

Cuerpos y almas migrantes: ensayos sobre la noción de persona andina y la gestión del sufrimiento en nuevos territorios.

Alejandra Carreño Calderón.

Cita:

Alejandra Carreño Calderón (2010). *Cuerpos y almas migrantes: ensayos sobre la noción de persona andina y la gestión del sufrimiento en nuevos territorios. VII Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, San Pedro de Atacama.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/vii.congreso.chileno.de.antropologia/49>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eYYc/H1t>

**SIMPOSIO 19: CUERPO(S), TERRITORIOS Y POLÍTICAS DE LAS
EMOCIONES EN CONTEXTOS POSCOLONIALES
COORDINADORES: ALEJANDRA CARREÑO Y ANDREA CHAMORRO**

**Cuerpos y almas migrantes: ensayos sobre la noción de
persona andina y la gestión del sufrimiento en nuevos
territorios.**

Alejandra Carreño Calderón¹⁷⁶

En la siguiente presentación quisiera revisar algunas de las corrientes que han abordado el tema del cuerpo en los estudios andinos, problematizando las teorías hasta ahora esbozadas a través de su contextualización en los nuevos territorios que esta población habita e incorporando la dimensión de las emociones en la comprensión de la noción de persona andina. ¿Cómo se encarnan las transformaciones de la historia andina en la gestión de cuerpos y emociones? ¿Cuánto nos habla el sufrimiento psíquico de migrantes indígenas sobre las nuevas condiciones del cuerpo y las emociones de estos sujetos en las ciudades chilenas?

Intentaré leer la complejidad de la relación cuerpo y territorio a través de los relatos y vivencias de hombres y mujeres aymaras habitantes de la ciudad de Arica, que han presentado algún tipo de diagnóstico psiquiátrico en los centros de salud mental, elección guiada por el supuesto que el estudio del proceso salud-enfermedad representa lo que Menendez (1988) llama un “espía privilegiado” de las condiciones y contradicciones de los sistemas sociales. A su vez, consideramos que las narrativas del sufrimiento psíquico y la construcción de las emociones representan puntos de vista estratégicos para observar la continuidad y cambios de la noción de persona, toda vez que el emerger de la crisis inmersa en cualquier patología, representa la oportunidad de observar estrategias de reparación del desorden provenientes tanto de saberes y prácticas médicas, como estéticas y políticas, en las que las emociones son construidas, normadas y controladas mediante estrategias que permiten “pensar lo impensable”, transformando el lenguaje cotidiano, a menudo inadecuado para describir el dolor, con el fin de hacerlo comunicable y narrable tanto a sí mismos como a los otros (Pizza 2005:114-115; Pussetti 2005b; Kirmayer 1993a, 1993b). Antropología médica, del cuerpo y de las emociones conforman el sustrato teórico del presente debate.

Cuerpo andino y territorio: la metáfora topográfica y la sujeción del cuerpo a la naturaleza

La concepción del cuerpo en el mundo andino fue indagada por primera vez por Joseph Bastien (1973, 1978, 1985) quien durante los años 70 describió en la comunidad andina Qollaway a un modelo etnofisiológico de carácter “hidráulico topográfico” que sería

¹⁷⁶ Università degli Studi di Siena. Via Valdimontoni 1, Siena CP 53100, Italia. carrenoalejandra@gmail.com

TOMO II – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

producto de la observación que los sujetos hacen de los ciclos vitales que gobiernan su territorio y de los cursos de agua que alimentan sus cultivos. Siguiendo el modelo de control vertical de pisos ecológicos propuesto por Murra (1972), Bastien indica que la comunidad Qollawayta concibe el cuerpo en analogía con los tres niveles en que el ayllu se sitúa, que a su vez corresponde a tres comunidades distintas e interrelacionadas por redes parentales y socioeconómicas. Según Bastien las tierras altas corresponden a la cabeza, los ojos y boca del cuerpo humano, las zonas centrales concentran vientre, corazón y pecho mientras las llanuras bajas, representan las piernas y pies del ayllu. La unidad “corporal” del ayllu que estudia Bastien quedó plasmado ya hacia 1797 cuando con ocasión de un litigio por división de tierras que amenazaba con desvincular la comunidad más baja Pocomallcu de 80 años de edad defendió la indivisibilidad del ayllu argumentado que “niñokorin pertenece a kaata porque es las piernas de su cuerpo” (Bastien 1985:596).

La tesis de Bastien, si bien reconoce las dificultades de establecer diferencias y límites entre percepciones andinas de cuerpo, pensamientos, sentimientos y alma, extiende la metáfora topográfica hacia la comprensión de las emociones y la circulación de los fluidos al interior del organismo, diseñando un modelo basado en el movimiento de las aguas del ayllu, que explicaría la circulación de elementos como el aire, el agua, la sangre y la grasa, que destilan y redistribuyen energía vital a los individuos, dando cabida a funciones respiratorias, digestivas, reproductivas, etc. (Bastien 1985).

El diseño hidráulico-topográfico que plantea Bastien ha tenido consecuencias duraderas en las lecturas que los estudios andinos han dado a la temática corporal, tanto situada en temas de género como de ciclo vital, además de marcar el destino de gran parte de los estudios sobre el proceso salud - enfermedad en los Andes (Van Kessel 1983; Mamani 1996; Fernández Juárez 1995, 1998; Gavilán 2005, entre otros). En ellos la enfermedad es entendida como una fractura del equilibrio interno del cuerpo y de sus procesos de destilación y eliminación, de modo que la restitución de la salud se alcanzaría a través de la nutrición del paisaje, de las divinidades y del reajuste del equilibrio en las relaciones sociales, objetivo principal de los rituales de curación descritos en varios contextos andinos. El conocimiento de este modelo es considerado crucial para la intervención de la biomedicina en población aymara (Bastien 1988, 1989; Fernández 1998).

Hasta aquí observamos cómo, a través del modelo hidro-topográfico, la teoría andina sobre el cuerpo logra volver comprensibles los mecanismos a través de los cuales el mundo andino incorpora no sólo su organización territorial, sino también su organización política y el dispositivo de saberes y prácticas desplegados para prevenir, enfrentar y acudir el brote de crisis que representa la enfermedad. Sin embargo, este modelo si bien centrado en la analogía de lo que podríamos llamar territorio y cuerpos “naturales”, explica el funcionamiento del cuerpo andino bajo una perspectiva cercana al modelo biológico y psicológico de la época en que la investigación se realiza. La destilación, redistribución y eliminación no son sólo funciones presentes en el imaginario que Bastien describe como propiamente andino, sino que aparecen en el modelo que la misma anatomía occidental desarrolló durante el siglo XX en compañía del psicoanálisis, que justamente describía el funcionamiento de las emociones bajo el modelo catártico de Freud, con que Bastien en un trabajo posterior, siempre en Bolivia (1989), explica el actuar de un yatiri que resuelve la

TOMO II – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

infertilidad de una mujer llevándola a lo que es descrito como una versión local de la moderna teoría de la “catarsis”. De este modo, a través del modelo hidro-topográfico Bastien se suma a la tradición clásica británica que acentúa la función psicológica del ritual caracterizándolo como un dispositivo para la descarga colectiva de poderosos efectos sociales, psicológicos y biológicos cuyas consecuencias “a menudo curan a la gente de síntomas psicosomáticos” (1989: 73-94)¹⁷⁷.

Lejos de actualizar el debate sobre la función psicológica del ritual, lo que intento es demostrar la filiación entre el modelo hidro-topográfico de Bastien que ha determinado en gran medida la teoría andina sobre el cuerpo y la salud hasta la actualidad, y el modelo corporal inscrito en ciencias como la biomedicina y la psicología que subordinan la interpretación indígena a un modelo estrictamente biologicista en el que órganos como el corazón queda restringido a funciones de destilación y redistribución, no sólo de fluidos como la sangre, la grasa o el aire, sino también de otros elementos claves en la delimitación del *soma* para la ciencia occidental, como son las emociones. Enfermedades como la “depresión”, la “pena” o el mismo “susto” serían entendidas, en consecuencia, como falta de calidad en la sangre cuya consistencia, temperatura y ritmo son reconocidas a través del proceso diagnóstico del yatiri de la lectura de las pulsaciones.

Cuerpo, emociones y la encarnación de la historia

Con esta lectura de las emociones en tanto símiles al resto de los fluidos corporales, los estudios andinos se suman a la perspectiva organicista de las emociones que en tanto consideradas entidades naturales han sido desatendidas por las ciencias sociales, cuyo silencio sobre los “hechos del sentir” hasta los años ‘90 se debieron a la ratificación de la oposición mente/cuerpo, razón/pasión, público/privado desde las que éstas negaban una posición epistemológica a las emociones (Pussetti 2005a). Eventos íntimos e innatos propios de la “interioridad del cuerpo”, las emociones quedaron excluidas de los estudios antropológicos hasta que la dicotomía entre hechos sociales y subjetividad se hizo insostenible como dispositivo de conocimiento y la misma neurociencia junto a la lingüística reafirmaron el estado incompleto del humano, cuya plasticidad queda expuesta a formas de relación que organizan la experiencia con distinto grado de complejidad y en distintas combinaciones. En consecuencia, las emociones son entendidas como capacidades potenciales que permanecen en este estado hasta que son socialmente construidas e incorporadas como comportamientos más o menos deseables, en el proceso de “fabricar lo humano” que cada cultura lleva a cabo (Rosaldo 1997; Abu Lughod y Lutz 2005; Remotti 2002). De esta manera, el carácter estrictamente orgánico de las emociones es sustituido por una acción mucho más transversal de la sociedad que actuaría como productora de discursos que se transformarían en prácticas legítimas asociadas al sentir.

Si el cuerpo es entendido como metáfora territorio y las emociones como fluidos que recorren los canales subterráneos del organismo humano, esta interpretación se aventura a ocultar las relaciones de cuerpo y emociones con la historia y las transformaciones del

¹⁷⁷Recordemos que el mismo concepto de lo “psicosomático” como superación de la dualidad cuerpo-mente ha sido extensamente cuestionado en las últimas décadas tanto por la antropología médica (Ver Pizza 2005) como por filósofos como Isabel Stengers y el farmacéutico Philippe Pignarre (c/p).

TOMO II – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

mundo andino, transformaciones que, en otros contextos, han quedado plasmadas en categorías nosológicas como los *nervios* o el mismo *susto*, cuyas narrativas asociadas son metáforas de condiciones sociales y políticas encarnadas por sujetos específicos dentro de la sociedad (Low 1988, Scheper Hughes 1992). El surgimiento de las emociones como objeto de estudio, estrechamente ligadas con la gestión del ciclo vital y la construcción de la noción de persona en distintas sociedades, permite reposicionar cuerpo y emociones en un eje histórico que los transforma en terrenos de lectura no sólo de significados sino también de procesos y cambios sociales propios del mundo andino.

En el material etnográfico andino es posible observar algunas asociaciones entre el concepto de salud y la integración armoniosa entre fracciones diversas propia del periodo incaico, metáfora de un cuerpo-territorio “sano” sometido a dinámicas que permitían la gestión relativamente autónoma de los *ayllus* y que habrían sido desarticuladas por la introducción del los Estados Nacionales (Gavilán 2005). En consecuencia, las “partes” del cuerpo andino no serían sólo reflejos de la división territorial como plantea Bastien sino que encarnarían la complejidad de la historia andina y una trama de significados diferenciados también a través de las categorías de género y etáreas. Desde estas categorías, el corazón encarna un principio complejo simultáneamente femenino y masculino, en continuo crecimiento cuya calidad y medida refleja las actitudes y valores que las personas manifiestan desde la infancia al matrimonio, momento culmine en el que se adquiere la categoría de persona completa (Carrasco 1998). La importancia del corazón sintoniza con la gran importancia que aymaras contemporáneos otorgan a aquello que se encuentra al interior. Metáfora de la intimidad, el corazón debe ser protegido, así como la casa y el cuerpo mismo, cuyos límites son continuamente renovados para evitar de este modo la intromisión del desorden, la enfermedad y el sufrimiento (Fernández 1998).

El material hasta ahora revisado permite justificar la necesidad de incorporar los avances contemporáneos de la teoría sobre el cuerpo, en la admisión de preguntas de investigación como la que hemos propuesto en la presente ponencia. Relegar a una función “psicosomática” el uso de las emociones en los procedimientos curativos, homologar el funcionamiento orgánico del cuerpo con el del territorio así como restringir la acción de la historia en el cuerpo indígena rural o “menos aculturado”, son ejercicios que responden a la tendencia a naturalizar el cuerpo bajo diversas estrategias que han sido denunciada desde la teoría del *embodiment*, advirtiendo que la diferencia aparente entre un discurso sobre el cuerpo “*tengo un cuerpo*” y un discurso del cuerpo “*soy un cuerpo*” procede del mismo hecho que el conocimiento de la realidad nace desde el cuerpo, que a su vez contiene al mundo que habita, produciendo una tendencia a naturalizar la realidad del mismo dispositivo a través del cual se conoce (Bourdieu 1999, Pizza 2005). La necesidad de historizar y politizar las condiciones del cuerpo y de las emociones de sujetos pertenecientes a una cierta “alteridad” como la que constituye el ser indígena en las sociedades mestizas contemporáneas, responde a la necesidad de comprender simultáneamente la dimensión corpórea de los procesos histórico-culturales y la dimensión histórico cultural de los procesos corpóreos. De esta manera el cuerpo más que objeto de estudio, se considera un principio metodológico que conjuga la capacidad humana de percepción, representación y acción, destacando la capacidad creativa de los sujetos inmersos en estructuras de subjetivación, que para el caso andino se exponen a nuevas

TOMO II – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

condiciones a través de fenómenos biográficos y comunitarios trascendentales como la migración.

Migración y *Ajayu* perdido: nuevos territorios para configurar cuerpo y emociones

La población aymara chilena fue caracterizada como una población “migrante” a partir de los años 80. Actualmente de un total de 48.501 personas que en el último censo se han definido como pertenecientes al pueblo aymara el 76% vive en ciudades, no obstante lo cual los circuitos migratorios de la población indígena parece hablar de lo que los estudios andinos han denominado “translocalización”, es decir un movimiento hacia la ciudad que implica un continuo retorno al campo y por lo tanto control de varios pisos ecológicos simultáneos al menos por cierta cantidad de generaciones (González 1996; Gundermann y González 2009).

Si bien la noción de translocalidad ha permitido avanzar en la comprensión de los espacios económicos por los que circulan las relaciones andinas, no ha sido posible profundizar en las distintas prácticas por las que los sujetos indígenas incorporan la vida en la ciudad, los distintos grados de aculturación que presentan y las diversas estrategias de etnificación desplegadas en la urbe a lo largo de varias décadas de instalación y construcción de identidades andinas urbanas, que hoy además están trazadas por presencias indígenas transfronterizas que pueblan tanto altiplano como valles y ciudades.

La identificación de estas interrogaciones y sus vacíos surge no sólo de la particularidad de la historia andina, sino también de la conciencia que ha surgido tanto en antropología como en disciplinas ligadas a la salud, que no existe forma de sufrir o técnica terapéutica que no esté asociada a al contexto histórico social y a precisa dinámicas culturales, a particulares organizaciones sociales, económicas y familiares (Beneduce 2007). Bajo este presupuesto el ejercicio de indagar en las historias de salud asociadas al surgimiento de un diagnóstico psiquiátrico, realizado en la ciudad de Arica entre usuarios de origen aymara, abre una vía de comprensión de la gestión de las emociones en nuevos territorios, captándolas justamente en el momento en que éstas se transforman en patología, iniciando así el recorrido que porta a la emisión de un diagnóstico proveniente de una de las disciplinas cuya historia está estrechamente ligada a los dispositivos de control y disciplinamiento de la subjetividad en occidente como lo es la psiquiatría.

En este camino, se han revisado casi un total de 100 fichas clínicas emitidas por centros de atención de salud mental de nivel secundario en Arica, de personas cuyos apellidos y/o historias clínicas hablan de una posible adscripción al pueblo aymara. La elaboración de los itinerarios terapéuticos y las entrevistas en profundidad tanto con las familias como con los usuarios/as de los dispositivos clínicos y comunitarios permiten esbozar avances preliminares en los discursos que psiquiatría occidental, sistema médico aymara, familias y comunidad elaboran respecto a la gestión del cuerpo y las emociones en las urbes contemporáneas.

La psiquiatría y el control del cuerpo/alteridad sufriente

TOMO II – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

La historia de la psiquiatría muestra cómo el control del individuo fue objeto de su posicionamiento hegemónico en un momento histórico determinado, que Foucault (2003) caracteriza como un cambio de lenguaje y de mirada, de reorganización espacial de lo visible y lo invisible. De esta manera, la biomedicina y con ella la psiquiatría se plantea a partir del siglo 18 como una *ciencia del individuo*. Desde entonces, el cuerpo y sus signos, sus gestos y ciclos se transforman en objeto de observación e intervención también para aquella rama de la medicina ocupada de aquellos intersticios dejados por los trastornos emocionales. La búsqueda de la base orgánica de los disturbios mentales ha recorrido diversas estrategias hoy caracterizadas por el despliegue farmacológico que invirtió el control del cuerpo perturbado hacia el control de sustancias tan invisibles como concretas como lo son las cadenas de neurotransmisores sobre las que actúa la farmacología psiquiátrica (Pignarre 2008).

Más que centrarnos en la historicidad de la transformación de los tratamientos cada vez más centrados en la función nerviosa del cerebro, lo interesante es observar cómo esta historia de relación entre la psiquiatría y el cuerpo se narra también en las observaciones que diversas manos van escribiendo en la construcción de la historia clínica de pacientes, cuya pertenencia étnica, condición social, económica, historia migratoria etc. tiende a ser uniformada y homogenizada por los equipos terapéuticos con el fin de lograr llegar lo más pronto posible a la adherencia farmacológica que garantizaría la curación y reinserción social. Como debate la psiquiatra de uno de los equipos al presentar el tema de la presente investigación en una reunión clínica:

“lo que tú tienes que entender es que aquí son todos iguales, da lo mismo aymara no aymara, están todos enfermos y son discriminados por la enfermedad, si no es por ser aymara, es por ser gordo, pobre, negro o feo ¿qué sacamos con saber si son o no aymaras? (...) La verdad es que yo prefiero pensar que somos todos iguales”

El presupuesto de la semejanza permite precisamente crear y actuar sobre las categorías gnoseológicas a las que adhiere la psiquiatría chilena, especialmente aquella establecida en el manual DSM IV¹⁷⁸. Bajo esta clasificación que homogeniza cuerpos y biografías, no sólo los síntomas del cuerpo sino sus gestos, su higiene, la sensibilidad de la mirada, su olor, sus maneras y sensaciones son registrados y monitoreados para elaborar el diagnóstico e iniciar el tratamiento que normaliza: normaliza el cuerpo, sus actitudes, sus rutinas, sus emociones y terapias:

2009. Viuda hace 18 años sin hijos, trabaja en comercio, jubilada, nace en Putre, parto natural, 3° básico, lee y escribe. Dice venir por sus nervios (...). Toma muchos medicamentos, la mayoría de ellos automedicados, se mantiene lúcida, orientada, pero con posible demencia. (...). Se le acabaron (los fármacos) hace 2 meses, estuvo tomando hierbas y se sentía mejor, pero al volver a Arica vuelve a sentirse nerviosa, a pasar rabias. (Psiquiatra).

¹⁷⁸ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

TOMO II – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

Estos pequeños extractos permiten observar la complejidad de los niveles que convergen en la generación del diagnóstico biomédico en torno a las prácticas corpóreas y expresiones emocionales. Desde el control de las rutinas, de la disposición corporal, del uso del lenguaje y los sentidos, de las formas de alimentación, de higiene hasta las estrategias de “autocuidado” y uso de herbolaria tradicional, todos conforman elementos a través de los cuales el dispositivo biomédico monitorea señales patológicas que permitan generar un diagnóstico específico.

Finalmente, frente a las voces que hemos leído desde el punto de vista biomédico es interesante contraponer las pequeñas menciones con que los integrantes de los equipos, en su mayoría profesionales mestizos, develan queriendo ocultar su propia corporalidad y emocionalidad en la interacción con la alteridad, que es a la vez una alteridad “enferma”, “descompensada” y perteneciente a otro mundo, desconocido, “limitado” y en ocasiones peligroso. Uno de los psiquiatras por ejemplo, recordando su inserción en la ciudad y en el Centro de Salud Mental, en su relación con los usuarios/as aymaras comenta:

“mira, es difícil porque uno llega acá y viene del Sur y a veces no entiendes nada, para mí eran todos iguales, aymaras, no aymaras, no podía reconocerlos, ¡eran todos morenos!, Mamani, Condori, ¿cómo vas a saber?, a veces te daba rabia, porque no te miran a los ojos, y tu sabes que están buscando ayuda porque se les está quemando el cerebro! Pero no te hablan... yo al principio lo llamaba retardo mental cultural (rie) es un poco terrible pero así es, esas largas latencias para contestar, el pseudocontacto, que no les gusta ser tocados, que no les gusta hablar, muchos vienen por la receta y se van, se ponen tensos, no te van a mostrar ni un pelo, les cuesta contar... por eso es como complicaito trabajar con ellos y una misma como que se aburre” (Psiquiatra).

Igualmente en las descripciones de visitas domiciliarias o encuentros en los barrios donde viven varios de los usuarios del Centro, los terapeutas se permiten incluir algunas palabras sobre su propia corporalidad y emociones en la construcción del diagnóstico del otro, aún si estas se revelan en el ejercicio de justificar medidas terapéuticas o juicios más o menos científicos:

9.05.08 *La paciente se presenta desaseada y sin maquillaje, “chascona”, ropa de apariencia sucia y maloliente. Afirma estar “bien como siempre”, tomándose los remedios, no le creo. La sensación de estar con ella es muy desagradable.* (Médico general. El tema de la mentira en la relación terapéutica).

23.03.07 *Paciente acude con madre, muy limitada culturalmente, no se expresa, no sabe cuando empezó enfermedad, no le entiendo lo que habla.* (Psiquiatra).

Lo interesante de estos microrelatos es observar cuánto develan sobre la emocionalidad y corporalidad de los terapeutas biomédicos, que a menudo se mantiene oculta tanto en la construcción del diagnóstico y tratamiento, como bajo los paradigmas científicos y éticos que guían su acción y posición al interior de los equipos de salud. Como expresa Basaglia (1981) a partir de la experiencia psiquiátrica en estructuras asilares: la dimensión corpórea

TOMO II – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

de la relación médico-paciente, en el contexto biomédico y psiquiátrico, recrea la ficción de un encuentro entre un sujeto sapiente que no es cuerpo sino sólo razón y un objeto desnudado de subjetividad que es sólo cuerpo; de un lado la presencia del cuerpo (y las emociones) del médico son removidas y de otro lado el paciente es despojado de su capacidad de actuar y narrar, confinándolo a la figura del objeto de análisis.

La importancia de registrar la percepción del cuerpo de los otros y las reacciones del propio cuerpo frente a ellos radica en la idea del embodiment como paradigma metodológico que permite distinguir los distintos conceptos de cuerpo a los que apuntan los actores culturales y el modo en que estos conceptos se encuentran en las prácticas cotidianas a través de las que, entre otras cosas, se construyen historias de salud. Como veremos más adelante, las señales del cuerpo y las emociones que los agentes de la biomedicina consideran síntomas de una patología o señales de una diferencia cultural insondable (el “retardo mental cultural” que relataba el psiquiatra) responden a la construcción médica del cuerpo, que actúa políticamente en la metáfora de la igualdad ciudadana chilena.

La pena como metáfora y las estrategias de reparación del dolor andino

Desde el punto de vista tanto de los usuarios/as aymaras de los centros de salud como de los terapeutas andinos, los trastornos emocionales que desencadenan patologías tan graves como la esquizofrenia o la depresión por las que se acercan o son derivados a los centros de salud mental, tienen una etiología y sintomatología mucho más compleja que la que relatan las fichas clínicas nacidas de encuentros esporádicos con los equipos de salud. Muchas de estas enfermedades están asociadas a acontecimientos de la propia vida o de la vida familiar que escasamente se asocian a trastornos orgánicos, sino que se remontan a sucesos que incluso pueden no haber afectado directamente a quien padece la enfermedad. Es lo que sucede con la interpretación de la brujería, el *mal*, el *ánimo*, la *agarradura de tierra* o el *susto* con la que a menudo se explica el surgimiento de sintomatología psiquiátrica:

“A: ¿Qué pensaban que era?

P: *Es que nosotros no sabemos nada. M: Es que así le decimos nosotros, ánimo, tierra, también el perro, como el perro le hizo caer ahí, entonces pensamos que la tierra, eso pensamos nosotros pero es porque no sabemos nada, porque somos aymaras no más*” (Padre y madre de un joven con diagnóstico de esquizofrenia).

Lejos de ver en estos relatos meros “síndromes culturales” deslegitimados en la vida urbana, lo interesante de ahondar en ellos es visibilizar lo relacionadas que están estas gnoseologías con fenómenos históricos y sociales como la misma migración que posiciona a la familia migrante como aquella que “no sabe nada porque es aymara no más” o los cambios religiosos asumidos por la comunidad andina, que pueden explicar fenómenos tan complejos como la presencia de la esquizofrenia en más de un integrante de la familia:

E: (la enfermedad de mis hermanos) *parece que es porque como maldición que los amarraron a mis taitas antiguamente, por ser evangélicos, porque mis abuelos fueron evangélicos de mucho tiempo, entonces por ser canutos, los que*

TOMO II – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

participaban de la pachamama, de esos programas los amarraron a él. (Hermana de dos adultos con diagnóstico de esquizofrenia).

El surgimiento de trastornos emocionales que generan síntomas tan graves como los asociados a la esquizofrenia en situaciones como la llegada a la ciudad, la transformación religiosa, los litigios familiares por tierras, la incorporación en escuelas, son temáticas que se repiten a menudo en los relatos de los itinerarios terapéuticos desplegados para controlar y enfrentar los padecimientos. Sin embargo, la presencia de este sufrimiento no se explicita sólo en el momento en que familias y dispositivos terapéuticos se encuentran, generalmente cuando la situación es aguda, sino que se encarna en otras sensaciones que muchas veces, menos patologizadas, son narradas a través de la metáfora de “la pena” que extendida en el mundo aymara, permite hablar de aquello que en otras circunstancias sería mejor controlar o callar por la peligrosidad que causa:

En el fondo lo que nos enferma es la pena, la pena por tantas cosas malas que pasan, porque los niños se van a la ciudad y ya no la reconocen a una, se ríen de cómo se viste, de que no tiene dientes, reniegan y así se enferma una, de pura pena. (T.A., Tacora, Gral. Lagos - Arica).

Pena que es normada, prevenida y encarnada en el cuerpo:

Los abuelitos así contaban que uno no tiene que llorar mucho porque se enferma, la pena agarra la bilis, ya no puedes dormir, duele la cabeza, andas sin ánimo, lo llamas, no vuelve, lo van a buscar donde lo has perdido, pero no vuelve, si pasa mucho tiempo no vuelve. Por eso la gente se enferma, porque en la ciudad también hay malos pasos, o se asusta con los autos, los accidentes, la maldad. Todas esas cosas dan pena o si no le pescan el ánimo, le asustan.

¿Y a los abuelos ustedes cuando los veían llorar?

En las fiestas, bailando, escuchando guainito que canta de amor, ahí a veces lloraban los abuelitos, harto también pero mejor en la casa porque fuera es peligroso. (S.G y A.F., Copaquilla Gral. Lagos - Arica).

Esas enfermedades como de la locura que usted habla se llama así como corazón que se pierde, (...) yo conocí un joven en Visviri que le pasó así, bajado de ánimo, se perdía solo, caminaba, hablaba solo, después dicen que oía cosas, pero turkaña le hicieron, la señora (V.) que es yatiri, sin que él supiera y ya ha recuperado su ánimo, es como que intercambian así con el malulo que le dicen, con los diablos para que devuelva su ánimo, para que no se lo lleve abajo. (...) Eso no se puede hacer en la ciudad, la gente ya no cree pero también algunos creen y suben a hacer curación o llaman al yatiri para que venga (A.F. Chujlluta, Gral. Lagos - Arica).

Ánimo, pena, agarradura de tierra son nosologías tanto “emocionales” como “corpóreas” reconocidas por aymaras que viven en el altiplano y en la ciudad, cuyos conceptos de cuerpo guardan relación con las descripciones previas que los estudios andinos han realizado sobre el tema, en la medida que reconocen la importancia de la clausura, del corazón, el peligro del exceso y la fragilidad de ciertos seres incompletos como niños y

TOMO II – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

solteros. Sin embargo, en estos testimonios, el control del exagerar con los sentimientos, la contención afectiva, la acción oportuna frente al evento que perturba las emociones, la expresión de éstas en las circunstancias apropiadas y por manifestaciones –a menudo artísticas o festivas– especialmente creadas para ello, son prácticas que dialogan con las nuevas condiciones en las que estos sujetos se encuentran al interior de la ciudad que los desplaza a una relación estrecha con otros modelos del cuerpo y las emociones como los que promueven y ejercitan tanto representantes de la biomedicina o de otras instituciones occidentales como los medios de comunicación o las escuelas.

Este diálogo en el que se insertan los sujetos andinos en la ciudad supone nuevas condiciones para la fabricación de lo humano, la reparación de las crisis, la gestión del cuerpo y las emociones. Estas nuevas condiciones presentan un desafío mucho más complejo que la mera relocalización de las categorías nosológicas tradicionales y la revitalización del sistema médico aymara en ambientes urbanos. Representan el desafío de crear y transformar los saberes y prácticas asociadas al cuerpo y las emociones encarnando las nuevas condiciones que supone la ciudad y la relación de poder que se establece con el resto de los modelos de corporalidad presentes en el territorio. Continuar analizando sistemas médicos, modelos fisiológicos, trastornos emocionales como pertenecientes a una u otra cultura, limitados por fronteras territoriales como lo rural/urbano, andino/chileno, indígena/occidental cada vez más intangibles y permeables, implica reproducir una visión estática de la cultura indígena en la que olvidamos que ninguna afección es ontológicamente asociada a un solo contexto cultural y ninguna forma de sufrimiento puede ser imaginada independiente de las dinámicas sociales que la construyen, la producen y denominan. La perspectiva histórica y política se impone también en relación a la emergencia de nuevos trastornos como la esquizofrenia para los aymaras o metáforas como la “pena” o el “susto” para los psiquiatras y psicólogos, no tanto asociadas a una cultura en particular como a cambios sociales, transformaciones religiosas y a nuevos contextos institucionales en los cuales se encarnan experiencias fundamentales de la vida como el trabajo y la educación.

La migración andina en la ciudad, la translocalidad de sus circuitos de vida portan la complejidad que cualquier proceso migratorio conlleva, es decir supone nuevos riesgos por la fracturación y apertura del territorio que implica quiebres en las redes parentales, emergencia de conflictos sin instancias de mediación, desarticulación política de la comunidad, etc. pero a la vez genera nuevos espacios de continuidad por la reproducción de prácticas y discursos tanto médicos como políticos y artísticos en la ciudad, en las que la correcta gestión del cuerpo y las emociones son reproducidas, modificadas e incorporadas en el desafío cotidiano de crear subjetividades indígenas en las ciudades contemporáneas.

Conclusiones: incorporación de la ciudad, incorporación de la historia

En la presente ponencia intentamos develar la importancia de la historia en el análisis del cuerpo y las emociones, así como de los cambios sociales y políticos para entender itinerarios terapéuticos y categorías nosológicas en el nacimiento, gestión y reparación del sufrimiento. En este ejercicio fue posible observar la construcción de paradigmas sobre el cuerpo y las emociones que se encuentran en territorios tan cotidianos como los centros de

TOMO II – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

salud de Arica, donde entre escrituras de carpetas clínicas, etnografía de salas de espera y testimonios recogidos en hogares y consultas médicas es posible relevar la complejidad del encuentro y las diversas posiciones políticas desde las que se define el curso de la enfermedad.

La visión biomédica del cuerpo y del funcionamiento de las emociones supone una homogeneidad orgánica en la que el paradigma de la igualdad se aplica bajo presunciones científicas y éticas, que a menudo ocultan la imposibilidad de visibilizar la historia de *quien* se encuentra enfermo, relevando más bien el *qué* es lo que no funciona. Sin embargo, esta vez no son órganos específicos los que pueden demostrar la anormalidad asociada a la enfermedad, sino que es el cuerpo entero, sus gestos, sus emociones, sus olores, su sensibilidad, las que deben ser clasificadas para entrar en la complejidad del diagnóstico. Las acusaciones contra el mundo aymara que “no habla”, “no cuenta”, “no toca” y “se cierra” son fácilmente reconducibles a un modelo de corporalidad y emocionalidad en el que lo correcto y terapéutico es hablar, tocar, contar y abrirse, actitudes frente a las que las técnicas de la psicoterapia y el control farmacológico de la psiquiatría son más exitosas y fecundas en la medida que se contactan con una noción de individuo único, autónomo y responsable de sus actos que posee elementos de la subjetividad basada no tanto en el intercambio social y otras formas de solidaridad, sino más bien en un individualismo funcional a los procesos de reestructuración del capitalismo, que portaría a la desaparición de referentes sociales y culturales en la definición del ser humano, reduciendo su complejidad al funcionamiento del sistema nervioso. Como recuerdan Taussig (1995) y Martin (1992, 1990) naturalizar la noción de individuo occidental significa también naturalizar el modelo de sociedad capitalista que lo produce.

Afortunadamente las realidades locales latinoamericanas muestran el vigor de modelos de corporalidad y persona que se alejan del paradigma de individualismo radical del que advierten sociedades del capitalismo avanzado y presentan heterogeneidades internas que cuestionan la verticalidad de las relaciones hegemónicas/subalternas en la imposición de dichos modelos. En las realidades mestizas e indígenas que observamos, el vigor de las prácticas tradicionales y la complejidad de la interpretación de las enfermedades mezclan imaginarios históricamente encontrados en el mundo andino con fenómenos asociados a la migración, colonización, pérdida de territorios, fragmentación política y otras transformaciones contemporáneas que podríamos describir como formas de incorporar la ciudad o de encarnar las complejidades de la ciudadanía indígena. Esta sobreposición de modelos diversos de corporalidad y emocionalidad en nuevos territorio enriquecen los referentes que instituciones como la medicina deben enfrentar en el ejercicio cotidiano de la gestión del cuerpo, la mente y sus padecimientos, a la vez que visibilizan el potencial político de las prácticas con que cada familia y comunidad significa y repara la crisis y el dolor de sus integrantes. Sin embargo, parece claro que los procesos de subjetivación de las sociedades contemporáneas tienden cada vez más a fortalecer los modelos biomédicos que promueven la noción del individuo-cuerpo-consumidor relegando el panorama de las diferentes nociones de “ser persona”, de comprender el cuerpo y de curar la enfermedad a un muestrario enciclopédico y folklórico de la diversidad, excluyendo así las condiciones políticas, las desigualdades económicas asociadas a la presencia de la enfermedad.

TOMO II – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

Finalmente, resulta un desafío tanto para la antropología como para la perspectiva comunitaria en salud mental, visibilizar la presencia de diversos modos de entender el cuerpo, las emociones y el sufrimiento, junto a los dispositivos terapéuticos y clínicos que permitan acciones cooperativas en la prevención y tratamiento de los trastornos psíquicos, subrayando la transformación en las relaciones de poder que estas acciones requieren. La presencia indígena en la ciudad nos recuerda el estatus diverso del sujeto en distintos sistemas médicos, las formas históricamente definidas de la subjetividad, el lugar de la cultura en la estructura y el significado del sufrimiento, el peso de la historia y la política colonizadora en el curso de las enfermedades, todos temas que lejos de concernir exclusivamente a lo indígena, se presentan transversalmente en cualquier ensayo de la biomedicina de preguntarse por *quien* es el enfermo y *quienes* son la comunidad.

Referencias citadas

ABU-LUGHOD, L. e C. LUTZ., 2005. Emozioni, discorso e politiche della vita quotidiana. *Annuario di Antropologia* 5 (6): 15-37.

BASTIEN, J., 1973. *Qollahuaya Rituals - An Ethnographic Account of the Symbolic Relations of Man and Land in Andean Villages*. Cornell University, Ithaca.

-- 1978. Mountain/Body metaphor in the Andes. *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines* 7(1-2):87-103.

-- 1985. Qollahuaya-Andean Body Concepts: A Topographical - Hydraulic Model of Physiology, *American Anthropologist* 8:595-611.

-- 1988. Shaman contra enfermero en los Andes Bolivianos. *All Panchis* 20 (31): 163-198.

-- 1989. A Shamanistic Curing Ritual of the Bolivian Aymara. Analysis Catharsis Theory, Ritual and Therapy. *Journal of Latin American Lore* 15(1): 73-94.

BASAGLIA, F., 1981. *Scritti 1953-1958. Dalla psichiatria fenomenologica all'esperienza di Gorizia*. Einaudi, Torino.

BENEDUCE, R., 2007. *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*. Carocci, Roma.

BORDIEU, P., 1999. *Meditaciones Pascalianas*. Editorial Anagrama, Barcelona.

CARRASCO, A., 1998. La constitución del género y el ciclo vital entre los aymaras del Norte de Chile. *Chungará, Revista de Antropología Chilena* 30(1):87-103.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, G., 1995. Ofrenda, ritual y terapia Las mesas aymaras. *Revista Española de Antropología Americana* 25: 153-180.

--. 1998. Enfermedad, moda y cuerpo social en el altiplano aymara. Un boceto de

TOMO II – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

inspiración colonial sobre los modelos de identidad en los Andes. *Revista Española de Antropología Americana* 28:259-281.

FOUCAULT, M., 2003. *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires.

GAVILÁN, V., 2005 Representaciones del cuerpo e identidad de género y étnica en la población indígena del norte de Chile. *Estudios Atacameños* 30:135-148.

GONZÁLEZ, H., 1996. *Características de la migración campo-ciudad entre los aymaras del Norte de Chile*. Corporación Norte Grande, Arica.

GUNDERMANN, H. y H. GONZÁLEZ, 2009. Sociedades indígenas y conocimiento antropológico. *Estudios Atacameños* 1: 113-164.

KIRMAYER, L., 1993a. La Folie de la métaphore. *Anthropologie et Sociétés* 17(1-2): 43-55.

-- 1993b. Healing and the intervention of metaphor: The Effectiveness of Symbol Revisited. *Culture, Medicine and Psychiatry* 17(2): 161-95.

LOW, S., 1988. Medical Practice in Response to a Folk illness: the treatment of Nervios in Costa Rica. En *Biomedicine Examined*, M. Lock y D. Gordon (Eds.). Kluwer Academic Publishers, Dordrecht Boston London.

LUTZ, C., 1988. *Unnatural Emotions; everyday sentiments on a micronesian atoll and their challenge to western theory*. University of Chicago Press, Chicago.

MARTIN, E., 1992. The end of the body? *American Ethnologist* 19(1):569-590.

-- 2000. Mind-Body Problems. *American Ethnologist* 27(3):569-90.

MAMANI, M., 1996. Estudio del sistema de tratamiento medicinal aymara. El caso del rito Turkayaña. En *Actas del Segundo Congreso Chileno de Antropología*. Tomo I, Colegio de Antropólogos de Chile, pp.354-360. Valdivia.

MENÉNDEZ, E., 1988. Antropología médica, Orientaciones, tendencias y omisiones. *Cuadernos de la Casa Chata*, pp. 109-142.

MURRA, J., 1972. El "control vertical" de un máximo de pisos ecológicos en la economía de las sociedades andinas". En *Visita de la provincia de León de Huánuco*, Vol. 2. Ortiz de Zuñiga [1562], pp. 427-476. Universidad Hermilio Valdizan, Huánuco.

PIZZA, G., 2005 *Antropologia Medica- Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Carocci, Roma.

TOMO II – VII CONGRESO CHILENO DE ANTROPOLOGÍA
ANTROPOLOGÍA EN EL BICENTENARIO. RETROSPECTIVAS, INTERESES DEL
PRESENTE, APERTURAS

PIGNARRE, P., 2008 Clase del Master in Etnomedicina ed Etnopsichiatria. Salute in contesti interculturali. Manuscrito en posesión de la autora.

PIGNARRE, P. e I. STENGERS, 2008. Lección del Master in Etnomedicina ed Etnopsichiatria. Salute in contesti migratori. Manuscrito en posesión de la autora.

PUSSETTI, C., 2005a. Introduzione. Discorsi sull'emozioni. *Antropologia Annuario* 5 (6): 5-14.

--2005b. *Poetica delle emozioni I Bijagó della Guine Bissau*. Laterza, Roma – Bari.

ROSALDO, M., 1997. Verso un'antropologia del sè e delle emozioni. En *Mente, Sè, Emozioni. Per una teoria della cultura*, A. Levine and R.Shweder. Argo- Mnemosyne, Lecce.

REMOTTI, F., 2002. *Forme di umanità: Progetti incompleti e cantieri sempre aperti*. Mondadori, Milano.

VAN KESSEL, J., 1983 Ayllu y ritual terapéutico en la medicina andina. *Revista Chungará* (10):165-176.

TAUSSIG, M., 1995. La reificación y la conciencia del paciente. En *Un gigante en convulsiones*, M. Taussig, pp. 110-143. Gedisa, Barcelona.