su insensatez, su aislamiento, su falta de percepción y de comprensión, la finalidad de esta psicoterapia estaba orientada a reestablecer el contacto del enfermo con su entorno, puesto que el padecimiento se consolidaba a su vez como un problema comunitario ya que a la comunidad le impedía llevar una vida *normal*.

Por otro lado, algunas investigaciones como la de Villaseñor (2002) retoman el uso terapéutico y sagrado del cecetzin u ololiuhqui (*Turbina corymbosa*), la planta mencionada anteriormente como culebra verde en la época prehispánica; en las que se expresa que ésta, al ser conocida como una *planta de los Dioses*, contener el poder del espíritu, expandir la mente y conectar con lo divino; bien podría ser implementada por el chamán para encontrar respuestas y alivio al doliente con fines positivos o, por el contrario, también podría ser implementada por algún otro miembro de la comunidad para perjudicar a alguien. En este sentido, la ingesta de la preparación de la planta se da para curar enfermedades o combatir hechizos, ya que la planta aparte de permitir hablar por la deidad, podía emborrachar, enloquecer y privar del juicio al destinatario.

Frente al tratamiento implementado con esta planta, se destaca el hecho de que el jefe del linaje (*Payni*) sea quien consuma el brebaje para ser el mensajero de las respuestas y los diálogos que logre establecer con la deidad. De esta manera se nos habla de una identificación, en donde el payni, incorpora el dios Huitzilopochtli, y momentáneamente logra encarnar las características de omnipotencia y omnisciencia del dios mismo para comunicar las revelaciones respectivas. Siendo relevante durante el ritual de sanación, la presencia de familiares, amigos y conocidos del doliente; lo cual implica cierta participación comunitaria, cuya presencia y cantidad depende del estado de gravedad del enfermo (Villaseñor, 2002).

Ahondando en el estudio realizado por Leda Peretti (2010) encontramos referencias mucho más actuales sobre las concepciones de enfermedad indígena en territorio guatemalteco, la cual puede ser causada por agentes mágicos, extrahumanos o

sobrenaturales, a causa de un encuentro con entidades naturales o incluso a raíz de diversas catástrofes naturales o un conflicto social de fuerte impacto y con gran connotación de violencia. Las cuales son de carácter estrechamente cultural pues aunque consideremos todo producto social (incluyendo enfermedades) como resultado de las interacciones e instituciones culturales vemos que

Desde el punto de vista de los antropólogos, cualquier manifestación patológica puede ser codificada de forma distinta en cada cultura, conforme a los instrumentos cognitivos e interpretativos que la misma elabora. Esta operación de definición/interpretación está sujeta a la historia, cambia, se renueva, se transforma en concomitancia con los cambios o evoluciones de los instrumentos...interpretativos que la propia cultura convoca para darse a sí misma en su esfuerzo para permanecer en el mundo. En este sentido, cualquier enfermedad es, por lo tanto, cultural. (Peretti, 2010, p.4)

El campo de la antropología va a referir a las enfermedades conocidas como *el mal de ojo*, *el susto*, *el espanto*, *los nervios* o *la caída de mollera* como enfermedades culturales en la medida en que no hay una correspondencia de sus estados nosológicos en la clasificación de la medicina occidental, cuyos cuadros clínicos no pueden ser precisados en totalidad.

Particularmente, la caída de mollera es considerada como un padecimiento de deshidratación, pero en algunos casos no hay dicha manifestación. El mal de ojo solo en contadas ocasiones asemeja a una infección respiratoria aguda y el susto por ejemplo, (*Xib'rikil*,) presenta un cuadro sintomático en extremo variado: la persona presenta inapetencia, náuseas, vómitos, cólicos biliares, dolores de cabeza constantes, gastritis, parálisis faciales, insomnio, epilepsia, dolores articulares, sentimiento de culpa, ataques de pánico, vértigo, alucinaciones auditivas, desorientación, amnesia leve, delirios de persecución, inseguridad, entre otras enfatizando en que la forma en que se manifiesta la enfermedad a su vez varía dependiendo de la persona en cuestión (Peretti, 2010).

La revisión que realiza Peretti (2010) manifiesta que una persona enferma cuando pierde el *jaleb*, la cual es la entidad anímica de la persona, se encuentra en el cuerpo y refiere al lugar específico de la boca del estómago. El *jaleb* se relaciona a su vez con otra entidad anímica conocida como el *nawal*, sustancia cuya salida del cuerpo provoca la muerte. Por tal motivo, el tratamiento del paciente estará orientado a recuperar el *Jaleb*. De esta manera, las comadronas de Guatemala (Figuras emblemáticas de la medicina indígena del país) buscarán intervenir primeramente sobre la sintomatología de la enfermedad a partir de diversos recursos vegetales, animales y minerales bajo un manejo de orden ritual.

Es de resaltar que, si bien Peretti (2010) habla sobre una distinción entre enfermedades de origen sobrenatural, humano y de orden mecánico, no realiza una respectiva descripción para entrar a comprender dichas clasificaciones. Por el contrario, sí ahonda en la problemática actual que vivencian las comunidades indígenas en donde la fuerte influencia de la medicina occidental ha permeado las formas de tratamiento con el uso de remedios farmacéuticos, generando un uso incorrecto y desmedido de estos, e ignorando las causas primeras de la enfermedad conforme a los cuadros interpretativos ofrecidos por la tradición.

Por otro lado, si lo anterior se destaca como una problemática de conciencia identitaria, muchas organizaciones indígenas continúan haciendo oposición a estas corrientes de pensamiento occidental, al punto de generar trabajos de fortalecimiento cultural en las comunidades indígenas, lo que ha generado el aumento de curanderos denominados *guías espirituales* o *sacerdotes mayas*, con gran prestigio terapéutico en el territorio y capaces de curar las llamadas *enfermedades culturales*; cuyos intentos por parte de la psiquiatría aún busca codificarlas en la nosografía oficial (Peretti, 2010).

A nivel nacional, podemos mencionar a la comunidad Emberá-Chamí, población ubicada en el departamento de Risaralda, sobre el río San Juan y entre los municipios de Pueblo Rico y Mistrató. A su vez con presencia en el departamento de Bolívar y el municipio de El Dovio, y con ligeros asentamientos en el Valle del Cauca, Antioquia, Caquetá, Caldas y Quindío (Organización Nacional Indígena (s.f.).

Cardona afirma que la concepción de salud en la comunidad Emberá-Chamí obedece a “la armonía entre las dimensiones físico-biológica, histórico-cultural, natural y espiritual” (2012, p.635); así, la primera se refiere al bienestar del cuerpo. La segunda, abarca las concepciones, interpretaciones y formas de tratamiento de la enfermedad, en las condiciones específicas de la tradición de esta comunidad. En la tercera se tienen en cuenta los elementos: tierra, fuego, aire y agua, los animales y fenómenos naturales. Finalmente, en la cuarta dimensión se alude a los espíritus negativos que, de acuerdo a las creencias de esta comunidad, son utilizados por algunas personas para ocasionar la enfermedad en otras, por el contrario, los espíritus positivos provocan la enfermedad en quienes se distancian de su comunidad y creencias. Estas cuestiones permiten evidenciar cómo la dimensión espiritual es de suma importancia “en la medida que todas las cosmogonías y cosmovisiones indígenas son determinadas por la madre naturaleza y sus espíritus” (Cardona, 2012, p. 635), dicho en otras palabras, en esta comunidad la espiritualidad está inmersa en la cultura misma y se constituye como un elemento distintivo de la historia de esta agrupación. De la misma manera se resalta la interrelación en la que se encuentran estas cuatro dimensiones, ya que cualquier desequilibrio en una de estas, tendrá un efecto en las otras.

Ahora bien, para los Embera-Chamí las enfermedades pueden ser producto de un desequilibrio con los espíritus positivos, de la presión ejercida por terceros con espíritus negativos, o responden a los desórdenes alimenticios de quienes han abandonado y dejado de lado la importancia de los hábitos ingestivos que en su comunidad se promueven, tales como el consumo de alimentos que sean propios de dicha agrupación (Cardona, 2012).

En cuanto a las formas de tratamiento Cardona (2012) menciona que en la tradición indígena se realizan diferentes actos rituales tales como, las ceremonias que son llevadas a cabo solo en ocasiones especiales, tales como cuando se entrega un médico tradicional a la madre naturaleza; los refrescamientos que, al igual que en las armonizaciones, con el uso de plantas y en algunos casos del elemento agua, busca nivelar las energías de los individuos o de la comunidad. Y los ritos, que pueden tener diversos motivos y centrarse en elementos como el aire, el fuego o el agua, en los que se busca activar, sanar y contribuir al equilibrio

de las energías de los individuos y el territorio; generalmente, estos son llevados a cabo en lugares sagrados con el propósito de conectarse con la presencia de las deidades o los espíritus que les brindarán la guía para encontrar el equilibrio y sanar, tanto en un plano material como espiritual. Se le da relevancia a los sitios sagrados pues, para esta comunidad, allí es donde habitan gran número de los espíritus que se encargan de la protección de los “comuneros”, y por ende este espacio solo puede ser visitado por personas autorizadas por el médico tradicional y en los momentos pertinentes, según la consideración del mismo, para evitar que se contamine; dado que es ese el lugar en el que se realizan los rituales más representativos de la agrupación y al que llevan a los sujetos que padecen una enfermedad de alto riesgo para que sean sanados por las deidades que allí permanecen.

En este punto es importante precisar que la medicina tradicional es un componente constitutivo de las comunidades indígenas en donde

El arte de curar es producto de la tradición oral, la riqueza ancestral y la biografía del resguardo; donde confluyen el saber acumulado de los comuneros en torno del cuidado físico, mental y espiritual, y la mediación de la naturaleza, sus productos, elementos, espacios y espíritus. (Cardona, 2012, p.634)

Es así como la medicina indígena articula elementos de la vida espiritual, física y mental; tomando como centro los saberes y prácticas curativas que vienen de la madre naturaleza (Cardona, 2012). Del mismo modo, esta autora menciona que en la medicina tradicional influyen tanto factores internos del individuo, como su dimensión espiritual; y factores externos, que aluden a los espíritus de las plantas y el poder de la madre naturaleza. Sin embargo, se hace hincapié en que el estado espiritual del paciente es de suma relevancia y determinante en el proceso curativo o de sanación.

También se hace una distinción entre curar y sanar. Lo que permite reconocer que “curar” alude al tratamiento que se le da a una enfermedad, teniendo en cuenta que pueden quedar residuos, o solo se mitiga la afección por un periodo de tiempo. Diferente de sanar, que apunta a la desaparición definitiva del padecimiento y está estrechamente ligada a la espiritualidad y relación con los espíritus de la comunidad, “sanar a una persona es hacerle una limpieza, montarle su protección para que así ella no vuelva a ser atacada” (Cardona, 2012, p. 635).

Cabe precisar que la efectividad de todo este entramado médico está mediado por la fe y convicción que tienen los habitantes de la comunidad en el tratamiento. Una de las dificultades que se percibe es que muchos “comuneros”, principalmente jóvenes, que han pasado por procesos de mestizaje se vuelven muy escépticos y pierden credibilidad en la medicina y ritos llevados a cabo en su comunidad para tratar las enfermedades (Cardona, 2012).

Según Cardona (2012), muchos médicos de la comunidad reconocen que la biomedicina brinda elementos que tienen resultados más favorables en el tratamiento de afecciones “físico-biológicas”, en ese sentido, es común ver como los “comuneros” son remitidos, en determinadas circunstancias a centros de salud de medicina occidental; pues uno de sus lemas es “no luchar contra lo imposible” y por eso, en los casos que determinen fuera de su alcance, se exhorta a los afectados a acudir a centros de salud donde puedan aproximarse de manera más precisa al diagnóstico y realizar exámenes. Del mismo modo, algunas entidades de salud han optado por articular sus métodos con el saber de las parteras y los sobanderos pues, especialmente, la primera práctica ha sido reconocida y valorada por la medicina occidental.

En cuanto a la estructura del sistema médico los Embera-Chamí cuentan con una serie de figuras que se organizan jerárquicamente. De esta manera tal como lo menciona Cardona (2012) en esta escala jerárquica se encuentran, en un primer nivel, los comuneros, en el que se tiene un mínimo de conocimientos respecto a las formas de intervenir padecimientos leves y se llevan a cabo prácticas de autocuidado basándose en los saberes de las madres y abuelas. En segundo lugar, se encuentran los sobanderos que se encargan de las lesiones a nivel ortopédico, antes de remitir al hospital. En el tercer nivel se le da lugar a los rezanderos y curanderos, los primeros son quienes por medio de rezos y la conexión con los espíritus intervienen en las enfermedades psicológicas y del espíritu y algunas relacionadas con malestar físico; por su parte los curanderos le hacen frente al padecimiento por medio de la etnobotánica. Las parteras, quienes se especializan en el cuidado de los recién nacidos y de las mujeres en gestación, durante y después del parto, están en el cuarto lugar. En el quinto nivel, están los médicos “tradicionales” que representan la figura de mayor importancia en el resguardo, pues son ellos quienes tienen todo el conocimiento ancestral, tanto de la madre tierra, como de la etnobotánica y todo lo relacionado con el dominio espiritual; son considerados los mensajeros de la deidad y por ende está en sus manos llevar a cabo las ceremonias, ritos y armonizaciones

Poseen la sabiduría para reparar acciones negativas contra la naturaleza, el espíritu, el individuo y la comunidad; son los encargados de atender las enfermedades más graves, aunque esto no implica que no realicen atención de otro tipo de enfermedades, al contrario, los médicos hacen recorridos por las comunidades del resguardo y hacen consulta casa a casa de todo tipo de dolencias. (Cardona, 2012, p.63)

Finalmente, la máxima jerarquía es ocupada por el jaibaná que representa lo que en otras comunidades indígenas es el Chamán, “Dehaua” quien tiene un saber superior a todo el saber médico de la comunidad.

Por otro lado, vemos que en el resguardo TICOYA, conformado por las comunidades indígenas Tikuna, Cocama y Yagua del municipio de Puerto Nariño, en el departamento del

Amazonas, según lo mencionan Patiño y Sandín, (2014), los conceptos de salud y enfermedad se conciben como un todo; la enfermedad es producto de prácticas que van en contra de la naturaleza y el hombre es considerado como el principal causante, por otro lado, la salud se relaciona directamente “con las emociones, armonía con la naturaleza, pureza del agua, alimentación e higiene” (Patiño y Sandín, 2014, p.387). En ese orden la falta de precaución en la higiene, el descuido en la alimentación, la llegada de personas externas a la comunidad y con estas la introducción de prácticas de Occidente, son elementos que afectan la armonía y equilibrio de la agrupación y, por ende, pueden traer consigo la enfermedad. Así mismo, reconocen que el cáncer y algunos agentes biológicos como parásitos, dan lugar a enfermedades que pueden transmitirse por medio de plagas y animales roedores.

En estas agrupaciones distinguen dos tipos de prácticas médicas: la tradicional, que es llevada a cabo por chamanes, médicos tradicionales y curanderos y la occidental que se ve en los hospitales. Así mismo se evidencia que aceptan las dos clases de medicina, sin embargo tienen mayor inclinación por la práctica tradicional, pues a esta se ligan más las afinidades y afectos. Afirman que la capacidad de sanación “solo la poseen aquellos que nacen con este don” y acorde con esto para ellos “el médico tradicional posee el don, siente cariño por el paciente y se esfuerza por conseguir elementos y preparar los tratamientos hasta sanarlo” (Patiño y Sandín, 2014, p.387), algo que se distancia de la impresión que tienen en la consulta con los médicos occidentales.

De acuerdo a lo mencionado por Patiño y Sandín (2014), para las comunidades que integran el resguardo Ticoya, la medicina occidental sólo se encarga de controlar y tratar las enfermedades, sin lograr de forma definitiva la cura, pues no indagan mucho en el origen de los padecimientos. Contrario a esto, en las comunidades indígenas los médicos tradicionales, chamanes y curanderos tratan la enfermedad, teniendo en cuenta que el malestar deviene en las experiencias y comportamientos de la persona lo que permite la sanación.

Por último, aludiendo a las nuevas investigaciones de la psiquiatría moderna para abordar el tratamiento de las enfermedades mentales vemos que algunas investigaciones como la del doctor Jacques Mabit (2001) el interés se ha centrado en algunas sustancias psicoactivas naturales utilizadas por los pueblos indígenas como potenciales terapéuticos para el tratamiento de los fenómenos de la adicción, en la medida en que no generan dependencia. Por tal motivo, ha acarreado nuevas implicaciones de un cambio de perspectiva frente al concepto de toxicidad y el uso de sustancias a partir de los contextos ritualizados.

Los datos presentados en el estudio *La alternativa del conocimiento indígena al "Todo o Nada" terapéutico* (2001) dan cuenta que los grupos étnicos que han sido afectados por sustancias como el alcohol (sustancia ajena a su contexto cultural) como los curanderos de la costa peruana tratan la adicción a esta sustancia haciendo uso ritual de cactus con mezcalina, logrando una tasa de éxito del 60 % en un periodo de 5 años. Así mismo, los indígenas de América del Norte por medio del peyote y del tabaco bajo su práctica ancestral

logran reducir de manera rápida y significativa la incidencia en el alcoholismo de aquellos afectados.

El uso de la ayahuasca por parte de las etnias amazónicas, por ejemplo es otro de los numerosos recursos con los que cuenta la práctica terapéutica para estos casos, siendo un elemento altamente psicoactivo y de vital importancia de la medicina tradicional indígena en sintonía con la ritualización de las modificaciones de conciencia. Frente a esto último, lo que brinda garantía, es la posibilidad de establecer un marco simbólico universal que doten las diversas experiencias de sentido y las conviertan en manejables a partir de la inserción de la simbología individual en un modelo de integración cultural (Mabit, 2001).

En los grupos étnicos a menudo acompañan a los ritos de paso, en especial en el momento de la adolescencia, permitiendo la apropiación por parte del joven del discurso, las imágenes y los mitos generados y propuestos por su comunidad. Está claro que la falta fundamental de consenso cultural en nuestra fragmentada sociedad posmoderna, la desacralización de la vivencia interior y exterior, la desaparición de todo verdadero rito de paso, dejan vacíos los espacios posibles de integración de las experiencias modificadas de conciencia. En otras palabras, el consumidor de drogas parte a la aventura sin brújula y sin garantías, lo que lo lleva demasiado a menudo a terminar muy mal. (Mabit, 2001, p. 3)

Refiriéndonos ahora a la comunidad indígena Nasa, cuya mayor parte de la población se encuentra en el territorio del Cauca, podemos dar cuenta que la ausencia de enfermedad necesariamente implica armonía y equilibrio a nivel individual, familiar y comunitario. De tal manera en sus discursos encontraremos la terminología de maleficio, remedio, enfermedad y pago cuyas prácticas curativas: las armonizaciones serán llevadas a cabo por medio de un mayor (The Wala) conocido como el médico tradicional por medio de la lectura de las señas de los espíritus, el uso de plantas y recurriendo al poder de los sitios sagrados; todo en consonancia de un sistema de salud propio (Benavides, 2014).

Entender la forma en que se articulan estas prácticas con la cosmovisión nasa implica considerar su ritualidad y sus normativas sociales. Desde el mito de origen de la comunidad es necesario mantener la armonía con la madre tierra (Kiwe), los padres cósmicos (Uma y Tay) y otros espíritus como el sol, la luna o las estrellas y, para ello, esperar la obediencia de los hombres y mujeres nasa a partir de unos lineamientos de la vida fundamentales; entre ellos se destacan el proteger y cuidar la madre tierra, acatar los consejos y las órdenes de los mayores,

respetar las diferencias existentes entre los nasa, prestar atención a los sueños para recibir la orientación de los espíritus, pedir ayuda a los espíritus a través del the wala (quienes son los únicos que pueden hacer las ofrendas y comunicarse apropiadamente con ellos por medio del ritual), la menstruación en la mujer debe de tratarse adecuadamente y abstenerse de transitar lugares sagrados en ese estado, y por último, nunca olvidar su origen y pertenencia a la comunidad Nasa (Benavides, 2014).

Es de mencionar que del acatamiento de estas normativas depende la posibilidad que haya una sana descendencia de hombres y mujeres Nasa, así como de la prevalencia de la armonía, el bienestar y de la unidad a nivel comunitario, familiar y personal. Por tal motivo, existen de antemano unas especificaciones culturales conocidas como *el buen vivir* que pueden garantizar a cada uno de los integrantes las condiciones apropiadas para una digna existencia, aunque sus exigencias son muy elevadas puesto que exige atención, constancia y disposición para esta forma de vida (Benavides, 2014).

Esta manera, si bien encontramos que la presencia del consejo de los mayores es determinante para direccionar la vida de los Nasa y con ello contribuir al bienestar de cada persona y de la comunidad, es de destacar que algunas prácticas de entrada están orientadas a proteger a sus integrantes, por ejemplo: el ritual de siembra del cordón umbilical y su respectiva placenta con cenizas y plantas medicinales permite que dicho individuo se proteja de las enfermedades y a su vez, contribuye en generar un vínculo de pertenencia con el territorio y la comunidad de por vida (Benavides, 2014).

Por otro lado, en contracara, si existe algún desacato de las normativas culturales que maneja la comunidad, esto tiene implicaciones directas generando las enfermedades sobre los seres que habitan el territorio (animales, personas, cultivos). Lo anterior debido al enojo del espíritu del arco (Pxthus) quien, al habitar los ojos de agua como lo son las lagunas, quebradas o ciénagas y lugares pantanosos; reacciona por la contaminación y la falta de protección de estos lugares. En este sentido, la tala indiscriminada de árboles, el mal desecho de basuras o el desplazamiento de las mujeres en menstruación por estas zonas e incluso de gente que viene con una gran carga energética y ha estado cargado de sangre por enfrentamientos violentos o de muertes también perjudican el bienestar de este espíritu, acarreando graves daños materiales y espirituales para la familia y la comunidad (Benavides, 2014).

Entre las afecciones que puede causar el indebido manejo de los Nasa en su territorio encontramos los granos en el cuerpo, los abortos espontáneos, dolores de cabeza o múltiples dolores a nivel somático, puede propiciar a su vez la manifestación de comportamientos violentos, comportamientos autodestructivos, riñas familiares o comunitarias, entre otras, las cuales, es de destacar, no tendrán cura por medio de la medicina occidental sino, por el contrario, requerirán un ritual de armonización y de limpieza por parte del The Wala; Entendiendo armonización como “cómo mantener las energías sin excesos lo que posibilita el equilibrio energético en la naturaleza” (Benavides, 2014, p.75) y limpieza como “el ritual para levantar el sucio o las energías demasiado fuertes que tiene en sí misma la menstruación y que causan desequilibrios en la familia y la comunidad” (Benavides, 2014, p.74). Siendo el The Wala la persona idónea para identificar el arco que produjo tal malestar y una forma de tratamiento adecuado que agrade al espíritu y disuelva su disgusto o molestia según su particular exigencia. Y, por ejemplo, si la enfermedad se manifiesta en catástrofe natural, un accidente o una riña comunitaria, será indispensable que el ritual de armonización se dé igualmente de forma colectiva, para toda la comunidad. Así mismo, las afectaciones que actores externos puedan generar sobre el territorio indígena serán responsabilidad de los The Wala y los Nasa de la región, tal como se ha visto con el derramamiento de sangre por parte de los actores ilegales y los grupos armados (Benavides, 2014).

Cabe mencionar que existen diferentes tipos de arcos, y las enfermedades provenientes de estos espíritus pueden variar dependiendo de su identificación. Vemos entonces que puede ser un arco femenino o masculino, siendo blanco, rojo o negro. Así mismo, se destaca como necesario el hecho de que cada Nasa al salir del territorio se armonice y lleve consigo remedios para no disgustar al arco en otros lugares ya que si presenta una afección lejos de su lugar de origen la enfermedad resultará más difícil de curar (Benavides, 2014).

Vemos entonces que, ante una afección, si el Nasa se dirige al The Wala, este último realizará un cateo (revisión en aras de establecer un diagnóstico) sobre la dolencia o la preocupación que presente la persona en el momento; o incluso pasando a preguntarle si ha tenido algún sueño o ha visto una seña en su cuerpo, las cuales son alertas que indican a la persona y ayudan a la interpretación que realiza el The Wala previo a la armonización sobre alguna enfermedad, algún riesgo cercano, un error de comportamiento o una mala elección de decisión; ya que el cuerpo pasa a ser un traductor de energías negativas y positivas, en donde la circulación de energía de derecha a izquierda es natural, de izquierda a derecha es un indicio de desequilibrio o peligro al igual que su estancamiento (Benavides, 2014).

En consecuencia, el ritual de armonización que realiza el The Wala tiene una serie de momentos muy específicos: es él quien escoge el lugar donde se llevará a cabo el proceso, requerirá la hoja de coca, el aguardiente, su jigra (mochila) y su bastón de chonta (Bastón como autoridad espiritual), y los tabacos que ofrendarán aquellos presentes que requieran del ritual. Cada persona se ubica de acuerdo a las recomendaciones del médico tradicional y él se ubicará a la izquierda de todo.

Si son varios participantes deberán sacar cada uno un puñado de coca, con la mano izquierda, de una jigra grande y deberán voltearlo de derecha a izquierda. La coca que se ha volteado es llevada a la cuetandera del The Wala y con ella se trabajará el ritual. Un secretario del The Wala pasa por cada uno de las personas empezando desde la derecha y ofrece la coca, cada persona toma un puñado y lo vuelve a voltear de derecha a izquierda, después lo lleva a la boca para empezar a mambear. Posteriormente el secretario del The Wala vuelve a realizar el recorrido para esta vez entregar plantas frescas a cada participante, las que debe llevar a la boca y mambear junto con la coca. El The Wala va analizando las señas del cuerpo y de la naturaleza durante el ritual y va definiendo los pasos a seguir. El secretario del The Wala pasa ofreciendo aguardiente a cada participante para remojar la coca que solo se masca y no se traga; antes de llevar el aguardiente a la boca, cada uno debe voltear el aguardiente de derecha a izquierda y después ofrecer gotas de aguardiente a los espíritus, primero con la mano derecha y después con la mano izquierda, tantas veces como lo recomiende el The Wala. Cuando el The Wala lo considera conveniente, empieza a chupar la corona de cada participante y a soplar las energías que extrae. Después de varios minutos el The Wala da la orientación de soplar la coca y el aguardiente hacia el frente de cada participante, usualmente hacia la corriente de un río; posteriormente cada participante recibe aguardiente que debe soplar de la misma manera. Al finalizar esta mambeada los participantes deben tomar un trago de aguardiente. El The Wala puede pedir que se realice de nuevo el mismo procedimiento hasta que las señas que reciba le indiquen que el trabajo ha finalizado, que los espíritus están contentos. También puede ocurrir que el The Wala determine que es necesario otro ritual en el que se debe dar una ofrenda o pago a los espíritus y que su lugar de

realización debe ser el río o la laguna. Estas ofrendas pueden ser animales u objetos con determinado valor simbólico; así mismo se puede requerir de otras plantas más especializadas (Benavides, 2014, p. 79,80).

Hay que mencionar además que, en la comunidad Nasa, cuando se presenta un desequilibrio energético, encontramos la presencia de enfermedades muy particulares como lo es el Susto, donde los infantes son más propensos a padecerlas. La enfermedad acontece cuando ante una situación muy impactante bien sea una caída, el recibimiento de una mala noticia, cualquier acontecimiento que genere una fuerte impresión en el alma y con ello generar su separación del cuerpo, la cual puede ser atrapada por los espíritus. En dicho estado, la persona Nasa presenta mareos, diarrea, insomnio, palpitaciones, irritabilidad e incluso una muerte potencial. Dicho padecimiento puede ser tratado por un The Wala o bien por un pulseador (persona con un don del manejo de los pulsos diferente al The Wala), ya que el tratamiento implica recoger el pulso, cuando se ha evidenciado tras revisar la muñeca de la persona que esta lo ha perdido:

El pulseador revisa el pulso en la muñeca de la persona, si lo siente muy débil o no lo siente procede a juntar las manos de la persona y le jalan el pulso invisible desde la punta de los dedos a la muñeca y desde el codo a la muñeca; bien juntas las manos el The Wala o pulseador le sopla. Posteriormente se juntan los tobillos, se traen los pulsos desde la punta de los dedos hasta los tobillos y desde la rodilla hasta los tobillos, se amarran ahí y se sopla de igual manera. El ritual termina con un soplo en la corona de la persona afectada (Benavides, 2014, p. 81, 82).

Así mismo, es probable que el pulseador o el The Wala implementen la Yacuma Planta, por ser la planta más apropiada para el proceso, y se recomienda a manera de prevención que el miembro Nasa lleve una vida tranquila, evitando los riesgos, peligros o posibles sobresaltos del día a día en conjunto con una armonización cada tres meses (Benavides, 2014).

Además, encontramos la existencia de otras enfermedades como lo son el mal de ojo y el maleficio. Respectivamente, el mal de ojo alude a la imposición de energías sobre los niños y niñas de la comunidad a partir de la mirada, ya que se considera que un cuerpo puede estar armonizado, es decir, tener un equilibrio energético con los demás seres o puede estar descompensado al presentar un exceso de energía. Dependiendo del tipo de mal de ojo, las manifestaciones en el niño pueden variar. por ejemplo si es el ojo bobo, el afectado se ve somnoliento, no puede levantar la cabeza, no llora, presentan diarrea y a veces fiebre. Si es el ojo seco, el niño perderá gran cantidad de peso y si es con el ojo de 24 horas, el niño presentará una gran cantidad de afecciones como diarrea, vómito y fiebre, quien morirá si no es tratado oportunamente el mismo día (Benavides, 2014).

Ante esta situación, es precisamente al The Wala o al curandero de ojo (Persona con el don de resarcir la enfermedad) a quien se le refiere el caso, ambos estarían encargados de equilibrar las energías del niño.

Con una mano lo coge de los tobillos y lo pone boca abajo, con la otra mano le pega una palmadita en las plantas de los pies. Después lo acuesta y le soba el estómago con aceite o con plantas, para terminar le sopla los pies, las manos y la corona aplicando de esta manera su poder espiritual (Benavides, 2014, p.82).

Cabe mencionar que el trabajo realizado por estas figuras no recae solo en quien padece la enfermedad sino también en cualquier persona que sabe que puede producir el mal de ojo a causa de un desequilibrio de sus energías. Por tal motivo, existe la norma de armonización nasa, donde esta práctica debe ser constante para no entrar a chocar con la energía de los demás (Benavides, 2014).

Por último, hablando del maleficio, esta es una afección puesta sobre otra persona a partir del trabajo de un The Wala para que haya pérdidas materiales, enfermedades o se produzca la muerte sobre la persona destinataria: Las plantas calientes son más utilizadas para trabajos de maleficio. “Un maleficio puede producir la muerte de animales, la pérdida de una cosecha, enfermedades mentales y corporales y si no se atiende con rapidez puede producir la muerte” (Benavides, 2014, p. 83), a causa de la envidia, venganza, desacuerdos políticos o celos de personas allegadas. Aquí el The Wala, continúa siendo un mediador para que los espíritus a favor del solicitante causan el mal a una persona y a su familia. Es de aclarar que cada The Wala realizará el maleficio de forma diferente y utilizará las plantas que se consideren adecuadas, principalmente las calientes. Si bien es un procedimiento para generar daño, las plantas y el manejo energético y espiritual se pueden usar para hacer el bien y el mal. Por tal motivo dicha afección tiene un procedimiento que arregla dicha problemática (Benavides, 2014).

JUSTIFICACIÓN.

A lo largo de la historia se han dado numerosas interpretaciones y perspectivas de lo que es la enfermedad mental; cada comunidad, etnia o grupo social ha llevado su respectiva forma de vida y establecido ciertas normativas sobre su tratamiento bajo su propia cosmovisión. Por ejemplo, si para algunas culturas el motivo de contraer enfermedad está relacionado con alguna falta moral, alguna ofensa contra una divinidad o el ser es afectado por algún ente sobrenatural, el modo de proceder de la comunidad para situarse ante esta situación será completamente diferente en comparación con aquella comunidad que considera que el origen de dicho padecimiento se debe meramente a una disfuncionalidad orgánica.

Ahora bien, desde una perspectiva occidental, encontramos el constante interés de observar y conocer el mundo ajustando los hechos a las propias categorías nosológicas de la ciencia predominante en representación de la biomedicina; tomando como punto de partida un criterio de universalidad que implica de entrada una problemática para la elaboración de un conocimiento libre de juicio y que aboga por el saber único y verdadero de las cosas y los seres pues puede llegar a desconocer la particularidad de múltiples fenómenos, cuya comprensión está determinada en últimas por el manejo de los elementos simbólicos propios de cada cultura, más cuando nos referimos a las prácticas, creencias y manifestaciones en el campo de lo social como objeto de estudio a la vez que pretendemos concebir y explicar la complejidad del ser humano como un ser biopsicosocial.

Teniendo en cuenta lo anterior y en vista de que Colombia es un país pluridiverso, destacado a nivel mundial por su variedad étnica y riqueza natural, encontramos pertinente indagar sobre las concepciones de algunas comunidades indígenas latinoamericanas a lo que se entiende en Occidente como enfermedad mental, y conocer las formas de tratamiento que se le otorgan. Esto nos permitirá reconocer el lugar que tiene el saber ancestral y la medicina tradicional indígena en las diferentes comunidades y sobre todo la forma como se está articulando o relegando desde la perspectiva occidental.

Por lo tanto consideramos de suma relevancia que estos temas sean revisados desde el campo de la psicología, ya que al centrar su estudio en la comprensión del ser humano es imprescindible que se tenga en cuenta el lugar desde el cual se posicionan las personas, su acervo cultural, cúmulo de creencias y los elementos simbólicos que cumplen un papel crucial en su constitución; de esta manera, el acercamiento o la intervención realizada puede llevarse de la forma más acertada en la medida en que no se genere un desconocimiento del otro y no se vulnere el saber que conforma la identidad de los individuos de acuerdo a contexto.

Es así como esta revisión teórica nos permitirá poner en relieve la importancia de reconocer la diversidad cultural para que el quehacer psicológico y médico sea mucho más preciso y oportuno en relación con la población que se esté interviniendo. Pues si partimos de que la condición humana en ocasiones resulta intolerable y cada subjetividad tiene formas

particulares para otorgar un sentido a su realidad y afrontar las problemáticas que ésta acarrea, cada cultura de antemano, en su proceso de desarrollo poco a poco ha perfeccionado técnicas y formas de abordaje que de alguna u otra forma garantizan la eficacia a la forma de afección que la cultura misma ha propiciado.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cómo se concibe y se da tratamiento en algunas comunidades indígenas latinoamericanas a lo entendido desde Occidente⁵ como enfermedad mental?

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Comprender las concepciones y formas de tratamiento de algunas comunidades indígenas latinoamericanas a lo que se entiende en Occidente como enfermedad mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Describir las concepciones y tratamientos que algunas comunidades indígenas latinoamericanas le brindan a la enfermedad y/o anormalidad.
2. Analizar las concepciones y tratamiento de enfermedad y/o anormalidad en algunas comunidades indígenas latinoamericanas en contraste con las concepciones Occidentales.
3. Comprender la lógica subyacente entre las concepciones y los tratamientos que le brindan algunas comunidades indígenas a la enfermedad y/o anormalidad.

⁵ Entendemos occidente como la corriente de pensamiento hegemónico de la medicina y la psiquiatría que ha regido el abordaje de la enfermedad desde el punto de vista de un modelo organicista.

METODOLOGÍA DE TRABAJO.

El siguiente trabajo de grado se consolida a partir de la constante y extensa revisión de numerosas fuentes de material bibliográfico como lo son artículos académicos y libros de antropología, psiquiatría y psicología, en aras de abastecernos de la información pertinente para realizar los respectivos análisis que nos permitan esclarecer nuestra interrogante de investigación.

Con ello, se pretende abordar diversos autores como Tobie Nathan, Lévi Strauss, Hope Landrine, Anthony Sampson, Michel Foucault y múltiples investigaciones y trabajos que han profundizado previamente en la materia realizados por docentes universitarios a nivel nacional e internacional y postulantes a grado, quienes nos enriquecen conceptualmente a la hora de diversificar nuestra mirada sobre la comprensión de las concepciones existentes en algunas comunidades indígenas latinoamericanas respecto a la enfermedad, la cultura, el lenguaje y la intervención de políticas de corte intercultural.

Por ello, el trabajo será el resultado del constante diálogo que pueda existir entre los antecedentes encontrados hasta la fecha en portales como Scielo, Google Academics, Redalyc, entre otros, bajo el referente de algunas elaboraciones teóricas al respecto.

CAPÍTULO PRIMERO

FUNDAMENTOS LINGÜÍSTICOS Y ANALÍTICOS PARA LA COMPRENSIÓN DE LA ENFERMEDAD.

LA INTRADUCIBILIDAD EN EL LENGUAJE Y LA AUSENCIA DE EQUIVALENTES: ORIGEN DE LAS DIFERENCIAS Y PROBLEMÁTICAS EPISTEMOLÓGICAS.

Abordar un determinado campo de conocimiento ajeno al marco referencial cultural propio para conocerlo y establecer correlaciones, necesariamente conlleva una serie de complicaciones. Por un lado, si lo que se busca lograr es la comprensión del saber a profundidad, es necesario indagar respecto a la forma de pensamiento que vincula y da origen a las prácticas de la interacción social, lo cual de entrada supone una inmersión en la forma de vida, creencias, normativas y/o ideales de determinada comunidad. Resultando prudente ahondar, así mismo, en los significados establecidos socialmente y los conceptos del cotidiano.

De esta forma, reconocemos que el pensamiento y las particularidades de una comunidad pueden conocerse en la estructuración de sus lenguas. Ya Benveniste (1997) lo había resaltado cuando mencionaba que “el fundamento de la Subjetividad está en el ejercicio de la lengua ” (p. 182, 183) puesto que la identidad de los individuos continuamente se logra afirmar a partir de los testimonios que pueden dar sobre sí mismos, es decir, darse la categoría de sujetos y constantemente reafirmarse una y otra vez a medida que varían las diferentes relaciones espaciales y temporales en torno a sí y a los otros.

La posibilidad de distinguir de un pasado y un futuro en torno al presente, entendiendo este último como la instancia de discurso que describe el momento en el que se encuentra el individuo y “el tiempo en que se habla” (Benveniste, 1997, p. 183) conjunto a la apropiación de las formas lingüísticas, es aquello que permite dar expresión y constituir lo que se puede definir como sujeto, persona, grupo social, etc. De igual forma, relatar lo que sucede, lo que se siente y/o lo que se piensa. En últimas, dar lugar a las manifestaciones de la subjetividad presentes en cualquier acto de comunicación.

Ahora bien, si entendemos el sujeto como “la unidad psíquica que trasciende la totalidad de las experiencias vividas que reúne, y que asegura la permanencia de la conciencia” (Benveniste, 1997, p.180), la subjetividad sería aquella emergencia del ser que podemos atisbar gracias al lenguaje y al conocimiento de los significados de su lengua. El lenguaje

presenta, entonces, un papel más importante que el solo hecho de ser un instrumento, transmitir la información y comunicar; nos brinda un contenido, un funcionamiento simbólico y un fundamento de la realidad, y por ende, de la identidad.

Lo anterior con base en que la lengua permite representar la permanencia de lo colectivo y, a su vez, dar cuenta del cambio y la producción de nuevas manifestaciones y designaciones que se ajusten a las necesidades del grupo social. Por ende, podemos entrar a considerar la lengua como el interpretante de la sociedad y a su vez su contingente ya que ésta registra y designa sus diferentes evoluciones en mensajes de variedades ilimitadas: “La lengua puede acoger y denominar todas las novedades que la vida social y las condiciones técnicas produzcan, pero ninguno de esos cambios reacciona directamente sobre su propia estructura” (Benveniste, 1999, p.100).

De esta manera, Benveniste (1999) nos expone que nada que no haya sido reducido a la lengua puede ser comprendido, ya que cualquier individuo puede disponer de los signos de manera significativa y podrá combinarlos según ciertas reglas de consecución propias de su misma estructura, adjudicando a ésta por necesidad, la categoría de instrumento que por excelencia sirve para describir, conceptualizar, interpretar la vida y la experiencia de lo social, ya que le presta al individuo una estructura formal básica para ejercer la palabra en su funcionamiento subjetivo y referencial.

Llegados a este punto es conveniente resaltar que, aunque se reconoce a la estructura de la lengua como una forma concreta, estable y descriptible, no es lo mismo para el sentido que se le puede atribuir a su constante uso en las múltiples designaciones que las personas implementan. Si entendemos el sentido como la “noción implicada por el término mismo de la lengua como conjunto de procedimientos de comunicación idénticamente comprendidos por un conjunto de locutores” (Benveniste, 1999, p.219) necesariamente se aborda la problemática de la significación de aquello que se quiere comunicar, entendido también como aquello atribuible y designado a razón de predicado a una cosa que, a su vez, satisface las intenciones de un locutor.

De esta manera, dicho significado está condicionado y determinado por su respectivo significante como aspecto formal en un compendio de signos. El significante, entonces, estará delimitado por las características de la lengua y su propia estructura formal, lo cual lo convierte susceptible de análisis y deriva en esquemas que permitan ilustrar y comparar los idiomas. Teniendo en cuenta que los significantes, y previamente los signos como unidad semiótica de la lengua, son acogidos por un grupo social; así mismo, será establecido el compendio de significados a esos signos para formar la totalidad de la lengua, es decir, las entidades, sean cuales sean, tendrán significado en la medida que garanticen el sentido a dicho grupo social tras su aceptación (Benveniste, 1999).

Según lo anterior, a partir de las funciones lingüísticas de la lengua: la de significar, como función semiótica, y la de comunicar (según el razonamiento del locutor), como función semántica es como se logra “la integración de la sociedad y la adecuación al mundo; la regulación del pensamiento y el desenvolvimiento de la consciencia” (Benveniste , p. 226).

De tal manera, el sentido será portado y definido por la organización y la delimitación de las palabras acorde a la intención o idea que se quiera manifestar en relación a un contexto determinado. Siendo así que para Benveniste (1999) es posible trasponer el semantismo de una lengua a otra, es decir, convertir el pensamiento que está sentado sobre un discurso bajo una estructura formal del idioma en otra categoría, que a grandes rasgos permita decir medianamente lo mismo; dando cuenta de la independencia relativa del pensamiento. Por lo tanto, nos plantea la posibilidad de traducción desde el punto de vista semántico pero su imposibilidad en el plano de lo semiótico.

A todas estas, la problemática sobre la posibilidad/imposibilidad de traducción lingüística es un debate que continúa transcurriendo aproximadamente desde el siglo XVIII. Buscar y definir formas que permitan establecer equivalencias entre una lengua original a una lengua terminal. Para ello, encontramos posturas con representantes como Noam Chomsky o R. J. Searle desde la gramática general o la gramática generativa transformacional que defienden una traducibilidad absoluta considerando la existencia de universales lingüísticos presentes en cada lengua. A su vez, concepciones desde la pragmalingüística que consideran la traducibilidad como axioma: si algo puede ser pensado, este algo también puede ser expresado en cualquier lengua, por lo tanto se considera como un principio posible el traducir eso que se piensa en determinada lengua a otra distinta (Rocha, 1995).

En contraparte, encontramos posturas desde la lingüística moderna con representantes como L. Weisgerber o Sapir-Whorf (como se citó en rocha, 1995), que consideran que la realidad solo puede ser conocida a partir de la lengua materna, de las posibilidades autóctonas de la misma lengua y su lingüística, donde los significados de palabras sueltas en lenguas distintas no pueden compararse entre sí y mucho menos considerarse equivalentes porque depende de la posición semántica que cada lengua estructura según su contenido y formalidad lingüística. Por ende, considera que el pensar, el discurso y la comprensión de la realidad está siempre determinada por la estructura de la lengua materna.

Por otro lado, Catford (Citado en Mafla, 2004) postula que ante la problemática de intraducibilidad y la ausencia de equivalentes, es necesario distinguir lo que es relevante en el nivel lingüístico y a nivel funcional de la comunicación, puesto que se torna importante reconocer los límites lingüísticos cuando una lengua terminal no tiene una característica correspondiente a otra característica en la lengua original e, incluso, donde a nivel cultural la comunicación de un significado no se encuentra dotado de sentido en la lengua terminal.

De esta manera, en aras de postular una asociación entre las oposiciones, la nueva perspectiva alude a una traducibilidad relativa, en la medida en que se considera que dicho acto de conversión nunca podrá darse en totalidad puesto que un texto tampoco podrá ser comprendido de forma absoluta. Por lo tanto, representantes como García Yebra o Werner Koller, han estipulado el problema de la traducibilidad como un problema de comprensión primeramente, donde la traducción no es un acto de descodificación de mensajes sino por el contrario de interpretación (Rocha, 1995).

Dicho de ese modo, se deja de lado toda tentativa de analizar el fenómeno de la traducción buscando reducir al absurdo cualquier pretensión de establecer categóricamente equivalencias entre pareja de lenguas, constituyendo así la traducibilidad como un fenómeno hermenéutico. (Rocha, 1995)

Ahora bien, lo expuesto por Siscar (2011) donde se entiende lo intraducible como “el elemento perturbador en la reapropiación del sentido que hace parte de toda traducción” (p.568), nos sitúa ante dos interrogantes esenciales que implican una problemática no solo lingüística, sino de orden filosófica, política y psicoanalítica: ¿cómo traducir lo intraducible? y ¿por qué traducir lo intraducible?

Siscar (2011) destaca que, aunque estas discusiones siempre han concebido la traducción como una duplicación del significado derivado de un original (significante), es necesario restituir su mayor cualidad: la traducción implica la génesis de un conocimiento originario:

Todo conocimiento ya es, siempre y de inmediato, una traducción; en otras palabras, se constituye como un desvío en relación a una identidad en sí misma de una supuesta experiencia original. Todo conocimiento se constituye siempre, y ya desde siempre, como una especie de metáfora, como derivación en relación a lo propio. Por tanto, la traducción no es un proceso como otros: ella es principio o regla originaria de la articulación del saber (Siscar, 2011, p. 570).

Así mismo, destaca que toda urgencia o necesidad de traducción está estrechamente relacionada con aquello que es diferente, original e incomprensible. “Lo Otro, que no entendemos, se define como aquello que precisa de traducción” (p. 575). De tal manera, que quien se encamina en la labor de la traducción aunque tendrá una experiencia de lo imposible, también tendrá un contacto con lo extraño y lo extranjero; que a su vez, instaura una *ética de la traducción* (Siscar, 2011).

Llegados a este punto, el autor considera la traducción como un contacto con la alteridad que, aunque por las posibilidades y limitaciones lingüísticas del lenguaje resulta una tarea reductora, también lo será de apropiación. Con esto no se espera traducciones etnocéntricas que están a merced de los intereses de su agente (lo cual sería una mala traducción) sino por

el contrario la ética del traductor tal como lo menciona Berman (Citado en Siscar, 2011) deberá oponerse a esta naturaleza y tornarla “abertura, diálogo, mestizaje o descentramiento. Ella es relación o no es nada (p. 576).

Segun lo anterior, podemos resaltar entonces, que del carácter intraducible del mismo conocimiento dependerá la propia noción de responsabilidad. Por lo tanto, ante la aceptación de la inexistencia de equivalentes que nos supone la comprensión de las concepciones de enfermedad, las prácticas de tratamiento y su eficacia a la luz del pensamiento de diferentes culturas latinoamericanas, no pretendemos tomar para nuestra investigación la traducción entendida como interpretación de forma netamente instrumental o servil a nuestros intereses, sino tener presente que nuestra responsabilidad también consiste en establecer un acercamiento respetuoso de dicho saber, donde nuestra “responsabilidad tendría también algo de respuesta, de atención, al llamado de un otro” (Siscar, 2011, p. 577).

Por lo anterior, será preciso reconocer que el problema de la traducibilidad en términos del lenguaje, que desemboca en la investigación y la forma en que se consolida el conocimiento, está ligado en múltiples ocasiones a un discurso hegemónico que instaura una verdad como universal, e intenta abarcar la amplitud de saberes desde categorías de análisis muy específicas, perdiendo así de vista el sentido y el significado, contextual, de los saberes que no son avalados desde las posturas positivistas.

En ese sentido, incursionar en la tarea de comentar y profundizar en las diversas vertientes del saber médico ancestral, no será posible sin antes reconocer que “comentar es admitir por definición un exceso del significado sobre el significante” (Foucault, 1966, p. 10,11), es decir, el lenguaje nos permite construir y reconstruir sobre lo que ya ha sido dicho o estudiado anteriormente, sin embargo, no sería preciso hacer esto sin antes situarse histórica y espacialmente en las particularidades de las comunidades abordadas, que permiten y dan sentido a su sistema de saberes específicos. En dichos términos, con la discusión planteada anteriormente lo que pretendemos es poner en evidencia las dificultades y limitaciones a nivel semiótico, y por ende a nivel epistemológico, que conlleva el acercamiento a los aportes de la medicina indígena y sus concepciones desde una mirada occidental.

Ante la pluralidad de sentidos y significados que pueden tomar las palabras en el discurso, Foucault (1966) afirma:

El comentario se apoya sobre un postulado de que la palabra es acto de traducción, de que tiene el peligroso privilegio de las imágenes de mostrar ocultando, y de que puede ser indefinidamente sustituida por ella misma, en la serie abierta de repeticiones discursivas; es decir se apoya en una interpretación psicológica del lenguaje que señala el estigma de su origen histórico. (p.11, 12)

Con ello volvemos a la multiplicidad de significados con los cuales se dota de sentido las palabras y se estructura el lenguaje, para hacer hincapié en que el abordaje y la interpretación que se le da los discursos puede tomar diversos caminos dependiendo la mirada desde la cual se analizan e interpretan; reconociendo de esta manera la subjetividad en el lenguaje y la variabilidad de los marcos explicativos. Por lo tanto, más que poner en relación los diferentes postulados sobre la enfermedad para definir unos como verdaderos y otros como falsos, consideramos que lo más acertado es establecer una comparación entre los diferentes modelos, que permita reconocer, desde su lenguaje y perspectiva, la relevancia de estos en el contexto y orientar el ejercicio profesional desde una postura mucho más amplia.

En concordancia con las ideas expuestas anteriormente, desde una mirada antropológica, Laplantine (1999) plantea que en todas las sociedades los preceptos que definirán la enfermedad y su tratamiento, lo normal y lo patológico, surgen a partir de modelos interpretativos con bases ontológicas, epistemológicas y metodológicas que se redefinirán de acuerdo con la cultura particular. En ese sentido un fenómeno “no puede ser percibido y aprendido de forma directa cuando se lo sitúa en el interior de una sociedad determinada” (p. 39), dado que, en el caso particular de la enfermedad, la definición está ligada a una serie de normas sociales que se modifican en su territorio.

Lo dicho hasta aquí supone que “la tarea entonces se centra en intentar identificar el núcleo de significado expresado a partir de una opción etiológica y terapéutica” (Laplantine, 1999, p. 43), entendiendo que las comunidades y los seres humanos pertenecientes a diversas sociedades buscarán dar explicación a los fenómenos que los aquejan tomando uno de los múltiples caminos posibles para este propósito. En otras palabras “en cada cultura se privilegia un momento dado cierto número de representaciones (que pueden calificarse dominantes) en detrimento de otras, que por lo tanto no están ausentes sino que son marginales con relación a las anteriores” (Laplantine, 1999, p.44).

La limitación para entender otros sistemas semióticos y semánticos distantes de Occidente parte en gran medida de la explicación unilateral que ha buscado dar la ciencia en alusión a la enfermedad y su abordaje. Vemos entonces que, desde la perspectiva anatomopatológica, tal como lo menciona Laplantine (1999), son escasas las aproximaciones que dirigen su atención al terreno y al medio; en contradicción, abundan aquellas que se centran en el enfermo como un ser aislado, sin tener en cuenta que el origen y tratamiento de la enfermedad se dan en relación con múltiples factores. Por ello es pertinente mencionar que “cada elaboración de una representación (tanto docta, como popular) resulta de una elección a la vez cultural e individual, lógica y afectiva (p. 44).

Perspectiva de la psiquiatría transcultural frente a la enfermedad mental y las tentativas de diagnósticos universales.

La discusión abordada anteriormente desde un enfoque lingüístico, puede verse traducida a su vez desde una orientación empírica, cuantificable y científica a partir de las investigaciones de la psicología y la psiquiatría de corte transcultural. Partiendo de la existencia de conceptos o categorías universales presentes en todas las culturas y elaborando comparaciones como entidades igualmente equivalentes.

Estas investigaciones proponen, por un lado, comprender las variaciones de la conducta humana y definir entidades nosológicas en función de factores condicionantes a nivel biológico, social, económico, institucional y político; entendiendo la cultura como el resultado de la variación de estos factores, el cual brinda las condiciones específicas para el desarrollo de un grupo humano y de esta manera constituye el contexto para la comprensión de la conducta. Y por el otro, comprender los aspectos uniformes, generales pese a la diversidad de contextos culturales abordados (Grad y Vergara, 2003).

Encontramos que ambos objetivos resultan contradictorios puesto que uno apunta a entender la especificidad cultural y el otro pone la atención en los aspectos generales universales. Goldschmidt (Citado en Grad y Vergara, 2003) ha logrado exponer la tensión que reflejan ambas orientaciones, las cuales pertenecen a la tradición del desarrollo de la investigación antropológica:

"Malinowski ha insistido mucho en que cada cultura sea entendida en sus propios términos; que cada institución sea vista como producto de la cultura dentro de la que se ha desarrollado. De esto se deriva que una comparación transcultural de instituciones es, esencialmente, una iniciativa errónea, pues estamos comparando incomparables" y "...la modalidad de análisis interno no puede nunca proporcionarnos una base para una verdadera generalización y no ofrece ninguna forma de extrapolar más allá del tiempo y del lugar particular" (p. 72).

A partir de este dilema, se han establecidos diferentes estrategias de investigación para solucionar la problemática de forma epistemológica y metodológica. Estas estrategias implementan la perspectiva Emic y la perspectiva Etic; la primera, le da relevancia al significado atribuido desde el sistema cultural en que se producen y en ella priman los conceptos y las percepciones propias de los miembros de la comunidad en cuestión pero, si bien permite una mejor comprensión de la cultura y sus especificidades en sus propios términos; no permite las comparaciones transculturales, la observación de elementos e incluso la generalización de resultados. La segunda adopta la perspectiva universal, aplicando criterios uniformes al estudio, de forma externa a los propios del sistema cultural en cuestión. Por tal

motivo, se ha cuestionado su validez y legitimidad en su proceder dado que desestima las interpretaciones idiosincrásicas de las culturas estudiadas, imponiendo paradigmas etnocéntricos del primer mundo (Grad y Vergara, 2003).

Según lo anterior, para lograr desarrollar teorías generales que respeten la diversidad y particularidad cultural y, con ello, evitar la imposición de marcos conceptuales unificadores, se considera pertinente combinar las estrategias emic y etic, en donde la universalidad se establezca en la medida en que evidencien significados compartidos entre las distintas culturas, dando lugar a un concepto general pero que estará limitado siempre a las culturas comparadas sin pretender un universalismo en totalidad (Grad y Vergara, 2003).

Pese a esto, contemplando algunos resultados en el campo de la psiquiatría transcultural para entender los trastornos mentales en las comunidades no occidentales, bajo los supuestos estipulados en los estudios y la conceptualización atribuida para unificar; vemos como ejemplo que hay resultados de investigaciones que resaltan la existencia de cuadros psicóticos breves con menor tendencia a la cronicidad y nula diferenciación entre neurosis o psicosis dado que los síntomas en estas sociedades se presentan de forma atípica, abigarrada y global. Concluyendo que lo somático y lo psicológico se presentan de manera unificada, pues la expresión del estado emocional o de ánimo predomina sobre lo puramente cognitivo (Pérez, 2004).

De igual forma, se ha estipulado la alucinación como un factor universal reconociendo que, en algunas comunidades, tener contacto con seres sobrenaturales brinda prestigio al implicado, siendo común la comunicación de presentar alucinaciones visuales y auditivas. Incluso, tomando lo expresado por Schwab (Citado en Pérez, 2004), la comunicación de la frecuencia de haber presenciado una alucinación varía dependiendo la clase social de una población, siendo la clase social baja quien más lo manifiesta.

Además, Pau Pérez (2004) resalta que se puede considerar la esquizofrenia como una enfermedad universal en la medida en que es posible diagnosticar cuadros de esquizofrenia en toda comunidad y hábitats con base en *El Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia de la OMS*; con ligeras variaciones en relación con los elementos culturales de la comunidad en cuestión y diferencias en la patogénesis pero con permanencia de un núcleo reconocible (Delirio/Pseudo-alucinaciones). En contraste, expresa que en el caso de la depresión y los trastornos de ansiedad, al considerarlas enfermedades igualmente universales; las nosologías occidentales tuvieron grandes complicaciones para intentar abordarlas a causa de las diferentes formas de manifestación, en su mayoría de índole somática.

Por otro lado, encontramos los síndromes determinados culturalmente, como un término diagnóstico para aludir a aquellas enfermedades que presentan de alguna u otra manera grandes dificultades de traducción en las categorías nosológicas occidentales de la enfermedad mental presentes en el DSM. Según Pérez (2004), con dicha definición se pretende afrontar las

problemáticas que representan las diferencias transculturales a la hora de comprender los fenómenos psiquiátricos de aquellas patologías locales determinadas por la matriz cultural de la zona.

En efecto, Pérez (2004) nos plantea un cuestionamiento crucial para pensar la psicopatología en general, y es el hecho de que bajo esa perspectiva, únicamente los países situados en la periferia y sus enfermedades, son atípicas y ligadas a la cultura y, por el contrario, únicamente aquellos que se presentan en Europa o USA (países primer mundistas) son de carácter típico y, por ende, no cultural.

Lo anterior a razón de considerar dichos cuadros para brindarles cierta aceptación como modelo cultural bajo la visión de la psiquiatría y, con ello, obtener cierta validez transcultural acogiendo aquello que cuestiona el modelo occidental, en la medida en que los reconoce como una subcategoría diagnóstica oficial, puesto que su eficacia radica en la ignorancia que refiere a los significados que estos cuadros tienen para los individuos que los padecen, y los significados que bien son compartidos por las familias y la comunidad en cuestión; las atribuciones de causa que realizan quienes los padecen y las formas específicas de tratamiento acordes a la etiología que se les realiza desde la propia cultura (Pérez, 2004).

Enfermedades determinadas culturalmente: término diagnóstico para enfermedades que presentan intraducibilidad a las categorías nosológicas occidentales.

Para elaborar dicha subcategoría, Pau Pérez (2004) nos menciona que se han tenido en cuenta fenómenos conocidos como el “Koro”; una creencia en donde al individuo se le va retrayendo el pene hasta la invaginación y de ser así, el individuo moriría. Este es un cuadro que se ha presentado al sudeste de Asia entre la población china principalmente. Vemos que en Singapur también se ha presentado con grandes epidemias llegando a afectar incluso a las mujeres. Por otro lado, fenómenos similares conocidos como “Rok Joo” en Tailandia y “Jinjina Bemar” al noroeste de India, guardan idénticas características; si bien todas con anterioridad han estado catalogadas por la psiquiatría como delirio, vemos la particularidad de que es una creencia compartida también entre familiares y allegados, quienes ayudan al individuo afectado al proceso de sujeción del pene para que no se le invagine, existen manifestaciones de ansiedad extrema y se encuentra una estrecha relación entre los hechos desencadenantes, como bañarse, y vivencias de culpa (masturbación, dificultad de erección, etc.) en sociedades que sobrevaloran la actividad sexual. Para colmo, el fenómeno tiene en cierta medida una base real, puesto que tras medidas de pletismografía el pene en pacientes de “Koro” tiene una disminución vascular a causa de la ansiedad relacionada, de manera que efectivamente empequeñece. Por ello, se han encontrado alrededor de 15 casos de “Koro Like” en la población occidental como aparición de un síndrome análogo, en toda persona que monitoree una parte de su cuerpo, en este caso los genitales, sin presentar el temor a la muerte o sin recibir algún tipo de ayuda del medio, por lo que autores como Berrios y Morley (citado en Pau Pérez, 2004) concluyen que no debe hablarse de “Koro” cuando aparece fuera del contexto del propio síndrome.

A su vez, encontramos síndromes como el “Windigo”, presente en tribus Cree, Ojibway y Salteaux de Alaska y norte de Canadá, quienes, al atravesar períodos largos y duros de invierno, en dichas condiciones y con hambruna, presentan el temor a la antropofagia y la creencia en el Windigo (Espíritu Caníbal del Hielo). Si la persona comienza a sentir náuseas por la comida, dada su inapetencia, con vómitos y sin recibir algún tipo de tratamiento, el síndrome deviene en una progresiva ansiedad y mayor repugnancia hacia la comida como prueba irrevocable de que la persona se está convirtiendo en el Windigo. Por tal motivo, si el tratamiento no tiene algún efecto sanador y la enfermedad continúa, el individuo solicitará o preferirá ser sacrificado antes de convertirse en caníbal, puesto que en dichas sociedades las exigencias sociales sitúan el canibalismo como un tabú. También encontramos el síndrome de “Latah”, presente en Malasia, y “en culturas muy distantes y diversas como Burma (yaun), Tailandia (bah-tsche), Filipinas (mali-mali), Siberia (myriachit), Laponia (pánico lapón), Ainú de Japón (imu), etc.” (Pérez, 2004, p.48) que afecta a las mujeres. Comienzan hacer todo tipo de gesto imitativo de la persona que tienen en frente sin poder evitarlo, respondiendo a su vez ante las órdenes con expresiones groseras, actos obscenos y actitud hostil; “el desencadenante puede ser desde un gesto inesperado de una persona a una experiencia atemorizante, como ver una serpiente. Se considera que se trata de una posesión por el espíritu Latah que entra en la persona durante un sueño. Se considera normal, que no requiere tratamiento y remite espontáneamente” (Pérez, 2004, p.48).

Ante esto, se ha encontrado que la posesión del espíritu le permite a las mujeres una actitud liberadora ya que en ese estado pueden decir y hacer cosas que en plena conciencia de sus actos son intolerables; por lo tanto, el “Latah” puede verse como el resultado de la presión social que manejan dichas comunidades a exigencias muy rígidas en representación de figuras masculinas (Pérez, 2004).

Bajo la consideración de la ausencia de síndromes sin homólogos occidentales, vemos la presencia de toda una gran variedad de fenómenos con gran vigencia actualmente. Encontramos el Amok presente en Malasia y países cercanos; el Taijin Kyofusho con predominancia en Japón y Hwa-byung en Corea. Y por lo menos se registran alrededor de más de 200 síndromes ligados a la cultura a raíz de las revisiones realizadas por Simons y Hughes (Citado en Pérez, 2004) donde la muerte por vudú y el susto son solo unos de los más famosos; que si bien de este último se encuentra gran predominancia en un amplio nivel geográfico, los tratamientos y las descripciones de esta afección son muy particulares en cada sector.

De forma general, vemos entonces que estos síndromes acotan una gran variedad de reacciones humanas, que a nivel cultural presentan una coherencia interna y se les brinda atención a partir de los sistemas complejos de la propia etnomedicina. Sin embargo, el único lugar que la psiquiatría transcultural les brinda es una recopilación folklorista bajo unos modos conceptuales por fuera de contexto, pues de entrada no se muestra un interés en comprender la matriz cultural de donde son extraídos. Por ejemplo el caso del koro, es

catalogado en el DSM como síntoma hipocondríaco no psicótico de menos de seis meses de evolución, y categorizado como trastorno somatoforme. Con ello, resaltan algunas protestas: el concepto de somatomorfo alude a la dualidad cuerpo/mente, razón por la cual se cuestiona su pertinencia, así mismo se resalta la ansiedad como síntoma clave, pero también aparecen otras sintomatologías con ideas delirantes, somatizaciones y dismorfofobias. De esta manera no se considera que su clasificación se ajuste a la diversidad y profundidad del síndrome pues su auténtico valor y relevancia para la comunidad también queda excluido (Pérez, 2004).

En últimas hemos de reconocer que los síndromes ligados a la cultura comparten un esquema común etiopatogénico válido para una gran mayoría: ante un hecho desencadenante que bien puede ser la retracción fisiológica del pene, la hambruna, una situación embarazosa, etc., conlleva la especial atención del individuo sobre una función corporal y un estado de ansiedad creciente. Con ello, comienzan ideas potenciadas por una base cultural que por el refuerzo del medio social adquieren una sobrevaloración, el predominio del pensamiento de la persona y desencadena ideas delirantes entendiendo *pseudo* en tanto que son coherentes con el medio cultural y *delirantes* al no ser reducibles por razonamiento lógico (Pérez, 2004).

Finalmente, dar cuenta que si bien los síndromes de la cultura son aceptados como expresión del individuo en enfermedad dentro de un grupo social, y en algunos se encuentra también la posesión como desencadenante de la patología, lo más relevante es entender que independientemente de las taxonomías:

Existen vías fisiopatológicas de respuesta del ser humano, como expresiones de una amenaza percibida extrema, congruentes con un modelo enculturado y socialmente normado de expresión. La amenaza encuentra su reflejo desde una perspectiva no dualista en somatizaciones, cuadros de ansiedad con síntomas psicóticos o cuadros conversivos o disociativos. Cada uno de los denominados “síndromes ligados a la cultura” puede tener múltiples formas de expresión, porque no se trata entidades discretas, sino de constelaciones de respuesta (Pérez, 2004, p. 51)

Y con ello dar especial énfasis a que exista una buena formulación psicosocial del caso sin enfocarse demasiado en una patoplastia absurda como se plantea en el DSM, teniendo en cuenta que aunque los fármacos serían potencialmente útiles para atender la ansiedad con la que cuentan la mayoría de estos síndromes como un común denominador; estos no brindarían la mayor eficacia en comparación con la que podrían aportar los tratamientos desde su propia cultura para el abordaje desde el origen de estas extremas formas de ansiedad (Pérez, 2004).

LOS INICIOS DE LAS DIFERENCIAS CULTURALES A PARTIR DE LA CONSTRUCCIÓN DEL SÍ MISMO REFERENCIAL Y EL SÍ MISMO INDEXICAL.

Desde la perspectiva que nos presenta Hope Landrine, podremos comprender cómo lo que socialmente se considera patología está determinado por las concepciones existentes en torno al sí mismo: una entidad con características diferenciales dependiente estrictamente del contexto cultural del que procede y continúa vigencia al ser compartido y reactualizado por un mismo grupo social de forma inconsciente y, a su vez, entender también que las formas de abordaje e intervención dictaminadas por disciplinas como la psiquiatría y la psicología desarrollan y exploran bajo un marco referencial propio, sin tener en cuenta que, las diferencias contextuales y culturales que determinan ciertos comportamientos, afecciones y pautas sociales en otras comunidades, están a su vez originadas por la concepción de un sí mismo particular.

Por ello, frente a las diferencias contextuales y culturales, debemos tener en cuenta lo explicitado por Hope Landrine (1999) respecto a los significados sociales que presentan distintas comunidades sobre lo que implica el “sí mismo” pues su profundidad y relevancia tiene grandes implicaciones a la hora de entender los respectivos comportamientos:

Lo que asumimos como el *Sí mismo* ampliamente predice nuestros supuestos acerca de cómo un sí mismo se relaciona con los demás, toma control, se desarrolla, “debe” comportarse, piensa y siente y “hace cosas erróneas”. Así, los supuestos culturalmente determinados acerca del sí mismo subyacen, en la cultura occidental, a todos nuestros conceptos clínicos y comprensión de la normalidad, a la psicopatología y a la psicoterapia. La falta de conciencia de la definición occidental de sí mismo, de la manera en la cual tales creencias culturales moldean la psicología clínica, así como de la manera radicalmente diferente en la cual el sí mismo es comprendido por muchas minorías étnicas culturales, puede llevar a un diagnóstico errado y un tratamiento fallido de los grupos minoritarios”. (Landrine, 1999, p.2)

Si bien lo que diferencia las culturas no son en sí los comportamientos, sino los significados ligados y atribuidos a estos; es de suma importancia reconocer las definiciones propias, hacerlas conscientes para posteriormente identificar los significados ajenos y lograr una comprensión apropiada de aquellas distinciones psicológicas culturalmente determinadas. Partiendo entonces desde la tradición occidental, encontramos que el sí mismo se concibe como una entidad única, singular e integrada. Siendo éste la parte mental de la dualidad cuerpo y alma; contiguo al cuerpo pero no sinónimo de él. Así mismo, se percibe como el originario y controlador de todo comportamiento, se le presume con carácter humano o aquel que posee todos los atributos de humanidad, y su existencia no se encuentra relacionada con ningún contexto en la medida en que goza de un carácter de eternidad e independencia frente a los otros “sí mismos”, al paso del tiempo y las diversas situaciones experienciales del individuo (Landrine, 1999).

Además, este sí mismo referencial, según lo refirieron así Crapanzano (1981) y Gaines (1982), alude a que puede ser distinguido de los otros sí mismos y hablar sobre sí (referirse) reflexionar sobre sí, pensar sobre sí, ser discutido y analizado, es decir, “tiene habilidades, preferencias, necesidades, deseos, y un “estilo” propio que lo describe... uno puede ser consciente de él.(...)Autoconciencia, autocrítica, auto realización consciente, auto reflexión, auto determinación, auto actualización, autorrealización, y autocambio, todos son posibles, permisibles y, en efecto, esperados en la psicoterapia occidental” (Landrine, 1999, p. 4,5).

Más aún, Landrine (1999) expone que el sí mismo, al ser una entidad autónoma, definida por su distintividad del mundo social y natural, constituido como una unidad, inviolable y libre, presupone que tiene derechos (la privacidad, la autonomía, la protección) y tiene la posibilidad de tomar decisiones y elecciones a su juicio, antojo y anhelo. En últimas, para la cultura occidental, el sí mismo es una entidad moralmente responsable de sus acciones y consecuencias; viene a ser la explicación final del comportamiento y el único responsable.

A partir de lo anterior, si tomamos en cuenta la existencia de un sí mismo, necesariamente veremos su contraparte, aquello que no entra bajo el categórico y marca una diferencia por el ser ajeno a sus características. El no-sí mismo será entonces todo lo no humano y será representada por la consciencia del colectivo como un objeto. Allí se incluirá la naturaleza, las cosas, el tiempo, el trabajo y muchos otros fenómenos. Su existencia es completamente independiente del sí mismo. De esta manera y bajo la perspectiva que el no-sí mismo es o viene a ser parecido a un objeto y de esta manera:

El campo del no sí mismo está representado inconscientemente como aquello que debe ser dominado, controlado, manejado, conquistado, y con lo cual el sí mismo “tiene que habérselas”, para provecho del sí mismo [...] la representación inconsciente del no sí mismo como un objeto sin vida pero amenazante. (Landrine, 1999, p.3)

De igual modo, es necesario reconocer que uno de los atributos principales de esta concepción del sí mismo radica en la posibilidad que tiene de desarrollarse, y de proyectarse a futuro cada vez siendo una mejor versión del propio sí mismo. De esta manera, Landrine (1999) alude a que el sí mismo referencial maneja estrictamente un control primario, el cual se basa en ejercer un poder sobre los otros y sobre las situaciones para satisfacer las propias necesidades, por ello es de esperarse que en Occidente se tomen acciones para influir sobre los demás en beneficio propio y con ello modificar el transcurso de las cosas. Ahora, de último pero no menos importante, hemos de señalar el lugar que tienen las relaciones para esta entidad, éstas resultan ser derivativas y secundarias; se asume que los sí mismos existen primero y deben de hacerlo para poder constituir un “nosotros” que implica la interacción de cada sí mismo autónomo y único con sus rasgos particulares, lo cual puede suponer problemas de relación.

Hope Landrine (1999) nos habla de una cultura occidental y de una psicología clínica basada en que todo comportamiento es mediado por el sí mismo; de esta manera encontraremos que lo que se entiende por patología en Occidente puede corresponder netamente a una no-correspondencia con las características de la concepción del sí mismo. Por ejemplo, el fracaso para el individuo en demarcar los límites del sí mismo frente al no-sí mismo, puede entenderse como una imposibilidad de establecer los límites del yo, una difusión de la identidad o una psicosis. El hecho de pensarse que uno no es controlado por el sí mismo, sino por una creencia externa se cataloga como externalización, proyección y delirio; incluso un rasgo sintomático implicaría el sentirse autómatas, una máquina o un no vivo bajo la perspectiva de que el sí mismo referencial es de carácter netamente humano.

Igualmente pensar que el sí mismo puede generar cambios en el exterior (no sí mismo), a partir de sentimientos o deseos (internos del sí mismo) como “causar la muerte de otros, causar tormentas, inundaciones, accidentes o plagas, es también definido en la cultura occidental como un síntoma de psicopatología —como ideación “mágica” o “supersticiosa”, pensamiento desordenado o delirio” (Landrine, 1999, p. 3). De esta manera, contrariar el aparente carácter de dominio que el sí mismo puede tener sobre lo que no es sí mismo, percibiendo no como un objeto sino invistiendo de sentimientos, pensamientos y metas, será categorizado como desorden de pensamiento, delirio o pensamiento mágico. Y como una persona o un grupo humano que presenta una indefensión adquirida, pasiva, que carece de habilidades sociales, control y manejo de sí, en la medida en que no demuestre o fracase en dominar el campo del no sí mismo (Landrine, 1999).

Contrario a su carácter de singularidad e integración, experimentar un sí mismo fragmentado, no delimitado y múltiple, es un rasgo psicopatológico; así mismo, en la medida en que en Occidente este sí mismo presenta atributos cognitivos, emocionales y autorreferenciales independiente de todo contexto y tiempo, encontraremos que una imposibilidad para reflexionar sobre sí mismo, describir quién es, qué quiere, etc., daría una impresión diagnóstica de resistencia, falta de introspección, psicopatía o incluso de daño cerebral (Landrine, 1999).

A partir de lo anterior, Landrine (1999) expresa la construcción del sí mismo referencial como una característica social y política que destaca la cultura occidental y las perspectivas de abordaje que maneja la psicología y la psiquiatría de dicha cultura. Por lo tanto, desde ese punto de vista, las características del sí mismo referencial presentes en un individuo o en un grupo social será lo considerado normal en el desarrollo, cuyas teorías y disciplinas buscarán explicar y justificar dicho pensamiento. De esta manera, pueden interpretarse los síntomas y desórdenes psiquiátricos como “violaciones de los supuestos de la cultura occidental acerca de cómo debe ser vivenciado el sí mismo” (p. 7) cuya vigencia se encuentra limitada a unas pocas culturas de occidente.

Un concepto alternativo al sí mismo referencial es el sí mismo indexical, el cual se caracteriza primordialmente porque de entrada no genera una distinción entre lo que es y lo que no es. El sí mismo indexical es una entidad que existe de forma dependiente a las relaciones y a los contextos en los cuales se presenta. Esta entidad, como lo menciona Landrine (1999) no puede ser delimitada y referenciada como un ente único. No es una entidad que pueda ser separada de, sino por el contrario existe en la medida de las interacciones sociales, sus relaciones y los contextos y se ve recreada una y otra vez por las actividades respectivas.

Retomando a Gaines (Citado en Landrine, 1999) encontramos que este sí mismo es propio de las culturas denominadas sociocéntricas, cuyo término alude a la percepción de que ese sí mismo es constituido o indexado a las características contextuales de las situaciones y sus interacciones sociales. De esta manera, esta entidad no puede ser referenciada *per se*, no tiene características permanentes, no tiene rasgos, deseos o cualidades ajenas a las relaciones y sus contextos, por tal motivo, sólo podrá aludirse en encuentros específicos y concretos con las demás personas.

Por lo anterior, se hace referencia a que es posible que en comunidades de dicha índole, el sí mismo de un individuo se encuentre descrito de diferentes maneras con el detalle y la especificidad de sus interacciones más recientes o de su forma de desenvolverse a situaciones prototípicas, a manera de caracterización más que de descripción. De igual forma, al no ser una entidad de la cual se pueda referir o reflexionar aisladamente, no encontraremos una forma de autoconciencia abstracta sino una conciencia sobre las relaciones y las situaciones, aspectos sobre los cuales cada persona podrá reflexionar (Landrine, 1999).

Paralelamente, encontramos que los límites del yo son casi inexistentes para las sociedades sociocéntricas. Según lo que menciona Gaines (Citado en Landrine, 1999) la consideración del sí mismo incluye todos los seres significativos para ese individuo en mención; familiares, amigos, parientes difuntos, deidades etc:

Así, los dioses, espíritus, miembros de la familia, y otros seres significativos son partes del sí mismo y poderosas voces competitivas dentro de él. Sus deseos, sus demandas son sentidas como propias, y de hecho casi no pueden ser distinguidas de las propias. El sí mismo consiste en personas y fuerzas sobre las cuales el individuo tiene poco control. Más que el sí mismo, estas personas, fuerzas y seres inmateriales son vistas como responsables de las acciones del sí mismo. (Landrine, 1999, p. 9)

Es de mencionar que si bien el sí mismo indexical presenta una magna diferencia al contrastarlo con las cualidades del sí mismo referencial, ésta como nueva entidad a nuestro conocimiento se manifiesta en dos vertientes: el sí mismo como rol social y el Sí mismo como receptáculo de fuerzas inmateriales. El primero implica que dicho Sí mismo se concibe

bajo la influencia del rol social que ocupa el individuo, definiendo al ser por sus contexto social particular, siendo incluso sinónimo de éste. El segundo, por el contrario, no puede ser referenciado, sino que es el resultado de fuerzas y entidades inmateriales donde el individuo únicamente es un recipiente y por ello da la apariencia de contener características (Landrine, 1999).

Cabe destacar que cada diferenciación del mismo indexical presenta sus propias particularidades; frente al sí mismo como rol social, a diferencia de Occidente en donde se asume un rol más por voluntad o deseo de realización; para estas agrupaciones los lazos que sostienen con la comunidad constituyen su identidad, ya que declinar su rol social implica la desconexión con el grupo, lo que sería igual a dejar de existir o incluso morir. Por lo tanto, el individuo es en la medida de sus relaciones, ya que “las personas no escogen las metas o propósitos que elegirán seguir, sino que más bien se comprometen en un proceso común de descubrimiento compartido en el cual sus metas y propósitos se revelan en un interminable proceso de vivir con los demás” (Landrine, 1999, p.10).

Ya desde este punto de vista, para los grupos sociocéntricos, Landrine (1999) expresa la existencia de los individuos como una instrumentalidad para cumplir las necesidades, deseos y metas de unidades mayores, como lo serían las familias y las comunidades; por ende la existencia de deberes y obligaciones le compete al individuo, y la consideración de los derechos como la privacidad, autonomía y la autodeterminación desde esta perspectiva son impensables.

Por lo tanto, ante dicha forma de pensamiento encontramos que los estados de agitación, pánico, anormalidad o extrañeza en los individuos se comienzan a manifestar cuando están fracasando en sus roles, ya sea real o de forma fantaseada. Síntomas como ansiedad, niveles serios de desesperación y miedo entrarán en consecuencia a la crisis que vivencia el individuo puesto que lo que está en juego es su sentido de identidad, la existencia misma. “El cliente sociocéntrico que fracasa o viola su rol, “muere” no sólo desde la perspectiva del cliente sino también desde la de la familia. Así, estos clientes pueden señalar que han sido o temen ser repudiados, rechazados, y exilados permanentemente de sus familias. Estas reacciones de parte de la familia sociocéntrica no nacen de su patología, rigidez o crueldad, sino más bien de su comprensión de lo que es una persona” (Landrine, 1999, p.12).

Esta comprensión del sí mismo desde la propia comunidad, resulta de gran importancia durante el quehacer terapéutico, puesto que en un posible desconocimiento por parte del clínico se tome al individuo por alguien confuso, pasivo, desvalido, carente de asertividad y madurez, y se opte por un abordaje que busque en contraposición que el individuo logre separar las necesidades propias a las de su familia y promover su autonomía, puede precipitar al sujeto en cuestión, a una depresión severa e incluso un intento de suicidio (Landrine, 1999).

Ante la otra distinción del sí mismo indexical, podemos referenciar que, si bien el individuo tiene poco control sobre el exterior y serán las fuerzas y presiones de los seres las responsables de las acciones del sí mismo, en la medida en que el mundo natural y sobrenatural también lo conforman; desde Occidente se puede interpretar como un pensamiento delirante, esquizofrénico, supersticioso y poco inteligente. Por el contrario, desde la perspectiva de estas comunidades, un estado de crisis aparece únicamente cuando las fuerzas y seres han estado alejadas del individuo durante mucho tiempo, como es el caso de la comunidad Lohorung del este de Nepal, siendo el abordaje terapéutico adecuado, el reunir dichas fuerzas de nuevo en el individuo (Landrine, 1999).

Con base en lo anterior, al tener en cuenta todas las implicaciones que tienen sobre el individuo las concepciones del sí mismo en su vida diaria es necesario que las intervenciones psicoterapéuticas sean conscientes de dicha diversidad, donde la cautela en el diagnóstico sea primordial. Por lo tanto, en lo concerniente a las culturas sociocéntricas una intervención eficaz debe tratar necesariamente las relaciones a partir de los cuales el individuo constituye su sí mismo, sea familia, pareja, o fuerzas naturales, etc. y contribuya a la armonía y realización del grupo o de la conexión (Landrine, 1999).

Ahora, si recordamos que para el individuo en dichas comunidades las relaciones y la su lazo social es fundamental, y el sí mismo se constituye como un elemento derivativo, sabemos que el individuo buscará asegurar el éxito y la felicidad de la relación antes que la propia realización; por lo cual pretenderá constantemente ajustarse para cuadrar armoniosamente en los términos establecidos, a no ser que todo el mundo cambie para garantizar el bienestar de todos sus miembros. Por lo tanto, hemos de considerar que un objetivo del tratamiento que implique fortalecer dicho control secundario (modificar la totalidad del grupo a menos que el individuo indique un interés contrario) podría pensarse bien encaminado (Landrine, 1999).

En últimas, Landrine (1999) introducirá un elemento de especial interés y relevancia: el modelo de selección cultural, donde se pone en cuestión la problemática y el tratamiento a implementar a la luz de las diversas figuras médicas en cuestión (El curandero, el médico tradicional, la autoridad de la comunidad, el clínico occidental...) para cerciorarse de la pertinencia de la intervención concluyendo en últimas que:

Ante nuestra comprensión actual (o a falta de ella) del papel de la cultura en el comportamiento y la experiencia de nuestra constantemente creciente (y cada vez más diversa) población minoritaria, podría ser que el único diagnóstico adecuado culturalmente y apropiado profesionalmente que le podamos dar a las minorías sea “Desorden de Ajuste”. Este diagnóstico tendrá que ser suficiente hasta que una taxonomía alternativa sea construida (Landrine, 1999, p. 19).

EL CONCEPTO DEL BUEN VIVIR: LA CLAVE PARA LA COMPRENSIÓN DE LA COSMOVISIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS.

Comparativamente, se vuelve necesario destacar que en las Comunidades Indígenas no existe el uso de un término como progreso o desarrollo que refiera exactamente a su significado Occidental. Su plan de vida está orientado bajo la perspectiva de unos principios y saberes ancestrales de múltiples culturas que pueden pensarse comprendidos bajo la propuesta del concepto del “Buen Vivir”: traducción hispana a la palabra kichwa Amazónica Sumak Kawsay, entre otras.

Representantes Indígenas como Luis Macas, Humberto Cholango y Manuel Castro de organizaciones del Ecuador han descrito el concepto como la restauración del espacio comunitario, la existencia de la reciprocidad, el consenso, la convivencia, la igualdad, el respeto por el otro y el respeto por la naturaleza. Es un término que postula un nuevo modelo de vida que de entrada supone y restablece la armonía con la madre tierra, válido para todos los grupos humanos del planeta. En últimas, alude a la conservación de la vida a partir de la solidaridad, la justicia y la paz con todos los seres, regido por los valores culturales de la cosmovisión ancestral (Houtart, 2011).

Es de mencionar que este concepto entrelaza un cuestionamiento directo al sistema capitalista pues ha sido adoptado como una categoría que retoma la vida como eje central dentro de la economía, que aboga por integrar la naturaleza de forma inherente al ser social y promueve una calidad de la vida, a partir de la protección de la cultura y la biodiversidad (Houtart, 2011).

Por otro lado, el buen vivir también comprende la idea de otros términos que comparten una postura política y filosófica similar, propia del pensamiento indígena. El Suma Qamaña de los Aymaras de Bolivia, alude a la complementariedad del tipo social con la naturaleza, rechazando la discriminación y la exclusión, lo cual implica una armonía entre lo material y lo espiritual para propiciar un bienestar integral entorno a una concepción holística (Houtart, 2011).

Así mismo, existe el Suma jakaña que alude a la plenitud de la vida y el desarrollo de los pueblos por medio del aseguramiento de la producción de alimento y la satisfacción de las respectivas necesidades. Implica una convivencia en términos igualitarios donde la vida humana se considera completa en la medida en que esté en armonía con el contexto social y con la naturaleza (Houtart, 2011).

Por ejemplo, desde la cultura Guaraní encontramos el término análogo Ñande Reko que alude a la búsqueda de una tierra sin mal y en esa medida poder vivir en armonía, libertad y felicidad comunitaria. En la Cultura Ashuar de Ecuador bajo el término Shiir Waras se retoma los principios de Armonía y equilibrio con la naturaleza, en aras de lograr la paz en comunidad. Para la cultura Kuna de Panamá se maneja el término Balu Wala como eje filosófico del pensamiento, el accionar individual y de lo colectivo humano. Alude a una relación interdependiente del universo, la naturaleza y la humanidad; e implica una base ética y moral para la sociedad, de armonía, respeto y equilibrio, con el fin de fortalecer sistemas de organización dirigidos a la producción comunitaria, cimentados en el propio conocimiento y en reflexión del presente y el pasado para mejorar la calidad de vida (Helvetas Swiss Intercooperation, s.f.).

Por último, si bien existen numerosas terminologías relacionadas a lo que se entiende hoy en día como “Buen Vivir”, es de resaltar que el reconocimiento del término implica el reivindicar la práctica de las tradiciones y la ética colectiva del actuar en las comunidades indígenas. Siendo el aporte específico que los pueblos originarios logran ofrecer a la construcción de una sociedad intercultural, que es cada vez más consciente de las problemáticas que se vienen generando por un modelo de vida que contradice la vida en equilibrio y la vida en aras de un bien común (Houtart, 2011).

Por ello, el hecho de que en la actualidad, el concepto de Sumak Kawsay y Suma Qamaña hagan parte de la constitución de Ecuador (2008) y de Bolivia (2009) aludiendo al Buen Vivir como un nuevo modelo de vida que busca la justicia y la espiritualidad en su entorno, sostiene para Occidente otros valores de bienestar, permitiendo la convergencia de múltiples saberes con el respeto y el reconocimiento que ameritan en la búsqueda de la integralidad de la vida y la equidad social orientado hacia la dignificación de la naturaleza (Houtart, 2011).

CAPÍTULO SEGUNDO

GENERALIDADES SOBRE LAS CONCEPCIONES DE ENFERMEDAD EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS LATINOAMERICANAS

Tal como lo mencionamos anteriormente, las comprensiones en torno a la etiología de la enfermedad y su abordaje están ligadas a un contexto sociocultural, lo que permite evidenciar que las indagaciones sobre los padecimientos se darán acorde a las condiciones sociales en las que dicho malestar se ha inscrito. Cada comunidad, de acuerdo con el complejo de creencias y símbolos que posee, busca darle explicación a todos los fenómenos que atentan contra el bienestar de sus coterráneos. Teniendo claridad sobre este punto, retomaremos algunos elementos importantes de diferentes comunidades indígenas de latinoamérica, como lo son la Nasa, Embera Chami, Tikuna, Cocama, Yague, Maya, Azteca y Purépecha, entre otras, que nos permitirán vislumbrar cómo se concibe la enfermedad en estas poblaciones y las clasificaciones que emergen de acuerdo con el contexto.

En términos generales y desde un enfoque antropológico, según lo menciona Gutiérrez (2014), la enfermedad puede ser concebida culturalmente o desde un enfoque patológico. En el primer caso, veremos que la presencia de cualquier afección influye socialmente en el rol que la persona desempeña dentro de su comunidad y, por ende, en las dinámicas que se gestan allí, en relación con el territorio y los miembros de este. En términos patológicos, la enfermedad afecta a la persona, de manera individual, en aspectos biológicos y/o psicológicos.

Para algunas comunidades indígenas, como las referenciadas inicialmente, el concepto de enfermedad podría ser entendido como desequilibrio o desarmonía ante las relaciones que sostiene el individuo con su entorno, sus coterráneos y la naturaleza. En ese sentido, podemos afirmar que aunque hay una mirada que concibe la enfermedad de forma holística, la causalidad de los padecimientos no recae únicamente en la responsabilidad del individuo consigo mismo, sino que concierne al encuentro con agentes mágicos, extrahumanos, sobrenaturales y las acciones sobre el territorio; lo cual comprende toda catástrofe natural o acto de violencia que perturbe la forma de vida de la comunidad, destacando así el fuerte impacto o la intensidad con la que se vive la causalidad de la enfermedad como elemento en común.

Es por ello que la ésta puede ser entendida como el resultado de una situación, una vivencia, o una práctica social, e individual que repercute necesariamente en el ámbito comunitario como una problemática de grupo, aunque inicialmente se manifiesta como una situación a un particular. Dicha enfermedad de grupo, como puede entenderse, podrá ser

palpable no solo en la influencia que tendrá sobre la persona ya sea a nivel corporal, mental, espiritual o relacional⁶ sino que repercutirá y se tornará visible sobre los cultivos, los animales y el territorio propiamente dicho.

Vemos entonces la existencia de una interdependencia donde cada miembro de la comunidad influye directamente en el bienestar de cada ser en el territorio y de igual forma el cuidado que estos presenten serán indicadores de la armonía. Se estipula, con ello, una ideología dominante que determina a la salud como una condición relacionada directamente con la armonía en torno a la naturaleza, la pureza del agua, el cuidado al territorio y las prácticas tradicionales e identitarias en conjunto con la buena alimentación, y la higiene que lleve el miembro de la comunidad consigo mismo y su entorno.

Por otra parte, la enfermedad implica necesariamente la oposición a los significados estipulados sobre la salud, pero se torna especialmente llamativo las implicaciones de introducir elementos occidentales ajenos a la identidad cultural de la comunidad donde incluso la presencia de las personas que no compartan el sentido de sus prácticas pueden afectar la salud de la comunidad, teniendo gran impacto sobre la armonía y el equilibrio del territorio por el riesgo que generan.

De esta forma, encontraremos que, para dichas comunidades, lo que posibilita un estado de armonía y equilibrio conlleva necesariamente una buena convivencia donde prime la retribución y un direccionamiento de la vida individual y grupal orientado al cumplimiento de las normativas y prácticas culturales tradicionales. De lo contrario, cuando uno de los miembros viola una de las tradiciones sagradas, ya no cumple su rol social y deja de participar comunitariamente se considera, como lo fue para el pueblo Maya, la clara evidencia de un estado de enfermedad. (Pabon-Cuellar, 2013).

Cabe señalar que vastas discusiones se han llevado en torno a lo que podemos considerar enfermedad, por ello, pese a que dichas consideraciones están ligadas continuamente a un contexto ético, político y social diverso, como lo menciona Thomas Szasz (1970) “el concepto de enfermedad, ya sea orgánica o mental, implica el apartamiento respecto de una norma claramente definida” y de esta forma los criterios de la normalidad/Anormalidad serán una pauta para establecer diferentes categorías o sistemas clasificatorios de los fenómenos que afecten el ordenamiento social.

Para ilustrar de manera más precisa lo mencionado anteriormente, veremos que cada comunidad clasifica las enfermedades de acuerdo con las características y el sistema médico

⁶ Es importante resaltar que una dualidad mente/cuerpo respecto al ser humano se ha manejado constantemente bajo una concepción occidental y requiere tenerse en cuenta como eje comparativo ya que según los datos encontramos una dualidad en la enfermedad que separa lo espiritual de lo corporal como se evidencia en la cultura Maya según Pabon-Cuellar, 2013.

en el cual se originan; tanto en la comunidad Nasa, como en las etnias Tikuna, Cocama, Yagua, Embera Chami, Maya, Azteca, entre otras, el territorio y la relación con el mismo tienen gran incidencia en el bienestar de la colectividad. Tal como lo menciona Benavides (2014), en el caso específico de la comunidad Nasa, el enojo del espíritu arco: que habita las lagunas, quebradas, ciénagas o lugares pantanosos, puede provocar contaminación en dichas zonas o falta de protección; así mismo, la tala indiscriminada de árboles, el mal desecho de basuras, el desplazamiento de las mujeres en menstruación por algunas zonas, o incluso de gente que viene con una gran carga energética y a participado en enfrentamientos violentos o de muertes, también perjudica al espíritu arco, provocando así graves daños materiales y espirituales para la familia y la comunidad. Por su parte, en las comunidades Tikuna, Cocama, Yagua, se considera que el principal causante de las afecciones por ir en contra de la naturaleza es el hombre.

Veremos también que el bienestar de la comunidad estará relacionado con el comportamiento de sus miembros y las energías que de ellos emanan. En el primer caso, encontramos que pueden presentarse granos en el cuerpo, abortos espontáneos, dolores de cabeza o múltiples afecciones a nivel somático, la manifestación de comportamientos violentos y/o autodestructivos, riñas familiares y/o comunitarias, entre otras. En cuanto al desequilibrio energético, vemos que en esta comunidad pueden aparecer enfermedades como el Susto, que afecta en su mayoría a los niños y se caracteriza por la aparición de mareos, diarrea, insomnio, palpitaciones e irritabilidad, y tiene como consecuencia en algunos casos la muerte; este padecimiento se gesta a partir de cualquier acontecimiento que genere una impresión muy fuerte en el alma de la persona. En la misma línea de ideas, encontramos el padecimiento denominado mal de ojo que surge cuando, por medio de la mirada, se carga a los infantes con energías que rompen con la armonía de su cuerpo a causa de la envidia que le tiene a la familia. Por otro lado, se hace alusión al Maleficio que se da cuando alguien de la comunidad pone en otra persona una afección con ayuda del The Wala (Benavides (2014).

Vemos, entonces, que las enfermedades serán clasificadas y definidas de acuerdo con el sistema médico dominante en cada una de las comunidades encontradas que, aun reconociéndose dentro de la medicina tradicional en todos los casos, pueden presentarse variaciones entre mágico, religioso, mágico religioso y curanderismo. En donde “ la tradición no tiene valor empírico, sino respaldo social” (Gutiérrez,1984, p.56) lo cual garantiza la eficacia de sus métodos y sustenta las conceptualizaciones frente a la causalidad y tratamiento de las afecciones.

El ser separado en entidades: un punto de partida para la interpretación y clasificación de la enfermedad.

Ahora, tomando en cuenta la clasificación de las enfermedades mencionadas anteriormente, resaltaremos que su nosología resulta especialmente cautivante al contrastarlas con aquellas enfermedades que para la medicina occidental son habituales, tanto en su distinción corporal como en aquellas designadas estrictamente mentales.

La medicina, la filosofía e incluso la psicología han estado fuertemente influenciadas por las concepciones griegas en torno a la existencia de una dualidad o una división del ser en cuerpo y mente; cuya discusión ha sido nutrida por las reflexiones de Platón, de Aristóteles y de René Descartes como principal contribuyente. La problemática del Cuerpo-Mente conocida como “dualismo” dictamina las relaciones que la persona gesta con el mundo, y de entrada supone la experiencia de la realidad a partir de la división o separación de estas dos entidades presentes en una misma persona; conectadas por la glándula pineal (Puglisi, 2014).

Vemos que en el siglo XVIII el predominio de lo perceptivo sobre lo imaginativo genera una ruptura en cuanto a la forma en la cual se venía estudiando y clasificando la enfermedad. Con Descartes y su método cartesiano, la medicina comenzó a tomar un lineamiento enteramente positivista, experimental, que se basó en la observación y descripción de la experiencia, dando así un lugar fundamental al empirismo, de modo que “las formas de la racionalidad médica se hunden en el espesor maravilloso de la percepción ofreciendo como primera cara de la verdad el grano de las cosas, su color, sus manchas, su dureza, su adherencia” (Foucault, 1966, p. 6).

En ese sentido, la mirada del médico se posa en el paciente con el fin de comprender cuál es la enfermedad, no solo conforme a lo que se dice de ella, sino centrándose en lo que puede verse o percibirse de ésta, en palabras de Foucault (1966) “el ojo se convierte en el depositario y en la fuente de claridad, tiene el poder de traer a la luz una verdad que no recibe sino en la medida en que él la ha dado a la luz” (p. 175).

Por lo tanto, es la mirada clínica la que toma un nuevo rumbo que estructura su función y sentido; dejando de lado los relatos metafóricos que le antecedieron basados en la historia y teorías explicativas del momento, se da la apertura a una medicina racional que, en busca de la objetividad, comienza a incursionar en “ el espacio tangible del cuerpo que es, al mismo tiempo, esa masa opaca en la cual se ocultan secretos, de invisibles lesiones y el misterio mismo de los orígenes” (Foucault, 1966. p. 176).

En esta vía, la medicina, dejando de lado el estudio de los síntomas, se centró cada vez más en los órganos y su funcionamiento, lo cual se vinculó con el descubrimiento de la anatomía patológica y permitió redescubrir el cuerpo humano, para hallar en él la verdad, los orígenes de la enfermedad. Si bien en la Edad Media la enfermedad se entendía y explicaba

a partir de los organismos vivos y aquello que les era constitutivo, con la anatomopatología se da el reconocimiento, como lo asume Bichat (citado en Foucault, 1966), de que “la muerte es la única posibilidad de dar a la vida una verdad positiva”(p.205), dado que es a partir de esta que se puede profundizar en la exploración empírica del cuerpo humano y todo lo que le conforma:

El conocimiento de la vida encuentra su origen en la destrucción de la vida y en su extremo opuesto; la enfermedad y la vida dicen su verdad a la muerte: verdad específica, irreductible, protegida con todas las asimilaciones de lo inorgánico por el círculo de la muerte que las designa por lo que estas son. (Foucault, 1966, p. 207)

En ese sentido, vemos que dicha mirada sobre la muerte y todas las posibilidades que se abren con la disección de los cadáveres, sientan realmente las bases empíricas y experimentales sobre las cuales comenzarán a pensarse las enfermedades, sus etapas y la clasificación. Es justamente a partir de este ejercicio científico-empírico que se cimienta la nueva medicina; es el conocimiento de los muertos sobre el que se comienza a fundamentar el cuidado de los vivos (Foucault, 1966).

Por lo tanto, más allá de las imaginaciones que influyen a la razón, es en el cuerpo⁷, en donde se encuentra el meollo del asunto, donde finalmente puede localizarse aquello que amenaza la vitalidad de los seres humanos.

Ahora bien, la separación planteada por el dualismo entre mente y cuerpo será la que más adelante le dé lugar a la distinción entre patologías orgánicas y patologías mentales; que en el caso de las primeras se definirán de acuerdo con la evidencia empírica que se encuentre en el organismo y en el caso de la segunda, vendrán a definirse acorde a la moral establecida en las sociedades y épocas (Foucault, 1966).

En concordancia con lo anterior, veremos entonces que la idea de locura, en Occidente, está estrechamente ligada a la normativa establecida moralmente por las diversas sociedades, por tal razón, todo aquel que se apartara de dichos parámetros era considerado loco. En ese sentido, no era el cuerpo u organismo que enfermaba específicamente, sino el alma, que, aun siendo aquella sustancia razonable según los preceptos de Descartes, cae presa de las imaginaciones y las bajas pasiones. De tal manera que si la felicidad se encontraba en la razón y la búsqueda constante de la verdad, la locura tendría lugar en un camino totalmente opuesto, en otra dimensión, y estaría fundada sobre la pérdida de la verdad, en relación consigo mismo y con la sociedad (Foucault, 1966).

⁷ Entendido desde Descartes como aquello se concibe a partir de los sentidos, esa sustancia que se entiende por medio de la razón y es cuantificable.

En ese sentido, evidenciamos que las concepciones de enfermedad están ligadas a un discurso positivista dominante, que basado en el dualismo ha definido y categorizado las enfermedades no solo en términos orgánicos, sino también mentales, estableciendo en esta última una marcada relación con la normalidad que es establecida institucionalmente, en relación con una estructura social definida.

Teniendo en cuenta dichos antecedentes, consideramos preciso ahora detenernos sobre un punto; si bien, hemos planteado anteriormente que las comunidades indígenas fundamentan sus nociones de enfermedad basándose en una mirada holística del ser humano, que no establece de manera tajante una distinción entre alma y cuerpo, traeremos a colación el ejemplo de dos de estas comunidades, que, de acuerdo con la clasificación de las enfermedades que establecen, parecen plantear una distinción entre estas dos entidades.

Iniciaremos con la cultura maya en donde se considera que la enfermedad genera la separación entre el alma y el cuerpo, en ese sentido, desde una lectura occidental, podrían pensarse los padecimientos de manera psicosomática, entendiendo que todo aquello que afecta al alma encuentra su representación en el cuerpo. Así mismo, es interesante evidenciar que los Mayas habían establecido una categorización para las enfermedades mentales, diferentes a las enfermedades del cuerpo, de esta manera lo que se reconoce en Occidente como alucinación, delirio, frenesí, melancolía y locura; en la comunidad Maya alude a oxkokoltzeck, coothan, okomolal, tzeniolal y cooil, respectivamente.(Pabon-Cuellar, 2013)

Por otra parte, en la civilización azteca se refiere al *que ha perdido el corazón*, para designar a aquel que padece de una enfermedad mental. Considerando en este caso que en el centro anímico se concentra un fluido vital y es gracias a las funciones específicas de cada órgano. En ese sentido, el corazón (yóllotl o yolia), está estrechamente relacionado con las operaciones psíquicas, el intelecto, la sensibilidad y el pensamiento. A su vez, la cabeza (*tonalli*), se asocia al temperamento y el ánimo del individuo. Y el hígado (*ihiyotl*) se reconoce como la fuente de energía, lugar donde reside la fuerza emocional, el deseo, las pasiones, la alegría y el placer. (Pabon-Cuellar, 2013)

Si bien tales distinciones no son equiparables de manera precisa con las consideraciones occidentales de la enfermedad, con los anteriores ejemplos podemos establecer una relación entre la manera de definir la enfermedad y así mismo clasificarla, haciendo hincapié, en que dichas aproximaciones se hacen desde una mirada occidental y por tal motivo no son del todo precisas.

Teniendo claridad sobre lo anterior, será preciso evidenciar de manera más amplia cómo las ideas de cuerpo, mente y, en algunos casos de espíritu, influyen en la definición y clasificación de las enfermedades.

En ese sentido será pertinente reconocer que, si bien en la actualidad se concibe el dualismo en referencia a las capacidades cognitivas de la mente y al cuerpo en sus atribuciones materiales o físicas, en un principio la terminología designada fue la distinción entre el *âme* y el *corp* que “significan ‘alma y cuerpo’, de tal manera que el alma presentaría un alcance intelectual, emocional y espiritual, y dicha transmutación de vocablos a una terminología inicialmente inglesa necesariamente redujo su significado, por ende

atribuciones a una entidad estrictamente intelectual y de funciones racionales específicas (Puglisi, 2014).

Pese a ello, Aristóteles hablaba del alma como el principio de vida, como sustancia irreductible y escindida pero paradójicamente dependiente del cuerpo, puesto que este último es quien le da forma y traduce en acto las potenciales de vida que brinda el alma:

Puede existir un ojo sin vista, esto es, un ojo ciego, pero no puede existir el sentido de la vista sin que exista el ojo, la vista sería la totalidad del cuerpo que posee sensibilidad como tal [...] el cuerpo sería la totalidad de la potencia sensitiva. [...] Lo que no está en potencia de vivir no es el cuerpo que ha echado fuera el alma, sino aquel [cuerpo] que la posee (Páramo, 2012, p. 566)

Llegados a este punto, podemos mencionar que aunque en las reflexiones de Descartes se refleja un pensamiento dualista; cuando reflexiona sobre la acción humana cotidiana y el accionar de los hombres en sociedad, alude a un reconocimiento de la interacción y conexión del alma y del cuerpo donde los límites de cada entidad se tornan difusas y ligeramente incompatibles con sus postulados sobre la res cogitans y la res extensa. Así mismo, como filósofo consideraba que el conocimiento por excelencia no podía basarse en la caracterización de ningún sentido corpóreo ya que estos son engañosos, desconfiando así de la sensorialidad a la luz del marco de la duda metódica, pero como científico, con intereses en la física y la verificabilidad empírica nos permite considerar un posicionamiento relativo donde incluso la discusión sobre la problemática irremediablemente estará matizada por la experiencia y la ausencia de comprobantes a cuestionamientos siempre vigentes (Puglisi, 2014).

Por otro lado, si bien la distinción de las enfermedades se estipula en coherencia con el legado del pensamiento griego occidental, debemos tener en cuenta algunas variables socio-históricas que permiten dilucidar el cuestionamiento mente-cuerpo: Dicha distinción suele adscribirse a los sectores más privilegiados de la sociedad, mientras que las clases populares europeas bien gozaban de una relación diferente tanto en mente-cuerpo como en persona-mundo, la cual puede conceptualizarse a raíz de los lazos estrechos entre esas entidades como “holista” (Puglisi, 2014).

Así mismo, previo al establecimiento del dualismo en el siglo XVII, con el estoicismo se presentaba una concepción ternaria de las relaciones, presentando las entidades de alma, cuerpo y espíritu. Alma como la condición de lo individual opuesta al cuerpo mientras que el espíritu bien tenía éste de morada, con un sentido más amplio e incluso interpersonal. Posteriormente se le atribuyó al alma el carácter de lo espiritual, y con dicha atribución terminológica, el pensamiento se fue enmarcando cada vez más en una concepción binaria. De manera que pensar o atribuir a Occidente la herencia del pensamiento dualista es entenderlo como un todo homogéneo, desconocer las transformaciones socio históricas de la

época y negar la influencia que las otras concepciones tuvieron sobre el desarrollo de las nuevas sociedades de América (Puglisi, 2014).

Al mismo tiempo, resulta importante entrar a considerar cómo las concepciones del dualismo han logrado perdurar ahora en la modernidad, donde la concepción de lo psicosomático también es heredera de las raíces filosóficas para aludir a la influencia de la mente sobre el cuerpo, entendiendo su perspectiva como “la relación entre los factores psicológicos y los fenómenos fisiológicos en general y de los mecanismos en la patogenia; pero, en un sentido más amplio, se refiere a una filosofía que hace hincapié en los aspectos psicosociales de las enfermedades” (Lemos et Al, 2008, p. 138).

De esta manera, la medicina psicosomática ha logrado abordar o brindar un marco explicativo a algunas patologías que el tradicional modelo biomédico no ha logrado, más precisamente donde la enfermedad se ve más exacerbada de lo usual en comparación con la afectación orgánica subyacente. La problemática inicia cuando el dualismo subyacente supone y requiere establecer la distinción de que la enfermedad deba ser del campo de lo corporal- orgánico, o del campo de la mente de forma excluyente, y esto a nivel práctico como lo mencionan Rubin y Wessely “conduce al dilema en los profesionales de la salud de darles a los pacientes un diagnóstico médico que lleve a la perpetuación de los síntomas por ignorar los aspectos psicológicos que mantienen el trastorno, o darles un diagnóstico psiquiátrico, que en muchos grupos sociales es aún visto como un insulto, porque parece que acarrearía la creencia de que sus síntomas físicos realmente no son válidos, sino que están siendo creados por su mente (Citado en Lemos et Al, 2008, p.140).

Por lo anterior, es probable que incluso al referirnos bajo el concepto de “psicosomático” en aras de ser integracionistas, por el contrario se este perpetuando el mismo pensamiento dualista, de un paradigma clásico que aboga por la existencia de lo biológico, lo psíquico y lo social como entidades separadas que pueden interactuar en algún momento pero que no implican una relación constante, estrecha e interdependiente que contribuya a una comprensión y abordaje más efectivo de la enfermedad (Lemos et Al, 2008).

En este orden de ideas, para ampliar el panorama, resulta necesario destacar que desde la antropología también se ha profundizado en otras forma de concebir la relación mente y cuerpo, encontrando en múltiples sociedades la indistinción entre estas dos entidades designada como *Monismo*. Esta designación alude a la relación de la persona y el mundo de forma holística cuya interpenetración y copertenencia son sus cualidades más destacadas (Puglisi, 2014).

Recopilando los estudios de Leenhardt (1961) con los Canacos de Melanesia (Nueva Caledonia), los cuales fundamentaban la existencia de vínculos e interpenetraciones estrechas entre el cuerpo y la naturaleza del grupo social e incluso con evidencias lingüísticas en donde los términos que designaban las partes del cuerpo se correspondían con las

nomenclaturas estipuladas para el reino vegetal, y cuyas narraciones míticas y prácticas rituales correspondían una relación de dicho reino con la vida de la comunidad, revelando así identidades compartidas a nivel estructural en la cultura; se logró establecer la concepción holista que caracterizó a muchos grupos indígenas desde entonces y permitió contrastar la forma de vivenciar el cuerpo y la relación con el mundo ante el dualismo predominante de Occidente (Puglisi, 2014).

Ahora bien, cabe mencionar que actualmente la discusión sobre el monismo no se plantea de forma romántica y tan cuestionable como las conclusiones etnocéntricas que establecía Leenhardt en donde se les veía a las sociedades indígenas en un completo estado de indistinción cuerpo-mente o persona mundo, como si estuvieran fusionadas con su entorno, lo cual podría denominarse holismo ingenuo, sino por el contrario, tras constantes comparaciones bajo las dos líneas de concepción (Monismo vs Dualismo) algunos autores como Michael Lambek (2011) han concluido que:

Las experiencias de dualidad son inherentes a la condición humana y, por tanto, si bien solemos pensar que el dualismo mente-cuerpo se da sólo en Occidente, esta distinción sería universal, lo cual no implica que deba asumir los mismos contenidos que en Occidente. Así mismo, destaca que el dualismo mente-cuerpo pertenece al orden de las representaciones ya que es trascendido en la práctica, es decir, que en la cotidianidad los individuos viviríamos bajo una experiencia monista. (Puglisi, 2014, p. 78)

En adición, es importante tener presente que a la par en que las investigaciones etnográficas han avanzado y han logrado recopilar mayor información sobre diferentes formas de manifestación sociocultural, se permite amplificar un poco la mirada sobre la realidad y nos permiten nutrir las discusiones anteriores. Indagaciones en grupos Sai Baba de herencia hindú por ejemplo, dan cuenta de la existencia de clasificaciones ternarias: por un lado aludiendo a la clasificación del universo bajo particulares representaciones simbólicas y la caracterización del ser humano en tres dimensiones: cuerpo, mente y espíritu, “nosotros somos tres: el que creemos nosotros que somos, que es la mente, el que los demás creen que somos, que es el cuerpo, y lo que somos realmente, qué es el Ser o alma (Puglisi, 2014, p. 85) de manera que las concepciones resultan tan amplias como cantidad de sociedades existentes y representar el pensamiento de forma universal donde incluso se considere la clasificación monista o dualista como los dos únicos parámetros vigentes resulta un proceder inadecuado.

Ante esto, Sampson (1998) nos menciona el establecimiento de universales como las proyecciones de las tradiciones que nos constituyen y nos caracterizan como cultura, pero que irremediablemente anula la diversidad y la singularidad de otros modos de pensar que no son ni ingenuos ni arcaicos sino ligados a tradiciones y actividades diferentes a las que

predominan en el mundo escolarizado occidental, ya que todo pensamiento está determinado por las condiciones histórico-culturales de su grupo social.

Vemos, entonces, que las revisiones que hemos realizado en algunas comunidades indígenas latinoamericanas, en su mayoría dan cuenta de la existencia de un dualismo respecto a las entidades que competen a la constitución del ser humano. Por ejemplo, en el territorio guatemalteco podemos enunciar la existencia de una relación Cuerpo-Jaleb, en donde esta última compete a la entidad anímica que reside en el cuerpo. El desequilibrio de estas entidades conlleva la presencia de enfermedad y la muerte implicaría la pérdida de esta sustancia.

Así mismo, en la comunidad Nasa, si bien muchas enfermedades son multicausales y algunas pueden deberse al desequilibrio energético que presenta la persona, resulta interesante cómo, dependiendo de la enfermedad, también se le atribuye una causalidad propia y/o específica donde podemos visualizar esbozos de un dualismo como lo es para el Susto.

Por el contrario, podremos enmarcar la cultura Purépecha como una comunidad estrictamente monista en donde no existe la distinción cuerpo y alma o espíritu porque estas últimas entidades no se alcanzan a representar y la construcción del individuo se establece de forma enteramente social a partir de lo corpóreo o material. Y, a su vez, pensarnos la cultura Emberá-Chamí como referentes de relaciones ternarias donde el ser se ve supeditado a dimensiones físico-biológicas, naturales y espirituales comprendiendo la corporalidad, la interacción de los elementos, los animales, los fenómenos naturales y los espíritus del territorio, los cuales en armonía o equilibrio determinarán el bienestar del individuo.

En últimas, si bien cada comunidad desde lo particular manifiesta una forma de concebir al individuo, queda por sentado la relevancia de las representaciones de lo corporal como aquella entidad que subyace a cada interacción y que determina las otras relaciones que dicho individuo establece con su tejido social. Así mismo, de forma general logramos dar cuenta que para cada una de estas comunidades la relación cuerpo/Otras entidades varía considerablemente, la relación persona-mundo se manifiesta estrechamente de forma dependiente, de manera tal que el bienestar del territorio determinará el bienestar de la comunidad en retribución al accionar de cada uno de los miembros.

CAPÍTULO TERCERO

PRÁCTICAS TERAPÉUTICAS Y ABORDAJE DE LA ENFERMEDAD

MODELOS DE LA ENFERMEDAD

El recorrido realizado hasta este momento, nos ha posibilitado profundizar en los elementos que a nivel lingüístico, histórico y cultural han sido más relevantes a la hora de tratar el tema de la enfermedad en las comunidades indígenas; contemplando los alcances y las limitaciones que supone el abordaje de esta temática desde un sistema cultural externo al de las agrupaciones mencionadas. Ahora bien, en este apartado nos centraremos en las prácticas y métodos curativos, reconociendo que muchos de estos se encuentran inmersos en un sistema de representaciones particulares de la patología, que dará lugar a procedimientos y técnicas diversas dependiendo de las bases ontológicas y epistemológicas sobre las cuales se cimientan. En ese sentido, consideramos pertinente retomar de manera general los modelos etiológicos y terapéuticos de la enfermedad expuestos por Laplantine (1999), para esclarecer conceptualmente algunos de los fundamentos a partir de los cuales se guían las comprensiones y prácticas, que se consideran tanto doctas, como populares.

De esta manera, se hace preciso reiterar que cada población privilegia, según sus criterios socioculturales, los parámetros de lo normal y de lo patológico; en busca de garantizar un orden social. Así, las causas de la enfermedad y las prácticas médicas, serán relativas a cada comunidad y deberán ser abordadas en contexto. Si bien los modelos que se retomarán a continuación brindan elementos conceptuales para acercarse a las cuestiones mencionadas, sólo deberán considerarse como interpretaciones posibles, que permitan dilucidar cuestiones del saber médico y su praxis (desde diferentes enfoques), pero que no pueden reemplazar la realidad empírica (Laplantine, 1999).

Por consiguiente, los modelos etiológico-terapéuticos son definidos por Laplantine (1999) como “una matriz que consiste en cierta combinación de relaciones de sentido, y que gobierna, soluciones originales, diferentes e irreductibles, para responder al problema de la enfermedad” (p.46). De ahí que, tales aproximaciones podrán reconocerse complementarias entre sí y serán modificables en tiempo y espacio, de acuerdo a las necesidades particulares de la época y la cultura, así “cada elaboración de una representación (docta o popular) resulta de una elección cultural e individual, lógica y afectiva” (p.45). En el caso particular de Colombia, se evidencia que hay un proceso de mestización biológico, cultural y social que no es homogéneo, teniendo en cuenta que está conformado por diversas agrupaciones con cosmovisiones diferenciadas entre sí, en las cuales coexisten modelos informales (tradicionales) y formales (científicos) que se confrontan constantemente; de modo que cada uno de estos modelos tienen incidencia y proponen simultáneamente formas singulares de

concebir la enfermedad y tratarla en las diferentes poblaciones (Gutiérrez, 1984). Esto se ilustra claramente en sectores urbanos o rurales donde se presentan multiplicidad de creencias, dinámicas y teorías médicas que aunque se reconocen antagónicas y no establecen (aparentemente) un diálogo directo entre sí, están vigentes. Así pues “algunas veces el enfermo las toma todas y paulatinamente va descartando el sistema médico que a sus ojos no juega con sus creencias, o con los resultados del tratamiento y en esa acción, selecciona el más afín a sus expectativas” (p.62)

Teniendo claridad sobre lo anterior y sin más preámbulo, retomaremos cuatro parejas de modelos explicativos, propuestas por Laplantine (1999): ontológico, relacional; exógeno, endógeno; sustractivo, aditivo y benéfico, maléfico; a fin de comprender cómo se concibe la enfermedad y su causalidad, a la luz de dichas aproximaciones conceptuales.

En un principio, con el modelo ontológico, se sientan las comprensiones de la enfermedad desde la medicina hipocrática, planteando una ruptura con el pensamiento especulativo; de modo que las consideraciones sobre la enfermedad se centran en la sintomatología corporal del enfermo; tomando en cuenta el dualismo cartesiano, que plantea la distinción entre el alma (entidad metafísica) y el cuerpo. Laplantine propone que dentro de esta representación se pueden considerar tres aproximaciones de la medicina, que se relacionan entre sí y brindan un modelo explicativo de la enfermedad (Laplantine, 1999).

Tales aproximaciones se clasifican en: la medicina de las especies, la medicina de las lesiones y la medicina de las especificidades. En dicho orden veremos que en primer lugar hay una predominancia del modelo botánico, basado en la observación de las propiedades esenciales de las enfermedades, le dará una categorización a éstas de acuerdo con las clasificaciones de la botánica; en términos nosológicos, esta mirada es característica del modelo médico occidental dominante pues, tal como lo propone Laplantine (1999), “el saber médico occidental es fundamentalmente biológico.” (p.58) En segundo lugar, la medicina de la lesiones se centra en la anatomía; por ende, se enfoca más en las afecciones orgánicas y deja de lado las formas o especificidades de los padecimientos; con esta comienzan a estudiarse los síntomas clínicos en relación con las lesiones orgánicas, evidenciando que las alteraciones a nivel funcional están ligadas a padecimientos orgánicos. Así mismo, es a partir de la disección de cadáveres que se fundan las bases objetivas para entender la enfermedad y el lugar que ocupa en el cuerpo, y con ello afirmar que “no hay etiología que no se refleje en la anatomía” (p.59). Por último, la medicina de las especificidades se enfoca en que toda lesión tiene una causa precisa a la que se debe llegar, así que los modelos terapéuticos, en este marco, se centrarán en restituir lo que se perdió o expulsar lo que ha invadido una parte del cuerpo, bajo la premisa de que hay algo ajeno al organismo del enfermo que debe combatirse.

Ahora bien, en el modelo relacional o funcional, lo normal y lo patológico se conciben en términos de armonía y desarmonía, equilibrio y desequilibrio. De manera que la enfermedad se toma como una “alteración por exceso o por defecto” (Laplantine, 1999, p.64). En esa medida, se reconoce como una desavenencia del hombre consigo mismo, una ruptura del equilibrio entre el hombre y su contexto, o como el resultado del desequilibrio entre el individuo y su medio social. En cuanto a la primera consideración, veremos que dicha perspectiva se relaciona con la teoría hipocrática de los humores, que concibe la enfermedad como el desequilibrio de estas sustancias dentro del organismo. En cuanto a la segunda forma de abordar la enfermedad, desde este enfoque, los eventos mórbidos, pueden darse como resultado de la desarmonía entre el macrocosmos (entorno exterior) y el microcosmos (interior), en este sentido la terapéutica estará centrada en recuperar o restablecer la armonía en falta. Ahora bien, en el último postulado se busca reubicar la enfermedad a un espacio semántico que va más allá del cuerpo que padece y del enfermo; es decir, el padecimiento se adhiere a un conjunto de significados que darán sentido a la enfermedad y al lugar de quien la padece, en un plano simbólico, que permitirá significar y resignificar las afecciones (Laplantine, 1999).

En esa medida, es plausible afirmar que los abordajes, desde esta perspectiva, se relacionan estrechamente con el sistema de representaciones de las medicinas populares y los sistemas tradicionales; pues se evidencia cómo se afecta el bienestar de las personas, si el vínculo con la comunidad, el territorio y el ser individual se desestabiliza. Retomando las ideas expuestas en el capítulo anterior, en comunidades indígenas como la Nasa, Embera Chami, Tikuna, Cocama, Yague, Maya, Azteca y Purépecha, la salud se considera de manera holística y alude a la armonía entre cada uno de los agentes que cohabitan el espacio, de modo que la perturbación o ruptura de cualquiera de los vínculos establecidos en él, conlleva a la enfermedad. Tal como lo menciona Gutiérrez (1984) una de las características principales del modelo médico tradicional es que sus prácticas y ceremoniales están ligadas a la estructura determinante de la colectividad. De esta forma se evidencia con claridad cómo dichas posturas se sustentan en el modelo relacional propuesto por Laplantine (1999).

A partir de los modelos anteriores es posible resaltar el carácter dominante del modelo ontológico, que con claridad se ocupa de la enfermedad como algo orgánico, localizable, específico y definible desde una idea biologicista e individual de la persona. Contrario a esto, las representaciones funcionalistas abordan los padecimientos de forma más global y ponen su mirada en los diferentes aspectos del contexto y del individuo que pueden causar el padecimiento a partir de los desequilibrios con su comunidad y hábitat.

Por otra parte, está el modelo exógeno, que concibe la enfermedad como un mal provocado por un elemento o ente, sea real o simbólico, externo al enfermo. Laplantine (1999) propone la revisión de éste a partir de dos aproximaciones: en primer lugar se piensa que la enfermedad causada por un ser maléfico, tal como un brujo, espíritu o alguna deidad; por tanto, las comprensiones de los padecimientos y las terapéuticas para combatir los males estarán centradas primordialmente en la relación del enfermo con los otros. En segundo

lugar, veremos que la relación inapropiada de los humanos con su entorno es un causante de los padecimientos, sea por medio de factores climáticos, geográficos y/o meteorológicos. En relación con este modelo vemos que para las comunidades indígenas, al concebir la enfermedad de holísticamente, las causas de los padecimientos aluden también al enfrentamiento con agentes mágicos, sobrenaturales y acciones sobre el territorio que incluyen acciones en contra de este o las catástrofes naturales.

En esa misma línea, para Gutiérrez (1984) el sistema médico tradicional se divide “según la etiología de la enfermedad en mágico-religioso y curanderismo”. El primero, nos permite establecer algunas relaciones directas con los postulados del modelo exógeno de Laplantine (1999), pues se basa en las consideraciones sobre el poder de un agente sobrenatural que por medio de un intermediario puede curar o producir maleficios. A partir de la revisión bibliográfica pudimos encontrar que en departamentos como el Tolima, Huila, Santander y Antioquia se sostiene la creencia de que las brujas visitan los tejados de las casas en la noche (tomando la forma de aves como chulos o pavos) y producen ruidos que llevan a la locura a los habitantes de estas viviendas (Gutiérrez, 1984, p.182). Del mismo modo, en algunas comunidades de la región oriental de Colombia, se considera que la bruja le quita la vida a los niños que están sin bautizar de modo que “los niños son perseguidos para chuparles la sangre, por ello algunos palidecen y no progresan en su crecimiento hasta que mueren anémicos” (Gutiérrez, 1984, p.184). Así mismo, aludiendo a la influencia de eventos naturales y geográficos en las causas de la enfermedad, vimos que en la zona del Magdalena se reconocen seres míticos como el poira o el mohán que causan maleficios a quienes no respeten sus territorios. En el caso específico de la comunidad Nasa, el enojo del espíritu arco que habita las lagunas, quebradas y ciénagas provoca contaminación en dichas zonas o falta de protección. También, acciones como la tala de árboles o el desplazamiento de la mujeres menstruantes por lugares sagrados generan grandes daños tanto en el territorio como a nivel individual y comunitario (Benavides, 2011).

También es posible que la enfermedad surja a partir de una acción o poder involuntario que agencie la persona, sea porque cuenta con una cualidad particular como ojear o fruto de un proceso fisiológico natural, como el embarazo, o la menstruación en el caso de las mujeres. La acción directa de entes espirituales, es otra causa de enfermedad, tal como se mencionó en el apartado anterior; entre las posibles afecciones ocasionadas por dichos seres, se encuentran el susto, el mal aire y el enduendamiento (posesión demoníaca o de un duende) , entre otros. Por último, veremos qué fenómenos físicos naturales, como el arco iris, los eclipses, el sereno o la luna, también podrían influenciar en el bienestar de las personas. En el caso del curanderismo, las causas de las enfermedades son de origen natural, es decir aluden a factores ambientales, de la naturaleza, o afecciones físicas que se dan por falta de los cuidados requeridos. Todas estas cuestiones pueden comprenderse a partir del modelo etiológico expuesto anteriormente, pues la causa de la enfermedad está puesta en factores, fenómenos o agentes, externos al individuo.

Contrario a lo anterior, Laplantine (1999) presenta el modelo endógeno, el cual postula que la enfermedad parte de interior del enfermo, relacionándose así con todas las disposiciones genéticas y anímicas del paciente. De manera que las enfermedades relacionadas con el metabolismo, la nutrición o desequilibrios humorales tienen, en la mayoría de los casos, un origen endógeno. Para ejemplificar cómo se concibe la enfermedad en Occidente, desde dicho modelo, el autor alude particularmente a dos tipos de padecimientos: el cáncer y la psicosis maniaco depresiva. Evidenciando, entonces, que tanto la psicosis como la melancolía se reconocen por el campo de la psiquiatría como enfermedades endógenas, ya que surgen por problemas de “regulación interna”, es decir, alteraciones de los ritmos biológicos, sin que se vean involucrados factores sociales y ambientales ajenos al organismo. Por su parte, el cáncer se desarrolla como un proceso de invasión y deterioro interno, en donde el cuerpo se agrede a sí mismo, sin que se vean involucrados agentes externos directamente (Laplantine, 1999).

En ese sentido, se reconocen diversos sistemas de pensamiento médico occidental adheridos a este modelo desde las aproximaciones más tempranas de la medicina; así pues, volviendo sobre los primeros siglos, veremos cómo se concibe la enfermedad en términos endógenos, desde posiciones teóricas diferentes; comenzando por Hipócrates quien pensaba que la enfermedad se daba a partir de un desequilibrio interno y, por tal motivo, la melancolía era causada por la “corrupción de la sangre por la bilis caliente” (p. 95). Así mismo, para Platón la falta de armonía entre el alma y el cuerpo eran los causantes de la enfermedad. Y en lo que refiere a Aristóteles, los padecimientos provenían de la “naturaleza propia del individuo” (p. 95). No muy distante de dichos planteamientos, se dilucida que posteriormente, con el vitalismo médico en Francia en el siglo XIX, se consideró que los padecimientos provenían de desequilibrios en el individuo, defendiendo que las infecciones o cualquier tipo de enfermedad no surgían de manera accidental sino que se daban por predisposiciones orgánicas de la persona (Laplantine, 1999). En esa misma línea, las aproximaciones psicológicas y psicoanalíticas, al darle un lugar principal al individuo como el agente de su propia enfermedad, también permitieron volver la mirada sobre lo endógeno.

Laplantine (1999) aduce dos variantes para este modelo; una de carácter genético y la otra psicológico. En lo que respecta a la primera, veremos que la etiología de la enfermedad se centrará en los antecesores del enfermo, de modo que, dejando de lado aspectos de la individualidad, se enfocará más en los problemas hereditarios a los cuales están destinados los afectados. En cuanto a la segunda variación, se parte del enfermo para dar explicación a su padecer; en ese sentido, pone el acento más sobre quién tiene la afección y lo que puede decir de ella, que sobre la misma enfermedad. Aquí se pone de relieve una cuestión interesante que alude al posicionamiento que se asume desde la medicina occidental positiva para concebir la enfermedad, dado que, si bien acepta la somatogénesis de las enfermedades mentales, se muestra reticente frente al reconocimiento de la psicogénesis en las enfermedades orgánicas; cuestión que nos permite dilucidar el lugar secundario que se le da al enfermo y a los elementos psicológicos involucrados en los padecimientos, aun cuando la causalidad de la enfermedad es de origen orgánico (Laplantine, 1999).

En esos términos, desde dicho modelo, se concibe el lugar del enfermo y del padecimiento de tres maneras: a.) El enfermo no es responsable de su enfermedad. b.) El enfermo es responsable de su enfermedad. c.) La enfermedad es causada por factores externos a la persona, pero ella tiene responsabilidad puesto que pudo prevenirla o evitarla (Laplantine, 1999). En el caso de las comunidades indígenas, cabe decir que la enfermedad podría considerarse endógena en la medida que la persona tiene la capacidad de prevenir el padecimiento, cuidando de sus comportamientos y acciones dentro de la comunidad y el territorio, dado que la mala conducta o los actos que vayan en contra de los principios de la agrupación, en donde el individuo es agente consciente, son causantes de afecciones. Sin embargo, no encontramos otras aproximaciones o registros de este modelo en las concepciones revisadas; pues, si bien, la enfermedad alude a la persona en términos individuales y tiene una repercusión a partir de esto, siempre se define en la relación con los otros y el espacio que habita; la enfermedad sigue siendo una entidad extraña, impropia, externa a las personas, producto de elementos o hechos que rompen con la armonía establecida en la comunidad y requiere de un conjunto de elementos simbólicos para su interpretación y atención, en otras palabras, no se reduce simplemente a lo orgánico.

Llegados a este punto, será importante reconocer que la diferenciación establecida entre los modelos mencionados, sirve para comprender conceptualmente algunos de los fundamentos epistemológicos y ontológicos desde los cuales se da explicación a las afecciones. Sin embargo, en el ejercicio médico, las nociones de lo endógeno y lo exógeno pueden pensarse de manera complementaria Laplantine (1999), tal como se evidencia en el caso de las comunidades indígenas, dada la pluralidad de factores que afectan al organismo o a la persona en términos sociales y afectivos, y desencadenan cualquier tipo de desequilibrio o padecimiento. En el caso específico de la biomedicina, es muy complejo separar con claridad lo que viene del interior y los efectos que tienen los elementos del exterior en el organismo humano Laplantine (1999).

Ahora, desde el modelo aditivo la experiencia patológica se interpreta como la intrusión al cuerpo de un objeto exterior, llámese infección bacteriana o posesión demoníaca; así mismo, la enfermedad se concibe como un adversario positivo ya que es la presencia de algo y no su ausencia. En contraste, en lo que respecta al modelo sustractivo la enfermedad se concibe como la carencia de una parte propia del enfermo y por ende debe restituirse, conllevando así a una percepción negativa (pues hay una falta) de la enfermedad; en este caso la terapia deberá centrarse en devolver al enfermo aquello que ha perdido, diferente a la anterior, en la que se busca sustraer o eliminar aquello que ha invadido el organismo (Laplantine, 1999). En ese sentido, las terapéuticas y procedimientos a aplicar serán inversos a la concepción etiológica, es decir, para el modelo aditivo, generalmente las terapéuticas se centran en técnicas sustractivas y en el caso contrario se valdrán de procedimientos aditivos.

Para ilustrar un poco lo mencionado en estos modelos, Gutiérrez (1984) menciona que en comunidades del chocó consideran que la enfermedad es producto de la extracción del alma que ha realizado un Jaibaná (hechicero); la cura en este caso consistirá en retornar el alma al cuerpo con ayuda de otros seres espirituales para así recuperar el bienestar. Por otro lado, se hace referencia a que la enfermedad es producto de la intrusión de espíritus que diversas procedencias, objetos y animales. También se sostiene la creencia de que sustancias como la sal, la pimienta, el azufre (consideradas sustancias mágicas) al entrar en contacto con la piel de las personas pueden ser causantes de enfermedad. En estos casos el tratamiento se centrará en expulsar del cuerpo aquello que lo ha invadido.

Laplantine (1999) afirma que las anteriores posturas teóricas han sido adoptadas tanto en Occidente como en la medicina tradicional, siendo comunes, en diferentes casos, a la hechicería y a la microbiología. Sin embargo, recalca que centrarse en la enfermedad, únicamente desde una mirada exógena, como la propuesta por estos dos modelos, implicaría un desconocimiento de aquellas problemáticas internas que aquejan al enfermo, en términos orgánicos y psicológicos.

Pues bien, más allá de las diferencias establecidas entre los modelos mencionados, vemos que el modelo maleficio y el benéfico dan especial relevancia al sentido y valor que se le da a la enfermedad, haciéndonos volver sobre un punto indispensable: las consideraciones sobre la patología son completamente “ambivalentes y relativas a los sistemas de evaluación” es decir, “la enfermedad y la salud no son hechos objetivos, pues están gobernadas por juicios de valor (...) y no hay valor sin referencia implícita o explícita a lo social” (p.120), por tanto cada sociedad constituirá las condiciones y normativas para regular aquello que se salga de sus límites (Laplantine, 1999).

El modelo maléfico, podrá comprenderse a partir de tres posturas: la primera, sienta que el sistema médico occidental, desde sus orígenes, se introduce en una lógica de “mal absoluto”, en donde la patología “está íntegramente negativizada” (p. 122); de modo que, la enfermedad es anormal, perjudicial, privativa y por ende debe evitarse o en su defecto combatirse. En segundo lugar, la patología es una desviación orgánica y social; así pues, cualquiera que padezca de una afección de este tipo será un foco de desprecio, tanto en términos individuales como colectivos. En tercer lugar la falta de sentido que tiene la enfermedad en Occidente, dado que, en comparación con otras culturas, la patología se concibe como un sin sentido que se adjudica al azar, que no evidencia nada más allá de la afección y tampoco justificación; todo eso acompañado de una “absolutización de la medicina”, que pone sobre esta todas las posibilidades de la cura (Laplantine, 1999). Ahora bien, en el caso de las comunidades indígenas, como ya lo hemos mencionado, la enfermedad indica una falta de armonía o desequilibrio y al afectar no solo al ser individual sino también a la colectividad, puede entenderse como un evento disruptivo e indeseable, tal como se concibe en la primera postura del modelo expuesto. En relación con esto también cabe retomar los aportes de Landrine (1999) sobre la importancia que tiene el rol dentro de las sociedades sociocéntricas, ya que este es una parte constitutiva de la identidad de los

habitantes; de manera que la enfermedad le impide a quien la padece, continuar con el desarrollo cotidiano de sus actividades dentro del territorio, generando así un estado de confusión e incomprensión tanto a nivel individual como colectivo que conlleva a una constante búsqueda de sentido; lo que se distancia, en esta medida, del tercer postulado referente a la falta de sentido que tiene la enfermedad en Occidente.

Por su parte, el modelo benéfico, plantea una serie de posiciones en donde el síntoma es considerado como algo que debe atenderse, escucharse, describirse. Así, la enfermedad se “considera un intento de restauración del equilibrio perturbado, e incluso, en ciertos casos, como un episodio que exalta y enriquece”(p.135); en el sentido que permite al enfermo tener la atención puesta sobre él, obtener un reconocimiento social que de otra manera no consigue y en otros casos, se considera que la enfermedad moviliza a quienes la padecen a desarrollar nuevas capacidades. Mientras que en las corrientes médicas de inspiración hipocrática, la enfermedad no se considera como algo inapropiado para el organismo pues los síntomas se dan con el fin de enviar una señal a éste en busca de equilibrarlo. Sin embargo, para otros enfoques, la enfermedad está dotada de múltiples significados y se considera liberadora para el organismo, en la medida que revela aspectos que yacen en la profundidad del enfermo (Laplantine, 1999).

A partir de lo anterior, se evidencia que en las comunidades indígenas hay características de los dos últimos modelos. Si bien, en un principio, la enfermedad puede ser entendido desde los postulados del modelo maléfico; la posición que asume el enfermo, el tratamiento y la atención que se le brinda al padecimiento, evidencian la posibilidad que tiene la persona de llegar a nuevas comprensiones sobre sí misma y plantearse reflexiones que le permiten asumirse de manera diferente, semejante a lo propuesto en el modelo benéfico.

Finalmente, solo queda reiterar que los modelos anteriormente expuestos, no deben tomarse como manuales a seguir al pie de la letra, ya que solo nos brindan herramientas de utilidad para comprender, desde diferentes enfoques, algunas bases desde las cuales se fundamentan las construcciones y representaciones sobre la patología. De modo que reconocer la complementariedad de los diferentes modelos nos permitirá alcanzar un análisis más profundo de las realidades y concepciones de diferentes comunidades.

MODELOS TERAPÉUTICOS.

A partir de los modelos etiológicos de la enfermedad antes expuestos, Laplantine (1999) propone una serie de modelos terapéuticos sobre los cuales se fundamentan diversas prácticas curativas; antes de entrar a profundizar en estos, veremos que los tratamientos pueden clasificarse en: “preventivos y curativos; paliativos (procuran un alivio parcial y momentáneo) y definitivos; y por último en etiológicos (impiden la reacción que va de la causa mórbida al efecto sintomático) y sintomatológicos: hay una eficacia simbólica (como el efecto placebo) o, por el contrario medicinal” (Laplantine, 1999, p. 184). Dichos

tratamientos se encuentran inmersos en una serie de modelos terapéuticos, que buscan dar cuenta en términos conceptuales de las estrategias usadas para hacerle frente a la enfermedad.

En ese sentido, abordaremos las generalidades de algunas parejas de modelos terapéuticos propuestos por Laplantine (1999), tales como el alopático-homeopático, aditivo-sustractivo y exorcista-adorcista; para acercarnos, en términos conceptuales, a las prácticas y procedimientos tanto de la medicina positivista, como de la tradicional, a la luz de dichas aproximaciones.

Comenzaremos con los modelos alopático y homeopático que se centran en opuestos y semejantes. En el caso del modelo alopático, característico de la medicina positiva, se busca la anulación de los síntomas por medio de medicamentos o terapias contrarias a la naturaleza de la enfermedad; por ejemplo, si el enfermo presenta fiebre, le dan un antitérmico, o en el caso de las náuseas, un antivomitivo; así mismo, en procedimientos como la quimioterapia, se hace frente a la enfermedad con una contra agresión que suministra un medicamento muy fuerte al cuerpo, con el fin de erradicar la enfermedad. De dicha manera, se considera que este tipo de procedimientos tienen eficacia por la agresividad de los componentes con los que buscan acabar con el padecimiento, sin embargo, en la mayoría de casos, estas intervenciones ocasionan efectos secundarios en el enfermo.

Por otro lado, la homeopatía, que puede aplicarse tanto en comunidades tradicionales como en Occidente, “consiste en reactivar los síntomas por los semejantes” (p.191), es decir, proporciona al enfermo un tratamiento que le provoca los mismos síntomas que presenta, con el fin de eliminarlos por completo. Vemos que en los procedimientos que se realizan en la medicina tradicional, la cura se da por medio de la ritualidad; en donde la característica principal sigue centrándose en los semejantes y ello contribuye a la mejoría del padecimiento. Así mismo, se encuentra en tratamientos empíricos, del saber popular y casero, que siguen la misma lógica; por ejemplo, el tratamiento de la fiebre consiste en consumir infusiones calientes, así, por medio de la transpiración, el enfermo expulsa el calor que contiene en su cuerpo (Laplantine, 1999).

En esa misma línea de ideas Gutiérrez (1984), a partir de su experiencia etnográfica, definió tres formas que orientan el uso de las plantas en los procedimientos terapéuticos: En primer lugar, está la consideración de que las plantas poseen un poder mágico o religioso. En segundo lugar, dicho poder se relaciona con la semejanza que se encuentra entre la planta y el órgano afectado o las características de la enfermedad, tal como en el caso de la homeopatía. Y finalmente, el uso de plantas se comparte según sus propiedades naturales, tomando en cuenta el valor y la función que cada comunidad le otorgue.

En relación con las plantas que tienen poder curativo en virtud de su semejanza con los órganos humanos o con la enfermedad, Gutiérrez (1984) afirma que en comunidades como las del Huila, se considera que las raíces aéreas del "cañaguate" en su apariencia fálica protegen contra la impotencia. Plantas como el pistilo y el ovario de la azucena blanca ayudan a controlar los dolores del parto. Las flores del pensamiento que se asemejan a la cara del gato, son usadas para ahuyentar a la brujas. También, las semillas conocidas como ojo de buey se utilizan para evitar el ojeo. Algunas plantas rastreras en su apariencia similar a los riñones, se emplean para tratar afecciones renales (Gutiérrez, 1984, p. 241). Lo anterior nos permite reconocer cómo toman sentido ciertas prácticas en relación con los significados de la comunidad y el simbolismo alrededor de los diferentes elementos que se integran en el proceso terapéutico.

Ahora bien, tal como lo vimos en los modelos etiológicos: sustractivo y aditivo, en uno la enfermedad se considera como la ausencia de algo o una disfuncionalidad y, por ende, los procedimientos terapéuticos buscan restituir aquello que está en falta. En el otro caso, el padecimiento se percibe como un ente extraño, que ha invadido al enfermo, de modo que los tratamientos se centran en sustraer; por ejemplo, en la biomedicina podemos ver el caso de las cirugías de apéndice, vesícula y los medicamentos y/o alimentos laxativos. Para la medicina tradicional, la enfermedad se dota de un sentido mucho más complejo “de mal y desdicha” (p.211), tanto en términos individuales como sociales, en ese sentido, el modelo aditivo de los tratamientos estará enfocado no solo en restablecer la salud, sino todo lo que esta implica como la fortuna, la dicha, la prosperidad, entre otros.

En comunidades del Tolima, Santander y Atlántico, los habitantes de algunas comunidades se realizan baños con infusiones de plantas dotadas de poderes mágicos para sacar el mal, dar buena suerte o tener éxito sexual. Así mismo, según la caracterización que elabora Gutiérrez (1984) dependiendo de la particularidad de las comunidades, se definen días específicos y momentos de estos para realizar el procedimiento. En algunas poblaciones indígenas colombianas el agua debe ser cocinada con siete plantas; específicamente en el caso del Huila, las plantas usadas son: albahaca, ruda, yerbabuena, diosme, romero, amapola y laurel. De manera que con la infusión de estas hierbas la persona afectada debe realizar el baño con el fin de que salga de sí la mala suerte o el mal que le aqueja. Igualmente, este procedimiento debe ser aplicado en la vivienda de la persona con la afección; adicionalmente se llevan a cabo otros procesos hídricos que se basan en vaporizaciones, inmersiones y soplados, dirigidos a combatir la mala suerte, las discordias, afecciones de espíritus mágicos, entre otras. Vemos así, que todos estos procedimientos están enfocados en sustraer por medio de la ingesta de alimentos o la implementación de prácticas aquello que va en contra del bienestar de las personas (Gutiérrez, 1984).

Tal como lo menciona Villaseñor (2002) las orientaciones del tratamiento en estas comunidades tienen como finalidad restablecer las relaciones del universo social y sobrenatural del paciente por medio de la ritualidad, es decir, compenetrar nuevamente al individuo con las lógicas del entorno a nivel emocional, comportamental, espiritual y

comunitario, en otras palabras, ayudarlo a significar su experiencia y recuperar su lugar e identidad dentro del territorio por medio de acciones simbólicas. Por el contrario, en la biomedicina, el modelo aditivo puede evidenciarse en los injertos de órganos o en la prescripción de alimentos o medicamentos que complementen la dieta del enfermo y le ayuden a suplir la falta (Laplantine, 1999).

Por otro lado, en alusión al modelo exorcista, podemos establecer ciertas similitudes con el modelo sustractivo, pues se centra en extraer del cuerpo o del espíritu la enfermedad. Ahora, en cuanto al modelo adorcista, veremos que el término adorcismo se constituyó para denominar una opción cultural, que permitiera comprender la enfermedad, a grandes rasgos, como un bien o con carácter terapéutico. De modo que, para algunas culturas las acciones curativas y terapéuticas frente a la enfermedad, se basan en darle un lugar a ésta y un sentido que les permitan legitimar el padecimiento dentro de la comunidad. Laplantine (1999) propone dos variantes para este modelo: el adorcismo de fijación en el cual se afirma que el ser humano es poseído por alguna divinidad y corresponde a las representaciones endógenas benéficas. En segundo lugar está el adorcismo de viaje, que se liga a los modelos endógenos benéficos y se ejemplifica en la práctica del chamanismo; en la cual el chamán es quien direcciona al enfermo para que desde sí mismo pueda darle sentido a la enfermedad, vivirla y hacer una transición a la cura. Dicho esto, el modelo adorcista se caracteriza por la ambivalencia del lugar que se le otorga a la enfermedad, a la salud y al papel principal del enfermo en el proceso terapéutico, dado que en este se posiciona como agente de su cura y el chamán o terapeuta brindan solo una guía o acompañamiento en el proceso.

En lo que respecta al modelo exorcista Gutiérrez (1984) refiere las terapias con humo, que se valen generalmente del uso de tabaco y ají, lo cual tendrá adiciones y variaciones dependiendo de las comunidades en las que se realice el procedimiento, con el fin de combatir los espíritus que han invadido el cuerpo de la persona, o algún territorio particular. En algunos casos se utilizarán elementos de naturaleza religiosa como el incienso de uso ritual católico, que en ciertas comunidades a causa del sincretismo sirve para combatir y expulsar los espíritus diabólicos. Así mismo, veremos que cada comunidad definirá el uso mágico y le otorgará el valor ritual a determinadas hierbas para efectuar el procedimiento (Gutiérrez, 1984).

GENERALIDADES DE LAS TERAPÉUTICAS Y PROCEDIMIENTOS EN COMUNIDADES INDÍGENAS LATINOAMERICANAS

Para complementar las relaciones establecidas anteriormente, haremos mención de otros elementos relevantes en las prácticas y terapéuticas de las comunidades indígenas latinoamericanas. Que a lo largo de la revisión pudimos identificar. En este recorrido, logramos dar constancia de un gran número de elementos y técnicas para realizar las intervenciones a las personas que presentan algún tipo de padecimiento; contando con un refinamiento y una especificidad de tratamiento ante la enfermedad que se trate: el cual puede involucrar la lectura de las señas de los espíritus, el uso de plantas y minerales, el diálogo

con el enfermo, cirugías, entre otros; enmarcados en un orden ritual en coherencia con el sistema de salud propio.

En el sistema médico tradicional las prácticas se ven regidas por diferentes actores como las curanderas, los médicos tradicionales y las parteras, cada uno con un saber de lo espiritual (semejante a la propuesta de Laplantine (1999) en el modelo adorcista) enfocado a trabajos, dolencias y situaciones específicas, quienes, por lo general, desde la cosmovisión propia, presentan dones y así logran saber qué elementos y tratamientos involucrar en los procesos de sanación, tal como lo encontramos para los indígenas Tikuna, Cocama y Yagua del municipio de Puerto Nariño, en el departamento del Amazonas (Patiño y Sandín, 2014).

Así mismo, para la Comunidad Nasa del Cauca es el The Wala (médico tradicional) quien, al tener dones y desarrollarlos por medio de la lectura de las señas de los espíritus, el uso de plantas y recurriendo al poder de los sitios sagrados, logra aplicar las prácticas curativas (Benavides, 2014). Ya en la Comunidad Embera-Chami podemos detallar con mayor precisión una jerarquía en la que los comuneros se ocupan de padecimientos leves a partir de un conocimiento mínimo que heredan de las madres y las abuelas; posteriormente se encuentran los sobanderos que se encargan de padecimientos exclusivamente ortopédicos, en el siguiente nivel están los rezanderos y curanderos quienes sostienen una relación con los espíritus, a través de los rezos y sus facultades de manera que pueden intervenir todo tipo de enfermedades con el uso de plantas; por otro lado, las parteras atienden la gestación y la prevención de los riesgos de la madre y el bebé gestante. Finalmente se halla la figura del médico tradicional como aquel que resguarda el conocimiento ancestral y presenta un vasto dominio de lo espiritual para dirigir las ceremonias, los ritos, las armonizaciones y atender las enfermedades más graves sin dejar de brindar todo tipo de consultas (Cardona, 2012).

Teniendo claridad sobre los actores más relevantes en el modelo de medicina tradicional, consideramos pertinente destacar dos de los procedimientos más frecuentes al interior de las comunidades referenciadas: las prácticas de armonización y refrescamientos, que contribuyen a restablecer las condiciones de anormalidad, de enfermedad y maleficio como parte de los procesos de curación. Para tal fin, en dichas prácticas se implementa el uso de plantas medicinales/mágicas para nivelar las energías de los individuos o de la comunidad, buscando su equilibrio o hacer la respectiva limpieza cuando estas son negativas o muy fuertes. Incluso, se recurrirá a los lugares sagrados como fuentes de poder, donde la presencia de los espíritus podrán contribuir en la sanación, al brindar la fortaleza para equilibrar a los individuos y reconectarlos con la protección del territorio. Estas actividades solo podrán ser llevadas a cabo por el médico tradicional quien es el único que cuenta con la capacidad de hacer una lectura apropiada de la situación e interpretar a los seres espirituales en aras de brindar el tratamiento respectivo (Cardona, 2012). Por lo anterior, el médico tradicional seguirá una serie de pasos muy específicos, en donde escogerá el lugar para llevar a cabo la ritualidad e implementará elementos como la hoja de coca y el aguardiente, entre otros, para proseguir con las orientaciones de los espíritus y realizar las respectivas recomendaciones a los implicados (Benavides, 2014).

Así mismo, otras comunidades, ante el discernimiento del médico tradicional, implementarán gran variedad de elementos como los jugos, el pulque, el temazcal, las inhalaciones de humo, el uso del tabaco; ungüentos corporales a partir de los tejidos y los excrementos del ocelote puestos en la cabeza de los enfermos, o soluciones a base de la piedra quiauhtecuitlatl en agua fría; técnicas con espinas o con las puntas del maguey similar a la acupuntura oriental (Pabon-Cuellar, 2013).

Por otro lado, resaltando algunos elementos llamativos de la cultura maya y de la azteca podemos dar cuenta que estos actores médicos, a quienes también se les denomina comadronas y curanderos en el territorio, previo a cualquier procedimiento, realizan un preciso análisis de la sintomatología para caracterizar el padecimiento, de manera que se le otorga especial relevancia al diálogo que prima entre el enfermo y el médico, dando lugar a la narración de su padecimiento, la manera en que se inscribe la enfermedad en su cotidiano, los vínculos que sostiene en la comunidad y el contenido reciente de sus sueños (Pabon-Cuellar, 2013).

También encontramos que en general, tras los diagnósticos, es imprescindible la práctica de curación como un asunto familiar y grupal donde la fuerza emotiva y el acompañamiento son de vital importancia. De manera que, durante los rituales de sanación, se hacen presentes los familiares, amigos y conocidos, cuya participación depende de la gravedad del enfermo (Villaseñor, 2002).

De igual forma resulta interesante resaltar la existencia de ciertos niveles de procedimiento en torno al padecimiento diagnosticado y el discernimiento de la autoridad médica que, si bien puede recurrir al uso de la herbolaria para la armonización, los refrescamientos, ungüentos y bebedizos, también hace uso de otras técnicas terapéuticas singulares como las cirugías o la psicoterapia (Pabon-Cuellar, 2013). Lo anterior, aludiendo específicamente a cuando se establecía la diferenciación del padecimiento como una enfermedad mental, tomando el caso de la comunidad Maya. Allí, la técnica llamada hahualatoli consistía en la implementación de palabras suaves para invitar al enfermo a manifestar su tristeza, dolor y malestar; reconocer su reflejo en el espejo y a su vez reestablecer el sentido de pertenencia del individuo con su entorno, reconociendo los impedimentos que le imposibilitan llevar una vida en comunidad de forma *normal* a partir de la comprensión de su estado (Pabon-Cuellar, 2013).

Por otro lado, destacamos cómo, en el caso de las culturas mesoamericanas se hacía uso de enteógenos (los hongos, el peyote o la hierba de víbora verde/culebra Verde (ololihqui/Turbina corymbosa)) cuando no existía claridad en el diagnóstico; el consumo de estos elementos -consideradas *plantas de los Dioses que* contenían el espíritu divino- permitía la expansión de consciencia y la conexión con las deidades. De manera que podían ser implementados por el chamán con fines positivos para encontrar respuestas, alivio, orientación y fortaleza para que el doliente pudiera asumir su padecimiento (Villaseñor, 2002).

Igualmente, cabe resaltar el uso de las plantas como la ayahuasca, el tabaco, el cactus y el peyote -también consideradas plantas sagradas o plantas de los dioses por parte los pueblos indígenas- como potenciales terapéuticos para la adicción y demás dolencias en contextos

ritualizados; desde el punto de vista de la psiquiatría moderna se ha concluido su eficacia a causa de la posibilidad de establecer un marco simbólico universal que dota las diversas experiencias individuales de sentido y las torna manejables a partir de la integración del modelo cultural propio del individuo (Mabit, 2001).

En conclusión, tal como lo menciona Augé (citado en Baubet, 2009), la enfermedad es un evento que afecta a los individuos y su interpretación es social, al ser impuesta por los modelos culturalmente definidos, así como el nacimiento o la muerte. En ese sentido, el diagnóstico de la enfermedad supone tener en cuenta, al menos, cuatro elementos que permiten evidenciar la pluralidad de las causas: el reconocimiento del síntoma o la enfermedad, la causalidad de ésta que remite a la cuestión de cómo apareció, la identificación de qué la produjo, y la reconstrucción de su origen, es decir, por qué aparece en determinado momento y con tales características (Zempléni citado en Baubet, 2009). Atendiendo así que las consideraciones sobre los padecimientos y sus causalidades podrían ser muchas ya que están determinadas por factores diversos relacionados con la agrupación social y el territorio de donde proviene el enfermo.

De manera que la variabilidad de los modelos explicativos expuestos nos invita a volver la mirada sobre la dimensión social de la enfermedad, al reconocer que estos no pueden estudiarse por separado, pues están estrechamente relacionados unos con otros y entre ellos se actualizan y redefinen. Así mismo, el conocimiento de esta dimensión es la que le da lugar a esas cuestiones de sentido tales como ¿por qué yo? ¿por qué él? ¿por qué aquí? ¿por qué ahora? (Baubet, 2009), las cuales van más allá del campo individual del enfermo y del diagnóstico que pueda hacerse a partir de la patología identificada y se presentan, generalmente, en culturas no occidentales.

Por tanto, el recorrido por los diferentes modelos etiológicos y terapéuticos de la enfermedad, deja abierta una serie de posibilidades desde las cuales es posible estudiar y analizar los diversos abordajes y tratamientos que se le dan a las patologías, reconociendo que los marcos referenciales expuestos pueden pensarse de manera complementaria y sus características no se definen en la rigidez absoluta, sino que se transforman y diversifican en un diálogo constante.

LA EFICACIA DE LOS SISTEMAS MÉDICOS TRADICIONALES.

Retomando a Cardona (2012) es importante precisar que la medicina tradicional y las formas de curar son “ producto de la tradición oral, la riqueza ancestral y la biografía del resguardo; donde confluyen el saber acumulado de los comuneros en torno del cuidado físico, mental, espiritual, y la mediación de la naturaleza, sus productos, elementos, espacios y espíritus” (Cardona, 2012, p.634).

Este sistema articula elementos de la vida espiritual, física y mental; tomando como centro los saberes y prácticas curativas que vienen de la madre naturaleza (Cardona, 2012). Así mismo, confluyen tanto factores internos del individuo, como su dimensión espiritual; y factores externos, que aluden a los espíritus de las plantas y el poder de la madre naturaleza. Sin embargo, se hace hincapié en que el estado espiritual del paciente es de suma relevancia y determinante en el proceso curativo o de sanación.

También se hace una distinción entre curar y sanar. Lo que permite reconocer que “curar” alude al tratamiento que se le da a una enfermedad, teniendo en cuenta que pueden quedar residuos, o solo se mitiga la afección por un periodo de tiempo. Diferente de sanar, que apunta a la desaparición definitiva del padecimiento, estrechamente ligada a la espiritualidad y la relación con los espíritus de la comunidad: “sanar a una persona es hacerle una limpieza, montarle su protección para que así ella no vuelva a ser atacada” (Citado en Cardona, 2012, p. 635).

Cabe precisar que la efectividad de todo este entramado médico está mediado por la fe y convicción que tienen los habitantes de la comunidad en el tratamiento. Una de las dificultades que se percibe es que muchos “comuneros”, principalmente jóvenes, que han pasado por procesos de mestizaje se vuelven muy escépticos y pierden credibilidad en la medicina y ritos llevados a cabo en su comunidad para tratar las enfermedades (Cardona, 2012).

Según lo anterior, podemos analizar dichos procedimientos a la luz de varios teóricos que ante la curiosidad han buscado esclarecer la práctica médica tradicional a la luz de un razonamiento lógico enmarcado en los códigos occidentales de interpretación. Tobie Nathan (1997), ante las limitaciones que encuentra en la práctica de la psiquiatría positivista, da cuenta de la consideración de la patología como algo del orden de lo individual más precisamente de lo biológico, desligando su comprensión de los otros aspectos constitutivos de la persona, que a la luz de la práctica y el quehacer terapéutico cobran especial relevancia, como lo son la herencia, la ancestralidad y la identidad cultural, todo lo que compete a la lengua, las costumbres y los sistemas de representación; elementos contextuales que tienen especial relevancia bajo el sistema médico tradicional.

A partir del trabajo por medio de un dispositivo clínico conocido como la consulta en etnopsicoanálisis, Tobie Nathan atendió varios casos de inmigrantes originarios de sociedades no occidentales para los cuales la psicoterapéutica convencional europea había sido ineficaz y no había correspondencia en las categorías nosográficas que se manejaban. Ante la práctica y las necesidades de la nueva población, dio cuenta de la exigencia de un sentido para las sintomatologías que les aquejaba, sentido que de entrada Occidente no les ofrecía sino una explicación de las posibles causas desprovista del relato y la articulación en contexto.

De esta manera, si bien se reconocen las causalidades de enfermedad a partir de la responsabilización de los males con base en una matriz mítica donde los demonios, los hechiceros, la brujería y las envidias juegan un gran papel, el tratamiento occidental de corte científico resultó ser el menos indicado para promover la construcción de sentido en la medida en que generaba mayor traumatismo psíquico (Nathan, 1997).

Nathan (1997) va a considerar todo dispositivo terapéutico, incluido el de la medicina tradicional, como un procedimiento de influencia de carácter lógico, con ciertas pautas cognoscibles, lejos de ser arbitrarias y de índole mágica. Estos procedimientos de las sociedades tradicionales tendrán la característica de tener una profundidad polisémica, ancladas en el universo cultural que dificulta su traducción al marco científico.

Bajo el análisis de este dispositivo se concluye la posibilidad de los procesos de influencia en la medida en que exista la interacción entre por lo menos dos personas, el enfermo y el terapeuta, pero en dicho dispositivo se presenta un tercero, de naturaleza radicalmente diferente que permite una ausencia de dominación por parte de alguno, y que usualmente en el dispositivo occidental es el terapeuta. De esta manera, vemos cómo el interés del curador usualmente se puede percibir en descifrar el tercer tipo, sobrenatural, (sea demonio, espíritu, maleficio, etc) lo cual impide objetivar a los pacientes ya que el material interactivo radicará en todo lo que el curador pueda decir sobre el tercero en cuestión y la relación que éste sostiene con el segundo (Nathan, 1997).

Veremos entonces que las técnicas terapéuticas tradicionales están lejos de ser consideradas placebos, engaños o sugerencias, y su importancia radica en la parte práctica más allá de la teoría que el curador pregone. Por ejemplo, vemos que la figura médica usará elementos como la sal o el agua bendita, sustancias manipuladas, las cuales permitirán la corporización de sensaciones o la organización del cuerpo a partir de estas, delimitando y esclareciendo su conocimiento. Siendo el curador la persona que percibe también los padecimientos del paciente y quien puede establecer el vínculo del enfermo con su situación actual, todo gracias a los discursos, su vida, la narración del llamado para ser curador o curadora, sus experiencias previas, sus actos, formas de curar, entre otros; que le permiten ser la encarnación del operador técnico y de aquello que posibilita la terapéutica (Nathan, 1997).

Así mismo, podemos entrar a pensar la eficacia de la técnica a partir del conocimiento y la práctica de la teoría cultural por parte de su representante, la figura del curandero, quien envuelve en una historia singular el origen de los males del enfermo a partir de la manipulación de sustancias y sensaciones, permitiendo la adquisición de coherencia en relación con el discurso que el terapeuta también estipula sobre sí mismo, enmarcado en el propio sistema simbólico al cual pertenecen ambos actores (Nathan, 1997).

Aparte de la transferencia que se va a presentar de la dolencia del paciente en el curador, podemos destacar los procesos de inversión que toman juego a partir del uso de los elementos previamente mencionados, esto último para casos particulares de tratamientos y que no necesariamente estarán inscritos en todos los procedimientos de la terapia tradicional. La curación deviene cuando hay una inversión de los mecanismos patológicos inscribiéndolos en una lógica de opuestos, ejemplo, si al enfermo se le considera en un estado de suciedad al mismo tiempo se deberá inscribir al cuerpo en dicha lógica por ende hacerle penetrar la pureza por alguna de las cavidades del enfermo, de nuevo en inversión (si por la nariz toma aire y por la boca agua, este recibirá el agua por la nariz) representada a partir del agua bendita (Nathan, 1997).

Por otro lado, el vínculo que establece el enfermo con su situación actual, implica a los demás miembros familiares a partir de la relación que sostienen entre sí, de manera que la unión se estipula a partir de un solo relato con base en los múltiples acontecimientos previos a la dolencia del paciente. “El análisis de las técnicas terapéuticas tradicionales muestra, sin embargo, que toda palabra es un acto que anuncia o repite procesos formales que un buen curador manipula sobre el cuerpo del enfermo, su familia y objetos para lograr en ellos modificaciones psíquicas. Se trata de activar en el enfermo un mecanismo y no de explicárselo, contarle una etiología mágica o seducirlo...logran de este modo, creo, evitar los fuertes sentimientos transferenciales que nosotros apenas logramos dominar y que, incluso, a veces ni siquiera podemos contener” (Nathan, 1997, p. 39).

Así mismo, Nathan (1997) aludirá a la importancia de traer a colación en toda relación de tipo psicoterapéutica el uso de lo que denomina los elementos operatorios, de forma responsable. Los cuales, dependiendo de su cultura, le permitirán encontrar un marco técnico que le aporte cierta mejoría. El primero de esos elementos resulta siendo la videncia; por un lado, los diagnósticos bajo este sistema médico se realizan a partir de dicho procedimiento. Éste resulta siendo un enunciado múltiple dirigido tanto al enfermo como a sus allegados, comprometiéndolos a partir de la inducción y construyendo a través de palabras lo que resulta perceptible, redistribuyendo la aflicción del enfermo en un objeto en concreto, manejable y con sentido.

A pesar de considerar que las teorías, como lo es en el caso de las psicoterapias denominadas científicas, no ayudan a la toma de conciencia, por el contrario dirá que la teoría del curador o bien su interpretación del proceso que se desencadena a partir de lo que expone parcialmente el paciente, será considerada como un elemento operatorio activo, ya que inscribe el desarrollo del proceso en un universo mágico, sobrenatural y secreto. Con relación a esto, es importante destacar el papel que tienen los *Inductores Culturales* como aquellos elementos que están dotados de sentido en un grupo social y marcan los límites entre lo privado y lo público o bien lo íntimo y lo ritual; estos inductores bien podrán ser los huesos de pollo, el agua bendita, la sal, el huevo, entre otros (Nathan, 1997).

De igual forma se alude a que el lenguaje no tiene mucho lugar de intervención en comparación con los ritmos (poéticos, musicales) las imágenes o incluso dichos objetos principalmente. Estos últimos logran condensar el proceso transferencial y así mismo contener los recuerdos vividos y representaciones de protección o fortaleza. De manera que, aunque estos elementos bajo su uso en las técnicas terapéuticas no permiten acompañar al enfermo en sus elaboraciones internas, le permiten acceder a nuevos continentes formales a partir de un proceso asociativo que igual resulta terapéutico, en donde se logran calmar las excitaciones al tener un continente capaz de recibir contenidos de pensamientos en total desorden. Presentando estos elementos según los marcos culturales como aquellos que posibilitan los procesos de elaboración (Nathan, 1997).

Es necesario resaltar que las psicoterapias, a partir de las nuevas comprensiones de la experiencia etnopsiquiátrica, se encuentran orientadas a la articulación de continentes y contenidos, que de otra forma podrían interpretarse como significantes y significados pero esto implicaría una alusión de un universo estrictamente lingüístico lo cual implica un limitante para discernir otras formas de percibir el espacio, las sensaciones corporales, los ritmos y los objetos que con mucho esfuerzo podrían ser transmitidos por el lenguaje (Nathan, 1997).

Así mismo, un continente formal según lo ilustra Nathan (1997) se asemeja más a los objetos, los ritmos e incluso las imágenes que a la palabra. Los cuales no poseen por sí mismos un sentido pero posibilitan su construcción. Otros teóricos lo relacionan con elementos que permiten identificaciones somáticas y táctiles.

Por tal motivo, durante el abordaje terapéutico a pacientes de otras lógicas culturales considera que:

Si recibimos un paciente cuya patología está organizada por una demanda de continente formal y le respondemos con la escucha, esperando que se constituya un sentido, nos instalamos en medio de un malentendido [...] Cuando un paciente presenta una neurosis y yo respondo por una inducción formal diván- sillón, procedo a una operación lógica que no es de naturaleza diferente de la del curador que, en respuesta a la demanda de su paciente, le ofrece un talismán formado por elementos heterogéneos y benéficos. Los contenidos no pueden ser comparados, pero si el hecho de prescribir un continente de la misma naturaleza lógica que la supuesta patología, que va a informar la lógica de la patología del paciente. (p. 61)

Ahora bien, respecto a los casos clínicos en general, independientemente de la cultura, se considera que la enfermedad implica un padecimiento cuyo sentido se ignora, el objetivo de la terapéutica puede vislumbrarse en adquirir ese sentido, pero queda resaltado que en las terapias tradicionales el sentido será compartido, pues no proviene del paciente ni del

terapeuta sino en la interpretación que el curador realice sobre el elemento cultural en juego; como podría hacer la lectura de la arena, plomo, hoja de coca, etc, lo cual brindará a ambos actores una representación del mal acorde con los pensamientos del que lo sufre, en últimas, será un elemento que brinde una organización (Nathan, 1997).

Por consiguiente, la técnica logra brindarle un sentido público, y compartido en el marco cultural al individuo, de manera que su padecimiento no sea vivenciado en lo ordinario, en lo individual y solitario. Así mismo, aunque haya comentarios y se revelen secretos de la vida personal del implicado, el dispositivo terapéutico nunca convoca a la emoción, esta viene por añadidura. Respecto al curador, se dirá que él no es un ser libre sino que está obligado a seguir los lineamientos de su don, y que el dispositivo en sí, no estará interesado en saber de las futuras elaboraciones del paciente sino que espera que el individuo se modifique en el sentido deseado bajo la compañía de las personas de apoyo, modificando a su vez las interacciones familiares y de vínculos cercanos en una evolución conjunta donde prima la confianza en la técnica por sí misma (Nathan, 1997).

Hemos de mencionar que la fuerza específica que impulsa el cambio en el paciente, Nathan (1997) no la considerara una eficacia simbólica ni psicológica sino una eficacia lógica, donde prima la acción pragmática y no hermenéutica que da cuenta de todo un dispositivo coherente según el marco cultural en el que sea aplicado. La vivencia de las terapéuticas tradicionales y su respectivo análisis le han permitido dar cuenta de la radical modificación que vive el contexto del síntoma, y esto se da gracias al recurso de los objetos activos, a los cuales se les transfiere el pensamiento. Por un lado siendo este último de carácter mutable, interior, versátil, organizado y de temporalidad lineal mientras que el objeto resulta ser externo, atemporal e inmutable:

Estos dos universos son totalmente heterogéneos. Al primero, el mundo interior, se puede acceder de modo inmediato pero, como está en movimiento continuo, no es confiable; mientras que el segundo, el mundo de las cosas, necesita una acuidad de percepción y una elaboración conceptual para volverse perfectamente confiable. (Nathan, 1997 p. 72)

De igual forma, se reconoce que estas intervenciones se establecen a manera de relato, siendo un elemento singular que trasciende el discurso. En este ámbito podemos encontrar relatos estructurados culturalmente, los cuales son poco sensibles a ser distorsionados con las elaboraciones interiores, permitiendo organizar las estructuras en el aparo psíquico de forma sucesiva una y otra vez. En el relato podemos encontrar la línea de las causalidades, lo cual permite producir sentido, esto se encuentra ausente en la causalidad científica por ser de intenciones aparentemente neutras: “Parece que las terapia tradicionales, al preservar las matrices miticas, asilándolas de las explicaciones causales, hubieran aislado la función de fabricación de relatos, otorgándole autonomía con respecto a cualquier teorización y acrecentando tal vez su fecundidad” (Nathan, 1997, p. 86).

Es importante resaltar que el primer relato que se instaura como referente para el paciente dentro de las terapias tradicionales será la historia personal del curador/a, el cual es usualmente contada con pautas codificadas y a su vez funciona como una matriz mítica, constituyendo un continente incluso para la patología de los pacientes como para la terapéutica que se les aplica. Se dice que el paciente que acepta la palabra del curador, entra en la lógica del espacio y de la terapéutica, lo cual implica la posibilidad de establecer mediaciones entre diferentes universos de significados, apoyándose claro, en otros inductores/operadores terapéuticos (Nathan, 1997).

Dichos operadores terapéuticos son procedimientos lógicos inducidos por el terapeuta para ejercer una coacción sobre el enfermo: la inversión, ya mencionada anteriormente, obliga al paciente a invertir la lógica patológica a partir de un tópico imaginario: si se plantea la existencia de los demonios, bajo ese orden de ideas, la patología se explica a causa de la posesión e intrusión de estos al cuerpo, y si fueron capaces de entrar bien pueden ser expulsados. La mediación, pasaría a consistir en la delimitación de los espacios físicos-Materiales-Humanos vs el mundo de los espíritus, demonios, seres, etc, y la importancia de establecer una interacción o fusión entre ellos designados como espacios sociales y culturales. Usualmente esta mediación se hace a partir de los elementos que lo manifiestan en un plano real o en un hecho, lo que implica que sea más factible de asumir por parte del paciente. Finalmente, la analogía, un razonamiento o un movimiento interior del pensamiento propio del paciente, el cual es inducido a partir de las intervenciones (interpretaciones, prescripciones, elaboraciones) invocando constantemente formas retóricas como pueden ser metáforas, aforismos o proverbios culturales por parte del curador/a (Nathan, 1977).

Por otra parte, para profundizar en nuestras comprensiones sobre la pertinencia de estas prácticas para abordar la enfermedad bajo las concepciones ilustradas anteriormente, podemos traer a colación lo postulado por Lévi-Strauss (1995) a partir de un ritual Shamanico en el caso de un parto complejo de la Comunidad Kuna de Panamá con base en la crónica realizada por Wassen y Holmer en 1947.

Lévi-Strauss aludirá a la eficacia de los procedimientos de orden tradicional a partir de lo simbólico, y la inclusión del relato y el mito como principal herramienta para resignificar la experiencia o situación a partir de la cual se ha originado el padecimiento en el enfermo.

Para contextualizar, la historia de esta terapéutica inicia con la llamada del Shamán por parte de la partera para que se dirija hacia la choza de la enferma. Quien carga consigo preparativos de grano de cacao e imágenes que representan los espíritus protectores; los cuales brindan eficacia al rito y se convierten en asistentes del quehacer terapéutico para combatir a Muu; fuerza responsable de la formación del feto. Dicho parto se ve en complicación porque Muu ha sobrepasado sus atribuciones y se ha apoderado del alma

(Purba) de la madre. El objetivo del Shaman será entonces buscar el alma perdida y retornarla al propietario, para que, de este modo, se pueda dar el parto.

El Shaman se presenta como la figura médica de la comunidad que cuenta con los dotes de clarividencia, los cuales le permiten descubrir inmediatamente la causa de la enfermedad y las fuerzas vitales que allí convergen. De manera que logra movilizar los malos espíritus, hacerlos sus protectores o asistentes y será él quien, en su rol cultural, contará con la posibilidad de encaminarse en la búsqueda del alma de la parturienta (Lévi- Strauss, 1995).

El “*shaman*” iniciara un trayecto, junto a los “*nuchu*” (espíritus protectores), hacia el mundo sobrenatural en donde se encuentra el alma cautiva, con el fin de llevarla de nuevo a su portador para asegurar su curación. Para Lévi-Strauss (1995) el interés reside en el descubrimiento de que:

Mu-Igala, es decir, la «ruta de Muu» y la mansión de Muu, no son para el pensamiento indígena un itinerario y una morada míticos, sino que representan literalmente la vagina y el útero de la mujer embarazada, que el chamán y los *nuchu* exploran y en cuyas profundidades libran su combate victorioso (p.213).

Conviene subrayar que para esta cultura, la existencia de la fuerza vital (*niga*) resulta de la existencia de muchos “*purbas*” (almas) en el organismo humano, tales como los del corazón, los huesos, los pies, entre otros. En ese sentido el parto difícil se explicaría porque el alma del útero se desligó de las demás almas pertenecientes al cuerpo y debe volver para facilitar el proceso (Lévi-Strauss, 1995).

El Shaman comienza su intervención relatando de manera descriptiva cada uno de los sucesos que se han presentado desde el momento en el que la parturienta va en su búsqueda. Posteriormente, con ayuda de los espíritus protectores inicia la ruta de Muu, mientras canta lo siguiente:

La enferma yace en su hamaca, ante vosotros;/su blanco tejido está extendido, su blanco tejido se mueve dulcemente./El débil cuerpo de la enferma está extendido;/cuando ellos despejan el camino de Muu, éste chorrea algo como/sangre;/el chorro se derrama bajo la hamaca, como la sangre, todo rojo;/el blanco tejido interno desciende hasta el fondo de la tierra;en medio del blanco tejido de la mujer, un ser humano desciende. (Lévi- Strauss, 1995, p.214, 215)

Los espíritus protectores se encargan de luchar contra los espíritus malignos por la reconquista del alma en dicho lugar; el canto de Shaman expresa el recuento de todos los preparativos que acontecieron antes de que él asistiera a ver a la enferma, el diálogo de la partera tras visitar al shamán, lo que acontece cuando el Shaman se presenta ante la enferma

y el diálogo de la partera con ella, que incluirá todo intercambio discursivo, repetirá lo que su interlocutor le comenta: *«En verdad, estoy vestida con las cálidas ropas de la enfermedad»*, siendo recapitulado por la partera cómo: *«Estás, en verdad, vestida con las cálidas ropas de la enfermedad, así te he escuchado yo también»*. (Lévi- Strauss, 1995, p. 216)

Posteriormente veremos que la teatralidad se centrará precisamente en el territorio de muu, donde el cuerpo y los órganos internos de la enferma tomarán especial relevancia. El Shamán continuará la invocación de los espíritus protectores del viento, de las aguas y del bosque entre otros, los cuales trae en presencia con sumo detalle así como el equipo mágico que estará empleando: *"perlas negras, perlas color de fuego, perlas sombrías, perlas redondas, huesos de jaguar, huesos redondeados..."* (p.218) mientras a su vez describe sus condiciones tras la lucha: *"Se encuentran chorreando sangre"* y nos continúa manifestando los dolores de la enferma: *«Su blanco tejido interno se extiende hasta el seno de la tierra... hasta el seno de la tierra, sus exudaciones forman un charco, todo como de sangre, todo rojo»* (p.218)

Llegará un punto donde el Shaman considerara necesario poner en términos concretos y conocidos la entrada de dichos espíritus por la vagina para llegar al útero, los cuales son relatados en apariencia como un pene en erección. La enferma los sentirá penetrar y podrá percibir el camino que recorrerán para "hacerle «claro» y accesible al pensamiento consciente la sede de sensaciones inefables y dolorosas" (p. 219).

El Shamán canta "Los nelegan colocan una buena visión en la enferma, los nelegan abren ojos luminosos en la enferma, los nelegan marchan en fila a lo largo del sendero de Muu, tan lejos como la Baja Montaña; tan lejos como la Corta Montaña...hasta el centro de la Lisa Montaña; los nelegan se ponen en camino, los nelegan marchan en fila a lo largo del sendero de Muu" (Lévi- Strauss, 1995, p.219).

Posteriormente, el Shamán se dirige a la montaña, acompañado de personas de la aldea, en búsqueda de plantas medicinales con las cuales penetrara en la "abertura de Muu" para limpiar y secar dicho espacio. Antes de mencionar las prevenciones que deben tenerse para evitar la salida de Muu, se extiende un llamado a un cuerpo de arqueros del mismo grupo social de la enferma, que tienen la misión de levantar una nube de polvo para oscurecer el camino de Muu; de este modo deberán estar vigilantes a sus desvíos y/o atajos. En este punto, la mujer ya ha parido y, el canto culmina. Una vez el relato cobra sentido para la enferma y, cada una de las partes comprometidas, se da fin al ritual, pues deviene la cura (Lévi- Strauss, 1995).

Según lo previamente expuesto, el procedimiento pone en juego determinadas representaciones psicológicas que median eficazmente sobre las perturbaciones fisiológicas de la enferma a partir del canto, el relato y el uso del mito. Es de especial relevancia la tradición oral con la que cada Kuna crece en dicho contexto pues de ese aprendizaje depende

la posibilidad de que el enfermo tome voz y participación o implicación en dicha intervención. Así mismo, queda explícito el valor que conlleva la riqueza semántica y descriptiva para narrar los acontecimientos y con ello verbalizar también los afectos de la enferma. Vemos, entonces, la relación terapéutica que se establece entre la enferma y el Shamán, alrededor del padecimiento y la manera como se vive la intervención por medio de los componentes rituales; lo cuales, dotados de un cúmulo de símbolos, comparten un significado culturalmente; así pues, los animales, los espíritus y todos los derivados de la naturaleza física y espiritual a los cuales se aluden durante la narración, hacen parte de un sistema complejo de representaciones, que cobra sentido bajo la cosmovisión indígena de la comunidad Kuna.

Tal como lo menciona Lévi-Strauss (1995), la cura consistiría en volver pensable la situación que es completamente incomprensible para la enferma y hacer que su espíritu acepte aquellos dolores que a nivel orgánico ella se rehúsa a tolerar. Esto se logra paulatinamente a lo largo de toda la *Historia Ritual*, de forma precisa y meditada; centrando la atención de la enferma en la trayectoria de los acontecimientos que la trajeron a ese momento, restaurando la calma que se ve alterada por la exacerbada sensación de dolor que acarrea. Así la transición de su realidad cotidiana se ve unida con el mito y pasa de un “universo físico a un universo fisiológico, del mundo exterior al cuerpo interior...con el mismo carácter de experiencia vivida” (p. 217).

El relato, fundado en un mito colectivo, será entonces la técnica que permite restituir la experiencia real y ser aprehendida en el pensamiento consciente; “en la medida en que esta experiencia se organiza, ciertos mecanismos colocados fuera de control en el sujeto se regulan espontáneamente para llegar a un funcionamiento ordenado” (Lévi-Strauss, 1995, p.222). Las descripciones, a su vez, dan cuenta de un nombramiento para la enferma de su estado actual, presentando incluso toda una geografía afectiva, los puntos de resistencia y de dolor, en los cuales podrá verse reflejada en el relato del Shamán: como la enferma, los nuchu también resisten, gotean y chorrean sangre. En ese sentido, tal como lo menciona Galende (1990) el tratamiento consiste en hacer simbolizable aquello que se escapa a toda la comprensión de la enferma.

De esta forma, la cura shamanística se da gracias al sistema de coherencia simbólica que se alcanza por medio del mito, y se fundamenta en la creencia que se tiene sobre dicha práctica, “la enferma cree en esa realidad y es miembro de una sociedad que también cree en ella....la enferma lo acepta, o, mejor, ella jamás lo ha puesto en duda” (p.221). Aquello que irrumpe en la vida afectiva de la mujer es la incomprensión de su situación actual, y es gracias al mito que ella logra darle sentido, encontrarle alguna justificación. En términos de Lévi-Strauss “La enferma al comprender, hace algo más que resignarse, se cura” (1995, p.221).

Será preciso entender, entonces, que el complejo chamánico y lo que garantiza la eficacia y credibilidad en su práctica, está sustentado en tres aspectos de suma relevancia; en primer

lugar el convencimiento del Shaman en la efectividad de su técnica; en segundo lugar, la convicción del enfermo en las capacidades del médico y, por último, la confianza y exigencias que la comunidad pone sobre la práctica chamánica. En cuanto al mito, veremos que el chamán no se limita únicamente a describir los acontecimientos que giran en torno al padecimiento de la enferma, sino que revive intensamente la situación a partir de la cual se origina el padecimiento. De ese modo, la trascendencia del mito radica en el contenido, es decir, en la historia que se relata.

Así pues, vemos que el Shamán es quien le brinda a la enferma el lenguaje apropiado para expresar aquello que de otro modo sería inefable, quitarle al estado afectivo su carácter de inefable y transformarlo a una experiencia llena de sentido. De tal manera podemos pensar que dichas prácticas “sostienen su eficacia, que no es poca, en el ritual y ceremonial reglado en su sistema simbólico, cultural, por el cual la representación mágica de posesión es transformada y eliminada, permitiendo al individuo la reapropiación de sí mismo” (Galende, 1990, p.86).

De tal modo, podremos evidenciar que en la práctica chamánica hay un mito que se articula al discurso para dar sentido y estructurar aquello que ha infortunado la vitalidad y el equilibrio de la persona; y por medio de éste, probablemente se logra llevar a la conciencia aquellas dificultades o resistencias del paciente “ya sea en razón de su represión por obra de otras fuerzas psicológicas, o —como en el caso del parto— a causa de su naturaleza propia, que no es psíquica, sino orgánica, o inclusive simplemente mecánica”(Lévi-Strauss, 1995, p.222).

Finalmente, es importante distinguir la existencia de un mito social o cultural, donde el primero es aquel que se recibe de manera externa y no se relaciona estrictamente con las vivencias o estados pasados del paciente, pero se presenta como referente cultural para esclarecer su condición actual. El mito individual por otro lado, más recurrente en individuos pertenecientes a las sociedades occidentalizadas, estará relacionado a partir de las experiencias pasadas del consultante entorno a su enfermedad o bien donde nuestro mito se fundamenta en la realidad objetiva proveniente de las ciencias médicas, cuyo relato es la causalidad en concreto, y nos cataloga bajo el concepto hipotético de humano universal, negándonos de nuestra filiación como un ser cultural desproveyéndonos de un referente válido y fundamental (Nathan, 1997).

De allí a que sea importante reconocer que en la práctica chamánica los conflictos o padecimientos se solucionan por las posibilidades que abre el conocimiento del enfermo al construir una experiencia por medio de la cual puede elaborar y darle fin al padecimiento gracias al sentido y el orden que le brinda el referente cultural. De modo que, en relación con las terapias Occidentales, tal como lo menciona Sampson (2001) que la singularidad de la biomedicina occidental frente a las otras terapias radica en que es la única que propende a desatender “sistemáticamente la estructura simbólica de los procesos de curación” (p.367).

REFLEXIÓN.

SOBRE EL IMPACTO DE LA MEDICINA OCCIDENTAL PARA LAS COMUNIDADES INDÍGENAS LATINOAMERICANAS.

Dar cuenta de la riqueza, la profundidad y la coherencia interna que presentan las prácticas tradicionales para abordar las múltiples enfermedades que surgen en cada comunidad indígena, nos genera el interrogante de las implicaciones que pueden tener las prácticas médicas ajenas a la cultura de un grupo social tras su intervención; aquellas que de entrada desconocen la importancia de atender lo particular, y bajo una mirada de lo homogéneo, buscan brindar soluciones a padecimientos sin cuestionar la legitimidad, funcionalidad y bienestar que atribuyen dichas acciones.

Desde el contexto colombiano, las comunidades indígenas han concertado los lineamientos fundamentales en consenso, que rigen el bienestar de cada uno de sus miembros en aras de que estas propuestas sean tenidas en cuenta para los futuros planes de desarrollo a nivel nacional 2018-2022. Dichas pautas están enmarcadas bajo el concepto de gobierno propio que estipula un ejercicio permanente y colectivo de todo proceso encaminado a la protección de la vida en todas las manifestaciones posibles, y de aquellos sistemas que desde su experiencia de resistencia y reivindicación les ha permitido mantener el orden natural de su vida, con su identidad y las costumbres que la consolidan junto con la defensa y el cuidado de sus territorios (Mesa permanente de concertación, 2019).

Teniendo en cuenta lo estipulado anteriormente sobre el concepto de Buen vivir, los planes de vida de las comunidades indígenas colombianas se ven regidos por el derecho mayor, la ley de origen y el derecho propio, dejando como resultado la gobernanza autóctona en ejes de gobierno, educación, administración y salud.

Respecto a la salud propia, la pauta rectora de las estrategias y propuestas está demarcada a partir del propósito de “salvaguardar y proteger la vida y la salud en todas sus formas en los territorios indígenas de acuerdo a sus particularidades y garantizando las condiciones financieras, técnicas e institucionales para la implementación efectiva de los componentes del SISPI⁸ de acuerdo a sus usos y costumbres” (Mesa permanente de concertación, 2019, p. 23).

⁸ Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural.

De manera que la participación que presentan los pueblos indígenas en la toma de decisiones a nivel nacional es vital para garantizar la continuidad del estilo de vida y asegurar las formas de gobierno propio, esto de forma conjunta con el Estado, lo cual se concibe a partir del diálogo intercultural entre las instituciones gubernamentales y los representantes de cada comunidad y la conjunta concertación de visiones en los planes nacionales de Desarrollo a la luz de lo decretado en la Constitución política de 1991 (Mesa permanente de concertación, 2019).

Si bien la Mesa de concertación de comunidades indígenas exige el respeto de la idiosincrasia de cada uno de los pueblos en consonancia con su respectiva cosmovisión, se han generado procesos de intervención que abogan por la integración de los modelos médicos occidentales a los sistemas de salud propios, a lo largo de toda la nación (Mesa permanente de concertación, 2019).

Paralelamente desde la visión de los pueblos indígenas se considera posible garantizar la soberanía y autonomía en sus sistemas de gobierno, en la medida en que el Estado colombiano garantice la integridad cultural de cada comunidad bajo el cumplimiento y la resolución de las demandas propias en concordancia con el derecho mayor, la ley de Origen y el derecho propio. Dicha integridad cultural alude a la libre convergencia de elementos que componen la identidad tanto territorial y espiritual como de los procesos y prácticas ancestrales; todos en armonía con la madre tierra, fuente de vida y de permanencia (Mesa permanente de concertación, 2019).

Actualmente, en aras de garantizar los derechos de los pueblos en cuanto a la salud, se viene generando el SISPI, en donde se brinda la atención a cada miembro a partir de las prácticas tradicionales de la comunidad, con la opción también de ser remitidos a especialistas de la medicina occidental para una mayor complementariedad; dando relevancia a que con dicho sistema se puedan fortalecer los conocimientos y los aprendizajes sobre la medicina ancestral a partir de su práctica y vigencia (Mesa permanente de concertación, 2019).

Por otro lado, al hablar de un enfoque intercultural en la salud se alude al reconocimiento de las diferentes cosmovisiones de lo humano y, de esta forma, el aceptar la coexistencia de distintas perspectivas sobre la enfermedad, incorporando las visiones de lo cultural; es decir, negociar las diferencias para transformar un sistema que busca la igualdad para todos y así mismo, referir a la interacción comunicativa entre grupos humanos de diferentes sociedades, etnias, rasgos, etc (Lasso, 2012).

Conviene subrayar que en Colombia, el cambio de los sistemas de salud aconteció en el año 1993 a partir de la puesta en marcha de la ley 100, de manera que las ciencias biomédicas comenzaron a ingresar a los resguardos indígenas para esas fechas. Con estas hibridaciones culturales se ha esperado que hayan incidencias positivas en las prácticas de salud contribuyendo en el bienestar de la población a la que va dirigida, sin embargo la forma en que se piensan los lineamientos y su desarrollo da lugar a formas de deserción, abandonos e incluso desencuentros (Lasso, 2012).

Según lo mencionado por Duarte (2003) se alude a que uno de los problemas más comunes en la construcción de políticas saludable es, precisamente, la falta de comprensión de las perspectivas y experiencias que pueden aportar los diferentes actores en cuestión, ya que se da la tendencia de formular políticas a partir de un solo modelo y diseño, como bien podría decirse según la experiencia, desde la perspectiva positivista, donde lo válido es aquello que se puede experimentar y ser demostrable, de manera que solo el conocimiento científico tenga un lugar de exclusividad, dándole potestad para abordar incluso dimensiones psicológicas, antropológicas y sociales que en muchos casos no le competen.

Por lo anterior, las tensiones que se perciben al interior de los territorios con base a las políticas públicas, se relaciona en gran medida con el choque de dos sistemas radicalmente distintos en prácticas y métodos cuyos fundamentos difieren a nivel epistemológico y ontológico, dando como resultado diferentes formas de percibir el mundo, tocar, vivir los cuerpos y el entorno. Sumando con ello, los distintos juegos de poder comunitario e institucional que limitan las condiciones reales para la práctica de la interculturalidad (Benavides, 2014)

Vemos, por ejemplo, que la relación con el paciente en la medicina occidental es de forma impersonal, paciente y doctor por lo general no se conocen en ámbitos diferentes al de la consulta, así mismo, hay una distancia entre ambos cuerpos, usualmente demarcada por un escritorio. La remuneración por los servicios son de carácter económico con tarifas previamente establecidas a través del mismo sistema, y la atención brindada en las instalaciones cumplen las condiciones mínimas de asepsia y seguridad de acuerdo a estándares nacionales e internacionales; mientras que para las comunidades indígenas, la relación con el paciente es personal, da muestra de cercanía; usualmente la figura médica conoce al consultante y su familia, el sitio de consulta es un lugar cómodo para el paciente como puede ser el hogar, un sitio sagrado o un sitio de encuentro para la comunidad. La remuneración obtenida por los servicios se traduce en la voluntad del consultante, el intercambio no es económico necesariamente, pueden ofrecer animales, plantas medicinales, terrenos y cuidado, entre otros (Benavides, 2014).

Así mismo, destacar el rol que tiene el paciente en cada sistema: en el occidental su disposición es pasiva, el enfermo está sometido a las decisiones y el conocimiento del especialista. Se considera que el enfermo no presenta ningún saber, su responsabilidad es individual para cumplir el tratamiento, puede ser remitido a otros especialistas sin entender su mal o encontrar alivio, incluso su tratamiento estará destinado a la ingesta de medicamentos para actuar sobre una parte de su organismo o una intervención quirúrgica para extraer lo afectado o lo que afecta. Lo cual difiere al rol participativo del individuo en la medicina tradicional, pues el consultante hace parte de la ritualidad del procedimiento médico teniendo en cuenta las recomendaciones y orientaciones del sabedor y la relación con los espíritus; la responsabilidad es familiar y comunitaria ya que lo que afecta a una persona está vinculado con su grupo de referencia (Benavides, 2014).

Bien se puede observar a partir de lo ilustrado por Benavides (2014) como se establecen las relaciones entre el personal médico con los miembros del pueblo Nasa:

Con pocas excepciones, los profesionales formados en áreas de salud occidental y con mayor énfasis los profesionales en medicina y enfermería, se relacionan con la comunidad a la que atienden desde la identidad que han construido en su cultura occidental y desde el saber que han adquirido mediante sus años de formación profesional, como era de esperar; pero además, con importantes dificultades emocionales y cognitivas para efectuar una apertura y flexibilidad frente a otros saberes y prácticas en salud diferentes a la occidental. (p. 94)

Ahora bien, tomando en cuenta lo postulado por la OMS donde define la medicina tradicional como el “cúmulo de prácticas, enfoques y conocimientos que incorporan una amplia variedad de terapias para mantener el bienestar; tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades, y en general sanar el cuerpo y el espíritu” (p. 78), con fundamentos en las concepciones míticas y la singularidad socio histórica de los pueblos. Ha sido reconocida a nivel mundial como una opción válida para contribuir a la salud humana, contando con múltiples ventajas sobre la biomedicina, como la atención holística que recibe la persona, la diversidad de recursos, el bajo costo, la aceptación de la población y el acceso a diferentes sectores territoriales, pero también presenta una serie de limitaciones que bien podrían verse como la ventaja de la medicina occidental: la falta de equipos y tecnología, la falta de evidencia sobre la eficacia de las terapéuticas (a luz de la mirada occidental) y el bajo reconocimiento por parte de los gobiernos (Cardona y Carmona, 2015).

Según lo anterior, independientemente de los esfuerzos de la OMS para establecer la complementariedad de ambas perspectivas debido a las mutuas limitaciones presentes en la práctica, y mejorar la salud a nivel global a partir de la implementación de múltiples propuestas, logramos entrever que en Colombia el diálogo y la interacción de las perspectivas se ha visto imposibilitado a causa de las prioridades que han tenido las autoridades en este

ámbito, para garantizar un aseguramiento universal a la salud: las barreras geográficas y culturales que persisten como barreras para aplicar las estrategias de intervención, la ausencia de investigaciones y de voluntad que permitan entender el acervo cultural indígena, las especificidades de cada pueblo indígena y sus formas de abordar la salud-enfermedad y ante todo, el predominio de la medicina científica convencional (Cardona y Carmona, 2015).

Tomando en cuenta la información recopilada sobre las concepciones y los tratamientos en la enfermedad, queremos destacar el caso de las comunidades guatemaltecas y de la comunidad Nasa, para ejemplificar la gravedad de las implicaciones que acarrea el desconocimiento de las especificidades culturales de determinada población por parte de los entes gubernamentales y demás actores implicados en la planeación y ejecución de las propuestas de intervención.

Como se ha dicho, las enfermedades para las comunidades indígenas tienen diferentes orígenes o causalidades, ya sean de orden espiritual, sobrenatural, humano u orgánico, cuya figura médica tendrá la autoridad y el reconocimiento comunitario para realizar la evaluación de las condiciones del enfermo, de manera que pueda brindar un procedimiento adecuado a sus necesidades; pues ante enfermedades que impliquen la pérdida del Jaleb, la entidad anímica vital (Peretti, 2010), el Susto o el maleficio (Benavides, 2014) sin el adecuado procedimiento terapéutico y la prontitud que amerita, vemos que el enfermo es susceptible a la muerte. En otros casos, podemos dar cuenta que sin la atención oportuna bajo las lógicas del padecimiento, cualquier tentativa de manejo dará como resultado la complicación de la enfermedad y el agravamiento del paciente.

Nathan (1997) en la Influencia que cura constantemente remite al impacto negativo que tiene sobre los pacientes el implementar una terapéutica por fuera de sus referentes culturales, lo cual desencadena una serie de traumatismos psíquicos adicionales, impidiéndole encontrar una lógica de sentido a sus padecimientos anteriores, pues incluso al negarle su propio marco referencial también se le imposibilita su existencia como ser humano, es decir, como un ser de cultura.

Trayendo a colación lo recapitulado sobre las comunidades del departamento del Amazonas, es considerable, que desde las concepciones de sus miembros, se plantea la enfermedad como fruto de la desarmonía a partir de las prácticas contrarias al orden de lo natural. De manera que la introducción de prácticas ajenas a las costumbres propias, como lo serían los elementos Occidentales en salud, afectan la armonía y equilibrio de la agrupación, generando una crisis identitaria y, por ende, de enfermedad (Patiño y Sandín, 2014).

En vista de esta problemática identitaria, muchas organizaciones indígenas continúan haciendo oposición a estas corrientes de pensamiento occidental, estableciendo procesos de fortalecimiento cultural en sus comunidades (Peretti, 2010), de manera que bien podríamos considerar que la alianza y las nuevas propuestas regionales para nutrir el Plan Nacional de

Desarrollo que regirá hasta el 2022 son formas de visibilizar la inconformidad ante las políticas con centralización financiera, y orientarlas a un desarrollo contextualizado en relación a las características territoriales de cada comunidad donde prime la integridad cultural, se reitere la legislación sobre el autogobierno y la protección de los espacios de vida para garantizar el buen vivir, la dignidad y la pervivencia de los pueblos indígenas (Mesa permanente de concertación, 2019).

De manera que hablar de una interculturalidad en salud es una apuesta que se puede realizar, en la medida en que se piense sobre la diversidad étnica y desde sus cuidados en este ámbito, reconociendo cómo se establecen las relaciones de saberes entorno a los sistemas ya establecidos, y cómo entran en juego las tensiones o los desencuentros para que sean transformados y se puedan respetar las distintas versiones de los actores en cuestión, es decir, estableciendo un diálogo en la que se le brinde el lugar a la creencias como forma inicial de comprensión de prácticas y costumbres, y con ello se contribuya a mitigar la desconfianza sobre los procesos de complementariedad creados para propender por el bienestar y la salud (lasso, 2012).

Habría que decir también que el hecho de que intencionalmente se busque contribuir para mejorar las condiciones de salud a toda la población a nivel nacional y en conjunto se establezcan políticas para dicho cometido, no es garantía para que los mismos proyectos gocen de la complementariedad clínica, ni de las condiciones estructurales, organizacionales y personales que deben tener en su instrumentalización. Por ello, resulta imprescindible dar cuenta de los diferentes condicionantes y de la diversidad existente en cada región, sector o localidad, formando al recurso humano en la diversidad de cosmogonías para ampliar los esquemas mentales en torno al abordaje convencional en salud, de manera que se permita dar lugar a las diferentes alternativas terapéuticas disponibles para tener una mayor aproximación a cada comunidad (Duarte, 2003).

En ese sentido, al hablar de complementariedad implicaría que se considere la realidad cultural desde el sujeto que es protagonista del fenómeno tanto como usuario y prestador de servicio, así como la interpretación de la política y las teorías formales desarrolladas sobre el fenómeno. Aceptando las diferencias existentes y encontrando puntos de convergencia, de manera que “las diferencias los complementen y las semejanzas los unan” (Graña en Duarte, 2003).

Además, resulta imprescindible destacar que si bien cada paciente pertenece a una comunidad en particular y de esta forma se resaltan similitudes culturales, es importante brindarle el lugar de singularidad teniendo siempre presente sus necesidades y decisiones, ofreciendo toda una amalgama de posibilidades terapéuticas y brindando la adecuada orientación por parte de las figuras correspondientes, quienes puedan brindar su valoración según el conocimiento del fenómeno y de aquel sistema con el que se sienta más cómodo y tenga mayor cercanía.

Por tal motivo para que el individuo pueda vivir la integralidad en salud y recibir una atención de calidad, la complementariedad debe ser también percibida y ofrecida como una decisión individual, de manera que el individuo pueda darle lugar a sus creencias, sus referentes culturales para encontrar aquello que según considera le brindara bienestar.

En últimas, destacar que la eficacia de las políticas públicas enfocadas en comunidad y cualquier intento de intervención que no maneje el mismo marco referencial, tendrá mayor consonancia con su razón de ser en la medida en que se le dé el respeto que amerita al paciente: sobre sus divinidades, su ciencia, sus objetos de culto, objetos terapéuticos, su modo de actuar, el uso de su propia lengua y estableciendo las relaciones con intermediarios (acompañantes, miembros significativos de su vida social), considerando que si “el paciente es un exiliado, que sufre, alejado de los suyos, de su familia, de su pueblo, las reglas de hospitalidad exigen que el anfitrión vaya al encuentro del huésped extranjero y no a la inversa” (Nathan, 1997, p. 200).

CONCLUSIONES.

A partir de este amplio recorrido que supuso la profundización en diversas cosmovisiones indígenas latinoamericanas, para dar cuenta de las concepciones en torno a la salud, reconocemos la vital importancia que tiene la cultura para definir las condiciones de enfermedad según los criterios particulares de las comunidades, teniendo en cuenta que cada agrupación estipula una serie de normativas o reglas que sentaran los parámetros de lo normal o anormal. De esta manera vemos que ahondar en la cultura y sus implicaciones permite la lectura más adecuada de los conflictos que un individuo puede afrontar con referencia a su marco cultural, teniendo en cuenta que es a partir de éste, que las personas construyen constantemente su identidad y se sitúan como seres sociales.

Lo anterior nos permite evidenciar que es en torno a la cultura y su derivaciones que el ser humano constituye su psiquis y actualiza constantemente su existencia; entregando al individuo las herramientas necesarias para garantizar su vida en comunidad y las formas de encontrar bienestar frente a los malestares que pueda padecer, definiendo una serie de técnicas y terapéuticas que permiten hacer frente a la enfermedad y retomar el sentido con base a su contexto socio histórico a nivel personal y grupal.

De esta manera, vemos la relevancia que cobran los vínculos que sostiene el enfermo con su grupo social y la responsabilidad colectiva para afrontar la vivencia. Otorgando un lugar especial al discurso del enfermo y de sus allegados, lo cual centra su atención en la manera como el afectado vive su padecimiento y el significado de la situación para cada uno de los presentes, la comunidad entera y sus implicaciones sobre el territorio.

En ese sentido, podemos afirmar que para definir las concepciones de enfermedad en la comunidades indígenas, es necesario reconocer las relaciones que se establecen con el territorio, la población, los espíritus o deidades, teniendo en cuenta que la magia y los sistemas de creencias cobran gran importancia para estas comunidades; siendo el equilibrio y la armonía entre todos los elementos mencionados, un determinante para garantizar la salud y el bienestar.

Así mismo, podemos constatar que los tratamientos y prácticas terapéuticas se derivan de la medicina tradicional, la cual puede desenvolverse en diferentes niveles de influencia respecto al padecimiento del individuo, encontrando el curanderismo como forma base de intervención y prevención a la enfermedad, que se complementa según la gravedad o las condiciones de la aflicción con mecanismos de orden más complejo que recurren a las fuerzas de la naturaleza por medio de la ritualidad. Dichas prácticas cobran validez en manos de autoridades del sistema de salud propio, con su respectiva jerarquía y legitimidad ante la

comunidad; con base en la eficacia de su accionar y en el poder que según las historias de origen, los dones le atribuyen.

Es preciso agregar que la validez de las prácticas, también se sustenta en la creencia y convicción de su eficacia por parte del grupo social de referencia (sea de orden simbólico o de razonamiento lógico); permitiéndole a la persona encontrarle sentido y coherencia al padecimiento, en relación con su historia de vida personal y social.

Cabe señalar que a pesar de identificar aspectos comunes en las diferentes comunidades abordadas, no es posible establecer criterios unánimes y universales para la comprensión a profundidad de las particularidades que sostiene cada cultura dada su riqueza, complejidad y las mismas limitaciones que señala el lenguaje; por tal motivo, la indagación de sus cosmovisiones resulta ser una tarea necesaria e indispensable para conocer las creencias, las costumbres, las prácticas, las lógicas de sus concepciones y las manifestaciones de vida que forman parte de su cotidiano.

Si bien lo anterior nos permite constatar la diversidad de significados que hacen parte de las cosmovisiones indígenas y la constitución de identidad dentro de las agrupaciones, también nos permite reconocer la necesidad de dar visibilidad a estas comunidades como parte de la población mundial y las contribuciones que pueden aportar al pensamiento occidental en diferentes ámbitos del saber desde su particularidad, dando la apertura a la reflexión y la complementariedad de perspectivas.

Finalmente, en lo que compete al campo de la psicología, será preciso situarse desde un enfoque transcultural que nos permita el reconocimiento del otro en su diferencia, teniendo en cuenta que a partir del contexto histórico, social y cultural se da sentido a los padecimientos.

Lo anterior nos permite sentar las bases de una apropiada intervención en la medida en que se tengan en cuenta las necesidades que se estipulan de la persona como ser social e individual, dando especial relevancia a la voluntad y el discurso en todo momento. De manera que según sus necesidades y criterios, ella misma pueda estipular las prácticas que considera le aportaran un bienestar.

Así mismo, si no resulta ilusorio, consideramos que este abordaje puede contribuir a las directrices bajo las cuales se estipulan las políticas de salud intercultural. Es oportuno pensar en la gestación de una nueva figura dentro del sistema de salud que impacte sobre las comunidades indígenas, un mediador de palabra que pueda hablar la lengua madre de la persona para comunicar lo más cercanamente los elementos sobre el padecimiento al médico occidental tratante, y que a su vez se constituya como mediador de cosmovisiones o perspectivas, permitiendo atender a las necesidades de la persona como un ser de cultura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Benavides, J. (2014) Atención de la salud de la salud y la enfermedad en comunidades Nasa: prácticas, significados y desencuentros. Universidad del valle. Santiago de Cali.
- Benveniste. É. (1997) Problemas de Lingüística General I. Siglo 21 editores. 19a Edición. Madrid. España.
- Benveniste. É. (1999) Problemas de Lingüística General II. Siglo 21 editores. 19a Edición. Madrid. España.
- Cardona, J.A (2012). Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Rev. Salud pública*. 14(4), 630-643.
- Cardona. J. y Carmona. J. (2015) Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo
- Duarte. M. (2003) Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Vol 19 No. 2 p. 635-643. Rio de Janeiro (Brasil).
- Emberá-chamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol 41 No. 1 p.77-93
- Foucault M. (1966) El nacimiento de la Clínica. Siglo veintiuno editores. Madrid, España.
- Gómez, C., Rincón, J., Urrego, Z., (2016). Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, *Revista Colombiana de psiquiatría*.45(S 1) ,119–126.
- Grad. H. y Vergara. A.I. (2003) Cuestiones metodológicas en la investigación transcultural. *Boletín de Psicología*, No. 77, Marzo 2003, 71-107
- Gutiérrez V. (1984) Medicina tradicional: Magia, religión y curanderismo.
- Helvetas Swiss Intercooperation. (s.f.) El Buen Vivir. Territorio Indígena y Gobernanza. [Página Web] Recuperado de: <http://territorioindigenaygobernanza.com/web/el-buen-vivir/>
- Houtart, F. (2011). El Concepto del Sumak Kawsay (Buen vivir) y su Correspondencia con el bien común de la Humanidad. ALAI. América Latina en Movimiento.
- Laplantine F. (1999) Antropología de la enfermedad. Ediciones el sol.
- Lasso. P. (2012) Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? *Pensamiento Psicológico*, Vol 10, No 2, pp. 123-133. Universidad San Buenaventura, Cali (Colombia).
- Lemos. M., Alveiro. D. y Richard. C. (2008) Grupo de Investigación Psicología, Salud y Sociedad. *Pensamiento Psicológico*, Vol. 4, N°10, 2008, pp. 137-147. Universidad CES – Medellín (Colombia).
- Lévi-Strauss, C. (1995). Magia y Religión: La eficacia simbólica. *Antropología Estructural*. Paidós. Paris.

- Mafla. C. (2004) Arí- Sí-Yes. Análisis lingüístico y evaluación de las traducciones de Huasipungo al Inglés. Editorial Abya Yala. Ecuador.
- Mesa permanente de concertación (2019) Propuesta unificada de los pueblos y organizaciones indígenas frente al pnd 2018 – 2022. Documento preliminar. Colombia.
- Nathan. T. (1997) La influencia que cura. Fondo de Cultura Económica. Argentina.
- Organización Nacional Indígena (s.f.) Embera Chami [Pagina Web]. Recuperado de <http://www.onic.org.co/pueblos/1095-embera-chami>
- Pabon-Cuellar, D. (2013). La psicología mesoamericana: ideas psicológicas, psicopatológicas y psicoterapéuticas en las culturas maya, purépecha y azteca. *Memorándum*, 25, 93-111.
- Páramo, V. (2012) EL ETERNO DUALISMO ANTROPOLÓGICO ALMA-CUERPO: ¿ROTO POR LAÍN? *Thémata. Revista de Filosofía* N° pp.: 563-569. Universidad de Valencia (España)
- Patiño, A., Sandín, M., (2014). Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia, *Salud colectiva*, 10 (3), 379-396.
- Patrimonio cultural Latino, (2018-2019). Población indígena de Colombia [Página Web]. Recuperado de <https://www.laboratoriocultural.org/colombia/poblaci%C3%B3n-ind%C3%ADgena-de-colombia.html>
- Peretti. L. (2010). Las Enfermedades culturales, la etnopsiquiatría y los terapeutas tradicionales de Guatemala. *Scripta Ethnologica*, vol. XXXII, 17-28.
- Pérez. P. (2004). Psicología y Psiquiatría Transcultural. Bases Prácticas para la acción. Biblioteca de psicología. Desclée de Brouwer. España.
- R. Puglisi. (2014) Repensando el debate monismo versus dualismo en la antropología del cuerpo. *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 40. pp. 73-95. Buenos Aires, Argentina.
- Rocha. T. (1995) La posibilidad/ imposibilidad de la traducción (y de la traductología). *Livius - Revista de estudios de traducción*. N. 7 pg. 149-169. España.
- Rodríguez, E. (2012). El consumo de alcohol en las comunidades indígenas de Brasil. Cairo Carou, Heriberto; Cabezas González, Almudena; Mallo Gutiérrez, Tomás; Campo García, Esther del; Carpio Martín, José. *Actas del Congreso Internacional “América Latina: La autonomía de una región”, XV Encuentro de Latinoamericanistas Españoles*, Nov 2012, Madrid, España. Trama editorial; CEEIB, pp.584-593, 2013.
- Sampson, A. (2001). La psicoterapia como artefacto cultural. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 30 (4), 359-368.
- Sampson. A. (1998) Mente Universal y particularidad cultural. Ponencia para el Encuentro Internacional de Estudios Culturales en América Latina “Globalización y Cultura”. Bogotá.
- Sánchez. E. (2004). Justicia y Pueblos Indígenas de Colombia. La tutela como medio para la construcción de entendimiento cultura. Bogotá-Colombia. Asociación Editorial Buena Semilla.

- Siscar, M., Villada, C./ Jacques Derrida, Lo intraducible. Traducción, género e identidad. *Mutatis Mutandis*. Vol. 8, No. 2. 2015, pp. 568-578.
- Villaseñor, S. J. (2002). Los Rituales Terapéuticos con Plantas Psicotrópicas. El caso del Cecetzin. *e-Gnosis*, Vol. 1.
- Zacarias, D., Dos Santos, N., Costa, R., Andrade, R., Ramos, E. (2016). Manifestações e Concepções de Doença Mental entre Indígenas. *Revista Cubana de enfermagem*, 32 (4), 126 -135.