
NARRATIVAS DE AFLICCIÓN DE MUJERES ANDINAS

Jeanine Anderson

PROMOVER LA SALUD Y PROLONGAR LA VIDA son algunos de los valores más caros de toda sociedad humana. Tal universalidad contrasta, sin embargo, con lo relativas que son las múltiples maneras de entender la salud y la enfermedad. Las diferencias comienzan con la clasificación de las dolencias, el reconocimiento de los síntomas y la asociación entre éstos y las distintas categorías patológicas. Impregnan el significado de “estar enfermo/a”, la relación cuerpo-mente (si se reconociera alguna separación), la influencia del mundo social sobre la percepción de bienestar de las personas, y aun la influencia de seres espirituales y fuerzas sobrenaturales.

A nivel subjetivo, lo que resalta en la experiencia corporal es la continuidad: la posesión de un mismo cuerpo que, sin embargo, cambia y se transforma de distintas maneras; donde cada nuevo estado es percibido como emergiendo de los anteriores. En cada historia personal ocurren coyunturas o situaciones que rompen con el curso normal de los acontecimientos, aun si admitimos distintas maneras de entender la “normalidad”. Las enfermedades por lo general encajan en esta lógica. Son vividas como interrupciones más o menos sorprendidas y violentas de la normalidad. Como tales, exigen explicación. Al mismo tiempo, se reconoce su hilvanación con

JEANINE ANDERSON

muchos otros hechos y acontecimientos de la compleja biografía personal: lo que se dijo, se hizo o se dejó de hacer, y lo que otros dijeron, hicieron o dejaron de hacer.

Nuestros esfuerzos por comprender cómo las personas experimentan la enfermedad nos obligan a privilegiar, como fuente de evidencia, las historias o narraciones que las mismas personas - los afligidos- elaboran en torno a episodios y procesos de salud-enfermedad. Gran parte de las manifestaciones de enfermedades y dolencias son inherentemente subjetivas: desarreglos internos, dolor físico y mental, sufrimiento personal y social. Además, se acepta que varía mucho la forma en que una misma enfermedad actúa en distintas personas. En cada caso se tratará de una historia diferente. Nuestra comprensión será siempre parcial y limitada si no incorporamos en la teoría y práctica de la medicina lo que las personas afectadas articulan de sus propias ideas, emociones, vivencias, elecciones y percepciones.

El concepto de *narrativas de aflicción* alude a una estrategia para ingresar en la experiencia de quiebres en la salud, tal como realmente son vividos. Esta estrategia acepta que la manera usual en que los seres humanos explicamos estos problemas es a través de narraciones, es decir, cuentos, relatos o pequeñas historias. Ellas ubican el problema en un contexto: en tal momento, tal lugar, en presencia de tales personas, luego de tales otros acontecimientos. Además, allí se toman en cuenta los múltiples niveles de la experiencia. En la narración de una secuencia de hechos se entremezclan referencias a un modelo de causalidad suscrito por quien los cuenta; se enuncian evaluaciones morales respecto a la actitud asumida por diferentes individuos del entorno. Según proponen algunos estudiosos, las narrativas de aflicción deberían constituir la materia prima de trabajo para comprender la problemática de la salud en toda su amplitud, para elaborar teorías más contundentes en este terreno y para plantear reformas en los sistemas de atención de la salud.

Las narrativas de aflicción privilegian la voz de quienes sufren “pesares”. La atención se centra en la forma en que cada individuo va elaborando un relato personal y único. Al mismo tiempo, como en toda narrativa, es casi tan significativo lo que se dice como lo

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN DE MUJERES ANDINAS

que no se dice. Los silencios, los olvidos, la supresión de hechos y evidencias son elementos importantes en el análisis. Hay que atender, por lo tanto, lo que dice una persona, cómo lo dice, cuánto dice y qué no quiere (o no puede) decir.

En este trabajo presentaré algunas narrativas de aflicción pertenecientes a mujeres de zonas rurales andinas. A partir de las mismas elaboraré una interpretación preliminar de lo que se podría llamar su “construcción cultural de la aflicción”. Usaré como base de evidencia un conjunto de entrevistas a mujeres en torno a los problemas de salud que las aquejan, a ellas y a sus familiares, y a los servicios de atención de la salud que están a su alcance. Las entrevistas se hicieron entre octubre de 1998 y enero de 1999, en el marco de una investigación encargada por el proyecto *ReproSalud* del Movimiento Manuela Ramos¹. Las mujeres proceden de pueblos y caseríos rurales ubicados en varios distritos seleccionados en los departamentos de Ancash, Huancavelica y la sierra de La Libertad.

Las entrevistas recogen la voz y opiniones de 62 mujeres. Aunque en el estudio se usaron otras técnicas, la entrevista que aquí me sirve de base fue una conversación personal que se condujo a partir de una guía semiestructurada. En general, la misma se sostuvo en la propia casa de la mujer, y a veces en lugares de reunión como un club de madres o un mercado. La entrevista les proponía numerosas oportunidades para que contaran episodios de enfermedades sufridas por las mujeres mismas o por alguien más de su entorno (por ejemplo: “¿cuándo fue la última vez que usted tuvo un problema de salud?, ¿qué hizo?, ¿cuál ha sido el problema de salud más grave que usted ha tenido alguna vez?, ¿cuál es el lugar más lejos al que usted ha ido para tratar de resolver un problema de salud?”). La intención fue tratar de situarlas en los momentos y lugares en que debieron buscar soluciones a problemas de salud, o

¹ El proyecto *ReproSalud* cuenta con el apoyo financiero y técnico de la USAID. Varias personas de Manuela Ramos y USAID hicieron aportes importantes en la discusión teórica sobre el problema del estudio. La metodología y la interpretación de resultados. En particular, quiero mencionar y agradecer a Carmen Yon y Bárbara Feringa. Blanca Figueroa y Rosa Esquivel compartieron la conducción del estudio.

JEANINE ANDERSON

cuando entablaron contacto con prestadores de servicios de salud “tradicionales” u “oficiales” (biomédicos).

El estudio y los relatos de las mujeres se ubican en un contexto de cambio y transformación en las zonas rurales del Perú, y en especial en lugares como Huancavelica, afectadas por la violencia política, el desplazamiento forzado y la migración económica. La realidad de hoy dista mucho de la imagen que suele tenerse de mujeres campesinas atrapadas en lugares remotos, sujetas pasivas de lo que ahí transcurre. La mayoría de las entrevistadas había viajado a otros lugares, muchas veces buscando servicios de salud que consideraban mejores que los disponibles en su localidad. Varias de ellas -provenientes de caseríos de Otuzco, Salpo y Mache, en el departamento de La Libertad-, por ejemplo, habían acudido a hospitales públicos y aun a clínicas privadas en la ciudad de Trujillo, generalmente procurando soluciones a problemas de familiares de mayor estatus que ellas (madres, padres, esposos). También viajaban por motivos de trabajo, para hacer trámites, para buscar diversos servicios e incluso para conocer y disfrutar de las diversiones urbanas. Algunas de nuestras entrevistadas manifestaron tener educación secundaria y unas cuantas habían iniciado estudios universitarios.

Tales hechos -al igual que lo constatado por proyectos de ONGs y proyectos y programas estatales realizados en los lugares del estudio- no contradicen la situación predominante de pobreza y marginación respecto de las decisiones macroeconómicas y políticas, vivida mayormente por los pueblos menores de la sierra peruana. Aquí resulta pertinente el argumento que plantea Wilkinson (1998) cuando se refiere a las penurias de la desigualdad (*The Afflictions of Inequality*). Él demuestra que cuanto mayor sea la desigualdad socioeconómica en el interior de los países, mayores serán las “aflicciones” relativas a la salud. Peor será la situación de salubridad en general.

Numerosas investigaciones sobre el tema de las mujeres en los Andes no dejan dudas respecto a su condición de “excluidas entre los excluidos”. Veremos como la desigualdad, el desprecio y las limitaciones que obran sobre ellas y sus pueblos locales son temas que emergen con fuerza en muchas de sus narraciones. Al mismo tiempo, son estas mujeres quienes asumen el cuidado, la alimentación

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN DE MUJERES ANDINAS

y la salud de la familia. Intervienen en la solución de problemas de salud que surgen en una extensa red de parientes y vecinos.

Sus narrativas de aflicción nos plantean fuertes interrogantes acerca del modo como funciona el sistema oficial de salud pública en el Perú. Esto en sí no es una novedad. El propio Ministerio de Salud ha desplegado numerosos esfuerzos² para entender mejor cómo habría que ofrecer el servicio en las zonas rurales, culturalmente diversas, y ha intentado capacitar a su personal en temas relacionados con la interculturalidad y la calidad de atención. Pese a ello, sigue habiendo fuertes contradicciones entre el modelo de explicación y tratamiento de los problemas de salud según la biomedicina occidental y los correspondientes a la tradición andina campesina. El marco de este trabajo, aun cuando ayuda a que necesariamente salgan a la luz varios problemas pendientes, me impide hacer más que consignarlos tal como las mujeres los narran e interpretan.

1. AFLICCIONES DE AMPLIO ESPECTRO, REMEDIOS PUNTUALES

Las enfermedades suelen ser vividas como una conjunción de problemas y alteraciones, no sólo en el cuerpo, sino también en el entorno social y emocional. Las “narrativas de aflicción” sugieren cómo los malestares físicos van transformándose en malestares sociales y psicológicos, cómo migran de una zona corporal a otra, cómo -en la percepción de la víctima- los agentes causantes cambian de *modus operandi* y punto de ataque. La incertidumbre que suele acompañar a un diagnóstico y el hecho de que el curso futuro sólo pueda predecirse en términos de probabilidades contribuyen a crear este efecto.

La posibilidad de que los problemas de salud se mezclen y confundan con una amplia gama de males surge especialmente cuando se trata de personas de sectores subalternos, cuyas vidas se desenvuelven en medio de complicaciones y azares de toda índole.

² Es el caso de las investigaciones auspiciadas por el Proyecto 2000. El mismo, junto con varios proyectos realizados por CARE, y distintas divisiones del Ministerio de Salud han impartido numerosos cursos de capacitación sobre la calidad de atención, destinados al personal de todo nivel.

JEANINE ANDERSON

Kleinman, Das y Lock (1997: ix) se refieren a este fenómeno al introducir una colección de estudios y reflexiones en torno al “sufrimiento social”. Hablan del caso de los pobres urbanos en ciertos países industrializados:

“La concatenación del abuso de sustancias, la violencia callejera, la violencia doméstica, el suicidio, la depresión, el estrés post traumático, las enfermedades transmitidas sexualmente, el SIDA y la tuberculosis entre personas que viven en comunidades que se están desintegrando va en contra de la idea médica de que cada paciente experimenta una dolencia grave, o máximo dos, a la vez. Tal reunión de problemas humanos impide, además, la categorización de las cuestiones como principalmente psicológicas o médicas y, por tanto, individuales. Por el contrario, apunta al nexo frecuente entre problemas personales y problemas sociales. Al mismo tiempo, revela la base interpersonal del dolor: en otras palabras, que el dolor es una experiencia social”.

El muy comentado estudio de Scheper-Hughes (1992), realizado en el barrio pobre de El Alto, en la ciudad de Belem, en el Nordeste de Brasil, demuestra cuán difícil es para un profesional de la salud - más aún cuando se sitúa a gran distancia social y anímica de sus pacientes- entenderse con quienes habitan en un mundo de carencia y precariedad generalizadas. La autora cita lo dicho por un médico que se veía obligado a trabajar algunas horas en una clínica municipal como condición para conservar su nombramiento de cirujano especializado en un hospital privado de la ciudad, obra caritativa de la familia del prefecto:

“Todos llegan con dolores de cabeza, falta de apetito, cansados y adoloridos en todas partes. Presentan el cuerpo entero con dolor o en crisis, con una dolencia que los ataca por doquier. Eso es imposible. ¿Cómo se supone que puedo tratar algo así? ¡Soy cirujano, no mago! Dicen sentirse débiles, nerviosos. Dicen que la cabeza les suena como una ametralladora, que el corazón les late acelerado dentro del pecho, que les tiemblan las piernas. Su letanía de quejas va de los pies a la cabeza.

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN DE MUJERES ANDINAS

Sí, todos tienen gusanos, todos tienen amebas, todos tienen parásitos. Pero los parásitos no pueden explicarlo todo. ¿Cómo se supone que deba yo hacer un diagnóstico?” (Scheper-Hughes 1992: 204).

Es indudable que los profesionales biomédicos están poco preparados para oír a la paciente aquejada por una larga lista de problemas, que se entremezclan y dependen unos de otros. Su formación profesional los remite a separar los problemas entre físicos -tratables a través de la medicina- y psicológicos o sociales. Los trabajadores de puestos y centros de salud en los tres departamentos de nuestro estudio tenían como política traducir las quejas de las usuarias en tres componentes: el primero era el que entendían como problemas biomédicos; el segundo, como problemas psicosociales, que serían referidos a la asistente social o al programa de salud Mujer y Desarrollo (donde lo hubiera); y el tercero, como fuera de su alcance. Esto último podía, en ocasiones, merecer la recomendación de conversar con un curandero (para tratar el “susto”, por ejemplo). En la mayoría de casos, sin embargo, este componente simplemente acababa siendo ignorado. Significaba incursionar, efectivamente, en el terreno de los “magos”.

Una de las narraciones recogidas ilustra el cúmulo de problemas que se viven, todos juntos, como un conglomerado de males de salud, propios y ajenos. La narradora, residente de La Libertad, tiene una hija de 18 años, ya unida, y cuatro hijos más pequeños. Ya avanzada la entrevista, la señora reveló que, una década atrás, su hija mayor, entonces de nueve años, había sido violada por el recto por un hombre en el campo. La madre la llevó al hospital para que fuera examinada, y posteriormente denunció al responsable. Sin embargo, el supuesto violador era compadre del doctor y éste lo encubrió, informando a la madre que la niña sólo había sufrido “un raspón”. La señora acudió al sistema judicial, pero piensa que el violador sobornó a los jueces para que se abstuvieran de actuar. En esa misma época, según dijo, había gente que iba por los campos sacando corazones y “vistas” para “estudiarlos”. La señora vive en una angustia permanente al pensar que la pareja de su hija pueda enterarse del incidente, más aún cuando el perpetrador acostumbra

JEANINE ANDERSON

vender pan en la esquina de su casa. Poco antes de la entrevista, una vecina había acusado a una hija menor de la señora de estar pastando sus vacas en chacra ajena.

“(¿Y cómo va su salud en general?). Bueno, yo mal, con el pecho que me duele. Con el pecho, ya está un año. Sí, es como de punzada. (¿Y tiene otros dolores?). El dolor de cerebro. (¿Y eso desde hace cuánto tiempo?). Ya hace cuatro años que tuve mi niño que está andando. Y éste que está de cinco años, y así estoy con mi cerebro, me duele. Eso nomás, señorita. De la barriga no me duele, de la cabeza. (Otras personas de la familia, ¿en general cómo están?). De mi niña, de mi niña de doce años sufre del corazón. Porque cuando tiene cólera, más claro, lo tratamos. Por uno por ahí lo resondra. Lo trata así. Siempre no falta mala gente, torpe en la chacra, diremos todavía, criamos un animalito, nos gana pasto ajeno, y ahí nos trata. Lo han tratado nomás anteayer y amaneció con el hígado hinchado. (¿Y se le hinchó el hígado?). Sí, de cólera. (Y este niño más pequeño, ¿qué tiene? Este que tiene un año). Tiene bronquitis. Sí, le ronca el pecho. (¿Desde cuándo?). Ya está un mes con tos. Primero ha estado con vómitos y diarreas. Lo traje a la posta médica pero nada le hizo. Me dicen que tiene bronquitis. No tengo dinero para mandarlo a curar. Ya va a estar más de 15 días con tos. Hoy día ha amanecido botando sangre por la naricita”.

En ésta, como en muchas otras narraciones de las entrevistadas, se observa cómo son inseparables los males de todo orden y cuán heterogéneas son las fuentes de los problemas. El lenguaje referido a las aflicciones físicas (para mayor precisión, aquellas que las mujeres asocian, en su discurso, a diferentes partes o funciones corporales) suele ser vago y general (“sufre”, “duele”, “hinca”, “ronca”), al lado de la particularidad y detalle de las situaciones sociales que relatan. Este discurso también denota la mezcla que la narradora hace entre los males que describe como propios y aquellos -físicos, psicológicos y sociales- que asume e interioriza con contundencia como si lo fueran. Son de su incumbencia en tanto ella, la madre, es responsable del bienestar de toda la familia.

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN DE MUJERES ANDINAS

2. HISTORIAS SIN FIN

Las narrativas que las personas tejen en torno a sus experiencias de enfermedad y aflicción ilustran cómo los males carecen de horizontes precisos en el tiempo. Inclusive, llegan a extenderse a lo largo de la vida del individuo. “Mi enfermedad en realidad no es nada más que mi vida”, dice una de las informantes de Scheper-Hughes (1992: 195). Indudablemente, existen numerosos factores que ayudan a prolongar los estados de menoscabo de la salud e incapacitación en condiciones de pobreza, donde es perenne el riesgo de desnutrición y difícil el acceso a una adecuada atención médica (sin prejuizar si ésta tendría que venir del sistema oficial o comunitario). Las narrativas de aflicción -en el Perú, el Nordeste brasileño y demás regiones del mundo donde prevalecen tales condiciones- no hacen sino reflejar la realidad objetiva y subjetiva.

Para el caso de la sierra peruana, existe abundante evidencia respecto a la larga duración de los problemas de salud y el peligro de que se tornen crónicos. En el estudio de Leurssen (1993), donde se compara la situación de salud y nutrición de tres estratos socioeconómicos del pueblo puneño de Nuñoa, se halló un porcentaje muy alto de enfermos crónicos, sobre todo en el estrato más pobre³. Los informantes mismos calificaron lo que consideraban como “enfermedades crónicas” y, en todos los casos, aplicaron esta rúbrica a problemas de salud que les impidieron realizar una actividad laboral normal durante por lo menos tres meses del año. Bajo este criterio, el 45% de los hogares del estrato más pobre tenía por lo menos un miembro adulto con un problema crónico de salud; el 23% de los hogares del estrato de campesinos con tierra; y el 13% de los hogares del nivel medio. Pese a sus dolencias, la mayoría de enfermos crónicos seguían realizando algunas tareas económicas y domésticas; para ellos no hubo descanso.

Entre los problemas crónicos detectados en el estudio de Nuñoa estaban casos de ceguera y otras dolencias oculares, artritis reuma-

³ Los estratos comparados son campesinos sin tierra, campesinos con tierra y el sector de ingresos medios (funcionarios públicos, maestros, algunos comerciantes, agricultores con propiedades de consideración).

JEANINE ANDERSON

toide, parálisis, fracturas de huesos indebidamente soldadas, infecciones crónicas y tuberculosis (Leurssen 1992: 270). En Nuñoa, el sobrepeso es una condición que tiene efectos prolongados para un gran número de mujeres, sobre todo en aquellas que conducen solas sus hogares, que se concentran en el estrato socioeconómico más pobre. Casi un tercio de estas mujeres había sufrido de sobrepeso. En algunas de ellas, según la percepción de los punteos, los efectos del sobrepeso siguen manifestándose hasta varios años después.

La prolongación de la enfermedad y el encadenamiento de una dolencia a otra se acentúan cuando cada problema sucesivo no alcanza a resolverse adecuadamente. El personal de los establecimientos oficiales de salud se queja continuamente de la demora con la que muchas familias llegan para recibir atención. Las causas pueden ser múltiples: la lejanía, la falta de dinero, la ausencia de confianza, la convicción de que otro especialista -o la familia misma- podría dar un mejor tratamiento. Donde no hay resolución, queda abierta no solamente una herida, sino también pendiente la definición de qué pasó, de quién fue la culpa y de cómo se portaron las diferentes personas involucradas: familiares, vecinos y especialistas de salud.

Habla una señora de 42 años, madre de ocho hijos, de la provincia de Angaraes, Huancavelica:

“Cuando yo me descuidé, una de mis hijas fuerte se ha quemado. (Fue) cuando estábamos repartiendo comida. Yo estaba ocupada y esta mi hija con mis otras hijas estaban quitándose leche y se había caído al kerosene. Ese kerosene le había quemado su piel. Era fuerte. Ha sanado en dos meses. Fue el anteaño pasado. Mi Eva Luz era la que se ha quemado y mi esposo la había cargado. Y su piel se había pelado. Se ha arrugado para los tobillos. Ha sanado en mucho tiempo. En el hospital de Julcani ha estado tres meses. (*¿Qué fue lo primero que hiciste?*). Le he pasado con aceite. Sí, aquí (en su casa). He empezado a curar aquí en mi casa. Al poco rato mi esposo la había traído a la plaza, cargando en su brazo y toda su piel se había pelado. Y viéndola, le dije a mi esposo: “¿por qué la has traído? Devuélvela”. Y llegando ahí mismo, le puse con aceite y cebolla. Esa noche no he dormido nada. Toda la noche

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN DE MUJERES ANDINAS

mi hija se quejaba. Esa noche un litro y medio de aceite he terminado. Cada rato le eché. Con eso calmaba un poquito. Se enfriaba la quemadura. Quema fuerte. No pude hacer nada durante tres días y luego he acudido al hospital de Julcani. (*¿Cómo llegaste?*). Hemos llevado cargando. Llegué hasta Ccochaccasa, de ahí después le llamaron ambulancia. Hasta Ccochaccasa llegué a pie. Hemos salido como las 11 a.m. o 12 m. Y llegamos como a las 6 p.m. o 5 p.m., porque hemos llevado despacio, cargando. Después llegué al hospital de Ccochaccasa y la revisa y nos dice: “no se va poder curar aquí. Tienen que llevar a Julcani”. Y llamaron a la ambulancia y con ambulancia hemos llegado a Julcani. Así será una media hora. Cuando llegamos a Julcani nos ha resontrado. “¿Por qué lo han hecho así? ¿Por qué no tienen cuidado? Mira cómo la han quemado. A ver, a ustedes les voy a quemar así”. Diciendo nos ha resontrado. Nosotros no lo habíamos hecho a propósito, era entre ellos por quitarse. Después me preguntó quién era mi familia que trabajaba ahí. El nombre de quién iba a entrar. Esa vez trabajaba mi cuñado. Estaba vivo; el año pasado ahí se ha muerto. Entonces mi cuñado dijo: “que entre a mi nombre”, y la asistenta no quiso. Dijo: “que entre a cuenta de la comunidad, porque mañana, más tarde, les puede cobrar más caro, le puede echar en cara”, diciendo no ha querido. Y ha estado tres meses. Se ha curado a cuenta de la comunidad, pero no ha sanado bien. En mi casa le he terminado de curar con manteca y yerbas, y recién se ha rellenado su carne y dejó limpia sin costras”.

Entre las mujeres entrevistadas para el estudio de ReproSalud, el motivo recurrente para que quedaran irresueltos los problemas de salud era el económico. Sin embargo, también era frecuente que surgiera un nuevo problema en el mismo hogar o la misma red de parientes, desplazando la atención del anterior. En un caso, el de un hogar compartido entre dos núcleos familiares en Otuzco (La Libertad), la señora entrevistada indica que su sobrina está desde hace cinco meses con un problema ocular: “Le comen las vistas. (*¿Qué significa que le comen?*). Infección puede ser. (*¿Le duelen?*). No le duelen. Dice que en el momento que le comen, no ve. (*¿Cómo*

JEANINE ANDERSON

empezó?). No, así, conforme está”. Aquí se interrumpió el tratamiento de la sobrina cuando le dio tifoidea al hijo de la señora. Las adultas tenían que atenderlo y, como no quiso quedarse en el hospital, la madre debía llevarlo cargado diariamente, con todo el peso de sus 11 años, para que recibiera su medicina. El caso es apto para señalar como el factor limitante sobre la capacidad de un hogar para lidiar con problemas de salud es, muchas veces, la mano de obra femenina disponible. Las mujeres adultas y las hijas jóvenes suelen ser quienes asumen las tareas, no solamente de enfermeras, sino también de mensajeras, coordinadoras y procuradoras de medicamentos y especialistas.

La misma concatenación de problemas irresueltos de varios miembros de una misma familia está presente en la narración de una señora de 42 años, de Shupluy, Ancash. La señora tiene tres hijos.

“(Usted dice que tiene varios problemas de salud, señora, por ejemplo, los nervios, la presión. ¿Qué otros problemas de salud tiene usted?). Tengo otras cosas acá, ahí. Siento así unos codazos que me duelen. No hace mucho he estado, supongo la infección, ¿no? O sea, infección urinaria tuve, hará una semana. Acudí a la posta. De ahí un poco me ha calmado. Bueno, diríamos ha calmado. Lo que queremos es que sane total y a veces es difícil. (¿Por qué no se sana uno totalmente?). Porque es así la enfermedad. La enfermedad nunca se sana definitivamente. Calma, pero no se sana. (¿Todas sus enfermedades han sido así siempre?). Sí, así, claro me calma. Ahorita acá en la casa todos estamos mal, todititos. Mi esposo está mal ya hace 20 días, la gripe no le calma. Es que tenemos que trabajar también en la chacra, el agua, los ríos. Entonces, pues, no se mejoran. A veces tomas antibióticos, pero si estás en el trabajo, ¿qué pues? Tomando eso hay que descansar pero a veces no podemos. Mi hija está mal, siente el estómago. Otro día han ido al hospital y le han puesto ampolla, pero ahí sigue con el estómago. (¿Le han dicho de qué está mal ella?). Yo le pregunté y no me han dicho nada. La han llevado del colegio”.

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN DE MUJERES ANDINAS

Los problemas que implican procesos internos -que no se manifiestan a través de síntomas agudos y visibles, como fracturas o supuraciones- están entre los que suelen tardar más en alcanzar una solución. En muchos de estos casos cabe sospechar que la solución del problema podría ser (o haber sido, a la fecha) la muerte de la encuestada. El siguiente testimonio proviene de una señora de 28 años, con dos hijas, de Pango, La Libertad. La ida al hospital de Otuzco, que ella menciona como una posibilidad, representa una caminata de 2.5 horas:

“Tengo problemas así de... será pues hace medio año, creo que fueron unos especialistas de acá del hospital arriba a Pango y pasé consulta. Como tenía un problema yo, entonces fui a las señoritas, las obstetricas, pues. Es que tenía, más claro, así, un abultamiento acá en mi barriga. Y entonces me dijeron que tenía que sacarme radiografía. Como le digo que tenía un bulto aquí en mi barriga y no me saqué ecografía, por motivo a veces de los medios económicos. Por mis medios económicos no podía venir al hospital. Así es que... ahí le he dejado pues. (*¿Entonces el bulto quedaría?*). Sí. (*Y dime, eso de la barriga, ¿qué te pasó entonces?*). Bueno, ahí está el bulto. No le... (*¿Cómo te diste cuenta?*). Es que por lo que me dolía así, por acá, mi barriga. Me dolía y entonces así. (*¿A la altura de los riñones?*). Sí, por acá está. Y así es que... y así me dolía mucho mi barriga, y un día así, como me dolía feo, yo me machucaba y decía ¿qué será? Entonces yo lo encontré el bultito. (*¿Y te asustaste?*). Sí, dije qué será pues. Uno no sabe qué. Entonces pues ya en esos días me dijeron que va a venir así una campaña médica a Pango e iban dos obstetricas y un doctor, pues. Yo le comenté así a la enfermera que era arriba y entonces me dijo que iban a venir dos obstetricas y ‘ahí pasas a consulta’. Fui, pues, pero como le digo me dijeron que bajara aquí a Otuzco para que me saquen ecografía. (*¿Y no te explicaron qué podía ser?*). No, me dijeron, ‘puede ser algún tumor’, me dijeron, ‘o algo seguro tal vez te has golpeado’, me dijeron. No sé, no pudieron terminar. (*¿Y ahora cómo estás?*). Estoy bien, ahí estoy, lo único que la barriga me late. Sí, como que me picara algo así. (*¿Y el bulto sigue ahí?*). Sí, pero ya no le he hecho

JEANINE ANDERSON

caso. Es que con motivos de los medios económicos a veces que uno no tiene. (*¿Cuánto cuesta la ecografía?*). No sé, me dijeron que estaba 15 soles la ecografía. No la he podido pagar. No ve que, como le digo, tengo yo a mis hijas y es que soy así madre soltera”.

3. SIN PALABRAS

Irónicamente, el enfoque en las narrativas de aflicción nos sirve para comprobar la enorme dificultad que tenemos, la mayoría de personas, para reducir a palabras lo que sentimos frente a nuestros trastornos corporales. Williams (1995) explora esta dificultad apoyándose en diversos estudios empíricos y en el análisis de Bourdieu sobre la práctica social. Se observa que la salud suele formar parte de un *habitus* que no precisa de mayores vocablos hasta que surge una ruptura o un quiebre. Asimismo, numerosos hábitos y conductas (por ejemplo, qué se come, cómo se come, cuánto se duerme y cómo) que integrarían una categoría de “cuidados de la salud” no son reconocidos explícitamente. Es necesario diferenciar entre el “conocimiento representacional” y el “conocimiento” o “razón práctica” que se expresa en las acciones de las personas⁴. Muchas de las ideas y prácticas relacionadas con la salud no son accesibles conscientemente, salvo en situaciones extremas en que irrumpen en la conciencia, planteando la imperiosa necesidad de articular una “representación” o modelo causal para justificar lo que ocurre.

Para complicar el caso más, cuando una situación se torna grave (al menos para quien la vive) y es necesario hablar, existen mecanismos diversos de silenciamiento a los que pueden recurrir otras personas. Un riesgo es la expropiación de la palabra del afligido por otra persona que se atribuye el derecho de hablar por él o ella.

⁴ Otro teórico contemporáneo, Anthony Giddens, plantea la misma distinción entre «conciencia práctica» y «conciencia discursiva». La idea sigue sosteniendo que todas las personas manejamos un conocimiento que aplicamos en la acción, lo cual no puede (o no fácilmente) convertirse en palabras, esquemas, modelos o argumentos; en fin, los elementos de un discurso o representación.

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN DE MUJERES ANDINAS

Es lo que ocurre generalmente con los grupos subalternos, cuya capacidad y derecho de articular una versión propia de su situación queda puesta en duda o simplemente negada. El caso paradigmático es el de los niños, y muchas veces, en grado aun mayor, el de las niñas. En numerosas sociedades, de modo similar, las mujeres deben ser “representadas” por varones de su grupo familiar -padre, esposo, hermano- en lugares públicos y en intercambios que involucran a varones no emparentados, como pueden ser los especialistas de salud. Los familiares varones asumen el papel de intérpretes de lo que le ocurre a la mujer.

Como es evidente, esta norma resulta en especial peligrosa cuando es precisamente la conducta del padre, esposo o hermano un elemento que contribuye al problema de salud que una mujer presenta. Los riesgos son marcados en algunas sociedades musulmanas, donde la reclusión de las mujeres es estricta, como lo ilustra un estudio de Wilce (1995) realizado en Bangladesh. El autor analiza las estrategias metacomunicativas que pacientes y especialistas emplean en la consulta, y constata la manera en que figuras como el hermano o las cuñadas (en familias patrilineales y patrilocales) -que necesariamente deben acompañar a las víctimas durante las sesiones de diagnóstico- las silencian cuando el especialista intenta escuchar su propia versión de lo que sienten y el origen de su mal.

Es fácil reconocer en este tipo de diálogos los intentos de las pacientes por renegociar su posición frente a quienes las rodean. Procuran presentarse como personas competentes e informadas. Reclaman su derecho a opinar y decidir desde una ubicación privilegiada en relación con su enfermedad o mal: éste se sitúa, se supone, dentro de sus cuerpos, y no en otro lugar. No obstante, el silenciamiento y la distorsión de sus palabras -por sus “intérpretes” y por los especialistas de salud- hacen muy difícil el éxito de sus esfuerzos.

Algunos estudiosos y numerosos prestadores de salud en el Perú creen identificar en las mujeres andinas una práctica de “autosilenciamiento” cuando se trata de hablar sobre sus problemas de salud. Los proveedores se quejan del discurso restringido que ellas tienen: su renuencia a elaborar verbalmente lo que sienten. Señalan como evidencia la actitud que asumen en el consultorio médico y en situaciones como las charlas que se les imparten en los clubes de madres, grupos de alfabetización y asociaciones de padres

JEANINE ANDERSON

de familia. Tales situaciones están impregnadas de un diferencial de poder y autoridad entre el (o la) profesional biomédico y la mujer rural, diferencial que alcanza su máxima expresión cuando la persona que debe hablar es competente en una lengua autóctona y es el castellano la lengua asumida para el intercambio. El autosilenciamiento -ante la implicación de que las mujeres andinas tienen poco interés en los temas de salud o que, en algún sentido, tienen poco que decir al respecto- no puede sostenerse como hipótesis, aun cuando la parquedad sea un valor de la cultura andina y no se aprecie la tendencia a gastar palabras inútilmente.

Al mismo tiempo, las mujeres en nuestro estudio reconocen su dificultad para conversar en el consultorio, especialmente cuando el prestador parece esperar que sean ellas quienes planteen las preguntas o, de algún otro modo, que tomen la iniciativa y conduzcan la conversación. Como decía una mujer de La Libertad: “¿Qué le voy a decir? Casi en la chacra no conocemos bien”. En la actitud de muchas de ellas, el conocimiento lo tiene el personal de salud y, dada su condición de conocedores, también les correspondería tanto preguntar como responder.

El silencio de muchas mujeres en el consultorio obedece evidentemente a una jerarquía de prestigio y poder que las coloca por debajo de los profesionales. Influye en ello -y es algo que asumen con lástima- el escaso nivel de educación formal de casi todas ellas, contrapuesto a la formación en institutos y universidades de los otros. De remate, cuando el prestatario de salud es varón, entran a tallar la desigualdad y desconfianza que contaminan la relación entre un hombre, considerado de un estatus superior, y una mujer, desautorizada para muchos efectos aun en su propio grupo. Frente a nuestra indagación de si ellas hacían preguntas al personal de salud en el consultorio, muchas lo negaron con frases como: “No, a veces me da vergüenza”, “me gustaría saber cómo puedo curarme, pero no le pregunto”, “no le hago preguntas al doctor”, “si es médico medio mala gracia, no da confianza para hacer preguntas”.

Varias mujeres reconocen que les ceden su derecho a la palabra (y, como contraparte, la responsabilidad de tomarla) a figuras cercanas de mayor estatus, poder y capacidad para desenvolverse, cuando entran en contacto con los profesionales de salud. “Yo no pregunto; si voy con mi esposo, él pregunta. Yo no hablo castellano”.

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN DE MUJERES ANDINAS

“No le pregunto. Me da miedo, aunque esté una mujer (enfermera u obstetrix). Mi esposo pregunta”. “Si voy con mi mamá, ella pregunta”.

Algunas mujeres -algo más de la mitad- consideran que sí hacen preguntas cuando consultan los servicios de salud. Sin embargo, al detallar el contenido de las mismas, se nota cuán distantes están de entablar un verdadero diálogo, con la plenitud que permita al personal de salud ingresar en la realidad que ellas viven. Sus preguntas son, más bien, pedidos para que el médico les dé las palabras correctas para describir su propio mal y el consiguiente tratamiento.

“Sí, acostumbro preguntar qué mal tengo. Algunas cosas no contestan”.

“Le pregunto qué cosas sería bueno, qué medicinas es mejor”.

“Pregunté al doctor cuál es mejor método (de planificación familiar) para una mujer de chacra”.

“Le pregunto qué tengo, cómo podría hacer para sanar”.

“Le pregunto al doctor cómo tomar el remedio o si debo cambiar”.

“Yo le pregunto al doctor si me sanaré o no”.

“Yo le pregunto de qué mal de salud estoy”.

“Le pregunto cómo la van a sanar (a su hija) rapidito o va a demorar todavía”.

Los trabajadores de la salud -aun los promotores y técnicos de menor nivel- manejan un vocabulario que les resulta extraño a las mujeres. No obstante, ellas le confieren legitimidad: aceptan que sea el lenguaje de los profesionales el que se use en los establecimientos y en general en sus intercambios con los prestadores del sistema oficial de salud. Sin embargo, el vocabulario de sus propias narraciones es, evidentemente, muy distinto. Se crea así una contradicción entre lo que las mujeres asumen como regla (cómo debe hablarse sobre temas de salud con un proveedor profesional) y lo que reconocen como su limitada capacidad para pronunciar el discurso apropiado. Uno de los principales efectos de esta contradicción es el empobrecimiento de su conversación en el consultorio, sobre todo cuando deben ofrecer detalles que serían de gran ayuda para quienes tratan de ayudarlas. Se repliegan en categorías gruesas para referir cómo se sienten (“duele”) y al aludir a los órganos o partes del cuerpo que están afectados.

JEANINE ANDERSON

El resultado es un diálogo que no satisface plenamente a ninguna de las partes. Los profesionales, con demasiada frecuencia, perciben que las mujeres son poco colaboradoras, poco “obedientes” para seguir los tratamientos que se les recomienda, e ignorantes respecto a su cuerpo. (Hasta que logren asimilar y recordar los contenidos, necesitan recibir una y otra vez las mismas charlas elementales que ofrece el sistema de salud). Las mujeres, por su lado, desconfían de lo que se les ha dicho, dudan de haberlo entendido y ponen en entredicho la eficacia de los tratamientos y recomendaciones, en tanto no pueden vincular el mensaje con categorías y modelos propios.

4. RECONOCER EL MAL, RECONOCER A LA PERSONA

El modo en que las personas hablan de su cuerpo, la enfermedad y sus malestares constituye, entre otras cosas, un reclamo de atención ante los demás. En situaciones extremas -como una de las mujeres bangladesíes que decía que su vida “se borraba”- intentan hacerse notar. Al convocar la comprensión de los demás y, en el mejor de los casos, su auxilio, los discursos sobre enfermedades y aflicciones afirman el valor de la vida de quien habla. Para grupos subordinados -pobres, indígenas, mujeres, niños y jóvenes- constituyen un reclamo de ciudadanía, de pertenencia al conjunto de la sociedad.

El médico brasileño que antes mencionamos, entrevistado por Scheper-Hughes, rechaza este reclamo de sus pacientes, diciendo de ellos: “Esas personas ‘disfrutan’ de estar enfermas. Estar enferma hace que la ‘gente chica’ se sienta importante, valiosa, sufriente. Son actores estupendos” (Scheper-Hughes 1992: 206). Con una actitud mucho más receptiva, Myerhoff (citado en Rosenberg 1990: 24) habla de una competencia de quejas (*competitive complaining*) cuando describe cómo se comportan los residentes de un centro de cuidados para ancianos en Nueva York.

Las narrativas de las mujeres andinas sobre situaciones de salud y enfermedad ponen un marcado énfasis en la actitud activa, la “agencia” -la condición de ser sujeto y no objeto-, de las propias mujeres. Ellas se presentan como poseedoras de una teoría sobre los males que las aquejan, y se retratan como personas “de armas tomar” cuando hay que encontrar caminos de solución. Relatan cómo acuden

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN DE MUJERES ANDINAS

a muchos sitios, consultan muchas opiniones e intentan diversas opciones de salida. Además, despliegan ingenio y autonomía para pagar los costos de los tratamientos. Para eso pueden vender un animal, algún producto agrícola o un bien doméstico que esté bajo su responsabilidad. En otros casos solicitan préstamos informales y se responsabilizan personalmente por su devolución. En último caso, ruegan, mendigan y gastan su “capital social” para asegurarse los medios necesarios.

Una mujer de la zona de Anchonga, en Huancavelica, por ejemplo, habla de cómo “salvó” a su marido tres veces cuando él estuvo mal de “bronco”⁵, e hizo lo mismo otras tres veces en que él estuvo mal del estómago. En cada caso ella, que cuenta con un año de educación primaria, “calcula” y le prepara hierbas. Si el tratamiento no da resultado, lo lleva a la posta para que le den una pastilla o le apliquen una inyección.

Comparada con el autorretrato de estas mujeres, la percepción de investigadores y prestadores de servicios acerca de sus búsquedas heterodoxas y complejas, toda vez que hacen frente a problemas de salud, dista de reconocer sus esfuerzos en la dimensión debida. Se conocen sus recorridos entre curanderos, yerbateros, hueseros, parteros y establecimientos de salud. En la práctica, los prestadores de salud saben lo que ellas son capaces de hacer para conseguir el dinero de consultas y tratamientos; y no titubean en dejar el problema en sus manos. Pese a ello, ni los prestadores ni los estudiosos de la salud en el país acostumbran a darles crédito por su diligencia en tales ocasiones. Obra en contra de eso la imagen, previamente construida, que se tiene de las mujeres andinas como sumisas, poco hábiles en el mundo moderno, mujeres de su casa, no trabajadoras, no poseedoras de “activos” de cualquier índole.

Por otro lado, el reclamo de agencia y decisión en los discursos de estas mujeres refleja un intento de renegociar su posición frente al sistema de salud en su conjunto. El estudio que me sirve de base no

⁵ «Bronco» es un vocablo que se halló solamente en el departamento de Huancavelica. Es notable como se habla familiarmente, casi jocosamente, de enfermedades de los bronquios y pulmones, que van desde la bronquitis leve hasta la bronconeumonía. Sin duda, la cotidianidad de las enfermedades del aparato respiratorio contribuye a que se las asuma casi como miembros de la familia.

JEANINE ANDERSON

deja dudas sobre la importancia que tiene para ellas sentir que son quienes controlan el curso de los acontecimientos en un episodio o proceso de enfermedad. El rechazo a la atención que prestan los establecimientos oficiales muchas veces se produce porque la mujer (o los familiares) teme que el personal de salud tome el control de las decisiones. Incluso se anticipan a situaciones en que podrían ser excluidas tácitamente cuando dicho personal no informa de manera comprensible, a la afligida o a la familia de ella, respecto a lo que se va a hacer y por qué.

Cuando se le quita así el control a la protagonista -afligida o responsable del cuidado de otro enfermo- le produce angustia ante el temor a equivocaciones que podrían empeorar el caso. Las narrativas de las mujeres denotan una convicción de que los procesos patológicos son individuales e impredecibles; como tales, requieren una vigilancia continua y ajustes permanentes en el programa de tratamiento. Tratar una enfermedad correctamente es aprender a “leer” la evidencia que va apareciendo conforme quien la sufre reacciona frente a lo que hacen las personas, los medicamentos y los procedimientos que pretenden aliviarla. Sea por falta de motivación o por falta de técnica, los prestadores de salud no llevan el monitoreo cercano que las mujeres consideran necesario; no se puede depositar en ellos una confianza ciega. Además, la pérdida de control les preocupa porque cada paso dado puede estar originando obligaciones sociales y económicas que la familia no alcance a afrontar.

Pese a ello, en varios de los casos recogidos en el estudio, las mujeres que narran los sucesos expresan una sensación de pérdida de control. Se las margina o se les impide emprender las acciones que creen necesarias para solucionar la situación. En la primera narrativa, que presento a continuación, la señora y su esposo “fallan” debido a la actitud, a todas luces corrupta y cómplice, de un personal de salud que impide denunciar legalmente a una empresa por negligencia en el manejo de cables de luz. La narradora, de 43 años, tiene nueve hijos y vive en un caserío de Mache, La Libertad. El enorme gasto que ocasionó el accidente de su hijo, sumado a la tristeza de ver al muchacho con un brazo inutilizado, luego de sufrir tanto dolor, impregnan, como un trauma, su narrativa de comienzo al final:

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN DE MUJERES ANDINAS

“(Mi hijo) sufrió un accidente. Se fue caminando y lo cogió la corriente de la luz. Lo dejó horrible. Ni a los tres meses se ha recuperado. Se ha quedado el brazo ahí (...) encogido. Lo cogió la corriente del pie. Dejaron una cadena y él, al pasar, la pisoteó la cadena. Lo quemó todito este lado del cuerpo. Todito, horrible se quedó. No lo ha matado, lo dejó vivo, pero ha sufrido mucho tiempo. *(¿Dónde lo llevó?)*. Al hospital de Huaycampa. Ahí tenía que llevar la plata para la medicina, pues. Plata para la medicina bastante. *(¿Y qué pasó en el hospital?)*. En el hospital, ahí tenía que... la medicina, pues. Tenía que comprar la medicina. Tenía que pedir colaboración en las amistades, pues. Mucho se gasta plata. *(¿Y no le exoneraron?)* Compañías grandes, sí ayudaron, pero muy poco. Me ayudaron los ingenieros de la luz, un poco, un poco recetas. *(¿Tenían la culpa?)*. Sí, pues, ¿no? *(¿Usted así con el niño se fue directo al hospital?)* Sí, señorita, se fueron dos hermanitos. El otro hermanito lo cargó y lo llevó. Los dos tenían que hacerlo, pues, de emergencia, de emergencia. El doctor me da su nombre, pero no recuerdo, como no sé leer, ya me he olvidado. Qué pena, mira cómo está mi hijo. Quemado, mire mi hijito cómo se ha quemado horrible. Me da pena mi hijo, todo quemado. Míre cómo se ha hecho. Ahí está su fotito, mire, de mi hijo. *(¿Y no intentaron ir con el abogado para hacerle una causa legal?)*. Sí, pero dijeron que ya se quitó. Dijeron que como colaboración y, ‘si tú denuncias, no te conozco nada. Te voy a reconocer a buenas, porque a malas no te doy nada. Yo tengo plata, yo soy compañía grande, tú eres pobre’, dijo. *(¿Entonces ustedes no presentaron la denuncia?)*. No, nada. ‘A buenas yo te doy’, dice que le dijo. Hicieron conocimiento a la policía. La policía hizo investigación, cómo es. Le dijo la policía que colabore con algo o si no le denunciemos. ‘Yo reconozco a buenas para colaborar con la mitad’. Con la mitad nada más y la otra mitad hemos puesto nosotros. Peor hubiera sido nada, pues. Teníamos que vender por ahí cualquier animalito que teníamos. *(¿Por eso vendió la vaca?)*. Por eso vendimos, para tener la medicina para que sane mi hijo. Pero ha quedado el

JEANINE ANDERSON

brazo, mire, ve, no se podrá hacer nada, como ve. Ha quedado el brazo juntado. Ay, horrible se ha quedado mi hijo, cómo se ha hecho”.

La familia tuvo que pagar aquí 800 soles por concepto de hospitalización y medicamentos y el médico a cargo alega que todavía adeuda 100 soles. El muchacho fue dado de alta a la mitad de su tratamiento, ante la imposibilidad de que la familia continuara afrontando los gastos. Le están haciendo curaciones a domicilio.

“Porque él (el médico) ha dicho ‘me rebajan, ustedes me pagaron menos’. No nos ha dado el papel de alta, no nos ha dado el certificado que le ha examinado, nada. Se ha quedado todo porque dijo pagar más plata para que nos entregue todo. Porque de alta no nos ha dado el certificado médico. También quería más plata, más alto. (¿Y necesitaban certificado médico para la policía?). Sí, teníamos que necesitarlo para denunciar”.

La pérdida de control y reconocimiento induce un estado de confusión y frustración que, a su vez, puede dar paso a nuevos síntomas patológicos. La última narradora es una señora de 30 años, que intenta reponerse de lo que parece haber sido un frustrado infanticidio por parte de su esposo⁶.

“Mi salud hasta ahorita está bien, pero de peso sí me he bajado bastante. Ahorita estoy pesando 52 kilos. (¿Antes cuánto pesaba?). De Lima he venido con 64.5, me he venido. Demasiado he bajado de peso. (¿Y por qué ha bajado?). Es que he tenido un problema grave. Casi no he comido ni he dormido, casi me vuelvo loca con las cosas. Un problema grande he tenido, todo. Enantes también estaba llorando, recordando

⁶La experiencia enseña que todo relato -por más consistencia interna que denote, por mayor que sea el número de testigos citados y por más convicción que tenga el narrador o narradora- ha de ser confrontado con los relatos de los otros actores participantes en la situación. En este caso no se habló con el supuesto infanticida. Hasta eso, la narración de la señora es la versión de una de las partes.

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN DE MUJERES ANDINAS

todo, todo. Lloraba. Hay ratos en que estoy confundida. Él me persigue. Viene, me dice, 'perdóname, ya no voy a volver'. Así no sé, estoy confundida. A veces quiero perdonarle, a veces, definitivo, me quiero separar de él. Y él también ahorita está con un problema. Pero él solito buscó el problema. Yo no tengo la culpa. El sólo de acá se ha ido, se alejó. Yo no lo boté. Cuando dice que en el hogar hay discusión, todo, hasta el momento no. Él se salió conmigo, se fue y todavía me ha hecho un problema grande, muy grande me ha hecho. Por eso a veces estoy confundida. Hasta me da, mi cabeza me duele. Hay ratos me quiero ir llevando a nuestros hijos. Por eso me quiero ir. Estoy bien confundida: ¿cómo me va hacer eso? Ayer ha venido, me dijo, 'perdóname, ya no voy a volver hacer. Estoy solo, me siento solo. Toda mi familia me ha dado la espalda. Mi familia me han quitado todo. Me enseñaron después que me han dado la espalda, hasta me han botado de su casa. Ahorita me encuentro solo, solo me encuentro. Nadie, para mí no hay nadie. Mi familia me ha rechazado. Entonces, ¿quién me va apoyar? Me siento muy solo. Perdóname, voy a cambiar. Ya no voy hacer así por los chicos, por los hijos', me dice. Pero yo ya estoy acostumbrándome ya sola pues. (*¿Cuánto tiempo te separaste?*). Ya tres meses, ya. Estoy confundida. No sé qué voy hacer. Hay ratos que... pero no, hay ratos que ya no, ya no quiero contar con ese hombre. Ese hombre. Ya no quiero saber nada. Le dije: 'ya no siento nada por ti. Todo lo que me has hecho, ¿qué voy hacer? Siento odio', le dije. 'Tú cumple con tu deber. Mantén a tus dos hijos. Por mí no te preocupes', le dije yo. 'Yo ya sabré pasar mi vida. Dios nunca ya me deja abandonada. Siempre yo consigo todo, plata, comida, cualquiera cosa. Un día yo no duermo sin comer. Pero me preocupo, mi cabeza está volada', así le digo, pero... (*¿Entonces, este es el problema más grave que ha tenido?*). Sí, pienso... yo no sé, me siento así, como enferma. No sé como qué me siento, Dios mío. Hasta me da vergüenza salir por ahí. Qué dirá la gente, qué pensarán de mí. Le digo, a veces tengo valor para salir. Para qué, acá hay una señora, es mi prima. Ella me da bastante consejo".

JEANINE ANDERSON

La señora prosigue explicando que ella y su esposo se pusieron de acuerdo para ir a buscar trabajo a Lima porque no tenían dinero. El se echó para atrás y entonces ella decidió ir primero, dejándole indicaciones para que cerrara bien la casa cuando se fuera. Además, él tenía que dejar a los hijos de la pareja, de dos y tres años de edad, con la familia de ella. En vez de hacer eso, los llevó a una casa abandonada, les dio un poco de bizcocho y los abandonó. La madre de la narradora los halló y le hizo avisar en Lima. El hombre fue denunciado, detenido y encarcelado en la comisaría. La familia de él pagó para que saliera.

“Yo no creía, y cuando yo entro (a la casa), ahí estaba mi esposo. Bueno, me dijo, no me dijo nada. Yo agarré palo, le di duro. Le agarré de los pelos, le hice chancar la cabeza. Saqué mi zapato, con eso le di duro. Después de decir: ‘idáale duro!’, llamé a mi hermana, a mi mamá. Ella llegó, bueno, mi hermana, ¿no?, le pegó, mi mamá también le pegó. Mis hijos empezaron a llorar. Le hemos dejado y siquiera a mí no me dijo: ‘perdóname, esa cosa sí hice, si lo hice’. No me dijo, igual como esta mesa se quedó. No me contestaba lo que le hablaba. Lo que gritaba, hablaba, lloraba, siquiera no me dijo ‘no llores’ o ‘yo soy el culpable’, nada. No me dijo. Se quedó ahí como esta mesa. Ese día lo boté, le quité mi llave y toda su ropa le entregué. ‘Lleva tu ropa, yo no necesito. Te largas de esta casa, nunca más vuelvas. Lleva todas tus cosas. Si tienes voluntad, ahora ha empezado hasta dolerme el corazón’. Ya tanta preocupación será. ¡Ay, Dios mío! Ni quiero pensar. Por eso le digo: ‘no me estés haciendo preguntas, no me expliques a mí nada, no me digas, me vas a enfermar. Yo estoy, me siento mal, mi corazón ya se empieza a hincar’. Le dije encima: ‘yo no estoy ni sana, ellos no saben’. (*¿Usted ya ha estado enferma de otra cosa?*). No, enferma no, pero me han hecho cesárea de nuestros hijos. Yo acá pesado estoy haciendo, no tengo ni leña. Tengo que cortar leña como hombre. Tengo que traer, pesadas cosas estoy agarrando. Como él no está, yo sola ahora tengo que sacrificar por mis hijos. Qué cosa voy a dar de comer, cómo voy ayudar. En

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN DE MUJERES ANDINAS

fin, mis hijos están sin bautizo. Los he dejado así. Ya están grandes, ya es todo lo que me preocupo yo”.

CONCLUSIONES

Mientras persistan condiciones de pobreza y exclusión, las narrativas sobre enfermedades y aflicciones de las mujeres andinas proseguirán formando una cadena interminable. Entretanto, este intento de exponerlas a un análisis ha de llevar un cierre. A modo de conclusiones, quisiera sugerir algo a partir del sistema epistemológico que se expresa detrás, o a través, de las palabras de estas mujeres. Se trata de pincelar, de manera tentativa y parcial, el modelo de cuerpo-sociedad-cultura-mundo moral que ellas construyen y reconstruyen cuando atraviesan por problemas y aflicciones de salud.

Al mismo tiempo, hay que rescatar en su debida dimensión el contenido de sus narrativas, que tienen correlatos objetivos en su entorno. Existen riesgos para la salud y peligros de accidentes asociados al ambiente natural y creado de los Andes, y que se vinculan a las actividades cotidianas de mujeres, hombres y niños rurales. La conversación de las mujeres está salpicada de referencias a caídas, fracturas y aplastamientos ocurridos mientras caminaban por sendas rocosas, trabajaban en chacras empinadas, cargaban bultos, levantaban ladrillos y herramientas pesadas y manejaban animales. Hay numerosas alusiones a quemaduras debido a rayos, y a la manipulación de sustancias como fuego, kerosene y ollas bajo condiciones de poca protección. La lluvia y el frío son el telón de fondo en muchos de los relatos, así como las temperaturas extremas y variables de la sierra. Los parásitos y lombrices acompañan a los seres humanos, mientras insectos y arañas los acosan. Por debajo existe el ruido constante de las tensiones que perturban la tranquilidad mental y espiritual: el incumplimiento de las reglas de reciprocidad entre cónyuges y otros familiares, las angustias por la falta de dinero, las deudas y desconfianzas que se asocian sobre todo a las relaciones con actores urbanos y el Estado. La conversación de muchas de las mujeres está teñida de una sensación de abandono y ausencia de fuentes de ayuda.

Estos y otros factores -más bien individuales y propios de cada historia personal y grupo familiar- confluyen en las elaboraciones

JEANINE ANDERSON

que ellas hacen del curso de sus vidas. A través de sus narrativas se puede vislumbrar -todavía en forma opaca, hasta acumular mayor investigación, hasta lograr interpretaciones más completas y profundas; hasta oírlas mejor- algo parecido a las “metáforas maestras” que algunos estudiosos identifican en narrativas similares de otros contextos.

Scheper-Hughes (1992: 194-195) halla una de estas metáforas en la condición que los brasileños nordestinos conocen como *nervoso*⁷: “Los *nervos* son una enfermedad social. Habla de las rupturas, las líneas de falla y las clamorosas contradicciones sociales en la sociedad nordestina. Es un comentario sobre las precarias condiciones de vida que existen en El Alto. La *doença de nervos* anuncia una crisis general o un colapso total del cuerpo, además de una desorganización de las relaciones sociales. Después de todo, ¿qué significa decir, como lo hizo Sebastiana, ‘mi enfermedad es en realidad nada más que mi vida, mi vida nerviosa, agitada y amenazada?’ . La *fraqueza* es tanto una afirmación de “debilidad” social como individual, ya que los residentes de El Alto están acostumbrados a referirse a sus casas, trabajos, alimentos y mercado (además de sus propios cuerpos) como *fracos*. La metáfora de la *luta* y la economía moral del cuerpo que la acompaña, expresada mediante un lenguaje de nerviosismo y debilidad, constituyen un microcosmos de la economía moral de la sociedad de las plantaciones, en la cual el vigor, la fuerza y el poder siempre ganan. Los *nervos* y la *fraqueza* son recuerdos tristes de las míseras condiciones de la vida en El Alto, donde los individuos con frecuencia deben competir por muy poca cosa”.

Añade la misma autora: “Los *nervos* funcionan como una ‘enfermedad maestra’ o modelo maestro explicativo, que resulta similar al concepto popular de ‘estrés’, tal como lo manejan los angustiados miembros de la clase media norteamericana” (Scheper-

⁷ Low (1994) demuestra que «nervios» es ampliamente difundido como una aflicción que se reconoce en diversas regiones del mundo. La sintomatología tiene en común la agitación, tembladera, mareo, debilidad corporal y, a veces, la sensación de estar fuera o desvinculado del cuerpo. Low analiza cómo estos síntomas parecen reflejar rupturas en la relación del individuo afligido con la sociedad, a nivel de las relaciones significativas cercanas y/o a nivel macrosocial.

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN DE MUJERES ANDINAS

Hughes 1992: 175). Entretanto, en Bali, la ira -de los dioses, de los otros seres humanos, de uno o una mismo- funciona de forma similar como modelo explicativo de un amplio espectro de enfermedades, aflicciones psicológicas y existenciales (Wikan 1991, citado en DiGiacomo 1992: 112).

¿Cuáles son las metáforas maestras que organizan el discurso de las mujeres andinas? A diferencia de las metáforas “sistémicas” de los brasileños, norteamericanos o balineses (sistema nervioso, debilidad o estrés generalizado, sistema de equilibrio emocional), las metáforas andinas colocan en primera plana a determinadas partes del cuerpo. Son zonas u órganos que están particularmente comprometidos en procesos y relaciones sociales y/o en un intercambio entre el cuerpo y el mundo natural y espiritual del entorno.

El “dolor de cabeza”, una primera metáfora, va asociado a preocupaciones, a dificultades que experimentan las mujeres para entender lo que pasa a su alrededor, y a los dilemas morales que enfrentan. Ellas se mueven entre grupos familiares que pueden estar divididos (los familiares de él, los de ella). Viven en una relación de íntima interdependencia con esposos que pueden incumplir sus obligaciones. Muchas viven situaciones de separación familiar, mientras uno u otro miembro del hogar va en busca de trabajo, ausentándose por tiempo indefinido. Viven las contradicciones de un campo rural andino en transformación: la progresiva integración de pueblos y caseríos a las ciudades regionales, la expansión de la educación básica, la extensión de servicios públicos y privados (los bancos, la SUNAT y los programas de crédito de ONGs son algunos que aceptan como parte del paisaje). Viven simultáneamente la exclusión y la manipulación políticas. Participan de múltiples mundos de normas y valores que les plantean demandas contradictorias. La joven señora ancashina, por ejemplo, que se ve impelida hacia una definición que probablemente entrañe retomar la convivencia con un hombre que puso en riesgo mortal a los hijos de ambos, siente confusión y dolor de cabeza. La impenetrabilidad de las situaciones del entorno, la impotencia para actuar y la sensación de no saber cómo hacerlo, si se pudiera, establecen puentes entre el “dolor de cabeza” andino y los *nervos* brasileños.

Una segunda metáfora se centra en la parte media del cuerpo, sobre todo en el esqueleto y la musculatura. Las mujeres hablan del

JEANINE ANDERSON

dolor en la cintura, los riñones, la columna y la espalda. Asocian estos dolores con el frío, pero sobre todo con el trabajo y el cansancio. Son padecimientos que se producen porque tienen que realizar intensas tareas de lavado, de cortar o traer leña y de cargar bultos durante largo rato y caminando largos tramos. Las mujeres, al hablar, suelen asumir estas tareas como propias del papel que les ha tocado desempeñar en la vida; no obstante, es evidente que las mismas obedecen a su condición de campesinas y pueblerinas rurales en una sociedad que establece una brecha profunda entre lo urbano y lo rural. Se saben parte de una sociedad en la que se valora el trabajo intelectual y sedentario, se mide a las personas de acuerdo con los certificados de educación y los títulos profesionales que detentan, y donde ellas siguen realizando trabajos rudos, manuales y de poco prestigio.

Una tercera metáfora se sitúa en los órganos internos del abdomen, y por extensión del útero, y en los órganos vinculados a la menstruación y la reproducción. No se trata de dolencias asociadas con el hambre, la falta de sustento o el consumo de alimentos percibidos como poco valiosos y nutritivos, aunque algunas mujeres se refieran a la desnutrición y la anemia. Más bien, la metáfora alude a la indigestión, la incapacidad para procesar debidamente lo ingerido, las infecciones del aparato digestivo que producen diarreas, las inflamaciones y, en el caso extremo, los tumores y el cáncer. Una señora de Huancavelica, que había sido operada de un tumor, se expresaba así: “En mi adentro tenía materia. Si reventaba, eso me hubiera hecho mal. Esto del tumor es (el peor problema de salud que he tenido), señora. Eso es más grave para mí, porque no puedes ver por dentro tu barriga, tu corazón, eso no se puede. Si hay un tumor en tu adentro, eso no se puede curar. ¿Cómo uno puede botar el tumor que tiene materia?”. La existencia de procesos misteriosos e invisibles, de tejidos que se pudren, de áreas internas que se endurecen y forman bultos, de objetos desconocidos que inician procesos de crecimiento y deformación descontrolados va vinculada a la sensación que tienen muchas mujeres de no saber cuáles son las fuerzas importantes en sus vidas; incluso, de no saber muchas veces en quién confiar y hasta qué punto creer lo que les dice el personal de salud sobre su situación.

NARRATIVAS DE AFLICCIÓN DE MUJERES ANDINAS

Una cuarta metáfora alude al pecho y los pulmones. El “bronco” es especialmente mencionado por las mujeres de Huancavelica; pero la tos, la bronquitis y la neumonía son males que se nombran en toda la zona andina. En los discursos que oímos, aparecen asociados con las personas que están bajo el cuidado de una mujer que desempeña su papel de esposa, madre y, en ocasiones, de hija, sobrina y nieta. En este sentido, la metáfora aludiría a las relaciones y obligaciones entre géneros y generaciones. La enfermedad surge cuando la persona en cuestión se expone a los elementos naturales (la lluvia, el frío, la noche, largas estadías fuera de casa), o de algún otro modo descuida su cuidado personal. La falta de cuidado y previsión en el otro obliga a la mujer a hacerse cargo de la persona y su dolencia. Es ella quien tiene que organizar la cura, prodigarle cuidados y conseguir la sanación.

En Huancavelica, las mujeres hablaron de discusiones con sus maridos sobre el papel que juega el consumo de cerveza y alcohol como causa de “bronco”. Las mujeres viven intensos conflictos debido a que los hombres pueden despilfarrar el dinero de la familia y, cuando se reúnen con otros hombres en lugares exclusivamente masculinos como las cantinas, se sustraen de la dinámica de la casa con sus problemas y obligaciones. Ellas reniegan cuando deben acudir a buscarlos para evitar que sigan bebiendo o que se lastimen en el camino de regreso a casa. Y en definitiva rechazan verse obligadas a variar su rutina de trabajo, recargando sus labores para atender a un esposo que no supo ser precavido con su propia salud.

Identificar las metáforas y fórmulas lingüísticas que las personas utilizan para hablar de su salud es una tarea importante, que puede verse compensada con una mayor comprensión y comunicación entre distintas tradiciones culturales y médicas. No obstante, no podemos quedarnos allí. Las aflicciones de las mujeres andinas son reales -no meras figuras poéticas- y deben aliviarse. DiGiacomo (1992: 120) habla de los riesgos del actual giro de la antropología médica hacia narrativas y discursos: “La biomedicina, tal como suele practicarse... es al mismo tiempo individualista para tratar los síntomas de la enfermedad y rutinaria para tratar a los pacientes. De esta manera, la persona afligida, de haber sido un adulto integrado y funcional, se transforma en un conjunto de partes corporales enfermas... Pero reificar la enfermedad, atribuyéndole la

JEANINE ANDERSON

condición de ‘símbolo natural’ (Douglas 1982) de trastornos en otros niveles, puede significar que la afligida quede tan vulnerable al mismo tipo de desautorización que representa el dualismo mente-cuerpo del discurso biomédico”.

¿Cómo podemos aceptar las complejidades que viven las mujeres andinas y al mismo tiempo avanzar mejorando sus niveles de salud? No queda duda sobre la necesidad de escuchar y entender mejor su propia forma de expresar los problemas de salud que las aquejan. Mientras tanto, en nuestro imperfecto mundo, hemos de seguir actuando, e intentando atender aquellos de sus problemas que están al alcance de los especialistas de salud, sobre todo en el sistema de salud pública. Un estudio realizado en Noruega (Malterud 1987; citado por Vlassoff 1994) nos ofrece una propuesta interesante cuando plantea una pregunta para encaminar mejor una interacción positiva y efectiva entre usuarias y prestadores de salud: “¿Qué le gustaría realmente, y en primer lugar, que yo hiciera por usted el día de hoy?”.

Bibliografía

ANDERSON, Jeanine, y colaboradores

1999 *Mujeres de negro: la muerte materna en zonas rurales del Perú*, Ministerio de Salud, Proyecto 2000, Lima.

BROWNER, C.H., R. ORTIZ DE MONTELLANO y A.J. Rubel

1988 "A Methodology for Cross-cultural Ethnomedical Research", en *Current Anthropology* 29(5), diciembre, pp. 681-702.

CSORDAS, Thomas (Edt.)

1994 *Embodiment and Experience. The Existential Ground of Culture and Self*, Cambridge.

DI GIACOMO, S.M.

1992 "Metaphor as Illness: Postmodern Dilemmas in the Representation of Body, Mind and Disorder", en *Medical Anthropology* 74, pp. 109-137.

DOUGLAS, Mary

1982 *Natural Symbols. Explorations in Cosmology*, Pantheon Books, Nueva York.

KLEINMAN, Arthur, VEENA DAS y Margaret LOCK (Edts.)

1997 *Social Suffering*, University of California Press.

JEANINE ANDERSON

LEURSEN, J. Susan

1993 «Illness and Household Reproduction in a Highly Monetized Rural Economy: A Case from the Southern Peruvian Highlands», en *Journal of Anthropological Research* 49, pp. 255-280.

Low, Seta M.

1994 “Embodied metaphors: nerves as lived experience”, en Csordas 1994, pp. 139-162.

MALTERUD, K.

1987 “Illness and disease in female patients II. A study of consultation techniques designed to improve the exploration of illness in general practice”, en *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 5, p. 211.

ROSENBERG, Harriet G.

1990 “Complaint Discourse, Aging, and Caregiving Among the !Kung San of Botswana”, en Sokolovsky, Jay (Comp.), *The Cultural Context of Aging*, Bergin & Garvey Publishers, Nueva York, pp. 19-41.

SCHEPER-HUGHES, Nancy

1992 *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*, University of California Press.

TAUSSIG, Michael

1987 *Shamanism, Colonialism and the Wild Man. A Study in Terror and Healing*, University of Chicago Press.

VLASOFF, Carol

1994 “Gender Inequalities in Health in the Third World: Uncharted Ground”, en *Social Science & Medicine* 39(9), pp. 249-259.

WILKINSON, Richard

1996 “Unhealthy Societies”, en *The Afflictions of Inequality*, Routledge, Londres y Nueva York.

WILLIAMS, Simon J.

1995 “Theorising class, health and lifestyles: can Bourdieu help us?”, en *Sociology of Health & Illness. A Journal of Medical Sociology* 17(5), pp. 577-604.