

II Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia, 1995.

# **Antropología de la Enfermedad: Teoría, Práctica y Aportes para el Debate Antropológico. .**

Luis Silva Pereira.

Cita:

Luis Silva Pereira. (1995). *Antropología de la Enfermedad: Teoría, Práctica y Aportes para el Debate Antropológico. II Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/ii.congreso.chileno.de.antropologia/53>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7nO/ssq>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# ANTROPOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD: TEORÍA, PRACTICA Y APORTES PARA EL DEBATE ANTROPOLÓGICO.

Luis Silva Pereira

## 1. LA ENFERMEDAD: CONSTRUCCIÓN SOCIAL Y OBJETO EMPÍRICO DE INVESTIGACIÓN ANTROPOLÓGICA.

Todas las sociedades tienen necesidad de sentido, de acuerdo con los términos utilizados por Lévi-Strauss en la "Introduction à l'Oeuvre de Marcel Mauss" (1950). La enfermedad es una categoría, una interpretación, luego una construcción social y, como tal, variable en el tiempo y en el espacio. Para entender esa construcción social hay que contextualizarla, o sea, conocer la teoría y la práctica sociales del agrupamiento humano que la produce.

Marc Augé, fundador de la Antropología de la Enfermedad en los años 80, considera que el estudio antropológico de la enfermedad puede renovar la problemática antropológica, por dos razones: porque no hay sociedad en la cual la enfermedad no tenga una dimensión social, ofreciéndonos una ligación intelectual entre percepción individual y simbólica social; y porque cuanto a la percepción de la enfermedad y de su cura, ella no se puede satisfacer ni con un recurso arbitrario a la imaginación, ni con una simple coherencia intelectual o con efecto de representación: ella está anclada en el cuerpo que sufre. El autor cree que a través del estudio de sistemas de interpretación de la enfermedad se puede esclarecer el debate, siempre reabierto desde Lévy-Bruhl, sobre la racionalidad de las creencias dichas primitivas y sobre la interpretación que puede ser dada de ella.

Los trabajos efectuados por Augé (1983), Fainzang (1986 y 1989) y Sindzingre (1983) entre varias etnias africanas, enfatizan el estudio de la enfermedad, como vía privilegiada para conocer los sistemas de interpretación y las prácticas sociales de la cultura que se pretende entender.

Uno de los objetivos del antropólogo en el estudio de los asuntos relacionados con la enfermedad y las técnicas de sanación consiste en comprender la teoría y la práctica de un determinado agrupamiento humano, en relación a los cuidados a tener con el cuerpo y las técnicas a utilizar cuando él se enferma, teniendo en vista el restablecimiento del estado de salud. Las nociones de "cuerpo", "enfermedad", "salud", son construidas socialmente, debiendo el antropólogo buscar el sentido junto a las personas que las utilizan, tratando de entender cuáles son las estrategias sociales en los procesos de mantención y recuperación de la salud (Pereira, 1993: 3). A pesar de la diversidad cultural de las conceptualizaciones del cuerpo y de la enfermedad, el primero es mayoritariamente considerado como la sede de la segunda. Es en el cuerpo que la enfermedad se expresa, es sobre el cuerpo que la sociedad juzga deber intervenir para restablecer el equilibrio momentáneamente perdido (Idem: 8).

La enfermedad asume particular importancia en la teoría y en la práctica sociales de los grupos humanos conocidos. Ella amenaza la estabilidad, el orden social, la continuidad de la vida de los seres humanos que constituyen el grupo atingido y, por ende, la reproducción de ese mismo grupo. El riesgo de vida o la efectiva disminución de la capacidad funcional de los miembros del grupo, constituye, para éste último, una amenaza y un desafío, en la medida en que se verifica una alteración a la organización social que exige una interpretación de la nueva situación y una definición de las acciones que permitan reponer el equilibrio original.

En la sociedad occidental, el valor "salud" se relaciona con valores morales, religiosos y científicos. Su conceptualización se sitúa en el área semántica de la adecuación de las partes componentes del cuerpo al funcionamiento global del mismo y de éste relativamente al exterior. "Mens sana in corpore sano", el principio latino establecido por Juvenal en el siglo I de nuestra era, constituye la representa-

ción social de lo que es un individuo saludable, equilibrado, capaz de defenderse de las agresiones de la naturaleza adversa y de desempañar las tareas que le tocan en el grupo al cual pertenece. Ligados a este y a otros principios a lo largo de los tiempos, testándolos, fundamentándolos, se añaden prácticas e interpretaciones que buscan garantizar que los individuos crezcan, se alimenten, se defiendan y perpetúen el grupo.

Estoy de acuerdo con Foucault (1988: 83), cuando afirma que la enfermedad sólo tiene realidad y valor de enfermedad cuando una cultura la reconoce como tal (el análisis comparativo efectuado por Kakar y Clément, en 1993, de los casos de Rama Krishna, en la India, y de Madeleine, en París, es de eso un ejemplo ilustrativo). Circunscribiendo el análisis a la Europa Occidental, constatamos que la relación con el cuerpo y con la naturaleza cambió de acuerdo con distintos contextos históricos. Esta relación resulta de una construcción social, ya que en ningún momento de su vida el individuo concibe su corporeidad de un modo exclusivamente personal, socializado como es, desde luego, por la madre que lo alimenta y le impone cuidados de higiene, después por la educación familiar, escolar y social (Sournia, 1992: 86). En el curso de su historia, todas las sociedades construyen ideas acerca de la salud y de la enfermedad, las cuales cambiaron de acuerdo con las alteraciones de las respectivas condiciones de vida, de las migraciones, de la alimentación, de las epidemias, de las relaciones con otros grupos (Sournia, 1992: 86). En el proceso de defensa de sus miembros, la sociedad recurre a distintas áreas del saber, como la moral y la religión, y las intercruza, reforzando el mensaje que pretende hacer pasar a sus miembros. Desde la infancia, son transmitidos los principios sanitarios sobre aquello que se debe o no hacer, porque actuar de otro modo constituiría un pecado, una falta o un peligro.

Teniendo presente que el hombre es el único animal con una conciencia reiterada y sistemática de su propia muerte, y que tal hecho determina una forma de miedo tenaz y durable (Delumeau 1978:22), podemos entender el miedo humano delante de la enfermedad (particularmente que tal incapacidad se prolongue en el tiempo, se cambie en definitiva o provoque la muerte), llevando a los individuos a recurrir a medios disponibles y que consideren mínimamente fiables para evitar tales peligros (Le Goff, 1985; Ariès, 1975 y 1977).

En su búsqueda por resolver el problema, los individuos pueden recurrir, en la sociedad occidental, a tres sistemas de pensamiento y de acción: la ciencia, la religión y el esoterismo. La primera, es la ciencia médica experimental que tiene el racionalismo como fundamento filosófico y epistemológico, reconociendo únicamente la razón como fuente de conocimiento, y cuya lógica del descubrimiento se basa en la elaboración de una hipótesis previa, en su verificación a través de la experimentación y en la aplicación de una técnica de investigación que se sustenta en encadenamientos sucesivos de causa y efecto, de acuerdo con un sistema lógico que va de lo particular a lo general (Pereira, 1993: 18 y 19).

La religión recurre a la fe, investida en la divinidad y en la posibilidad de la concesión de la gracia al enfermo que reza, cree y sufre, dedicando actividades, creencias y sacrificios a esa misma divinidad que todo puede, incluso perdonar y sanar. Los dogmas de la Iglesia Católica y las verdades incontestables de otras religiones minoritarias en Occidente, son la base sobre la cual se establece la fe como una vía exclusiva o complementaria de la sanación del enfermo (Idem).

El esoterismo se caracteriza por el modo de pensar y de sentir, común a los visionarios, a los chamanes, a varios tipos de curadores y a otros agentes de un saber, que se revela sistemático y ordenado, de acuerdo con instrumentos teóricos capaces de interpretar el mundo (gnosis) y de actuar sobre él, de acuerdo con reglas reveladas a los creyentes y defendidas de miradas profanas (hermetismo), (Pereira, 1994: 12). La interpretación y la práctica esotéricas se centran más en el enfermo y menos en la enfermedad de lo que ocurre en la teoría y en la práctica de la ciencia médica, abordando el individuo como totalidad física, espiritual, afectiva e integrado en el medio cósmico (Pereira, 1993: 19).

Para entender qué pasa con el enfermo, las medicinas esotéricas, paralelas o alternativas (como también son designadas), siguen, regla general, tres leyes fundamentales: la de la analogía, la del ritmo y la del equilibrio ternario (Michaud, 1976: 29). De acuerdo con la primera, el establecimiento de una relación de similitud cualitativa entre dos elementos permite que conociendo la naturaleza de uno de

ellos se pueda concluir la naturaleza del otro (lo que favorece una interpretación integradora del hombre en el universo y una terapia que privilegia la armonía entre aquel microcosmo y este macrocosmo).

La ley del ritmo, de acuerdo con lo anterior, defiende el enraizamiento de la vida humana en los ritmos vitales que ligan el microcosmo y el macrocosmo que lo engendró (ritmo, vibración y ciclicidad, son fuentes de reflexión constantes en las medicinas esotéricas, en las interpretaciones que hacen de las conexiones entre hombre y universo) (Idem: 31).

La tercera ley, la del ternario, postula que dos cosas opuestas en apariencia son apenas grados extremos de una misma y única cosa, y la unión de estas dos cosas extremas establece un cierto equilibrio (Idem: 34 y 35).

En el fondo, las dos últimas leyes se remiten a la primera, la esencial, la de la analogía.

Vemos, así, que las diferencias entre la lógica científica y la lógica esotérica, se revelan claramente al nivel de los principios o reglas que la sustentan: la primera utiliza, sobretudo, el principio de la no contradicción o de la causalidad, mientras que la segunda utiliza, prioritariamente, el principio de la resolución de las oposiciones, de la analogía o de la interpretación (Riffard, 1990: 381).

Esta clasificación, no debe ser entendida como una definición de estados puros, porque no siempre las divisiones son claras, ya que, frecuentemente, elementos preponderantes en uno de esos sistemas son visibles en otro. A pesar de eso, estos son los tres campos de conocimiento a los cuales puede recurrir, en la sociedad occidental, quien busque saber "qué es" y "cómo se sana" determinada enfermedad. La religión y el esoterismo pretenden tener la exclusividad de la capacidad de respuesta a la pregunta "¿por qué?", que el enfermo se coloca cuando busca integrar la enfermedad en su proceso vivencial y entender su sentido o aprender la lección. La ciencia médica se desinteresa de estas cuestiones ontológicas o metafísicas, ya que los datos con que trabaja son de otro orden y la explicación pasa por la revelación del nexo de causalidad existente entre fenómenos considerados como teniendo, la misma naturaleza - atribuir causas sobrenaturales o espirituales a fenómenos naturales, consistiría, a sus ojos, en el desmerecimiento del método científico y se asemejaría a un regreso al milagrismo, abandonado por la ciencia en el siglo XVII.

Resulta claro que hay preguntas que el enfermo se hace a sí mismo, que no pueden ser todas respondidas por una sola de esas áreas del saber. Por otro lado, hay en todas estas áreas pruebas irrefutables de cura. Juzgo fundamentales dos elementos para que el proceso terapéutico tenga éxito: que el enfermo quiera sanar y que tenga la convicción de haber escogido el camino cierto para la sanación (Pereira, 1993: 21).

Sabemos que estos elementos no son enfatizados por la práctica biomédica - la cual se centra más en la enfermedad que en el enfermo - y que, en la sociedad occidental, las concepciones y prácticas terapéuticas son determinadas por el modelo de la medicina experimental. Las personas viven en sociedad y nada es hecho sin recurrir a quien tiene el saber y la autoridad para aconsejar, resolver situaciones de desequilibrio, restablecer un orden, sea en el cuerpo individual, sea en el cuerpo social (Iturra, 1988). Las estrategias de recurso a esos distintos saberes y prácticas son condicionados, en la sociedad occidental, por el predominio del discurso médico sobre todos los otros (Foucault, 1971). La ciencia médica tolera las curas religiosas que se verifican en el ámbito de la religión católica o protestante, pero desmerece las que tienen lugar en el campo de otras religiones minoritarias en Occidente, especialmente, las teorías y prácticas esotéricas que considera como inexactas, peligrosas y reducto de charlatanes.

Pienso que entre todos los progresos técnicos y científicos de nuestro tiempo, los de la medicina son los que nos tocan más directamente y más hondo. Nuestra vida biológica y psicológica es objeto de ciencia y dependiendo de las circunstancias podemos o no garantizar su secretismo, defendiendo nuestra intimidad. La enfermedad, o el recelo de que ella exista o venga a declararse, determina la intervención social, a través de los agentes investidos de autoridad y disponiendo de los medios para hacerlo, sobre un cuerpo que se cuestiona, testa o intenta sanar. La medicina occidental, alopática, extremadamente poderosa y agresiva, sea faz a la competencia sea en el modo como combate la

enfermedad en el cuerpo humano, tiene a su favor numerosas e importantes conquistas y descubrimientos realizados, particularmente a lo largo de los últimos tres siglos.

La especialización, es una de las características de esta forma occidental de pensar y organizar el mundo y de esta calidad del raciocinio que divide un problema en partes para estudiar, separada y detalladamente, cada una de ellas. Sabemos de las conquistas de la ciencia, efectuadas a través de la aplicación de esta técnica de investigación y de análisis. Sin embargo, sabemos también de los peligros de la arbitrariedad utilizada en la parcelización del universo analizado, del exagerado reduccionismo, de la fragmentación artificial - y, por veces, artificiosa - del conocimiento. En lo que respecta a la medicina, estoy de acuerdo con Sousa Santos (1987: 76), cuando afirma que "la hiper-especialización del saber médico, transformó el enfermo en una cuadrícula sin sentido, cuando, de hecho, nunca estamos enfermos sino en general". La categorización "psíquico", "somático", "psicosomático", espeja esta misma especialización y refleja esa parcelización del individuo que es, realmente, un todo (Pereira, 1993: 167).

En las sociedades alógenas, o en la sociedad occidental en un pasado no muy lejano, el poder del modelo médico prevaeciente es mucho menor y las ligaciones que los modelos etiológicos y terapéutico mantienen con la religión y el esoterismo son mucho más profundas y actuantes. Estas "medicinas sagradas", como las denomina Claudine Brelet-Rueff (1975), son la medicina chamánica, la medicina de los antiguos egipcios, de la América precolombina, de los gnósticos, de los antropósofos, de los alquimistas, del Tao, del Zen, del Tai Chi Chuan, etc., o sea, de las medicinas tradicionales que se basan en conocimientos y experiencias milenarias que, despreciadas por el etnocentrismo europeo y por la arrogancia de un espíritu positivista que tiende a desvanecerse, adquieren a muchos ojos, en este final de siglo, una dignidad, un interés y una operacionalidad que nos puede enseñar mucho y ayudar a cuestionar nuestros modelos interpretativos y nuestras técnicas de sanación.

## **2. UNA APLICACIÓN DEL MODELO TEÓRICO DE LA ANTROPOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD: UN TRABAJO DE CAMPO EFECTUADO EN UNA COMUNIDAD MAPUCHE.**

En el ámbito del trabajo de mi tesis doctoral, hice trabajo de campo durante un año en varias comunidades mapuche -en una de ellas, situada en el sector Maquehue (departamento de Temuco), de forma reiterada y sistemática.

Para entender las nociones de salud y enfermedad, así como las estrategias utilizadas para mantener o recuperar la salud, de un determinado agrupamiento humano, es fundamental conocer sus condiciones materiales de existencia (cómo, dónde y de qué viven las personas, cómo organizan el trabajo, cómo se alimentan, etc).

La comunidad referida está compuesta por un total de 24 casas, habitadas por 108 personas, de las cuales 65 se dedican a la actividad agrícola, 29 están estudiando y 14 tienen edad pre-escolar. De la población estudiante, 9 estudian fuera de la comunidad y vuelven a la casa de familia los fines de semana y también ahí permanecen durante las vacaciones, integrándose al grupo doméstico y participando, en su mayoría, en las actividades agrícolas y domésticas.

La escuela existente en la comunidad fue fundada en 1973 e imparte desde 1978 la enseñanza básica completa. Esta institución contribuyó y contribuye de forma importante a la enseñanza de las personas del lugar y cercanías, funcionando también como centro de actividades y reunión, además de ser un factor relevante de fijación de la población en la zona.

La cultura mapuche dependió mayoritariamente de la actividad agrícola para subsistir y reproducirse. En lo que respecta a la comunidad, la población mapuche que la compone dispone de un total de 106,03 hectáreas, lo que corresponde a una media de 4,42 por cada una de las 24 casas, aproximadamente. Estas son construidas en material ligero (madera) y los techos son de zinc, pizarreño o fonola. La mayoría es constituida por una casa con división de piezas y cocina aparte, nueve de las cuales son rukas con techo de junquillo y seis de ellas con fuego abierto. Las casas tienen cocina a leña y en dos

de ellas también hay cocina a gas. El área de las casas y de las cocinas aparte varía entre 5x5 y 6x8. Todas las casas tienen letrina a excepción de una que tiene agua de llave con baño y ducha interiores. Sólo dos casas tienen moto bomba para extracción de agua. Otras dos tienen bomba manual. Todas están servidas por un pozo profundo. La mitad tiene leñera y cinco de ellas tienen galpón. Todas están cercadas por alambre de púa y tres tienen malla. En casi todas las casas hay radio, en dieciséis hay televisor y el tipo de luz es el alumbrado a parafina y/o a vela.

Las fuentes de ingreso son constituidas por la venta de animales, la comercialización de los productos extraídos de la tierra, los subsidios (rural, de habitación, de pensión de vejez, de invalidez y de asignación familiar) y la cooperación de la organización Visión Mundial.

El trigo y el lupino constituyen las principales fuentes de ingreso del lugar. El primero se destina prioritariamente al consumo doméstico y el segundo a la venta (mayoritariamente en la Bodega Sepúlveda de Temuco). La crianza de animales y el cultivo de los huertos contribuyen de forma importante a la alimentación y subsistencia de las familias. De hecho, animales y productos se destinan al consumo doméstico y a la venta, la cual tiene lugar, preferencialmente, en la Feria Pinto de Temuco. En tres de las casas existe cultivo bajo plástico de varios productos del huerto.

Las mantas y frazadas hechas por señoras de siete casas se destinan al consumo y a la venta en Temuco (en la Feria, en la Estación o en Mercado de la ciudad).

Las casas están, regla general, equipadas con herramientas para el trabajo agrícola -un carretón, una rastra de clavos y un arado existen en la mayoría de las casas.

Las formas más comunes de entregar ayuda en el trabajo son la vuelta de mano, la ayuda informal y la mediería. La primera se basa en un acuerdo establecido entre dos personas en el que se comprometen a prestarse herramientas o animales en estricta reciprocidad (por ejemplo, es común ver dos hombres que poseen un buey cada uno, juntarlos para realizar sus labores agrícolas - esto pasa en, por lo menos, dos casas de la comunidad); la ayuda informal es cualquier tipo de ayuda prestada por un individuo a otro que no obedece a ninguna categoría formalizada (ejemplo: un vecino que quiere cortar unas ramas de acceso difícil, pide a otro que posee motosierra si lo puede ayudar en el trabajo - la prestación del servicio es parte del normal ejercicio de la reciprocidad y señal de buenas relaciones vecinales); en las "medias", regla general, una persona contribuye con las herramientas, semilla, trabajo, y otra con la tierra. Cuando se hace la cosecha los productos se dividen a medias.

El Mingako ya sólo existe en la memoria de las personas y escasamente en algunos lugares apartados de la comunidad. En algunos casos los socios varían de año a año y las asociaciones se deshacen con frecuencia. Hay escasa mecanización del trabajo agrícola y, debido a la masiva emigración a las ciudades, escasa mano de obra. Las dificultades en la contratación de cosechadores y de su maquinaria crea grandes problemas a quienes temen ver sus productos destruidos o degradados por retrasos en el trabajo de la cosecha, ya que esto hace bajar el precio de venta, poniendo en riesgo la subsistencia del grupo familiar.

Uno de los objetivos de este trabajo fue comprender la teoría y la práctica de las personas de la comunidad relativo a los cuidados a tener con el cuerpo y qué acciones desarrollan cuando se enferman, teniendo en vista el restablecimiento del estado de salud.

Como en muchos otros sectores y otras áreas de la cultura mapuche, también las nociones de "cuerpo", "enfermedad", "salud", están influenciadas por la cultura occidental. Tal influencia se verifica, por ejemplo, en el modo masivo cómo las personas recurren a los servicios de la Posta y cómo solicitan mejor y más asistencia médica.

Fue inaugurada una Posta en la comunidad, a inicios de 1995, la cual presta servicio a la población de dicha comunidad y a otras ocho circundantes. Entre 1973, año en que empezaron los servicios de Posta (básicamente, atendiendo al control de niños), y 1991 una nutricionista y una enfermera atendían una vez al mes en la escuela (debido a ello, ese día se suspendían las clases).

Entre 1991 y 1994, un médico, una matrona, una enfermera, una nutricionista, un auxiliar paramédico, una asistente social y un chofer constituían el equipo de Atención Primaria de Salud. Desde finales de 1994, por cuestiones relativas a financiamiento, la nutricionista dejó de integrar el equipo asistencial y nunca fue reemplazada.

Desde la inauguración de la Posta en Marzo de 1995, cada profesional atiende ahí una vez al mes, en su sala propia, existiendo sala de espera. A pesar de que el espacio se hace pequeño para tantas personas, mejoraron las condiciones de asistencia y el funcionamiento se independizó de la Escuela.

Para ser atendidas las personas llegan a pie, a veces con carreta (cuando tienen muchos niños y si disponen de una), en condiciones muy difíciles, pasando cercos, esteros, caminando sobre barro y frecuentemente bajo fuerte lluvia. Las que residen más lejos pueden tardar más de una hora y media en llegar. Dejan sus familias, animales y quehaceres domésticos prácticamente toda la mañana que dura la atención.

Como ya fue afirmado anteriormente, sólo a través del encuadramiento de las concepciones sociales de la enfermedad en la cultura que las produce, se pueden entender las diversas estrategias establecidas por un agrupamiento humano en determinado momento de su historia para garantizar la salud de los individuos que la componen, reafirmando a través de ello la continuidad de la cultura en el tiempo.

La medicina mapuche asume importancia relevante en este designio, así como la medicina popular, no mapuche, con fuerte implantación en los campos y ciudades de la Araucanía (particularmente Temuco).

Las machis, las yerbateras, los componedores de huesos, las matronas, además de agentes sociales con distintos grados de autoridad y distintas funciones en la cultura mapuche, son elementos protagónicos en la gestión del cuerpo y en la recuperación de la salud. Por lo que conocer sus técnicas de diagnóstico y sanación resulta fundamental para entender como se organiza localmente el recurso a distintas personas capaces de ayudar al restablecimiento de la salud, de acuerdo con criterios de orden económico, geográfico y cultural.

La concepción de enfermedad de las personas de la comunidad es indisoluble de la cosmovisión mapuche. Fue común, en las conversaciones establecidas, que se intercrusasen conceptos de la medicina occidental e interpretaciones relacionadas con valores médicos y religiosos mapuche. Un gran número de síntomas, como dificultad en respirar, fiebre, decaimiento, náusea, dolor en los músculos y huesos, podía merecer una corta apreciación, tachando la enfermedad de "resfrío" o "complicación pulmonar", por ejemplo, o determinar una explicación más larga, sobre las circunstancias ambientales y espirituales que llevaron tal o cual persona a enfermarse. De acuerdo a la cultura mapuche hay horas y lugares peligrosos para la salud, hay encuentros con determinados seres espirituales que determinan enfermedad y muerte, y esos mismos efectos puede tener una mirada más prolongada y profunda entre un adulto y un niño o un "mal" hecho de una persona a otra, mediado o no por una tercera persona. Igualmente, la asistencia de una embarazada a la muerte de un animal puede determinar la enfermedad de la futura guagua.

Estos fueron temas tocados en prácticamente todas las casas de la comunidad. A pesar de la fuerte intervención de la cultura no mapuche en la comunidad, los residentes toman en cuenta su tradición cultural y aprecian las enfermedades de que sufren, no sólo aplicando la interpretación bio-médica que les transmiten médicos, enfermeras, asistentes sociales y agentes de salud, si no también aplicando las categorías, los valores, de su cultura originaria.

La interpretación que se hace de la enfermedad, desde el punto de vista de la cultura mapuche, es más integrada u holística que la de la medicina occidental. El enfermo hace parte de un todo, de los ambientes natural y social, en los cuales está integrado y participa, recibiendo de ellos beneficios pero también maleficios. Estos últimos, entre los cuales destacan las enfermedades, pueden derivar de causas naturales, sobrenaturales, o pueden haber sido causados por envidia. La población de la comunidad de un modo general, reconoce una relativa y no exclusiva autoridad de la ciencia biomédica para sanar las enfermedades determinadas por causas naturales y una total incompetencia para

entender -menos todavía, sanar- las enfermedades que tienen causas sobrenaturales o espirituales y las que son provocadas por un mal.

Entre las enfermedades reconocidas por los elementos de la comunidad como de origen natural, o sea originadas por el contacto del individuo con otros o directamente con el medio ambiente, las más comunes son las enfermedades respiratorias, las derivadas de la hipertensión, las relacionadas con el aparato digestivo, las enfermedades óseas y las que derivan de accidentes relacionados con el trabajo.

Las enfermedades con origen sobrenatural o espiritual (la denominación es mía, no fueron categorizadas así por las personas que se referían a ellas caso a caso, sin agruparlas bajo una designación común), pueden asumir cualquier aspecto, confundiendo los síntomas con los que caracterizan las enfermedades de origen natural. Para distinguirlas, las personas recurren a la historia del enfermo, a las circunstancias que provocaron la enfermedad, a las relaciones sociales que mantenía, a la situación económica que tenía al tiempo en que se enfermó y a otros encuadramientos existenciales que permiten entender el proceso mórbido que se desató. Los encuentros con un mal espíritu, como el Wekufe (o el Anchimalen o el Witranalwe, aspectos distintos que asume el Wekufe, según lo declarado en las conversaciones), por ejemplo, son los casos narrados con más frecuencia.

Las enfermedades provocadas por un mal hecho por envidia pueden asumir, igualmente, el aspecto de enfermedades naturales, pero, de acuerdo a la interpretación local, no siendo natural su origen su curación no será posible si a ella se intenta adaptar exclusivamente las terapias adecuadas a las enfermedades naturales - sin el recurso a una machi o a una yerbatera el tratamiento prescrito por un médico, por ejemplo, no será suficiente para sanar el enfermo (a pesar de poder ayudar a su sanación, en algunos casos). En consecuencia de las conversaciones mantenidas, igualmente me parece necesario distinguir las enfermedades provocadas por un mal de las enfermedades que denomino espirituales o sobrenaturales porque contrariamente a éstas, aquellas, para que tengan lugar, necesitan frecuentemente de un medio material (como el fuñapue, por ejemplo) para alcanzar a la víctima e invariablemente envuelven, por lo menos dos seres humanos: el envidioso (el que hace el mal) y el envidiado (el blanco del mal). Son muchos los casos narrados de enfermedades y muertes determinadas por un mal, hecho por alguien que, sintiendo envidia, recurrió a sus propios medios o a las de un tercero para enfermar a alguien o tomar estériles sus tierras (lo que a medio plazo determinaría miseria y enfermedad en la casa de su dueño). La envidia y el mal son dirigidos, normalmente, a quien tiene buenas tierras, buena situación económica o una vida familiar armoniosa.

No todo el conocimiento sobre salud y enfermedad cabe dentro del modelo biomédico occidental. Las agrupaciones humanas y los individuos que las componen tienen sus propias teorías y prácticas para interpretar la enfermedad y organizar estrategias para restablecer el estado de salud.

Dependiendo del tipo de enfermedad y de su origen, de la proximidad geográfica de la persona que puede resolver el problema y del costo del servicio cobrado, los residentes en la comunidad recurren a distintos elementos capaces de contribuir al restablecimiento de la salud.

Las enfermedades reconocidas como de origen sobrenatural o que son producto de un mal provocado por envidia, sólo podrán sanarse con la intervención de un(a) machi, de los miembros de una comunidad religiosa o de una yerbatera - tal es la convicción de casi la totalidad de la población visitada. En el primer caso, los miembros de dieciocho casas manifestaron recurso efectivo o conocimiento de que sus padres o familiares cercanos lo hayan hecho; en el segundo caso, los moradores de cuatro de las casas afirmaron haber recurrido a sacerdotes y feligreses de la Iglesia Católica y de la Iglesia Evangélica para, a través de bendiciones y oraciones, protegerlos de desgracias y enfermedades; en el tercer caso, los residentes en diez de las casas reconocen haber recurrido a esos servicios para sanar adultos y guaguas. En todos los casos las personas con las cuales conversé declararon que habían conseguido plenamente sus objetivos.

Pero también cuando las enfermedades son reconocidas como teniendo origen natural los miembros de la comunidad recurren a machis, yerbateras y matronas. Lo que importa es sanarse, si es posible de la forma más rápida y económica. Para que aquello ocurra es fundamental creer en la persona y en los métodos de sanación a los cuales se recurre y sentirse bien atendido (o sea, reconocer el esfuerzo real

y efectivo de la persona que atiende, para darle a conocer al asistido la enfermedad que padece y qué tiene que hacer para sanarse).

Cuando se declara una emergencia, el aislamiento de la comunidad se revela de forma preocupante: al no haber electricidad, ni medios de locomoción después de las seis de la tarde, no hay otro recurso que no sea caminar varios kilómetros hasta el teléfono más próximo y desde allí solicitar una ambulancia que transporte el enfermo, generalmente al hospital de Temuco, el cual se encuentra a 23 kilómetros de la escuela de la comunidad.

El recurrir a los servicios médicos (sean los de la Posta, hospitales cercanos u otros), se inserta en el modelo local de estrategias para mantener o recuperar la salud. La población reconoce lo que la medicina occidental puede hacer por ellos en ese ámbito, pero igual conoce en su propia piel las limitaciones que sufre. La visión parcelar del individuo, la tendencia para intentar sanar los órganos y no el enfermo (desconociendo su entorno y su proceso vivencial), las diferencias de asistencia prestada a los más ricos y a los más pobres, la escasa comunicación entre médico y enfermo y la discriminación de que son objeto por el hecho de ser mapuche, fueron algunos de los temas más tocados por los miembros de la comunidad cuando se hablaba del grado de satisfacción que tenían en relación a la asistencia médica recibida.

Ocurre que las machis, las yerbateras, las matronas, son elementos de la misma cultura, los elementos de la comunidad los conocen debido a la proximidad geográfica y a las relaciones vecinales, de parentesco y de amistad, prestan una atención personalizada y utilizan un lenguaje fácilmente perceptible por el enfermo. Son, indudablemente, muchas ventajas en relación a los médicos, enfermeras, auxiliares paramédicos, asistentes sociales y otros funcionarios del sistema de salud, con múltiples limitaciones financieras y organizacionales que determinan, en gran medida (a pesar de que no es suficiente para explicarlo todo), la escasa comunicación que mantienen con las poblaciones que asisten. Además, hay que recordar que, tal como estos elementos, también aquellos han tenido pleno éxito en muchos diagnósticos y tratamientos efectuados.

A pesar de muchas apreciaciones negativas que tienen relación con los servicios prestados por varias instituciones de salud y con las personas que las integran, todos los miembros de la comunidad desean más días al mes de atención de la Posta.

Este hecho revela, primero, la conciencia de un estado general carente de asistencia y, segundo, el reconocimiento del papel relevante que asumen, en la mantención y en la recuperación de la salud, los servicios prestados por la Posta.

Las personas no se enferman en ciertos días, ni necesitan asistencia sólo de mes a mes. Esa es una de las razones que subyacen al deseo de querer más asistencia en el lugar. Otra, se basa en la convicción de que los tratamientos pueden tener más éxito si los intervalos entre las consultas se acortan. Finalmente, es esperanza generalizada que, al haber más días de atención, la relación entre equipo asistencial y población atendida puede ser más estrecha, más comunicativa, y por ende, los resultados para la salud más eficaces.

### 3. CONCLUSIONES

En mi opinión, los miembros de la comunidad en la cual trabajé tienen conciencia de los factores que hacen peligrar su salud. ¿Porqué se enferman con tanta frecuencia?, ¿Porqué, en tantos casos, hay una fuerte tendencia para que enfermedades agudas, se cambien en enfermedades crónicas? Pienso que eso se debe menos a escasa información de las personas y mucho más a las difíciles condiciones de vida: por un lado, la constante asistencia a los campos y a los animales, fundamental para la subsistencia de la población, determina una exposición prolongada del cuerpo a un clima agreste y, por otro, las condiciones de vivienda no protegen sus habitantes de forma satisfactoria de los numerosos factores que constituyen riesgo para la salud. Finalmente, los arraigados hábitos alimenticios, algunos de los cuales favorecen el brote de enfermedades, y, determinándolo todo, los escasos ingresos familiares contribuyen decisivamente para el precario estado de salud que afecta la población de la comunidad.

Se está lejos de conseguir que la medicina se cambie de curativa a preventiva, por lo menos en lo que toca a la referida comunidad. Faltan capacitación, información y recursos para poder iniciar el camino. Por ahora, parece que el objetivo principal de las entidades de salud y la población asistida es obtener mejores resultados en la asistencia y un más elevado grado de satisfacción por el servicio prestado.

Las dificultades sentidas en la comunicación entre los servicios de asistencia y la población mapuche radican en la ignorancia de la cultura mayoritaria, con relación a la cultura mapuche, en la arrogancia y en la discriminación que frecuentemente la acompañan, en las deficiencias propias de la organización de asistencia y en la falta de servicios capaces de establecer, en las consultas, una mayor proximidad entre las dos culturas que están en contacto en ese momento, en las personas del asistente y del asistido.

Sólo a través de un conocimiento más profundo de las teoría y práctica de las poblaciones asistidas relativamente al cuerpo, a cómo entienden qué hacer y qué no con él para garantizar o recuperar la salud, se podrá iniciar un diálogo que permita mejorar las condiciones de vida de las personas, especialmente las más desposeídas y marginadas.

## BIBLIOGRAFÍA

Ariès, P., **Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média**, Lisboa, Teorema, 1989 (1975).

**L' Homme Devant la Mort**, Paris, Editorial. du Seuil, 1977.

Augé, M., y Herzlich, C., (Eds.), **Le Sens du Mal: Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie**, Paris, Ed. des Archives Contemporaines, 1983.

Augé, M., "Interpreting Illness", **History and Anthropology** (Volumen. 2, Part. I), London, Harwood Academic Publishers, 1985.

Brelet-Rueff, C., **Les Médecines Sacrées**, Paris, Albin Michel, 1975.

Clément, C., y Kakar, S., **La Folle et le Saint**, Paris, Ed. du Seuil, 1993.

Delumeau, J., **La Peur en Occident**, Paris, Fayard, 1978.

Dethlefsen, T., y Dahlke, R., **La Enfermedad como Camino**, Barcelona, Plaza & Janes Editores, 1992 (1983).

Fainzang, S., **Maladie, Divination et Reproduction Sociale chez les Bisa du Burkina**, Paris, L' Harmattan, 1986.

**Pour une Anthropologie de la Maladie en France - un Regard Africaniste**, Paris, Éd. de l' École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1989.

Foucault, M. **Enfermedad Mental y Personalidad**, Barcelona, Paidós, 1988 (1954).

**Leçon Inaugurale**, Paris, Editorial Collège de France, 1971.

Iturra, R., "A Conceptualização do Corpo e a Manutenção da Saúde no Saber Ilustrado. Projecto Prospectivo para a Organização de um Saber da Antropologia Médica", Lisboa, Policopiado, 1988.

Le Goff, J., **As Doenças têm História**, Lisboa, Terramar, 1991 (1985).

Mauss, M., **Sociologie et Anthropologie**, Paris, P.U.F., 1950.

Michaud, J., **Médecines Ésotériques, Médecine de Dernain**, Paris, Editorial Denoël, 1976.

Pereira, L. S., "Medicinas Paralelas e Prática Social", **Sociologia - Problemas e Práticas**, Lisboa, CIES, ISCTE, 1993.

**Racionalidades Alternativas e Comportamento Social - um Estudo Antropológico do Esoterismo**, Lisboa, ISPA, 1994.

Riffard, P., **L' Ésotérisme**, Paris, Editorial Robert Laffont, 1990.

Santos, B. S., **Um Discurso sobre as Ciências**, Porto, Editorial Afrontamento, 1987.

Sindzingre, N., "La Necessité du Sens", in **Le Sens du Mal: Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie**, AUGÉ, M., HERZLICH, C., (eds), p. 93 - 122, Paris, Ed. des Archives Contemporaines, 1983.

Sournia, J. C., "La Notion de Santé", in **L' Homme et la Santé**, VARIOS, Paris, Editorial. Du Seuil, 1992.