# ANTROPOLOGÍAS HECHAS EN ECUADOR

Fernando García S., José E. Juncosa B.,

Catalina Campo I., Tania González R.

(Editores)

TOMO I

Antología-Volumen II









ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ANTROPOLOGÍA



Fernando García S., José E. Juncosa B., Catalina Campo I., Tania González R. (Editores)

Antropologías bechas en Ecuador. Antología-volumen II / Fernando García S., José E. Juncosa B., Catalina Campo I., Tania González R. (Editores)

1ra. Edición en español. Asociación Latinoamericana de Antropología; editorial Abya-Yala; Universidad Politécnica Salesiana (UPS) y la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Ecuador), 2022

444p.; tablas.; gráficos; mapas.

#### ISBN-

978-9978-10-648-8 OBRA COMPLETA 978-9978-10-651-8 Volumen II

ISBN DIGITAL:

978-9978-10-653-2 OBRA COMPLETA 978-9978-10-654-9 Volumen II

Hecho el depósito legal que marca el Decreto 460 de 1995 Catalogación en la fuente – Asociación Latinoamericana de Antropología

- O Asociación Latinoamericana de Antropología, 2022
- © Fernando García S., José E. Juncosa B., Catalina Campo I., Tania González R. (Editores), 2022

1era Edición, 2022 Asociación Latinoamericana de Antropología Editorial Abya-Yala Universidad Politécnica Salesiana (UPS) Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Ecuador)

Diseño de la Serie: Editorial Universidad del Cauca

Fotografía de portada: Roberto Zambrano, Encuentro Pastoral Afro (EPA) celebrado en Santo

Domingo de los Tsáchilas. Se observa en primer plano a Elias Corozo

Diagramación: Editorial Abya-Yala Diseño de carátula: Editorial Abya-Yala

Editor general de la Colección: Eduardo Restrepo

Copy Left: los contenidos de este libro pueden ser reproducidos en todo o en parte, siempre y cuando se cite la fuente y se haga con fines académicos y no comerciales.

Edición 2022



#### Contenido

Prefacio

Presentación

Nota sobre la edición

#### 8. Antropología religiosa, simbólica y ritual

¿Hacia un shamanismo *light*? Cambios y adaptaciones en procesos religiosos en la Amazonía peruano-ecuatoriana (siglos XVIII-XX) María Susana Cipolietti

Interpretación de la yumbada Freddy Simbaña Pillajo

La Fiesta de Reyes en Santo Domingo de Onzole Jean Muteba Rahier

Representaciones del cuerpo y de la enfermedad en las sociedades andinas José Sánchez Parga

#### 9. Iglesias y culturas

El indígena cristiano: estrategias de la apropiación Anna Meiser

Resistencias y relaciones de poder entre las iglesias y las organizaciones indígenas Juan Illicachi

### 10. Antropología política

El movimiento indígena ecuatoriano en la historia reciente Fernando García



El liberalismo del temor de los indios Mercedes Prieto

### 11. Antropología y género

Género e identidades nacionales Sara Radcliffe y Sallie Westwood

Las diversidades y la antropología María Amelia Viteri

Etiquetajes sobre el cuerpo de las mujeres afroecuatorianas y autorepresentaciones Kattya Hernández

#### 12. Diálogo de saberes

El renacimiento de la espiritualidad de Arutam: enlaces pedagógicos, territoriales y epistémicos José E. Juncosa

"Somos kitu karas: estamos sintiendo, siendo, haciendo" Patricio Guerrero Arias

#### 13. Ciudadanía, interculturalidad y plurinacionalidad

De la "cuestión indígena" a lo "indígena" como cuestionamiento. Hacia una crítica del latinoamericanismo, el indigenismo y el mestiz(o)aje Armando Muyulema C.

Interculturalidad: un acercamiento desde la investigación Anita Krainer

La jurisdicción indígena: del monismo jurídico a la interlegalidad Fernando García Serrano

Sobre los autores

Sobre las instituciones



## Representaciones del cuerpo y de la enfermedad en las sociedades andinas<sup>1</sup>

José Sánchez Parga

#### Introducción

pesar de la larga experiencia desarrollada en programas e investigaciones en el campo de la salud-enfermedad en el medio indígena andino de la Sierra ecuatoriana,² nunca nos habíamos interrogado sobre la posibilidad de una particular representación del cuerpo, y más concretamente del cuerpo enfermo, al margen de los trabajos etnográficos que recogían la nomenclatura quichua de la anatomía humana, y reseñaban la variada nosología en dicha lengua. El relegamiento de esta precisa cuestión se debió en parte a considerar que tal representación era un "dato" tan obvio como generalizado, y por ello no susceptible de una diferenciación de orden cultural; y en parte también, porque muchas de nuestras indagaciones se orientaron por los derroteros de una etnografía convencional, tanto en sus presupuestos como en sus construcciones metodológicas, de índole más descriptiva que analítica, y más preocupada por la taxonomía y caracterización de las enfermedades que intrigada por la comprensión de los comportamientos médicos de la población indígena y las mentalidades que les sirven de soporte.

El problema se nos presentó a partir de un estudio sobre los procesos de socialización y aprendizaje, de las formas, códigos y categorías de conocimiento en los sectores indígenas de la Sierra,³ y muy particularmente al abordar el problema de la "personalidad colectiva" (o la orientación colectivizadora del modelo de socialización) en el medio indígena andino. Si el propio cuerpo es la experiencia más inmediata y sensible, el principio concreto de la individualización, ¿cómo es percibido en socio-culturas dominadas por una fuerte personalidad colectiva? Esta pregunta nos inducía a su vez interrogarnos por la presentación del cuerpo enfermo,

<sup>3</sup> Cf. J. Sánchez-Parga, 1988.



<sup>1</sup> Capítulo 2 de la parte II de *Antropo-lógicas andinas* (1997, pp. 167-186). Quito: Abya-Yala.

<sup>2</sup> Cf. J. Sánchez-Parga et al., 1982.

ya que es en cuanto enferma que nuestra propia corporalidad nos proporciona su experiencia más inmediata y más intensa.

Una inicial aproximación metodológica al problema nos llevó a indagar todas las referencias al cuerpo registradas en una muestra de 75 "autopsias verbales",<sup>4</sup> que fueron aplicadas en comunidades indígenas de tres regiones de la Sierra ecuatoriana (Imbabura, Cotopaxi, Bolívar).

De las lecturas del material registrado (grabado primero y transcrito después) pudimos constatar que el discurso relevaba menos de una *descriptiva* de la enfermedad, de un señalamiento anatómico más o menos detallado de las dolencias y sus síntomas, que de una *narrativa* de las circunstancias locales, temporales y sociales, que de manera etiológica daban cuenta de las causas y gravedad, diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, todo lo cual orientaba ya hacia una particular terapia. Esta primera constatación nos revelaba que en el medio indígena el "discurso sobre la enfermedad" se articulaba sobre la ausencia de un "discurso anatómico".

Esto nos obligó a precisar el análisis del material registrado en las "autopsias verbales", para confirmar esta hipótesis, indagando las frecuencias de todas las menciones relativas al cuerpo y sus diferentes partes, miembros u órganos. El resultado de este cómputo fueron 22 distintas referencias anatómicas, que con las repeticiones sumaban un total de 94, y de las cuales casi una tercera parte se referían al *cuerpo* (13) y a la *cabeza* (15). Aquí nos asaltó una nueva sospecha: ¿en qué medida este reducido "discurso corporal" en la representación indígena de la enfermedad y su experiencia puede encontrase condicionado por el código lingüístico del castellano? En otras palabras, qué morfología posee en quichua este mismo "discurso no-corporal" de la enfermedad? Para ello recurrimos a 16 "autopsias verbales" en quichua (procedentes de la comunidad de Gradas, en la provincia de Bolívar), cada una de las cuales era más del doble de extensa que las registradas en castellano. Sin embargo, a este más amplio y fácil desarrollo discursivo sobre la enfermedad en quichua no correspondía un número proporcional de referencias anatómicas, las cuales resultaban mucho menos numerosas y frecuentes, 54 en total.<sup>5</sup>

Estas verificaciones nos condujeron a una cuestión final: ¿cuál es la presencia del cuerpo en el discurso y representación indígena de sus enfermedades tradicionales?

<sup>5</sup> Para un cómputo completo sobre las referencias anatómicas y sus diferentes frecuencias tanto en quichua como en castellano, puede consultarse J. Sánchez-Parga, 1988, pp. 199 ss.



<sup>4</sup> Hemos convenido en denominar "autopsias verbales" a un instrumento de registro de información sobre experiencias de enfermedad, en la que el informante relata o describe un determinado proceso de morbilidad preferentemente vivido por él, o en su defecto por algún miembro de su familia, y que abarque desde la etiología y el diagnóstico hasta la terapia. Este procedimiento de producción de información en materia médica evita las preguntas para evitar la introducción de respuestas propias de la entrevista y privilegia una forma más subjetiva del discurso, sobre la última enfermedad padecida de la que se pueda obtener una memoria más reciente y completa.

Para responder a este último interrogante elegimos ocho "autopsias verbales" sobre algunas enfermedades muy comunes de la nosología cultural andina: *mal de caballo* (1), *mal de (cuich) (cuichi japisha)* (1), *espanto (mancharishaca)* (2), *visto por el diablo (supay ricusha)* (1), *brujeado (mana allita rurasha)* (1), *sobre parto* (1) *y ansia* (1). En ninguno de estos discursos hemos encontrado una sola mención al cuerpo o a algunas de sus partes u órganos; aunque sí hay indicaciones de una muy variada sintomatología funcional (mareo, vómito, calentura, frío, etc.).<sup>6</sup>

Esta fase propedéutica del estudio nos permitiría ubicar de manera más centrada la investigación. Si en la representación y discursos de la enfermedad la anatomía posee una presencia deficitaria, y tiende a ausentarse en la medida que dicho discurso y representación se hacen más culturales (en lengua quichua y sobre patología tradicionales), era necesario encontrar dónde está el "cuerpo de la enfermedad". La única pista nos la proporcionaban las mismas "autopsias verbales", las cuales parecían orientar la indagación hacia una tipología si no "extra" al menos metasomática.

En esta nueva perspectiva, operada por un desplazamiento del "lenguaje del cuerpo" hacia otras corporalidades, se fue diseñando un campo patológico, en el que la ecología o el medio natural, los tiempos con sus diferentes ciclos (diario, estacional) y meteorológicas, y la sociedad con sus sistemas de relaciones (domésticas, comunales, interétnicas), desempeñaban un papel fundamental en la etiología y diagnóstico de las enfermedades. Así fuimos descubriendo una cartografía de los lugares de alto riesgo patológico, de focos de infección y de sitios donde el hombre se expone a enfermedades de todo tipo: "detrás" de la casa, donde se arrojan desperdicios, "detrás" de las rocas o lomas, en las fuentes de aguas, etc.; un riesgo muy grave de morbilidad es siempre el cambio de ecología: una estancia en la Costa o en el Oriente.

También determinadas temporalidades se encuentran investidas de efectos malignos: el amanecer y anochecer, los cambios diurnos y nocturnos, pueden afectar el equilibrio (sobre todo térmico) del organismo humano; los cambios de estaciones y la exposición a los accidentes meteorológicos (lluvia, sol, viento, arco iris).

<sup>8</sup> El cambio, "*cutt*", (de ahí "*pacha-cuti*") es la alteración de un orden por otro, que trastorna la realidad; desequilibra pudiendo introducir otros equilibrios. Esto afecta también al nivel temporal de los cambios y ciclos, como veremos más adelante. *Cf.* nuestro estudio "Ética y estética en la figurativa textil andina de diseño paraca" (1990).



<sup>6</sup> En quichua no hay un término propio para designar el cuerpo. En su lenguaje habitual el quichua-hablante de la Sierra emplea el castellano ("cuirpi"). "Aicha" (carne o cadáver) y "tucui aicha" es raramente usado, mientras que el término más clásico de "ukhu" (dentro, interior) ha desaparecido del lenguaje corriente. Por eso, aunque consideramos que el planteamiento inicial de J. W. Bastien (1985) es correcto: "An understanding of how Qollahuaya Andeans think about their bodies is a necessary precondition to the incorporation of modern medicine in the Andes".

<sup>7</sup> En otro texto (*cf.* J. Sánchez-Parga, 1988, pp. 191 ss.) hemos analizado la semántica espaciotemporal de la noción "detrás" en el pensamiento indígena andino. "*Huasha*" es lo oculto y significa también el pasado, que se representa en la espalda (*huasha*).

Pero, quizás, la forma más intensa de somatización de la enfermedad tiene lugar por las vicisitudes o accidentes que atraviesa el individuo dentro del cuerpo social en el que se encuentra fuertemente integrado ("incorporado"), en sus relaciones domésticas, familiares, comunales, con la sociedad blanco-mestiza. La familia y la comunidad se representan con frecuencia en el discurso indígena (y así se expresa en la información recogida en las "autopsias verbales") recurriendo a la metáfora del cuerpo como unidad orgánica:

"Todos somos una familia" (Nucanchic tucui familiami) (Aylluca tucui canchic) "Todos somos un solo corazón" (Shuc shungo tucui).

El dirigente de la comunidad es percibido como taita (padre) o como una (cabeza), y todos los miembros como hermanos.<sup>9</sup>

A esta corporalización de la sociedad corresponde a su vez una socialización del mismo cuerpo del individuo, y también de la misma enfermedad. <sup>10</sup> Muchas de las patologías son diagnosticadas con base en específicas condiciones del individuo dentro de su grupo: cuando está solo y lejos de la familia y de la comunidad, o en situaciones de conflicto con algunos de sus miembros. <sup>11</sup> De ahí que un componente de la cura suponga una reinserción del enfermo en su hogar, la vuelta a la comunidad.

De acuerdo con los resultados de cinco años de investigación en tres parroquias de Otavalo, <sup>12</sup> se ha podido constatar que entre los *factores predisponentes* de todas las patologías, el 80 % son relativos al cuerpo social, el 15 % al medio natural y el 5 % a condiciones particulares del organismo del enfermo. En cambio, entre los *factores desencadenantes* de las patologías, el 80 % son dependientes del medio natural y solo el 20 % dependientes del cuerpo social.

Invirtiendo una reflexión de Godelier (1982) a propósito de lo Boruya, podríamos sostener que en la comunidad andina, donde no hay un lenguaje sobre el cuerpo

<sup>12</sup> Cf. Cifuentes, 1988.



<sup>9</sup> *Cf.* J. M. Bastien, 1985.

<sup>10</sup> Bastien se refiere a la metáfora topográfica, que establece relación entre *ayllu* y cuerpo, de la misma manera que relaciona el cuerpo-organismo humano con el cuerpo topológico de las montañas. Nos parece, sin embargo, que tras la analogía corporal entre individuo y grupo social, entre el organismo humano y la naturaleza representada o personalizada en los cerros existe una vinculación, el continuum de una misma corporalidad, en la que la idea de "fuerzas" o "poderes", energías o dinamismos desempeñan un papel fundamental.

<sup>11</sup> Para una personalidad tan colectivizada, como la que posee el indígena andino, la soledad significa siempre una situación de alto riesgo y debilidad.

que pueda convertirse en un lenguaje del cuerpo, el único discurso posible tiene a la sociedad (cuerpo social) como objeto y sujeto. Y por esta misma razón, también, a diferencia de la moderna cultura occidental, donde el cuerpo, perímetro y límite de la personalidad individual, separa y distingue, aísla y distancia lo más privado de lo colectivo, en la cultura andina la anatomía individual opera como un trazo de unión por el cual el individuo se prolonga y completa en la corporalidad del grupo. Y por eso, también, el hombre andino nunca es más frágil que cuando está solo, ni más fuerte que integrado al grupo.

Al representarse el organismo humano como parte integrada ("incorporada") a otras corporalidades, y en estrecha relación con ellas, dicho organismo se encuentra sujeto a múltiples y variadas metabolizaciones de factores externos. La enfermedad aparece así como efecto de acciones exteriores, sustractivas o extractivas de las fuerzas propias del organismo, que provocan una deficiencia o debilidad; de ahí que la semántica de las acciones verbales designen muchas patologías en términos pasivos (*shca*): *japischca*, *mancarishca*, *ricushca*, *rurashca*, <sup>13</sup> y que significan actividades de carácter anatómico (coger, tomar, mirar, hacer).

Esta morfología compleja de la corporalidad, de una corporalidad trans-anatómica, y este preciso aspecto de la nosología tradicional en la cultura andina, nos introducen en uno de los fundamentos centrales de la comprensión de la salud/enfermedad en cuanto fenómeno de dinamismo, de "fuerza" y "poderes" (*sinchy*). 14

Esta misma dinámica es la que diagrama una geografía donde las fuerzas de la naturaleza se concentran localmente en formas benignas y malignas; está presente en los ciclos temporales; y atraviesa el cuerpo social y las relaciones entre sus miembros. Todo ello conforma un complejo campo de fuerzas, en el que el individuo se encuentra continuamente inmerso y expuesto.

Esta concepción del dinamismo, de fuerzas y poderes que organizan el mundo mágico sobrenatural, el del mismo ambiente y de la sociedad no solo explica los esquemas terapéuticos en la tradicional concepción médica de las culturas andinas sino también lo que podríamos conceptualizar como una sociología de la enfermedad. Pasemos a continuación a analizar estos aspectos.

<sup>14</sup> En este sentido la tesis de Bastien nos parece correcta, aunque su precisión "hidráulica", centrada en una dinámica de los flujos particularmente sanguíneos, le resta coherencia, al dejar fuera de consideración la eficacia de otras "fuerzas".



<sup>13</sup> En la edición original, los términos en quichua aparecen en cursiva y negrita, para diferenciarlos de los énfasis en español, que solo usan cursivas (N del E).

#### Somatizaciones y fuerzas en la enfermedad y la cura

En Imbabura (Cotacachi y Otavalo), con motivo de la fiesta de San Juan, cada año, los jóvenes se suben al cerro para bañarse en las cascadas de agua fría con la finalidad de fortalecerse. Este rito de vigorización, recurriendo a una fuerza de la naturaleza (aguas + cerros), convalida el sentido de que toda curación en la medicina tradicional consista siempre, de alguna manera en un procedimiento para restituir al cuerpo una energía perdida o en exorcizar un factor exógeno que lo debilita.

El tratamiento de los *yachac* o curanderos, entre cuya parafernalia se encuentran siempre las piedras como depositarias del poder de los cerros, comporta la doble acción de "limpiar" (*pichay*) y de reforzar el vigor del enfermo. <sup>15</sup> Resulta muy sintomático que en el tratamiento de los *yachac* o curanderos sobre el cuerpo enfermo intervengan habitualmente tres elementos: sólido, frotamiento con hierbas, las manos o piedras; líquido, con aspersiones de trago, y gaseoso con el soplo del humo del tabaco. Concentración de la fuerza de los tres elementos de la naturaleza, que tonifican el cuerpo y exorcizan los factores de la dolencia. Todo lo cual será completado con la administración de una doble dieta: ingesta líquida, con base en infusiones, y sólida, de determinados alimentos.

Por otra parte, la situación de los shamanes más poderosos, en el Oriente amazónico, representa en el imaginario indígena andino de la Sierra la región *sacha*, donde la naturaleza en su estado "salvaje", no "culta", concentra mayores poderes tanto maléficos como benéficos. <sup>16</sup> Análoga virtud y eficacia se atribuyen a las plantas medicinales, y mayor aún a determinadas especies (coca y ayahuashca), cuyos empleos ritualizados suponen el reconocimiento de un poder extraordinario o sobrenatural.

Un factor importante en todo proceso de cura tradicional es la comida, que como las plantas medicinales se encuentra siempre regulada por un principio termodinámico, de "frío" y "caliente" en todos los alimentos. Pero más allá de este aspecto regulador, a los alimentos en su valor nutritivo se les confiere una eficacia particular para fortalecer el cuerpo debilitado por la enfermedad y actuar así con efectos curativos. Este poder de los alimentos trasciende su acción en el organismo, para operar como fuerza social: las comidas compartidas, los "*cucavis*" colectivos, refuerzan las solidaridades del grupo y su cohesión interna, e incluso fortalecen los vínculos entre la sociedad de los vivos y la de los muertos.<sup>17</sup>

<sup>17</sup> Cf. J. Sánchez-Parga, 1990.



<sup>15</sup> Cf. J. Sánchez-Parga & R. Pineda, 1985.

<sup>16</sup> Entre las amenazas de embrujamiento que con frecuencia se denuncian en la zona de Otavalo se halla la asociación de "brujos" del Oriente, los más poderosos. Si con ello se inician los *yachac* de la zona, también de ellos pueden obtener las facultades para "hacer el mal (no bien)" (*mana alli rurana*). Para el tema del embrujamiento en el medio indígena de la Sierra ecuatoriana puede consultarse Carmen Bernand, 1985.

Muchas de las enfermedades, sobre todo de las tradicionales, suponen una etiología y diagnóstico que caracterizan el mal como una situación crítica del individuo al interior de su grupo: el organismo enfermo somatiza un trauma del cuerpo social. Por eso, la terapia comportará de alguna manera una "re-in-corporación" social del enfermo, la cual va desde el reposo en el hogar bajo los cuidados de los familiares, hasta su reubicación en el Universo mágico-mítico de su tradición cultural.

De ahí que el alcance socializador que pueden tener ciertas prácticas o procedimientos curativos no se entiendan plenamente al margen de los fenómenos de somatización, según los cuales determinados conflictos o trances sociales vividos por el individuo pueden infligirle una marca patológica en su organismo. Mientras que la cultura occidental y modernizada tiende a interiorizar psicológicamente las "heridas sociales" en el medio indígena este género de traumas puede llegar a generar afecciones somáticas más o menos graves.

En abril de 1990 fuimos testigos de un caso tan dramático como espectacular, ocurrido en una comunidad del altiplano boliviano, Corqueamaya, cercana al Lago Titicaca. A primeras horas de la noche, unos gritos alertaron a todos los vecinos del lugar. A la mañana siguiente supimos que una niña de catorce años había muerto. Su familia y los comuneros reconstruyeron la causa que había provocado la tragedia. Dos días antes, la niña había concurrido por primera vez a la escuela, a un par de kilómetros de su comunidad, para iniciar la secundaria. El día anterior, sacada al pizarrón, fue duramente corregida por la maestra, que además de humillarla, la ridiculizó dentro del aula poniéndole una máscara de burro. De regreso a casa, por la tarde, y después de ayudar a hacer la cena, de repente comienza a gritar, se agarra a su madre y queda muerta. Único síntoma: un poco de baba en la boca y de sangre por la nariz. El veredicto unánime de la familia y de toda la comunidad fue culpabilizar a la escuela. La agresión moral, que a un niño de cultura occidental le hubiera podido afectar psicológicamente, impactó somáticamente a la niña indígena. Que el episodio sufrido haya sido causa o un factor de la muerte es ya una cuestión de diagnósticos.

Casos como este, aunque no mortales, son usuales en las comunidades estudiadas y en los materiales de las "autopsias verbales". En mayo de 1987 en una comunidad de Cotopaxi, un comunero presidente del Cabildo va a quejarse al ex presidente de la comuna por el "daño" causado en sus chacras por parte de los animales de su hija. De regreso a su casa se siente muy enfermo, con fiebre y mareos. Parientes y vecinos diagnostican "mal viento". ¿Cabría hablar de una metástasis o somatización del "daño" sufrido por las chacras y del delicado reclamo que tuvo que hacer por ello?

Pero si el organismo del individuo puede resentirse de un trauma sufrido en el cuerpo social, así mismo también en la curación del enfermo no deja de intervenir la acción corporativa de los parientes y del grupo. Las atenciones que prestan al enfermo sus familiares, vecinos y comuneros muestran que un tal exceso de



solicitud material y de reconfortamiento afectivo solo pueden ser interpretados dentro del metabolismo y simbiosis existentes entre el cuerpo enfermo de uno de sus miembros y el cuerpo social al que pertenece.<sup>18</sup>

#### Corporalidad sexuada de la enfermedad

Del material registrado en las "autopsias verbales" y del recogido en entrevistas emerge una interesante información acerca de dos diferentes percepciones del hombre y la mujer sobre las propias experiencias de la enfermedad. El hombre casi nunca reconoce haber estado enfermo, o bien las enfermedades sufridas suelen ser minimizadas y fácilmente olvidadas, mientras que no hay mujer que no declare estar con frecuencia enferma, y que no haga de la enfermedad padecida una afección casi endémica en su posterior existencia. Es como si en la mujer toda enfermedad dejara una marca, sobre todo si la dolencia ha estado relacionada con un parto.

Precisando estos datos sobre las diferencias sexuales en la percepción de la enfermedad, nos pareció poder verificar dos aspectos complementarios: mientras que el hombre se reconoce enfermo solo en la medida que se encuentra laboralmente incapacitado ("cuando no puede trabajar"), la mujer, con una gran frecuencia, remite todas sus enfermedades a la experiencia de la maternidad, al síndrome del parto, "sobre-parto" o post-parto. La pregunta obvia es de si no nos encontramos ante una representación masculina del *cuerpo productor* y una representación femenina que concibe y cría; y que ambas corporalidades corresponden distintas representaciones de la enfermedad.

Respecto al caso del hombre, confirmaría esta interpretación el hecho que con mucha frecuencia "autopsias verbales" sitúan la enfermedad masculina en situaciones laborales, o cuando va o vuelve de trabajar. En el caso de la mujer, además de ser sintomático que la situación de dar a luz se designe como "enfermarse", resulta muy habitual que mujeres ya ancianas atribuyen sus enfermedades más recientes a una dolencia de sobre-parto.

Estos datos podrían explicarse a partir de la hipótesis general y eje interpretativo que nos han guiado en este estudio. El trabajo productivo y reproductor significa un ejercicio e inversión de fuerzas, donde está en juego un desgaste corporal el cual en caso de ser excesivo o perturbado por cualquier circunstancia, podría llegar a afectar las resistencias corporales y provocar una enfermedad. Ahora bien, ¿por qué, mientras que una vez restablecido de cualquier dolencia el cuerpo del hombre seguirá siendo un cuerpo sano, la mujer se mantiene como un cuerpo enfermo, al menos potencialmente? ¿Por qué la afección de la maternidad marca patológicamente el cuerpo femenino?

<sup>18</sup> Este tema ha sido estudiado con detalle por José Bedoya & José Sola, 1987.



Para responder a estas cuestiones nos parece obligado reintroducir aquí la noción explicativa de "fuerza" la cual nos permite interpretar mejor el doble proceso de enfermedad y curación. La "re-incorporación" del hombre a la producción por el trabajo además del síntoma de su curación contribuye a fortalecer su organismo: la mujer se "re-incorpora" por el parto a una nueva condición, la de madre, que la vincula a la relación, cría y cuidado de sus hijos, cuyo frágil organismo le obliga prolongar en ellos su propia corporalidad, primero de manera inmediata y constante, durante la lactancia, después mientras los carga sobre su cuerpo y, finalmente, por una continua atención a su crecimiento. Esto hará que la mujer conserve y prolongue la experiencia de su propia enfermedad y cura, para mantenerse como depositaria de las competencias relativas al proceso de salud-enfermedad que la capacitan como madre.

Si el de la mujer se representa predominantemente como un "cuerpo enfermo" —a diferencia del masculino que es un "cuerpo sano", ya que la enfermedad lo incapacita como productor— es porque la enfermedad (la maternidad) capacita al mismo tiempo a la mujer en cuanto "corporalidad terapéutica". Ella es quien en la familia "sabe curar", conoce los remedios y las plantas medicinales y tiene a su cargo el cuidado de los enfermos en el hogar. Sujeto privilegiado y simbólico de los procesos de morbilidad, la mujer-madre es también en dichos procesos el principal agente de la cura, o al menos el más inmediato.

De una muestra de 44 fichas médicas familiares (que abarcan 233 individuos), recogidas en el estudio de nueve comunidades de Otavalo, y donde se analizan 70 casos de enfermedad/curación, hemos obtenido los siguientes datos sobre el tipo de atención dispensado o a la que se recurrió:

Agentes	Nº casos	%
Madre (con experiencia previa)	15	34
Vecina	6	13
Mujeres/madres del grupo familiar	9	20
Padre	2	4
Compadre	2	4
Curandero(a)	5	12
Hospital/médico	6	13
Total	45	100



Es significativo que la mujer-madre sea en un 67 % de los casos el principal, más inmediato o exclusivo agente de salud. La indagación no llegó a precisar en qué medida esta importancia de la atención femenina se cifra sobre todo en lo que podríamos denominar "primeros auxilios", y en qué proporción desempeña un papel terminal en el proceso de la cura.

Por otra parte, y más allá de estas competencias y responsabilidad de la mujer en el campo de la salud/enfermedad, la terapéutica tradicional se ha desarrollado como un discurso femenino muy preciso y elaborado, el cual, además, se encuentra sujeto a un elevado nivel de transmisibilidad y socialización al interior del mismo sector de las mujeres.<sup>19</sup>

Este papel de la mujer en el esquema de la salud-enfermedad no es ajeno a aquel que desempeña también el *yachac* o curandero dentro de la tradicional concepción médica andina. Ya en otra ocasión habíamos puesto de relieve<sup>20</sup> cómo una de las condiciones o requisitos que habilita a un *yachac* en su destino o profesión como *yachac* es haber pasado por una experiencia más o menos intensa de enfermedad y curación. Este auténtico "rito de pasaje", que será completado con sesiones de aprendizaje con otros *yachac* o shamanes más poderosos, ofrece una curiosa analogía con el proceso psicoanalítico, según el cual se convierte en psicoanalista quien como psicoanalizado (sujeto del análisis) ha hecho la experiencia de su propia neurosis.

#### De las corporalidades a la anatomía

Que el indígena andino se represente su organismo integrado dentro de un continuum, con otras corporalidades, no significa excluir una percepción del propio cuerpo y de la anatomía humana. Es, sin embargo, a partir de estos referentes a una corporalidad genérica, que podemos determinar cuál es la específica concepción del

<sup>20</sup> Cf. J. Sánchez-Parga & Rafael Pineda, 1985.



En el marco de un programa de salud implementado en las comunidades de Otavalo por el equipo del CAAP, desde 1985 se llevó a cabo un inventario de 26 patologías prevalentes en la zona, de las cuales las mismas mujeres-madres habían elaborado: la etiología (causas y circunstancias), el diagnóstico con una precisa sintomatología y la terapia con los posibles tratamientos y medicación con las respectivas preparaciones de los diferentes remedios, la mayor parte con base en plantas medicinales y recursos tradicionales, y en fin las dietas recomendadas. Este verdadero tratado de medicina tradicional vigente en el medio otavaleño contiene las siguientes patologías *uchilla ishpa* (mal de orina), *sinshig japishca* (rasca bonito, *calenturarajun*, *mitzas* (verrugas), *cunue japishca ishpajun* (diarrea por calor) *chiri huicho* (diarrea por frío) *nabi yawar yashca* (ojo sangrado), *chupo* (absceso), *rumades* (gripe) *escorbuto*, *amalon*, *ocote*, *chiqui chupashca*, *alpa mama japishca*, *atsingo ricushca* (ajito), *muru unguy japishca* (sarampión), *surcashca*, *cuichig*, *japishca*, *aya ricashca*, *shungu nanay*, *caracha* (sarna), *cunuc yalishca* (tabardillo), *pasmu uju*, *chaquishca ujuchijun*, *uju*, *yura mapa* (mal parto), *cuicas*.

cuerpo humano y su particular organización anatómica, donde de alguna manera encontraremos cifradas esas mismas coordenadas que ubican al hombre-individuo y su organismo en el contexto de las representaciones de la naturaleza y sociedad en su cultura tradicional.

Las representaciones espaciales desempeñan un papel fundamental en la codificación semántica del pensamiento andino, y en tal sentido el cuerpo humano se entiende siempre ubicado en relación a un sistema de orientaciones y sujeto a la correlación de fuerzas ("sinchicuna"), propias de cada uno de los lugares, o niveles de la tridimensionalidad del "pacha" (mundo), cuyo eje es el "chaupi" el centro, o "caipi" "caipacha" del aquí y ahora de la existencia humana.

JAHUA/hanan (arriba)... huasha (detrás)... UCU (dentro)
CHAUPI
CAI/hurin (abajo)... chimba (delante)... canzha/ñaupa (fuera)

El *jahua* es el mundo superior/sobrenatural opuesto al *caipacha* que es el mundo natural y humano de la existencia histórica; *hanan* y *hurin* expresan la oposición y complementariedad ecológica tradicional en los Andes; *huasha* y *chimba* además de su referencia espacial recubren una significación temporal (el futuro guarda una cierta equivalencia y oposición con *jahua* al mismo tiempo que en otro plano se contrapone a *canzha* y *ñaupi*).

Sujeto a este campo de fuerzas, que definen las condiciones de morbilidad y sus equilibrios de salud, se encuentra el organismo humano, el cual a su vez reproduce en su propia anatomía, como un microcosmos, estas diferentes dimensionalidades del espacio, en donde intervienen también sus propias fuerzas centradas en la sangre ("yahuar") y el corazón ("shungu").

Tratar las representaciones de una socio-cultura presupone reconocer que el tipo de materiales e información, pensamientos e imaginarios indagados pertenecen a una orden de elaboraciones inconscientes, de ciframientos difusos en prácticas y discursividades, creencias y ritos (verdadero bricolaje mental). Bajo tales supuestos la representación anatómico-fisiológica del cuerpo humano en el pensamiento indígena andino solo puede ser objeto de una (re)construcción tentativa a partir de determinados referentes e indicadores, los cuales, según nuestros análisis anteriores, se encuentran organizados de acuerdo con la topología de un esquema espacial.

En términos figurativos la anatomía del cuerpo humano podría representarse como una composición de círculos concéntricos, segmentados por un doble sistema de ejes: uno horizontal y vertical y otros tangenciales.<sup>21</sup>

<sup>21</sup> *Cf.* Mauro Cifuentes, 1988. Este doble sistema de ejes corresponde a la más tradicional distribución del espacio social en los Andes en: "saya" (dualidad) y "suyu" (tetra-partición).



En esta organización de esferas concéntricas, dispuestas en una sucesión de inclusiones, se alternan los diferentes *ucu*, interiores y *ñaupi/canzha*, exteriores. El esquematismo de las inclusiones concéntricas responde en el tradicional pensamiento andino a una matriz figurativa, que se reproduce tanto en el plano de la organización social como en el de las formas estéticas.<sup>22</sup> El centro anatómico estaría ocupado por el complejo visceral del *shungu* (corazón), *yana shungu* (higado), *huasha shungu* (pulmón), y *huasha ruru* (riñones); todo lo cual se distribuye de acuerdo con una topología general del espacio: superior (*jahua*), inferior (*urapi*), posterior (*huasha*) y frontal (*ñaupi*). Todo este núcleo orgánico se encuentra regulado por la principal "fuerza" (*sinchi*) vital de la sangre (*yahuar*).

En una esfera o nivel más amplio y exterior, que incluye el precedente y vive fisiológicamente él, se halla la cabeza (*uma*), como sede del pensamiento (*uma*), en el nivel superior y directamente relacionado con el *shungu*; los órganos sexuales (*ullu* y *raca*), en el inferior; los intestinos y vísceras estomacales (*tunguri* y *bigsa*), distribuidos anterior y posteriormente. La fuerza propia de este complejo del organismo, que tiene su sede en él, es la grasa, *huira*, la cual en el mundo andino posee un fuerte sentido sobrenatural y simbólico, de vigor y poder mágico-espiritual.<sup>23</sup>

La esfera más exterior del cuerpo humano contiene los órganos de directa relación con el mundo natural y social, pero relacionados con los niveles somáticos que incluye: ojos (*ñahui*), pies (*chaqui*), boca (*shimi*) y manos (*maqui*).

Completa esta representación de la anatomía humana una fisiología muy particular, en estrecha correspondencia con las distintas topografías del organismo, y que puede así mismo figurarse por una sucesiva inclusión concéntrica de los tejidos o pieles ("caracuna"), que recubren aquellas: los tejidos más internos son quilpacara y rusundcara, que envuelven los órganos centrales con la sangre y la grasa. Después se superponen el ucucara y jahuacara, pieles más exteriores. Todo este complejo se expresa en una variada sintomalogía: pungishca (hinchado), yahuaryasha (ensangrentado), ishmushca (descompuesto), jayai tucyashca (traspasado) jarniruyashca (perforado) rupashca (quemado), quiyashca (infectado), chupashca (chupado), tsharquicashca (secado), yaicushca (aguado), ucuman yaicushca (aguado por dentro) sinchiyashca (endurecido).<sup>24</sup>

<sup>24</sup> Las distintas "caras" (pieles) constituyen lugares de sintomatización de las enfermedades, y su caracterización ha podido ser confirmada por la sintomatología decodificada en la lectura de la "soba del cuy", el más tradicional y usual procedimiento de diagnóstico en la Sierra ecuatoriana.



<sup>22</sup> Sobre la organización social concéntrica y la inclusividad espacial puede consultarse X. Albó, 1972; T. Platt, 1980; J. Sánchez Parga, 1989, 1990.

<sup>23</sup> Cf. J. W. Bastien, 1985; Juan Ansión, 1984; Gabriel Martínez, 1987.

A pesar (*o precisamente a causa*) de su evidencia sensible, de su materialidad concreta y de su experiencia inmediata, el cuerpo es para cada cultura, más que un "*dato*", una construcción de representaciones. Hemos intentado aproximarnos al discurso y pensamiento corporales en la tradicional cultura andina, tal y como aún hoy se reproducen en el medio indígena de la Sierra ecuatoriana. Nos facilitaron este acceso, tentativo y sucinto, el registro y análisis de comportamientos y discursividades de —y sobre— la salud/enfermedad, y ese sistema de mentalidades que soportan la socio-cultura andina.

Pero las profundas y rápidas transformaciones que en las últimas décadas atraviesan estos sectores indígenas (*su mayor articulación al modelo occidental de medicina*) no dejan de afectar también a sus categorías mentales: y no cabe duda que las mismas representaciones del cuerpo, el discurso corporal —las corporalidades del discurso— están modificándose sensiblemente. Con todo, consideramos que el cuerpo —el modo de producción de cuerpo— seguirá siendo dentro de todo proceso sociocultural objeto de construcciones y de representaciones imaginarias, aún allí donde sus manipulaciones por la ciencia, la moda, los *mass media* y el mercado reviste las apariencias más conscientes, calculadas y objetivas.

Nada tiene de extraño, por ello, que dentro de la más reciente revolución genética, cuando el cuerpo se ha convertido, ya en sus orígenes embrionarios, desde la sustancia de su genoma, en materia de laboratorio, que las preguntas sobre la naturaleza, el misterio o el problema del cuerpo sigan intrigando a quienes no han dejado de pensarlo o han vuelto a repensarlos; y que muchas de las ideas de la tradición cultural andina se replanteen hoy en las avanzadas de la ciencia con original urgencia: "entonces la cuestión radical está ahí, delante de nosotros. El sujeto humano no es pensable sin cuerpo, la disociación del cuerpo y de la persona atenta el ser mismo de la persona. Pero el sujeto no es pensable tampoco sin cuerpo social, en cuyo seno se atan las relaciones humanas, garantizando al mismo tiempo la alteridad y el vínculo...".<sup>25</sup>

La reflexión no se agota en las correspondencias y relaciones entre corporalidad anatómica y corporalidad social. También las más actuales reconceptualizaciones del espacio y territorio revelan hasta qué punto primordiales y tradicionales mentalidades como la andina sobre la corporalidad del espacio y la territorialización de cuerpo humano, calcada de las representaciones del medio ambiente, adquieren una nueva vigencia interpretativa, lo cual reconfirma cómo "el cuerpo propio es el a priori del espacio y de la representación".<sup>26</sup>

<sup>26</sup> Cf. A. Samir, 1974; C. Raffestin, 1986.



<sup>25</sup> Cf. Catherine Labrusse Riou, 1990.

#### Referencias citadas

- Albo, X. 1972. Dinámica en la estructura inter-comunitaria de Jesús de Machaca, *América Indígena*, nº 32: 773-816.
- Albo, X. 1976. Esposos, suegros y padrinos. *Cuadernos de Investigación CIPCA*, nº 1, La Paz.
- Albo, X. 1979. Khitipxtansa. ¿Quiénes somos? Identidad localista, étnica y clasista en los aymaras de hoy. CIPCA, La Paz.
- Ansión, J. M. 1985. *Démons des Andes*, Edit. Ciaco, Institut d'Etudes des Pays en Developpment, Université Catholique de Louvain, Louvain.
- Bastien, J. 1985. Qollahuaya, Andean Body Concepts: A Topographical Hydraulic Model of Phsycology, *American Anthropologist*, n° 87: 595-611.
- Bedoya, J., Sola, J. 1987. Comportamiento de la familia indígena frente a la enfermedad, Documento CAAP, Quito.
- Bernand, C. 1985. *La solitude des Renaissants, Malheurs et sorcellerie dans les Andes*, Presses de la Renaissance, Paris.
- Bernand, C. Caimi Ñacanchi Shimiyuc-panca, MEC-CIEEI/PUCE, Quito.
- Cifuentes, M. 1988. *Diagnóstico, nosología y terapia andinas*, Documento CAAP, Quito.
- Labrusse Riou, C. 1990. L'invention du droit, en: *Va-t-on modifier l'espéce humaine?*, Nouvel Observateur Documents n° 10, Hachette, París.
- Lara, J. 1971. *Diccionario Qheswa-Castellano, Castellano-Qheswa*, Ed. Amigos del Libro, La Paz/Cochabamba.
- Martínez, G. 1987. *Una mesa ritual en Sucre, aproximaciones semióticas al ritual andino*, HISBOL. La Paz.
- Platt, T. 1987. Entre ch'axwa y muxsa. Para una historia del pensamiento político aymara, en: *Tres reflexiones sobre el pensamiento andino*, Th. Bouysse-Cassagne, O. Harris, T. Platt, V. Cereceda (eds.), HISBOL, La Paz.
- Raffestin, C. 1986. Ecogenése territoriale et territorialité, en: *Espaces, jeux et enjeux*, F. Auriac, R. Brunet (eds.), Fayard, París.
- Samir, A. 1974. L'espace imaginaire, Gallimard, París.
- Sánchez-Parga, J. 1988. Aprendizaje, conocimiento y comunicación en la comunidad andina, CAAP, Quito.
- Sánchez-Parga, J. 1990. ¿Por qué golpearla? Ética, estética y ritual en los Andes, CAAP, Quito.
- Sánchez-Parga, J., Barahona, C., Ramón, G., Hararari, R., Flores, O. 1982. *Política de salud y Comunidad Andina*, CAAP, Quito.
- Sánchez-Parga, J., Pineda, R. 1985. Los Yachac de Ilumán, *Revista Cultura*, nº 21, Banco Central del Ecuador.

