

Grau d'Antropologia Social i Cultural.
Universitat de Barcelona.

Models explicatius en les malalties infantils.

**Coneixements, pràctiques i representacions
de la medicina popular a l'Alto Paraná, Paraguai.**

Treball Final de Grau
d'Antropologia Social i Cultural.

Luis Hinojosa Fernández

luishinojosafernandez@gmail.com

Curs 2013-2014

Professora: Cristina Larrea Killinger

Resum

La salut, la malaltia i les maneres que tenim d'enfrontar-nos a les afeccions formen part d'un univers simbòlic i d'una manera de representar la nostra existència. La medicina forma part d'aquest sistema d'entramats simbòlics a través de l'exercici de les seves pràctiques i representacions, ja que els seus coneixements encarnen part de la cosmovisió que ens defineix com a comunitat. Partint d'aquest supòsit, el propòsit d'aquest text és exposar el coneixement i les pràctiques que tenen els processos de salut/malaltia/atenció del model mèdic tradicional de l'Alto Paranà (Paraguai) arran de dues malalties infantils d'aquesta comunitat: *el kamby ryru jere* i *el pi'a ruru*. S'estudien els models explicatius per entendre com operen els seus coneixements mèdics i com aquests van formant les característiques estructurals de la seva comunitat en un intent de pronosticar i pal·liar les malalties a través de tractaments efectius.

Paraules clau: models explicatius, malalties infantils, malalties estomacals, *kamby ryru jere*, *pi'a ruru*, medicina popular, autoatenció, Paraguai, *remedio yuyo*, medicina humoral.

Índex

1.	Introducció.	2
2.	Metodologia i dades etnogràfiques.	2
3.	Marc teòric.	3
4.	Pohâ. Una aproximació a la medicina popular.	5
	El sistema biomèdic al Paraguai.	
	La medicina popular al Paraguai.	
	La medicina popular com a primera opció.	
5.	Py'a. Les malalties estomacals.	10
	Models explicatius pel kamby ryru jere i el py'a ruru.	
	Medicina humoral al kamby ryru jere i py'a ruru.	
6.	Conclusions.	17
7.	Bibliografia.	18

1. INTRODUCCIÓ

En aquest estudi presentem els resultats d'una investigació etnogràfica centrada en la descripció i anàlisi de les representacions i pràctiques relacionades amb els processos de salut/malaltia/atenció (s/m/a) que es donen a l'Alto Paraná. El que volem abordar es la manera en que les guaridores i les mares reconeixen, encaren i representen les malalties dels seus fills i filles en una cultura on el sistema mèdic tradicional té una gran influència. Això ens obliga a entendre totes les circumstàncies socials i culturals que intervenen en els processos de s/m/a de la comunitat

La hipòtesis de la qual partim és que les malalties populars anomenades *kamby ryru jere*, *py'a ruru* i altres trastorns en relació a la zona estomacal només la poden curar les guaridores perquè comparteixen el mateix model explicatiu que les mares i els malalts.

Per resoldre aquesta conjectura presentarem el context general de la biomedicina i la medicina popular a l'Alto Paraná. Sobre la medicina popular parlarem del rol que ocupa en l'estructura social i la lògica que se segueix a l'hora de requerir aquest model. A continuació exposarem els resultats a partir de l'anàlisi dels models explicatius dels sectors populars i folk sobre les dues malalties infantils. En aquest anàlisi pararem atenció en els diagnòstics, tractaments i els factors socioculturals que intervenen en els processos de s/m/a. Per últim explicarem la importància de la medicina humoral i les polaritats de fred-calor.

2. METODOLOGIA I DADES ETNOGRÀFIQUES

La informació que presentem és el resultat d'un procés de treball de camp realitzat a l'Alto Paraná (Paraguai) entre el 26 de juny i el 18 d'agost del 2013, amb un total de 53 dies. Malgrat que el temps de treball de camp ha estat curt, ja havia fet tres estades anteriors des de 2009 durant els estius per visitar la família política i amb la que tinc constant contacte. En aquest sentit la coneixença de la comunitat i l'empatia amb informants clau m'han permès aprofundir en la investigació i introduir-me més fàcilment.

Es van utilitzar les eines metodològiques pròpies de l'Antropologia; l'observació participant, la investigació quantitativa i les entrevistes semiestructurades. Per a l'anàlisi qualitativa de les dades textuais s'ha utilitzat el software Atlas.ti 6.0.

Com és ben sabut el Paraguai és una república situada a la zona central d'Amèrica del Sud. Aquest país es divideix en 17 departaments centrant-se la nostra recerca al departament de l'Alto Paraná. En aquesta comunitat es van dirigir entrevistes a dos perfils diferents; les mares, dones que han viscut la malaltia dels seus fills, i les *médicas*¹, les guaridores que curen aquests infants.

¹ Quan vaig començar a fer servir el terme *curandera* a les entrevistes vaig comprovar que les dones utilitzaven diversos significats per referir-se a les persones que podien curar, i per tant ens referíem a coses diferents. Les paranaenses no relacionen el terme *curandera* amb la persona que va guarir els seus fills. L'ús d'aquesta nomenclatura el reserven las *payé*, aquells membres de la comunitat que dominen màgia i fetilleria, semblant als xamans. Tal i com em van aclarir les mares, el terme correcte seria *médica* o *médica yuyo*. D'altra banda, els professionals biomèdics són anomenats *doctores*.

Degut a que la gran majoria de malalties esdevenen en nens i nenes d'entre zero i dos anys no ha estat possible entrevistar els malalts, així que la intenció ha estat saber quin és l'àmbit d'acció de cada grup i de quina manera mares i *médicas* participen en la comunitat.

El primer tipus d'entrevista eren les dirigides a quatre guaridores. Totes eren dones d'entre seixanta-cinc i setanta-cinc anys, que havien emigrat feia anys de zones rurals², concretament de la zona del Chaco. L'educació que havien rebut era escassa o fins i tot nul·la, no sabent llegir i gairebé no parlaven espanyol. Com a conseqüència les entrevistes es van desenvolupar en guaraní, la llengua autòctona del Paraguai. En tot moment vaig necessitar d'un intèrpret per fer les preguntes i comprendre les respostes, perquè moltes vegades hi havia confusions per ambdues parts. Durant aquests anys he estat aprenent guaraní informalment, però el coneixement que vaig adquirir no em permetia entendre tota una conversa, només en el cas de quan es parlava *guarañol*³. Posteriorment vaig contrastar les entrevistes amb un altre intèrpret i les vaig traduir a l'espanyol. Totes elles gaudeixen del respecte de la comunitat i tenen nombroses visites. La característica més diferenciadora entre elles era la creença i la pràctica religiosa: mentre unes eren catòliques, altres eren evangèliques, i en funció de la religió variaven els rituals i els processos de cura.

L'altre tipus d'entrevista era dirigida a quatre mares que els seus fills i filles van patir la malaltia. Són mares joves, totes elles mestresses de casa que han nascut i crescut a l'Alto Paraná, d'entre trenta i quaranta-cinc anys, però que en el moment de viure la malaltia dels seus fills i filles no arribaven als trenta anys. Al contrari que les *médicas* parlaven el castellà i no vaig tenir cap problema d'interpretació.

3. MARC TEÒRIC

Aquest estudi es basa en un enfocament interpretatiu que pretén entendre la medicina popular en un context cultural particular de l'Alto Paraná. Conseqüentment ens hem basat en l'antropologia interpretativa d'Arthur Kleinman (2006) i les dimensions culturals de la malaltia. Compartim també la visió estructuralista i historicista de Menéndez (1994) en quant els processos de s/m/a són estructurals en tota societat. Examinem l'aportació d'Haro (2000) del sistema d'autoatenció en els processos de s/m. També estudiem com la concepció de la medicina humoral de Foster (1972) jau en la medicina popular de l'Alto Paraná, per exemple, en la importància de la polaritat fred-calor i com s'altera l'equilibri de l'organisme.

² La definició d'espai urbà i rural és complicada perquè les seves definicions es fonamenten en relacions oposades a l'altre. Quantitativament podem dir que l'espai urbà es caracteritza per la seva alta densitat de població, majors infraestructures i més ocupació assalariada del sector secundari i terciari. Llavors les àrees rurals són per definició les que no reuneixen les característiques esmentades. Socioculturalment podem definir una ciutat com "un assentament relativament gran, dens i permanent d'individus socialment heterogenis. El gran nombre implica la variabilitat individual, la relativa absència de coneixement personal, i la segmentació de les relacions humanes, que són en gran mesura anònimes, superficials i transitòries. [...] L'heterogeneïtat tendeix a trencar les estructures socials rígides i incrementar la mobilitat i la inestabilitat, així com l'afiliació dels individus amb una varietat de grups socials". (Wirth, 1988:175).

³ El més comú a l'Alto Paraná i al Paraguai és barrejar el guaraní i el castellà, esdevenint el *guarañol*. Això és degut a que el guaraní és molt complicat d'aprendre i no ha estat fins 1992 que s'ha legalitzat i institucionalitzat l'ensenyament d'aquest idioma.

Menéndez (1994) explica que habitualment s'ha conegut la "medicina tradicional" com un conjunt de sabers o pràctiques tradicionals que corresponen a les persones que classifiquem com a "tradicionals" (nadius, camperols o els que no són occidentals). En el concepte de "medicina tradicional" hi ha hagut un procés d'essencialització inevitable que no explica la gran diversitat de totes les cultures anomenades "tradicionals". Aquesta definició és inamovible i s'utilitza per crear una dicotomia amb la biomedicina. Nosaltres fugim d'aquesta visió dicotòmica, ahistoricista, acientífica i estàtica i analitzem la medicina popular segons el seu ús, atenent els processos de canvis i sota una perspectiva relacional amb el Model Mèdic Hegemònic (MMH). Sota la perspectiva de Menéndez (1994:71) la medicina popular està formada pels processos de s/m/a, processos que operen estructuralment en tota societat. L'enteniment d'aquest procés aporta que existeixen altres formes d'aprendre el sofriment, ja que constitueixen una determinada manera de pensar i intervenir sobre la malaltia i els malalts. En tots els contextos, l'ús assistencial, de cura o de protecció de control, estructuren una racionalitat que no és exclusivament tècnica ni científica, sinó també sociocultural. I és que un acte tècnic també és un acte social. Entenem així aquests processos com fenòmens socials on cal analitzar les seves pràctiques i representacions atenent la perspectiva dels individus i el seu entorn social.

En aquesta mateixa línia Haro també aporta als processos de s/m el sistema d'autoatenció. En estudiar la malaltia com un constructor social l'autoatenció ens ajuda a entendre que "no s'han d'estudiar només les pràctiques terapèutiques, sinó també elements culturals de referència, processos, informació i presa de decisions, de diagnòstic i pronòstic, activitats de rehabilitació, de prevenció i promoció de la salut" (Haro 2000:103). Tots aquests elements formen part de la cura *lego*⁴ que caracteritza l'autoatenció, la qual compta amb una sèrie de coneixements i pràctiques que es desenvolupen en l'àmbit domèstic i que ajuden a fer diagnòstics, prevenir malalties i procedir a tractaments. Tot i que la majoria de problemes de salut es resolen a la llar per mitjà de l'autoatenció (Haro 2000, Kleinman 1976), en ocasions els malalts necessiten atenció alternativa, l'atenció que nosaltres estudiem. No obstant això, és important atendre l'autoatenció perquè resol molts dels buits de la sanitat pública, exclusions de la biomedicina i funcions reproductives estructurals a la societat. Les preinscripcions que fan les mares, els remeis que preparen o els medicaments que donen als fills i filles demostren la funció i la importància de les xarxes socials en aquest procés.

Respecte a les aportacions d'Arthur Kleinman els dos conceptes més importants que tractem són els Models Explicatius i el Sistema d'Atenció a la Salut. Els Models Explicatius són les nocions dels professionals i pacients d'entendre les malalties i donar significat als símbols que expressen en els seus relats. La teoria de Kleinman defensa que els models explicatius s'han d'entendre en el seu context cultural i entenent l'univers simbòlic del malalt.

⁴ La cura *lego* o la cura profana és l'atenció no professional de la salut (2000: 107).

Només d'aquesta forma es poden estudiar les maneres que tenen els malalts de donar resposta a les seves malalties (Kleinman, 2006).

El Sistema d'Atenció a la Salut (SAS) és el sistema dialèctic on els models explicatius interactuen en la relació metge-pacient. És un concepte que ens ajuda a comprendre com els malalts pensen seva pròpia malaltia, les expectatives sobre ella, les decisions que prenen per enfrontar-la i quines són les opcions de tractament que faran els pacients durant els seu curs. A partir de l'ordenació d'aquests elements esdevindrà un procés interpretatiu del malalt on s'elaborarà un relat, un relat que nosaltres exposem i analitzem. Al SAS interactuen tres tipus de sectors: el sector professional, el sector popular i el sector folk. Nosaltres estudiem els dos últims⁵, compostos per l'individu, la família, les xarxes socials i les relacions que es donen amb les *médicas*. Així doncs el model explicatiu del pacient seria l'explicació d'aquest conjunt de significats de models i símbols. Amb això entendrem la manera en què mares i *médicas* construeixen socialment els patiments i com atenen les malalties dels infants, que queden patents en una suma de representacions i pràctiques dutes a terme en comunitat i que gaudeixen de l'acceptació social.

Finalment estudiem Foster (1972) i la seva concepció de la patologia humoral, que defensa que una malaltia és causada per l'alteració de l'equilibri normal de l'organisme, per canvis en els humors o per una desproporció de la calor. Analitzarem com a l'Alto Paraná aquesta medicina és present als processos de s/m/a per pal·liar la invasió de quantitats anormals de calor o de fred que han d'ésser equilibrades per restablir la salut. Per una altra banda veurem com els aliments també segueixen els preceptes de la patologia humoral, i per tant depenent de si el nen o nena pateix una malaltia freda o calenta, se l'alimenta amb menjar catalogat com a fred o calent.

4. POHÂ⁶. UNA APROXIMACIÓ ALS SISTEMES MÈDICS

Al Paraguai conviu el sistema mèdic tradicional amb el sistema biomèdic. En aquesta coexistència el sistema biomèdic és la forma institucionalitzada d'atenció de la malaltia, la qual exerceix un tractament hegemònic pel que fa a la medicina popular (Menéndez 1994: 72). No obstant això, aquesta medicina resisteix en el seu paper de subalterna essent el sistema preferent. A continuació descriurem els dos sistemes mèdics, les transaccions que hi ha entre ells i els motius que indueixen a que la població de l'Alto Paraná a triar el model mèdic tradicional com a prioritat a l'hora de recuperar la seva salut.

⁵ En aquest estudi no hem tingut en compte el paper del sector professional en el tractament de les malalties infantils donat que per les malalties referenciades les guaridores són les principals terapeutes populars. Això no significa però, que en el procés d'interpretació popular els diagnòstics biomèdics no deixin de jugar un paper en l'atenció a la salut. Per aquest motiu, el d'entendre la globalitat dels diferents sistemes d'atenció mèdica parlarem posteriorment de les característiques i accés del model biomèdic.

⁶ Medicament, remei.

El sistema biomèdic al Paraguai

Segons la *Encuesta Permanente de Hogares* realitzada el 2011, dels 769.735 habitants de l'Alto Paraná, el 11,7% té assegurança mèdica pública (IPS), el 7,9% un altre tipus d'assegurança privada (que inclou assegurança individual, familiar, sanitat militar i policial) i la gran majoria amb un 80,4% no té cap tipus d'assegurança. Donat que la sanitat pública és precària, no del tot gratuïta i la privada inaccessible per a moltes persones, la gran majoria no té un accés al sistema de salut. Per fer-nos una idea el sou base dels paranenses es situa en 200.000.000 guaranís (360€), un sou que en ocasions és l'únic ingrés de tota una família perquè moltes dones són mestres de casa i no reben remuneració. I una revisió mèdica rutinària en un centre privat, ja que els hospitals no l'ofereixen, té un cost de 100.000 de guaranís (20 €).

A més, l'accés als centres és complicat. Segons els *Indicadores Básicos de Salud de 2013*, declarats pel *Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay*, a tot el país només hi ha 11,7 doctors per cada 10.000 habitants, 5 infermeres per cada 10.000 i 1,3 odontòlegs per cada 10.000 habitants. A l'Alto Paraná hi ha quatre *Institutos de Previsión Social (IPS)*, el que nosaltres anomenem comunament com hospitals. Va ser creat amb el propòsit de protegir la salut dels treballadors assalariats del Paraguai i de la seva família. No obstant això, la persona que no treballa, no cotitza o pateix una emergència ha d'acudir als *Centros de Salud*, el que nosaltres coneixem com els Centres d'Atenció Primària (CAP). Hi ha 136 centres a l'Alto Paraná, essent 19 amb la capacitat d'internació. En aquests 136 centres l'assistència és gratuïta, però qualsevol medicament s'ha de pagar a part. Aquests medicaments a més tenen un cost molt elevat, ja que qualsevol tipus de medicament comú que no necessiti preinscripció mèdica, com una capsula d'Omeprazol, té costos superiors als 9.5000.000 (17 €).

L'organització o l'assistència és molt precària: la persona que requereix de serveis mèdics ha de començar a fer cua sobre les tres de la matinada per ser atès quan obrin. Quan vaig anar a veure el funcionament d'aquests *Centros de Salud* es podia comprovar com la necessitat desbordava la capacitat de socors dels professionals de la salut. A la cua es podia veure nens i nenes plorant i alguns d'ells quasi inconscients, una persona que s'havia gairebé amputat el braç mentre treballava i persones assegudes al terra, totes elles esperant durant hores. En un moment de la tarda va arribar un home que havia sofert un atac epilèptic i un altre que havia estat víctima d'un tiroteig i van haver d'emportar-se'ls a un altre *Centro de Salud* per falta de recursos.

Tanmateix l'accés als serveis de salut és altament inequitatiu. La distància entre els centres de salut és molt gran i el cost molt elevat (en els hospitals no només es passa factura de medicaments, sinó també dels instruments emprats). Sumat a la poca qualitat i la manca de llits, personal i altres recursos, la gran majoria de persones no acudeix als serveis de salut.

La medicina popular al Paraguai

Els paranenses consideren la medicina popular com a patrimoni en tant que no hi ha persona que no la conegui, la defensi i se sentin definits per ella⁷. El seu coneixement es transmet oralment, encara que alguns autors com Scavone (2011) han publicat nombrosa bibliografia explicant l'ús de remeis naturals. També cal destacar que el seu ús es basa en coneixements empírics que es fonamenten en l'observació directa, coneixements que estan en constant canvi i transformació. D'alguna manera tots els habitants de l'Alto Paraná coneixen l'ús de les plantes medicinals, o com ells els anomenen, els remeis *yuyo*. Els *yuyo* són remeis naturals ancestrals que els ajuden a recuperar la salut o bé prevenir les malalties. Remeis *yuyo* com la sàlvia, la ruda, poliol, *cedrón*, rosa mosqueta, el *ka'a he'ê* (stevia) o el *jagarete ka'a* (carqueja) són alguns exemples de plantes que tenen a casa, o com a mínim les seves fulles, les quals es preparen a la llar per qualsevol membre de la família. La gran majoria de malalties són pal·liades per l'autoatenció amb aquests remeis, i el més comú és prendre'ls en infusió, mate o tereré⁸ mentre hom s'escalfa o pren un refrigeri. Ivonir ens explicava que “en casa para curar no falta banana, semilla de lino, cebada, perejil, azafrán y rosa mosqueta”.

Pel que fa a l'estudi de les malalties les nostres observacions ens han conduït a la conclusió que hi ha dos tipus d'etiologies. Un primer tipus són malalties sobrenaturals, aquelles que afligeixen els esperits. Aquestes no seran analitzades en aquest article a causa de que les *médicas* no creuen en la cura dels esperits, ja que això són designis de Déu i per tant no tenen competència. Tanmateix, és cert que hi ha algunes persones que tenen capacitat per afectar els esperits de les persones, però per fer bruixeria i encantaments⁹.

El segon tipus són les malalties naturals, que són causades per traumatismes, alimentacions indegudes, caigudes, desequilibris humorals i excessos tant de fred com de calor. La seva cura ve precedida amb l'ús de massatges, d'oracions a Déu, remeis *yuyo*, medicaments i dietes. Els sentiments negatius també formarien part d'aquest tipus de malalties en tant que afecta al *py'a*, els òrgans de l'aparell digestiu. Així doncs, els remeis *yuyo* no només actuen somàticament amb la mitigació del dolor, sinó que ajuda amb les passions. Quan una persona està *pochy* (enfadada), *py'apy* (preocupada) o *mba'embyasy* (trista) els remeis *yuyo* ajuden a recuperar l'equilibri humoral i a restablir la seva pau interior.

⁷ Recentment el govern de Brasil pretenia que el tereré es patrimonialitzés i al Paraguai va haver una repercussió social davant l'enjudiciament d'aquesta beguda tradicional. Actualment el tereré és la beguda oficial del Paraguai i *Patrimonio Cultural de la Nación*.

⁸ El *tereré* és la beguda per antonomàsia del Paraguai. El seu ús és molt comú, tant com refrigeri com per prendre remeis *yuyo*. L'explicació més senzilla seria dir que és el contrari al mate. En un termo es posa aigua freda amb gel, una mica de llimona i si agrada algun tipus d'infusió. A la *guampa* (el got) es posen les herbes, normalment menta, *hierba mate* o *ka'a he'ê*, que proveïen de propietats l'aigua. Gràcies a la *bombilla* (una espècie de canya amb reixeta) es pot absorbir l'aigua colant les herbes. Els paraguaians prenen a totes hores aquesta beguda, que a més té un gran poder de socialització.

⁹ Aquests bruixots són els anomenats *payé*, i formen part d'un univers supersticiós que no té cabuda en les comunitats que hem estudiat, ja que la creença en Déu és absoluta i impossibilita l'eficàcia d'aquest tipus de forces obscures. Quan preguntàvem a les nostres informants es mostraven molt segures sobre el tema: “dicen que algunos hacen brujería para destruir, enfermar... para muchas cosas. Todas las cosas malas le suceden por culpa de la brujería, pero yo no soy capaz de curar la brujería, eso es otra cosa que no tiene nada que ver con el *kambu ryru jere* o el *py'a ruru*” (senyora Juana). No obstant això, hi ha algunes persones que creuen en ells i acudeixen als *payé* per remeiar el mal d'amors, embruixaments a terceres persones, ús d'esperits malignes o màgia blanca.

La medicina popular com a primera opció

Com veurem a seguidament la medicina popular és la primera opció a l'hora de recuperar la salut dels paranenses per tres raons: la seva disponibilitat, el seu preu i la seva eficàcia terapèutica. A això hem de sumar les dificultats que implica l'accés a la biomedicina i la manca de recursos. Com explica Módena "la medicina tradicional o altres formes d'atenció compleixen funcions que la medicina científica no cobreix. Funcions vinculades a l'eficàcia tècnica, simbòlica i de contenció social en alguns àmbits d'atenció" (1990: 44).

La disponibilitat de l'element primordial de la medicina popular, els remeis *yuyo*, és realment fàcil accedir-hi, ja que l'Alto Paraná és una zona on hi ha una profunda tradició en el seu consum, a més que la majoria de llars poden comptar amb la seva plantació, tant per la logística de les seves llars amb patis del darrere i petits jardins davanters per plantar, com per la seva fèrtil terra. Quan passeges pel carrer a les voreres de les carreteres broten plantes amb propietats curatives. A més existeix un ampli mercat, tant formal com informal, que contribueix també de forma molt substantiva a l'economia de la gent. És molt habitual trobar pel carrer dones que fan preparats de *yuyo* en morters de fusta. Es venen en petites quantitats, valent una bosseta *yuyo* entre els 1000 i els 2000 guaraní (entre 18 i 36 cèntims d'euro) segons la quantitat. Per tant el preu de l'assistència a les medicines tradicionals és un aspecte a tenir en compte, ja que són molt barats. A més les *médicas* no cobren per les cures que realitzen, però accepten la *voluntat*. La senyora Juana, *médica* que vam entrevistar, explicava que ni el seu mestre ni ella cobren diners per la curació: "Él no cobrava porque él no era el que curaba, era Dios, y yo también soy así. Yo no cobro nada pero alguno si quiere darme, agarro. Acepto cualquier cosa, lo que quieran darme, aunque no quieran darme nada". En aquest sentit les dones joves d'entre setze i vint-i-dos anys tenen com a prioritat anar al *doctor*, però finalment s'inclinen per la medicina popular al no poder permetre's-ho econòmicament. L'explicació econòmica a l'hora de decantar-se per al medicina popular és important en el referit en el marc dels models explicatius en tant que els factors econòmics també influeixen en la realitat clínica (Kleinman, 2006:144). Els models explicatius no només reflecteixen les creences culturals o l'afiliació religiosa, sinó també la classe social, la ocupació o el nivell adquisitiu.

La disponibilitat i el preu són factors importants, però la gent també es decanta per la medicina popular degut a la incapacitat de la biomedicina per curar els seus nens i nenes, una incapacitat que ve donada perquè no es comparteixen les mateixes regles socials i per tant hi ha grans discrepàncies en el contingut cognitiu, els valors terapèutics, les expectatives de la malaltia i els objectius en el procés de cura (Kleinman, 2006:144).

En el cas que estudiem les senyores no passen per rituals d'acceptació, ni són triades deliberadament per la comunitat, sinó que la seva reputació i acceptació social està lligada anys de curacions fructuoses. Així doncs, encara que existeixi una gran disponibilitat, bon accés i bon preu de la medicina popular, la raó més decisiva per acudir és l'eficàcia. L'eficàcia és l'element

central del sistema d'atenció a la salut. Un exemple de la prioritat de l'eficàcia enfront la seva gratuïtat és que acudeixen a elles també persones benestants i que podrien permetre's l'ús de la biomedicina. La senyora Maria ho explicava a una entrevista: “me viene gente de toda clase, una vez me vino un narcotraficante rico con armas que le salió fuego de San Antonio¹⁰”.

Com explica Morin (1994:167) la medicina popular es compon d'un pensament empíric i racional i un altre pensament simbòlic i màgic que caracteritza i alhora diferencia l'individu com un ésser cultural i social. Si ignorem la base empírica dels processos de s/m/a estem fent un anàlisi esbiaixat, definint la medicina popular com ahistòrica, acultural, individual i acientífica (Menéndez, 1990). La gent doncs, no acudeix només per dificultats econòmiques, sinó perquè hi ha una alternativa real al MMH. La excessiva especialització de la biomedicina en el disease¹¹ ha fet perdre les condicions holístiques i subjectives de la malaltia i del relat del malalt. Els professionals de la salut contempen la malaltia com una patologia que s'ha d'explicar únicament amb factors tècnics i biològics (Kleinman, 1976: 88), i el problema esdevé perquè les mares també necessiten atenció personal i explicacions significatives per a la malaltia. Per tant aquestes mares o qualsevol malalt “requeriran models i conceptes que consideren la salut i la malaltia com el resultat de complexes interaccions de factors múltiples; sobre els nivells biològics, psicològics i socials, i no només els resultats individuals que operen en un sol nivell d'anàlisi” (Kleinman, 1976:89). Tot i així, hi ha molta gent que prefereix utilitzar medicaments biomèdics per la seva rapidesa i focalitzada efectivitat, ja que per a determinades malalties com el dolor ossi, muscular o articular són més efectives.

Encara que la medicina popular sigui la primera opció per recuperar la salut, hem de considerar que “els processos d'autoatenció i autoajuda que componen la cura profana precedeixen i acompanyen paral·lelament al fenomen d'institucionalització i professionalització de la medicina” (Haro 2000:120). No hi ha una escissió en la decisió de prendre remeis *yuyo* o medicaments, sinó que tant la medicina popular com la biomedicina interactuen, ja que la gent entén que hi ha determinats trastorns que pot curar el doctor i altres que pot alleujar la *médica*. Tant les mares com les *médicas* tenen present aquesta premissa, com la senyora Scarabelot:

Depende de la enfermedad y el caso van mejor las pastillas o los remedios *yuyo*. Hay enfermedades más raras y difíciles que sólo con pastillas, pero hay enfermedades que no hace falta pastillas, y si las tomas te da mal cuerpo, pero el remedio *yuyo* no. Depende de si es una enfermedad más común o no, para dolor de estómago o *frialdad*.

El fet que les cures en l'autoatenció integrin l'ús de medicaments i remedios *yuyo* demostra que els sabers populars estan medicalitzats. Les pràctiques de la medicina popular s'han d'entendre en relació a l'hegemonia del model mèdic; s'han d'emmarcar en els procediments de subordinació a què es veu sotmesa i de com el biologisme subordina en termes metodològics i en termes ideològics els altres models explicatius (Menéndez, 1988).

¹⁰ Herpes.

¹¹ La dimensió més biològica de la malaltia que fa referència a les disfuncions orgàniques (Kleinman, 1976)

5. PY'A¹². LES MALALTIES ESTOMACALS.

Models explicatius pel *kamby ryru jere* i el *py'a ruru*

Fins ara hem exposat els dos models mèdics de l'Alto Paraná, el que ens permetrà comprendre millor els models explicatius i la lògica que segueix la medicina popular a l'hora d'operar en el diagnòstic i tractament dels infants. A continuació mostrarem les circumstàncies socials i culturals que intervenen en els processos de s/m/a en les malalties anomenades *kamby ryru jere* y *py'a ruru*, de tal manera que exposarem com s'experimenten aquestes malalties tant per la interventora com per les mares, i les respostes es donen.

Pot arribar un moment en que les mares consideren que la malaltia sobrepassa les seves capacitats curatives i es plantegen cercar ajuda fora del seu cercle d'autocura i autoatenció. Això esdevé quan el tractament amb *yuyo* i els medicaments¹³ que són a la llar no presenten millores en la salut dels malalts. D'altra banda, quan esdevé alguna emergència, com trencaments ossis, accidents de trànsit o ferides per violència (com trets o apunyalaments) també es recorre als *Centros de Salud*. O simplement perquè es desconeix la malaltia o els remeis necessaris per curar. En el cas de les malalties que estudiem, si els vòmits o les diarrees no cessen esdevé la visita a les *médicas*. Aquestes dues malalties són molt habituals en els infants. La gran majoria de mares l'han sofert en un dels seus fills i són molt perilloses; si no es tracta a temps i correctament l'infant pot morir per deshidratació degut a les incessants diarrees.

El *kamby ryru jere* i el *py'a ruru* són malalties no compreses pel model explicatiu de la biomedicina degut a que són síndromes delimitats culturalment¹⁴. La descripció etnogràfica que presentem ens fa entendre que existeixen diferents sistemes d'atenció a la salut que entren en conflicte perquè ni mares ni *doctores* comparteixen la mateixa realitat clínica. Conseqüentment "les discrepàncies entre aquests punts de vista afecten en gran mesura la gestió clínica i condueixen a una atenció inadequada" (Kleinman, 2006: 145). És per aquest motiu que davant els problemes de l'atenció clínica van a les *médicas*. Diferents informants ens diuen que quan porten els nens i nenes al *doctor* aquest només l'envia medicaments i pols perquè no es deshidratin:

sólo le doy remedio *yuyo*, no le doy ningún medicamento porque no hay boticas para *kamby ryru jere*, así que lo hace llevar de balde [al doctor] a una criatura que está enferma porque no saben curar. [...]. Los doctores no revisan y no saben de la parte que hay que presionar. Además los médicos no tienen fe y sólo Dios puede curar. (Lily, mare).

El significat textual de la malaltia és *kamby* (llet)+ *ryru* (inflat)+ *jere* (donat de volta). Així doncs podem traduir-lo com *estomac de llet que s'ha donat la volta*. Anys enrere les comunitats

¹² Py'a: (1)Estómac, fetge, panxa. (2)Cor. (3) Ànima, esperit, consciència.

¹³ Aquests medicaments són medicines d'ús tòpic que no estan subjectes a preinscripció mèdica. Alguns exemples són l'Aspirina, Vick VapoRub, Geniol (l'equivalent al paracetamol), Metholatium (un ungüent d'ús tòpic per ajudar a l'al·leugeriment dels símptomes de congestió nasal) o Alka-seltzer (un medicament digestiu semblant a les sals de fruites), entre d'altres.

¹⁴ Kleinman defineix els síndromes delimitats culturalment com "patiments associats a patrons de significats culturalment únics, superposats a les malalties, que són universals. Les malalties comunament tenen un curs típic i les seves característiques particulars són independents de l'escenari. El patiment és més o menys únic" (1980: 77).

indígenes mbya-guaraní consideraven que el nen en procés de creixement tenia un estómac diferent al dels adults, dissenyat per digerir únicament la llet materna (Ramorini, 2008:230). Aquest estómac propi de l'infant l'anomenaven *kamby ryrú* (estómac de llet), un tipus d'òrgan digestiu lactant que es va transformant amb el creixement. La malaltia esdevé quan el nen rep un fort cop, i aquest "estómac de llet" canvia la posició i rota. Amb el temps, tot i que s'ha mantingut l'etimologia de la malaltia aquesta explicació ha anat variant i ja no es creu que l'infant tingui un estómac diferent. Això denota que els significats i símbols associats a l'explicació de la malaltia varien en funció de quina és la construcció social de la malaltia en un període concret.

Segons les *médicas* el més comú és que esdevingui a infants d'entre zero i cinc anys. Les causes són per un fort cop provinent d'una caiguda del nen o nena perquè se l'agafa bruscament del braç o perquè algú l'empeny fortament de les extremitats. Aquests traumatismes provoquen que hi hagi una alteració en el cos, que l'estómac es doni la volta i es mogui cap al costat d'una cama. Això desencadena que l'estómac empenyi la cama i que el nen tingui una cama més curta que l'altra, els braços estiguin asimètrics, no camini bé i que coixegi. Com explica la senyora Juana "*el kambu ryrú jere es la vuelta del estómago. El estómago tiene sus venas y se varían de un lado y otro y afectan al estómago*". Com a conseqüència general la digestió no es fa correctament, hi ha deshidratació i altres símptomes com canvis en la seva conducta, irritabilitat, debilitat, desgana, febre, pèrdua de pes, poc creixement, problemes de motricitat vòmits, diarrees impossibles d'aturar, etc. "Los niños no quieren comer, empiezan a vomitar, empiezan a tener diarrea y tienen lombrices y fiebre". Aquesta diarrea és diferent perquè presenta una composició més groguenca, com si estigués tallada i amb trossets de menjar encara no diluïts. L'observació de la diarrea, juntament amb l'escurçament de la cama és l'evidència més notable de que el nen o nena pateix la malaltia.

Quan arriba l'infant a la *médica* aquest gairebé no pot caminar, així que l'agafen en braços i l'estenen sobre un llit. Per l'observació dels fets podem afirmar que el procés de curació és senzill, tot just es duu a terme entre cinc i deu minuts. De seguida es veurà que té la cama torta, una més llarga que l'altra. Amb moviments ràpids de mans es fa un massatge amb moviments verticals i horitzontals impregnant intensitat i movent paulatinament la cama fins que queda recta amb l'altra. Si el desequilibri és a l'esquena la *médica* es cerciora de quedi anivellat un taló amb l'altre. Un cop recol·locats els braços i cames s'embenen perquè quedin subjectes, i en el cas que la diarrea sigui molt forta se'l posa una faixa al ventre. Mentre es fan els massatges la *médica* resa a Déu perquè l'ajudi i la transmeti el poder de curació:

Creo en Dios Padre Todopoderoso, creador del cielo y de la tierra. Creo en Jesucristo, su único hijo Nuestro Señor que fue concebido por obra y gracia del Espíritu Santo, que nació de Santa María Virgen. Padebió debajo del poder de Poncio Pilato, fue crucificado y muerte sepultado. Descendió a los infiernos al tercer día y resucitó de entre los muertos. Subió a los cielos y está sentado a la derecha de Dios Padre Todopoderoso. Desde allí ha de venir a juzgar a los vivos y a los muertos. Creo en el Espíritu Santo, la Santa Iglesia Católica, la comunión de los santos, el perdón de los pecados, la resurrección de la vida eterna. Amén Jesús. Amén Jesús. Amén Jesús.

Els processos de curació estan altament vinculats a l'eficàcia simbòlica dels rituals divins fins a tal punt que la curació és impossible sense ells i sense tenir fe en la gràcia de Déu. La curació és en part possible gràcies al do que Déu atorga a la *médica*. Elles es defineixen com servidores, persones que tenen l'obligació d'ajudar a la resta de persones perquè Déu les ha beneït: “lo hago en nombre de Dios; curo a las personas, él me dio el don para poder hacerlo” (senyora Maria). No obstant això, el coneixement de cura no és a través de la revelació, sinó que es basa en l'experiència i l'empirisme, après de familiars per transmissió oral: “Yo aprendí a curar *kambu ryru jere* porque mi tío Paulino me enseñó, me dijo que debía aprender. Le pedí a Dios que necesitaba su cura para comenzar a hacerles a mis hijos, y salió muy bien” (senyora Juana).

Si la *médica* ho creu convenient amb una sessió hi haurà suficient, però normalment s'ha de tornar a acudir dimarts i divendres, amb la ingesta de determinats remedios *yuyo*. Els dies tenen una importància a l'hora de curar. Lily ens explicava que quan el seu fill tenia *ojeo*, la seva sogra “rezaba los martes y los viernes cuando iba a entrar el sol, porque el sol lleva la enfermedad”.

La determinació del tractament queda en mans de la *médica*. L'única distinció que es fa a l'hora d'escollir un remei per un nen i un adult és que el remei no sigui massa fort per no fer-li mal, com la ruda. Per això d'entre la gran varietat existent s'escullen remeis suaus. Algun remei recomanat és el *pohã paraguai*¹⁵, o beure 1 litre d'aigua bullida amb sal i sopa d'arròs amb formatge. En cas que l'infant tingui diarrea groga haurà de prendre un remei *ñaña*¹⁶. Per tant en el procés de curació es fan massatges en les cames i braços, oratòria i ingesta de remeis *yuyo*, tot un compendi de elements empíric religiosos.

Una altre malaltia és la del *py'a ruru*. El significat textual de la malaltia és *py'a* (estómac) *ruru* (inflam), *estómac inflam*. El *py'a ruru* pot afectar sobretot als infants quan tenen entre cinc i deu anys, però també pot ser patit pels adults. És degut a una inflamació de l'estómac que provoca febre, malestar i aquest “se achica y te estrangula”, com a conseqüència d'una febre interior. Els símptomes són la desgana del nen o nena, episodis de diarrea i no es digereixen bé els aliments. Els processos de curació són a través de remeis *yuyo* refrescants, com *tonsinsal*, *suico roque*, fulles de banana, aigua bullida i menjar amb brou. Mentre el nen o nena s'està curant no es poden ingerir fritures, ous, aliments picants o porc.

En les dues malalties infantils l'eficàcia de la medicina popular és intel·ligible si no es comprèn com una conjugació de factors pràctics i religiosos. Basant-se només en la creença que poden ser curats per acció divina és insuficient per entendre els resultats. És evident que darrere de l'eficàcia simbòlica hi ha una eficàcia empírica que es basa en usos medicinals amb propietats curatives i massatges corporals que ajuden a curar possibles danys musculars i articulars. Comprendre que l'ésser humà és un ésser natural i cultural ens ajuda a entendre l'eficàcia total de la medicina popular, ja que es proveeixen de remeis naturals alhora que demanen a Déu

¹⁵ Aquest remei consisteix en bullir *kumanda yvyra'i* i *poty* amb *juasy'y poty* i flor de malva blanca. Bullir després i afegir *borraja poty* quan estigui fred. Finalment afegir mel d'abella. Si és un cas molt greu afegeixen també xarop de llimona sùtil i mel.

¹⁶ Aquest remei consisteix en bullir l'arrel de la guayaba amb cedrón i tres fulles d'hinojo

el cessament del patiment del malalt. Aquests dos elements no són oposats, ja que mentre que l'element empíric atén trastorns somàtics, l'element simbòlic-religiós atén al neguit i al desequilibri emocional que pateix tant la mare com el nen com a individus compostos de cos i ànima. En aquesta mateixa línia la participació de la *médica* juga un paper fonamental, perquè va més allà del tractament físic de les malalties. Elles busquen una explicació significativa de la malaltia, on aquesta s'articula com un llenguatge cultural, on existeix una vinculació de les creences sobre la causalitat de la malaltia, l'experiència dels símptomes, els patrons de comportament i les decisions relatives a les alternatives de tractament (Kleinman, 1976:87). Elles són capaces de curar perquè comprenen els infants i les mares en tant que comparteixen un mateix model explicatiu. I

Però què succeeix quan la mare i la *médica* no comparteixen la mateixa pràctica religiosa? Si bé els processos de s/m/a són estructurals, mare i *médica* no tenen perquè compartir els mateixos elements simbòlic religiosos de l'altra part. És imprescindible que durant els processos rituals hi hagi una esperança real de curar-se, ja que l'enteniment dels factors culturals és protagonista tant en del diagnòstic com en el tractament. Des d'un punt constructivista on la malaltia és un constructe social, “aquesta es conjuga socialment a partir de les variades percepcions i reaccions que un conjunt de fenòmens jutjats anòmals, des d'una determinada idea de salut, susciten en un grup social en el marc d'un context sociocultural específic” (Arrizabalaga 2011:77). Si no es comparteix aquest “context sociocultural específic”, el nen patirà un tràgic final. Les *médicas* expliquen que quan un nen mor és perquè la mare no ha tingut suficient fe:

Cuando el niño se muere es porque la persona no tiene fe en Dios ni en la cura. Una señora vino a mí y le dije que la criatura estaba en Kambu ryru jere y no me creía. Y se fue al médico y al día siguiente se murió. Parece que fue un castigo de Dios. Hay que tener fe en Dios. Si no hubiera tenido fe no hubiera podido curarlo, cuando alguien tiene fe no hay nada que no se pueda curar (senyora Verón).

Els infants de les mares que no tinguin suficient convicció no presentaran millores.

L'atenció de la *médica*, però, no només depèn de la fe de la mare, sinó de que la *médica* vulgui curar-los. Elles mai es neguen a ajudar excepte si la mare no comparteix la mateixa religió. No és estrany que hi hagin discrepàncies en els models explicatius, i quan esdevenen els conflictes que puguin haver, aquests impedeixen l'atenció a la salut (Kleinman 1976:88):

Tenga plata o no yo curo, pero que no sea de otra religión, eso no curo yo. Que sea católico. La otra gente no son católicos y tienen otras creencias. No es que no crean en Dios, es que no aceptan a la Virgen. Una vez me discutí con una de ellas, le pregunte si quería a su mamá, y me dijo que sí que la quería mucho. Y yo le dije que era mentira, que si quería a su mama tiene que aceptar también a la mamá de Jesús, la Virgen. Y por eso no lo hago, porque no le va a servir y de balde le va a traer. No sirve de nada sin fe y sin confianza. Tenés que decir yo me voy a curar en su nombre. (senyora Maria, *médica*)

Aquestes discrepàncies queden paleses en les diferències rituals de les *médicas* a través de les seves pràctiques religioses. Les *médicas* evangèliques en els processos de cura no invoquen els sants catòlics. Mentre fan els massatges als nens i nenes, resen a Déu i en acabar el procés de cura expliquen a la mare quin tipus de remei ha de prendre l'infant, a quina hora ha de resar i quan ha de tornar a assistir, si escau. Les *médicas* catòliques però, sí que invoquen els sants.

Habitualment tenen una estança amb un altar on rendeixen culte al nen Jesús, la Verge i diversos sants, com la Virgen de Caakupé, San Antonio, San Cayetano, San Miguel, San Ramón, entre d'altres. Moltes vegades porten al nen o nena a aquesta estança i els curen allà mateix en presència dels sants mentre oren. Les *médicas* catòliques a més van a missa els diumenges i resen pels infants que estan curant. Si el nen o nena en qüestió ha mort, la mare pot demanar a la *médica* que resi *la novena*. *La novena* és una oració als difunts que s'ha de fer durant nou dies consecutius el dia següent a l'enterrament. La *médica* ha de resar tot el rosari l'*Ave Maria* o el *Padre Nuestro* al vespre. Amb aquest ritual la *médica* i la família volen salvar l'ànima del mort i evitar que tingui mala sort. Totes dues, però, fan servir espelmes en els seus processos de curació. Són espelmes que es donen per part de les mares com a tribut a les *médicas* i de les quals s'utilitzen com a culte a Déu.

Aquestes diferències ens fan comprendre que “les creences culturals modelen el model explicatiu del pacient i que aquestes creences influeixen en la percepció de la realitat clínica i el comportament del malalt” (Kleinman, 2006:144).

Medicina humoral al *kamby ryru jere* i *py'a ruru*

Un últim element que ens ajudarà a entendre l'univers simbòlic de l'Alto Paraná és la influència de la medicina humoral en les pràctiques i representacions del *kamby ryru jere* i el *py'a ruru*. Idoyaga i Sarudiansky (2011:317) declaren que la medicina humoral es caracteritza per la concepció natural de la salut com un estat de balanç o equilibri corpori i emocional, i que existeix una classificació dels mals i remeis en càlids i freds. Vegem tot seguit com es reflexa aquesta concepció a l'Alto Paraná.

Moltes malalties d'aquesta comunitat es relacionen amb els òrgans interns, concretament els que tenen la nomenclatura *py'a* (en referència al que elles anomenen el *estómag*, el *hígado* y la *tripa*) i que afecten directament en aquestes zones del cos. Però en l'idioma guaraní *py'a* no només es tradueix com d'aquesta manera, sinó també com a cor, tant en el sentit orgànic com d'ànima i de consciència. Al llarg de les meves estances vaig aprendre que moltes nomenclatures parlen d'expressió amb doble significat: *py'a poch* (estar enfadat), *py'a pyry* (tenir papallones a l'estómac), *py'a mokõi* (que traduït literalment seria "no té estómac", però s'usa per definir algú amb doble cara), *py' aguapy* (tenir una bona digestió, però també tranquil·litat i domini d'un mateix) o *py'ahái* (tant tenir acidesa d'estómac com sentir antipatia i animadversió). Remorini (2009: 319) explica a més que *py'a rasy* refereix tant al dolor d'un òrgan intern, el fetge, com l'estat emocional que s'associa a la tristesa o l'angoixa. Així doncs "l'estómac, *py'a*, és la base orgànica per a la major part dels sentiments" (Chamorro 2007:176). Totes aquestes expressions referides als òrgans interns ens indiquen que el *py'a* és la zona d'on provenen els humors, i que la medicina humoral té una gran influència en aquesta comunitat. Se sap que un infant està sa perquè té un equilibri d'humors, en què el nen o nena juga, riu, no té problemes d'alimentació ni

alteracions gastrointestinals. L'infant està sa quan hi ha un equilibri de substàncies, però la malaltia apareix quan el sistema es desequilibra (Valenzuela 2009: 44).

Aquesta concepció humoral i la especial atenció al *py'a* es veu reflectida en els models explicatius de les mares, que paren molta atenció a que la polaritat fred-calor dels nens sigui equilibrada i l'alimentació respongui a dues necessitats. La primera, preventiva; que els aliments continuïn proveint d'un equilibri al cos. I la segona, curativa; que els aliments siguin capaços d'ajudar en els processos de cura restablint l'equilibri perdut. Aquestes dones com a mares s'organitzen amb l'objectiu d'entendre i cercar eines per pal·liar les malalties dels seus fills. A través d'elements materials i culturals construeixen un sistema de pràctiques i representacions que es tradueixen en una classificació de mals atenent a les polaritats de fred i calor.

Segons la classificació de les malalties, que poden ser fredes o calentes, fan servir determinades cures en l'àmbit de l'autoatenció. Les malalties calentes són la febre, el *fuego de San Antonio* o mal de panxa, com a conseqüència d'un excés de calor en una part determinada del cos. També les experiències "calentes" (Foster 1972:186) com el *py'a rasy*, *py'a pyry*, o *py'ahái* exposen el cos a una alta temperatura. En el cas que un infant tingui una malaltia considerada calenta ha de prendre al tereré *pohã ro`ysã*, és a dir, un remei fred. Per la seva banda les malalties fredes són la grip, els refredats, o la pneumònia, entre d'altres. Són causades per elements exògens, com per exemple corrents d'aire, caminar descalç, beure aigua freda, etc. En aquest cas la disharmonia a favor de la fredor és més perillosa perquè el desequilibri és més gran. Una malaltia freda molt comuna a l'Alto Paraná és la *frialidad*, que representa molt bé aquests desequilibris, on el fred predomina a l'organisme i l'emmalalteix:

La *frialidad* es cuando andas mucho descalzo, cuando no te abrigas, si hay viento duermes sin taparte, porque el estómago agarra frío y eso también le da diarrea y le cambia el ánimo. Les agarra tanto a los niños pequeños como a las personas mayores, a todos. Cuando tienes la menstruación debes de tener más cuidado, debes cuidarte más porque tienes más dolor y hay que reposar. Yo tomo un té de salvia, tecito de canela y le pongo vick baporú en el vientre, los costados y la espalda. Eso te hace sudar y en una hora se te pasa. Para los médicos no existe, te dice que es diarrea y te mete antibióticos y no te dice para un remedio caliente, una pomadita o un remedio *yuyo*. Eso para ellos no funciona (Lily, mare).

Tal i com explica Foster (1972:182) podem veure com l'organisme s'emmalalteix quan el cos té una pèrdua de calor i el fred l'envaeix. El nen o nena té un trastorn quan esdevé un desequilibri al *py'a*, somatitzant-se en diarrees i transformacions en el seu estat anímic.

L'eficàcia del procés de cura "s'atribueix a la compensació de l'organisme a través d'elements freds si la malaltia és càlida, i viceversa. És un mecanisme de compensació i regulació que recupera l'equilibri, és a dir, la salut" (Idoyaga & Sarudiansky, 2011:320). Per prevenir la *frialidad* les mares eviten que els seus fills vagin descalços, surtin al carrer quan plou o que dormin per la nit amb ventilador. En el cas que faci molta calor és important que tant infants com adults es tapin el ventre amb el llençol perquè amb l'exposició contínua d'aire al *py'a* pot agafar *frialidad*. No obstant això, si hom ja té *frialidad* el més comú és prendre una infusió de sàlvia i menjar aliments calents que ajudin a la restitució de l'organisme.

Per últim apuntarem que el procés de cura de les malalties infantils atenent la medicina humoral respon a restablir l'equilibri de l'organisme, i això s'aconsegueix amb uns tabús alimentaris que són mètodes de prevenció i de curació. Hem de recordar que actualment es rebutja la idea de l'existència de dos tipus d'estòmacs segons l'etiologia mbya del *kamby ryru jere*, un per la llet i un altre pels aliments sòlids. Però és cert que persisteix el tabú alimentari en quant barrejar i prendre aliments, precisament per no trencar l'equilibri de l'organisme, o restablir-lo, si escau, ja que entre els mitjans pels quals es pretén garantir l'harmonia del cos és la dieta equilibrada i una combinació de menjar calent i fred (Woortmann 2008:22).

Així doncs l'alimentació també forma part de l'univers simbòlic de l'Alto Paraná. Woortmann explica que al Brasil (2008:18) existeix un sistema classificació dels aliments extensible arreu de Sud-Amèrica que opera amb la dicotomia calent-fred, i moltes prohibicions alimentàries es basen en aquesta diferència. L'ús d'aquests aliments tenint en compte la seva classificació atorga de qualitats terapèutiques als aliments, ja que regulen la salut i prevenen malalties. En el dinar per exemple, no beuen aigua per no emmalaltir. Consideren que la barreja d'aigua, un element fred, amb l'aliment, elements calents, és una mala combinació digestiva per barreja inapropiada de polaritats fred/calent. És per això que molts menjars es prenen amb suc's temperats o preparats més calents. El *reviro* per exemple, és una barreja d'oli, farina i sal que es remou fins a crear una espècie de molles. A causa del seu alt contingut calòric mai es pren amb aigua, sinó amb *cocido*, mate calent amb sucre convertit en caramel que es bull i posteriorment es cola per prendre així o amb llet. Els òrgans dels infants són molt delicats, així que els tabús alimentaris no permeten barrejar aliments amb temperatures molt baixes o molt elevades, ja que això pot causar diarrees i altres malalties.

S'evidencia doncs com els aliments també gaudeixen d'eficàcia simbòlica en els models explicatius de mares i *médicas* “en la mesura que les propietats terapèutiques i efectivitat que se'ls atribueixen depenen de les creences que resulten dels imaginaris de cada cultura” (Coria López, 2013:62).

6. CONCLUSIONS.

En aquest treball hem volgut exposar i analitzar les pràctiques i les representacions que es duen a terme en els processos de salut/malaltia/atenció segons el discurs dels sectors folk i populars de l'Alto Paraná. Partint de l'estudi del sistema de coneixements de la comunitat hem fet una reconstrucció de les malalties estomacals dels infants arribant a diverses conclusions.

La observació principal és que les malalties comprenen una base social i cultural, i per tant les podem interpretar. En el moment en que no es comparteix la mateixa construcció social de la malaltia, és a dir, el mateix model explicatiu, la cura del nen o nena no es fa efectiva.

Aquests models explicatius creen realitats clíniques que es construeixen culturalment a través de la conjunció de factors biològics, psicològics, socials, culturals i econòmics.

El MMH, que conviu amb el model mèdic tradicional, subordina la medicina popular, de tal manera que ignora els models explicatius alternatius al model biomèdic. Tot i que aquest anàlisi no ha estat l'objectiu central del nostre treball, pot obrir noves vies per a la investigació sobre la subordinació per part del MMH a l'Alto Paraná.

Les *médicas* tenen un paper determinant en la eficàcia simbòlica a través de les pràctiques curatives, ja que ordenen el caos de la malaltia i la doten d'una estructura a través de símbols rituals que la mare comprèn. El fet que les *médicas* comparteixin el model explicatiu permet que hi hagi una lògica en els aspectes simbòlics que s'expressen en el diagnòstic i cura de la malaltia dels infants. Aquestes mares també comparteixen els processos de s/m/a i estan estretament relacionades amb ells, ja que són les principals apoderades de les cures i la salut dels infants.

L'autoatenció forma part de les accions i decisions de les mares que donen significat als processos de s/m/a, i aquest procés les permet pal·liar la gran majoria de les malalties per mitjà de remeis naturals i medicaments, que estan en constant relació. Tot i que existeix una transacció de models mèdics, el model alternatiu és escollit per la seva disponibilitat, preu i eficàcia; cobreix aspectes que la biomedicina és incapaç de satisfer.

Tot i la importància de l'eficàcia simbòlica en aquests processos de cura, l'eficàcia terapèutica té també una funció determinant, ja que la medicina popular es compon per un element empíric i racional i un altre simbòlic i religiós, i la seva eficàcia no s'entén sense l'associació d'aquests principis.

Per últim, la medicina humoral té una gran importància en els processos de s/m/a. Les malalties que hem analitzat estan en relació directa amb el *py'a* i tota la zona estomacal. Quan una persona està malalta de *py'a ruru* o *kamby ryrú jere* afecta l'equilibri dels humors i a la salut tant física com psicològica del malalt. Per la seva banda, la polaritat fred-calor no és correspon exclusivament a les variacions de temperatura, sinó a un sistema de classificació on l'aspecte central és obtenir l'equilibri. Part dels processos de cura es duen a terme a partir d'un sistema d'alimentació que està carregat de simbolismes estructurals que prevenen i curen les malalties.

7. BIBLIOGRAFIA.

CHAMORRO, C. (2009). *Aporte lingüístico para una historia y etnografía del cuerpo en los pueblos guaraní*. [En línea]. Marburg-Alemania, Facultad de Ciencias sociales y Filosofía de la Universidad Philipp de Marburg. URL permanent: <http://goo.gl/HEf6Hd>

CORIA LOPEZ, M. (2014). *Medicina, cultura y alimentación: la construcción del alimento indígena en el imaginario médico occidental a través de la visión del doctor Francisco Hernández*. [En línea]. Anales de la Antropología Volumen 48-I, pàg. 59-77 URL permanent: <http://goo.gl/7JSCw1>

DE LA MORA, F. (2012). *DGEEC. Principales Resultados EPH 2011 Encuesta Permanente de Hogares Alto Paraná*. [En línea]. Asunción, Gobierno de Paraguay. URL permanent: <http://goo.gl/BJ9hcF>

DGEEC (2013). *Indicadores Básicos de Salud*. [En línea]. Asunción, Gobierno de Paraguay. URL permanent: <http://goo.gl/qY3JmW>

FOSTER, G. (1972). “La salud y el equilibrio” a FOSTER, G. (1972). *Tzintzuntzan. Los campesinos mexicanos en un mundo de cambio*. México, Fondo de Cultura Económica, pàg. 182-192.

HARO, J. (2000). “Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud” a PERDIGUERO, E., COMELLES, J.M. (ed) (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Edicions Bellaterra 2000, pàg. 101-162

IDOYAGA MOLINA, A.; SARUDIANSKY, M. (2011). *Las medicinas tradicionales en el noroeste argentino: Reflexiones sobre tradiciones académicas, saberes populares, terapias rituales y fragmentos de creencias indígenas*. [En línea] México, Argumentos, vol.24, n.66, pp. 315-337. URL permanent: <http://goo.gl/xwDraa>

KLEINMAN, A. (1976). *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*. [En línea] Gran Bretanya, Social Science & Medicine, Vol. 12. pp. 85-93 URL permanent: <http://goo.gl/w5pCcF>

KLEINMAN, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley, University of California.

KLEINMAN, A., L. EISENBERG, & B. GOOD (2006) [1978]. *Culture, illness and care: Clinical lessons from anthropological and cross-cultural research*. [En línea]. Annals of Internal Med.

88:251-258. Reimprès a Focus, The journal of lifelong learning in psychiatry Vol. IV, No. 1. pàg. 140-149. URL permanent: <http://goo.gl/5s1xl7>

MENÉNDEZ, E. (1983). “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales” a MENÉNDEZ, E. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, [En línea], México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. URL permanent: <http://goo.gl/pKvWrF>

MENÉNDEZ, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. [En línea], Buenos Aires, Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud.. Pág. 451-464. URL permanent: <http://goo.gl/8Ad5RT>

MENÉNDEZ, E. (1994). *La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?* [En línea], Alteridades,4 (7): 71-83. URL permanent: <http://goo.gl/IQpX6U>

MÓDENA, M. E. (1990): *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. México D.F., Tlalpan: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

MORIN, E. (1980). *El método III. El conocimiento del conocimiento*. Madrid, Cátedra.

REMORINI, C. (2009). *Aporte a la caracterización etnográfica de los procesos de salud-enfermedad en las primeras etapas del ciclo vital, en comunidades Mbya-guaraní de misiones, República Argentina*. [En línea], Buenos Aires, Universidad Nacional de La Plata. URL permanent: <http://goo.gl/ym0huD>

SCAVONE, C. (2011): *Remedios naturales del Paraguay*. Asunción, Editorial Servilibro.

STP/DGEEC (2012). Paraguay: Proyección de la Población Año 2012 según Departamento. Proyección de la población total, distribución relativa, densidad y tasa de crecimiento año 2012 [En línea]. Asunción, Gobierno de Paraguay. URL permanent: <http://goo.gl/8bqQry>

VALENZUELA GARCÍA, H. (2009). *El contexto de la salud malaya: sistema humoral, medicina tradicional, reproducción y ritos de paso*. [En línea]. México, Revista De Dialectología y Tradiciones Populares vol. LXIV, nº 2, pàg. 37-62,. URL permanent: <http://goo.gl/nZbz16>

WIRTH, L. (1988). “El urbanismo como forma de vida”, a FERNÁNDEZ MARTORELL, M. (ed.): *Leer la ciudad*. Barcelona, Icària, pàg. 175

WOORTMANN, K. (2008). *Quente, frio e reimoso. Alimentos, corpo humano e pessoas*. [En línea]. Brasília, Caderno Espaço Feminino, v.19, n.1, pàg.17-30. URL permanent: <http://goo.gl/0fxGe2>