

## LAS TEORÍAS ETIOLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD EN SOCIEDADES OTRAS Y LOS TAXA VERNÁCULOS OCCIDENTALES

Anatilde Idoyaga Molina\*

**Summary:** Based on original materials and the systematization of illness ethnographic reports, the author proposes seven theoretical categories of illness etiologies to ordering and classifying the socio-cultural illness theories of aboriginal, mestizo and Western societies, without including biomedical taxa. These etiological illness theories are: 1) Organic, other natural imbalances, and fortuitous episodes -the bite of a snake, a bone broken as result of a fall, etc- illness causation theories. 2) Emotional causation theories. 3) Social causes theories. 4) The power and/or the intention of other human beings causation theories. 5) Imbalances between the human being entities causation theories. 6) Spatial and environment causation theories. 7) Mythic -religious-ritual imbalances causation theories.

**Key Words:** Health, Internet, Social Networks, Gift

### Introducción

La posibilidad de construir categorías teóricas para dar cuenta de las teorías etiológicas (no científicas) de la enfermedad producidas en las sociedades indígenas, mestizas y las tradicionales de las sociedades occidentales ha sido un tema de interés que sugerimos traer nuevamente a la escena. En especial si consideramos las críticas y comentarios que han merecido las sistematizaciones de Foster (1976), Murdock (1980) y Young (1976), que sin duda figuran entre las más citadas y conocidas (Anderson, 1996; Brown, 1998; Garro, 2002, Idoyaga Molina, en prensa; Loustaunau y Sobo, 1997; entre otros).

No es una tarea fácil reflejar e integrar las teorías etiológicas de múltiples sociedades en una clasificación que produzca un número limitado de categorías teóricas, sin que se violenten las estructuras de pensamiento nativas. Más allá de la variabilidad que admiten los marcos explicativos locales y étnicos, complica la tarea la existencia de un conjunto de taxa vernáculos, que alguna vez fueron definidos y considerados como enfermedades específicas por la medicina académica, que hoy en día se encuentran difundidos en

grandes áreas y hasta en distintos continentes y que a través del tiempo y el ancho del espacio se han ido refigurado con colores locales, tal como sucede con el mal de ojo, los nervios, el susto, el mal aire o la tiricia (1). En relación con estos taxa las teorías etiológicas varían a veces de región a región, de sociedad en sociedad. Cabe señalar que el origen biomédico o la definición biomédica en alguna época de estos taxa les ha agregado causas orgánico-naturales a otros tipos de etiologías, posiblemente ya existentes. También torna compleja la producción de categorías teóricas, las concepciones sobre la enfermedad de las sociedades del extremo oriente, por sus sutiles conceptos, difíciles de traducir a las lenguas occidentales (2) y, finalmente, porque la diseminación y masificación -prácticamente universal- en nuestros tiempos de ideas y prácticas orientales sobre la salud y la enfermedad ha generado numerosos procesos de incorporación y refiguración de acuerdo con las estructuras de pensamiento de las sociedades occidentales, generándose así nuevas teorías etiológicas de la enfermedad y la aflicción (3).

Las teorías nativas en las sociedades indígenas

parecen más fáciles de reducir a unas pocas categorías conceptuales, sin violentar los modos de pensar el origen de la enfermedad. Posiblemente, daríamos cuenta de ellas si dijéramos que la enfermedad y otros infortunios son resultado:

- a) de las intenciones, acciones y /o poder de otros hombres -hechiceros, shamanes, brujos, en el sentido occidental del término como un personaje poderoso e intencionado y el sentido del brujo Azande que porta la brujería en su cuerpo y no daña con intención , entre otros estatus),
- b) de las intenciones, acciones y/o poder de las deidades -que envían la enfermedad por pura malignidad, castigo, desbordes de poder, etc.),
- c) de la trasgresión de tabúes, incumplimientos rituales y acciones moralmente negativas o que no respetan las conductas que deben observarse, d) de la contaminación de entidades y seres impuros, corrompidos o dañinos (cadáveres, herreros, sangre, menstruación, etc.- y c) de la relación con los muertos que a veces se caracteriza por la mutua añoranza, produciendo tristeza en los vivos, la presencia de los muertos en sus sueños, robos del alma por parte de los difuntos y a veces hasta castigos y acciones negativas. Actualmente, aparecen en las sociedades étnicas diferentes teorías etiologías “naturales”, aunque es muy difícil saber en que medida se trata de concepciones nativas o resultado de las influencias de sociedades occidentales u occidentalizadas o de las antiguas teorías humorales de la India y de la China.

Teniendo en cuenta las consideraciones enunciadas, al proponer una sistematización, prestaremos especial atención a las múltiples etiologías de los taxa que alguna vez fueron biomédicos, que tienen larga trayectoria y amplia dispersión,

señalando los diversos modos en que se presentan estos taxa en distintos contextos socio-culturales.

En esta oportunidad intentamos proponer un conjunto de categorías etiológicas que incluyan conceptualmente las teorías etiológicas de la enfermedad de cualquier sociedad, estamos abiertos a las críticas y a los datos que nos puedan aportar ya que se trata de una labor que enfrenta una casuística prácticamente inagotable, que a veces hasta pareciera desbordar los intentos de clasificación.

Este trabajo es parte de los resultados obtenidos en relación con diversos proyectos de investigación que enfocan las estrategias de complementariedad terapéutica, desarrolladas por individuos de diversos grupos sociales, culturales y étnicos. Los proyectos en cuestión han sido financiados por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la República Argentina y el Instituto Universitario Nacional del Arte. A tales instituciones expresamos nuestro agradecimiento.

La categorización propuesta tiene soporte en una amplia experiencia de campo, que incluye trabajo etnográfico, realizado personalmente a partir de 1972 en varias sociedades indígenas (*Wichi* o Mataco, Pilagá, Toba, Chulupí, Chiriguano y Ayoreo, entre otras) y a partir de 1987 en el área metropolitana, el nordeste, el noroeste argentino y Cuyo entre individuos de sectores populares, algunos mestizos, así como de clases medias y altas, tanto entre población rural como urbana. Parte de la información que exponemos para

ejemplificar las categorías proviene de nuestro trabajo de campo y el resto de la casuística etnográfica provista por otros investigadores. Antes de explicitarla haremos una reseña de las clasificaciones universales más significativas.

#### Propuestas categoriales

Una de las primeras clasificaciones es la de Clements (1932), quien distingue dos modelos etiológicos: de intromisión y extracción. Según el primer modelo, la enfermedad resulta de la incorporación de un elemento extraño en el cuerpo, tal como sucede en el caso de consumo de sustancias venenosas o nocivas, la penetración y/o posesión de seres maléficos, la introducción de la enfermedad como sustancia enviada por shamanes, brujos o deidades. En el segundo esquema explicativo la enfermedad resulta de la pérdida del alma, de energía vital, de sangre, etc. De acuerdo con Foster (1976: 775-776) las teorías etiológicas de la enfermedad no científicas pueden clasificarse en dos grandes categorías: teorías naturalistas y teorías personalistas. Las naturalistas explican la enfermedad a través de condiciones o fuerzas no personales, tales como descompensaciones frías y cálidas, desequilibrio del cuerpo y la influencia del clima. Las teorías naturalistas descansan en la idea de balance corporal, la enfermedad resulta de distintos desequilibrios, tales como los humorales frío / cálido, seco/ húmedo, la influencia del clima, la acción del aire y de los vientos, entre otros factores. Las teorías personalistas explican la enfermedad como parte de los daños y desgracias que el individuo puede sufrir atribuidas a la acción, principalmente intencional, de otros seres

humanos -brujo (*witch*) o hechicero (*sorcerer*)- y deidades. El autor aclara que en estos sistemas existe un claro traslapo entre lo que puede denominarse medicina, religión y magia.

Como ha notado Garro (2000: 3007) en su clasificación Foster deja de lado las causas que Murdock (1980: 17) define como consecuencia automática de algún acto de la víctima mediado por una causa putativa impersonal, antes que por la intervención de un humano o un ser mítico.

Por otra parte, aunque es apriorísticamente claro por qué las teorías personalistas y naturalistas deberían ser mutuamente excluyentes, Foster no ofrece explicación teórica alguna y en los hechos algunos taxa vernáculos caben en las dos categorías, tal como sucede con el mal de ojo que admite causas naturales como la influencia del aire, el viento, el sol y la luna y el contagio que transmiten de los sufrientes de desbalances humorales, pero que también alude a causas que refieren el poder de otras personas e, incluso en algunas sociedades, a los seres míticos (Idoyaga Molina, 2006). Otro ejemplo, es el de los nervios que refiere causas orgánico-naturales como la ingesta alcohólica, causas emocionales -pérdida afectivas, experiencias traumatizantes- y causas sociales -problemas familiares, laborales, discriminación étnica- (Idoyaga Molina, 2002 a; Idoyaga Molina y Luxardo, 2001 y 2004).

Young (1976) propone también dos grandes categorías: teorías que explican la enfermedad por factores internos y teorías que explican la enfermedad por factores externos al organismo. Entre las primeras, ubica las explicaciones psicológicas y las explicaciones que se basan sobre los signos biológicos que marcan

el curso de los episodios mórbidos. La idea es que la enfermedad está como encapsulada en el cuerpo del individuo. El segundo tipo de teoría refiere las explicaciones que dan importancia a aspectos externos a la corporalidad del individuo, de acuerdo con el autor, en este modelo, los agentes de la enfermedad suelen ser humanos o seres antropomorfizados. El autor propone las dos categorías citadas teniendo en cuenta factores estructurales como la complejidad social y el desarrollo tecnológico, lo que le permite afirmar que las teorías internas evolucionaron de teorías externas cuando las sociedades se volvieron más complejas. Los sistemas que explican la enfermedad a través de causas externas focalizan en relaciones cosmológicas y sociales y las teorías etiológicas se ligan a otros dominios de la cultura, como el religioso. En los sistemas que privilegian las causas internas las teorías etiológicas de la enfermedad son más independientes de otros dominios culturales, de acuerdo con Young esto se relaciona con la mayor división del trabajo. En las sociedades en que la división del trabajo es baja no hay especialización, hecho que explica el traslape entre curación y otros dominios culturales como el religioso, moral, legal, etc., (4). En la biomedicina la religión y la magia tienen un bajo poder explicativo, la enfermedad se piensa como un fenómeno aislado, aparte de concepciones religiosas y sociales.

Esta es una verdad a medias, una cosa es el modo en que la biomedicina piensa la enfermedad y otra cosa son los modos en el que los individuos de las sociedades complejas y con desarrollo tecnológico piensan la enfermedad. Desde esta última perspectiva confirmaríamos que se abre

una amplia gama, que involucra numerosas teorías externas, especialmente en relación con la vigencia de las medicinas llamadas alternativas y tradicionales.

Murdock (1980), con soporte en una muestra de 186 sociedades, distingue dos grandes categorías: las teorías etiológicas naturales y las teorías etiológicas supernaturales. Las primeras incluyen las explicaciones que serían aceptadas por la moderna biomedicina mientras las segundas aluden a factores que la medicina occidental no acepta como válidos. Entre las causas naturales distingue cuatro subtipos: infección, estrés, deterioro orgánico y accidente, mientras que propone ocho subtipos de teorías etiológicas supernaturales, las cuales se ordenan en tres clases principales: causas místicas -destino, presagios, contagio y retribución mística-, causas mágicas -brujería y hechicería-, causas animistas -pérdida del alma y agresión de un espíritu.

Entre las causas místicas el destino incluye las teorías que atribuyen la enfermedad a influencias astrológicas, la predestinación o mala suerte, aparecen en el mundo romano y en otras sociedades complejas -turcos, egipcios, vietnamitas. La categoría etiológica de sensaciones/presagios es definida como potentes sueños, visiones, sonidos y otras sensaciones que no sólo portan sino que causan la enfermedad. Se trata de explicaciones poco frecuentes que sólo aparecen en 37 de las sociedades reportadas. El contagio es definido como la enfermedad causada por contacto con objeto, sustancia o persona corrompida. Es lejos la teoría etiológica más difundida entre las causas místicas. Suelen ser entidades corrompidas la sangre, la mujer menstruante, el

cadáver y los intocables -parias o descastados en el mundo Hindú, reyes en Polinesia, etc.-, entre otras. La retribución mística incluye las teorías que explican la enfermedad como resultado de la violación de un tabú o de un mandato moral sin que medie la intervención de una deidad (1980:17-18). Los tabúes comunes tienen que ver con el consumo de alimentos, relaciones sexuales, normas de etiqueta, observancias rituales, uso de palabras prohibidas y traspasar límites de propiedades de otros. Cabe acotar que los ejemplos aportados por Murdock en relación con las dos primeras categorías no incluyen una etnografía que garantice lo adecuado, o no, de su inclusión en la categoría y la necesidad de construir la categoría misma. Por ejemplo las influencias de los astros en los seres vivos y en la salud de las personas era una teoría de la antigua medicina académica occidental (López Piñero y Calero, 1988) y, por ende, aparecía entre los romanos y hoy forma parte de los saberes tradicionales de los sectores populares en muchas sociedades occidentales u occidentalizadas, que debería incluirse entre las causas naturales (Idoyaga Molina, 2002b), mientras que la predestinación forma parte de ciertas concepciones filosóficas y religiosas, que no se entiende como se asocian con las experiencias de los místicos, si es que se asocian. Por otra parte, la segunda categoría parece integrar las cosmovisiones y concepciones religiosas de ciertas sociedades, sin que el autor justifique porque esas creencias deben aislarse del resto formando una categoría singular. Finalmente, tampoco explicita como se relaciona el contagio de entidades corrompidas -que es verificable- con las llamadas experiencias

místicas. En este sentido, las causas místicas no están bien definidas ni justificadas.

Las teorías animísticas atribuyen la enfermedad a “entidades sobrenaturales personificadas”, tales como almas, espectros, espíritus o dioses. Murdock (1980: 19-20) distingue dos tipos de teoría etiológicas: la pérdida del alma y la agresión de un espíritu. Las primeras definen la enfermedad como resultado de la separación del alma de forma voluntaria del cuerpo del individuo por un tiempo prolongado. Esta explicación debe distinguirse de las teorías que tienen soporte en el raptó o la pérdida involuntaria del alma. Es una teoría poco extendida que aparece sólo en 37 sociedades de la muestra y, en la mayoría de los casos no es la teoría dominante o más frecuente. Entre los Tenino -por ejemplo- el alma suele abandonar el cuerpo ante el deceso de un ser querido. La tristeza suele hacer que el alma del viviente siga al difunto al mundo de los espíritus. La agresión de un espíritu es el tipo más común y extendido de las causas súper-naturales, es la causa predominante en 78 sociedades de la muestra, explica la enfermedad como resultado de la acción malevolente de un ser mítico. Deja de lado Murdock así a los desbordes de poder que no implican intención ni daño.

Las causas mágicas incluyen las acciones de envidia, afrentas y maldad de los seres humanos, quienes emplean medios mágicos para dañar a sus víctimas (Murdock, 1980: 21). Entre ellas el autor distingue la hechicería (*sorcery*) de la brujería (*witchcraft*). La hechicería explica la enfermedad como resultado de la acción de un ser humano que utiliza técnicas mágicas, con independencia de que cuente con la ayuda de

un especialista (shamán) o no. Se trata de una técnica extendida ya que aparece como causa principal en 28 sociedades, causa importante en 44, causa menor o rara en 50 e inexistente o con información insuficiente en 17 (1980: 21). Los procedimientos mágicos más frecuentes -de acuerdo con el autor- son augurios o presagios verbales, rezos, maldición, intromisión de un objeto en el cuerpo de la víctima, diversas técnicas de contagio mágico, ritos de magia exuvial sobre el cabello, restos de uñas, excrementos o ropa de la víctima, administración de supuestos venenos con efecto sólo imaginario, técnicas de magia imitativa, manejo de espíritus auxiliares que poseen el cuerpo de la víctima, robo o captura del alma. Mientras que la brujería es la acción voluntaria o no de una persona dotada con especial poder y propensión para lo malo. De acuerdo con Murdock (*ibidem*) es muy común en el mundo Circum-Mediterráneo, la forma más común es la llamada *iettatura* en italiano y *evil eye* (mal de ojo) en inglés (5).

De acuerdo con la muestra de Murdock las teorías más difundidas son: la teoría animística de agresión de un espíritu, la teoría mágica de la hechicería y la teoría mística de la retribución por violación de un tabú (1980:26). En Sudamérica aparece en primer lugar la agresión de un espíritu y es muy común la hechicería, es la región en que más frecuentemente se da el raptó del alma y la agresión de un espíritu. A la vez es extremadamente baja la incidencia de la retribución mística (1980: 52).

Murdock concluye que los antropólogos han prestado poca atención a las causas naturales, en especial mucho más esparcidas que lo

que se hubiera imaginado (1980: 15-16), que es necesario distinguir la brujería de la hechicería y que la primera es prácticamente reductible al mal de ojo y al mundo Circum-Mediterráneo (1980: 379), que la teoría de agresión de un espíritu es más frecuente en el este de Asia y el pacífico insular, mientras que las teorías de hechicería son preponderantes en Norte y Sur América (1980: 42-43). Las teorías de agresión de un espíritu, hechicería, retribución mística y brujería son ampliamente preferidas sobre el resto de las teorías sobrenaturales (1980: 52).

En relación con la distinción entre hechicería y brujería el autor señala que es una distinción necesaria, pues se trata de teorías antitéticas y que, además, ha sido inadvertida incluso por los mismos estudiosos (1980: 64). El autor sostiene que donde una está presente la otra está ausente y es improbable que ambas dependan de los mismos factores. Estas teorías aparecen en sociedades con diferentes niveles de complejidad, la hechicería es propia de culturas más primitivas -el término es del autor- y la brujería de culturas más avanzadas -también calificativo del autor. Las dos teorías tienden a aparecer en regiones diferentes; mientras la brujería se asocia al mundo Circum-Mediterráneo, la hechicería se liga al Nuevo Mundo (1980: 65). Según Murdock, la hechicería es una técnica a la que cualquiera puede acceder y contar con la ayuda de especialistas si desconoce las fórmulas verbales apropiadas o el rito mágico necesario. Las sociedades en que lo sobrenatural está distribuido entre toda la población -como entre los indios de las praderas- proveen un terreno fértil para el desarrollo de teorías de hechicería para explicar la enfermedad.

La brujería, en cambio, refiere a personas de una clase social determinada a las que se considera especialmente dotadas con poder y propensas a lo malo. Estas personas no curan los daños que producen, a diferencia de los shamanes. Su poder es una prerrogativa, no una habilidad adquirida. La brujería se asocia con sociedades estratificadas, con nociones de propiedad y pago del “precio de la novia”. La técnica más importante de la brujería es el mal de ojo -prosigue el autor- que se asocia con sentimientos de envidia. Cuando hay sospechas de brujería, la atención es dirigida a alguna categoría de personas poderosas o privilegiadas, incluyendo quienes son bien nacidos, poseen riqueza y autoridad política. Dado que estas son usualmente personas garantidas, las sospechas tienden a desplazarse a tipos de personas especiales pero impopulares, tales como extranjeros, jorobados, mujeres seniles o individuos de miradas penetrantes. Ante las posibilidades del mal ojo sólo existen técnicas preventivas no terapéuticas (1980: 66-70), (6). Considerando la categorización de Murdock, es claro que la muestra es amplia y la codificación no se limita a una sola dimensión sino que indica existencia, ausencia y niveles de importancia de las 12 teorías propuestas en relación con cada una de las sociedades incluidas. No obstante, las unidades de la muestra no son homogéneas; junto a sociedades indígenas de todos los continentes aparecen eslavos, japoneses, hebreos o vietnamitas por lo que cabe preguntarse si los marcos explicativos de los japoneses o de los vietnamitas son tan uniformes y compartidos como los de los Mapuche, los Ojibwa o los Ona. Creemos que no se trata de las mismas unidades socia-

les, sino que se mezclan sociedades indígenas, sociedades históricas y sociedades complejas y multiétnicas de países contemporáneos, como Japón o Vietnam.

Esta propuesta ha sido objeto de diversos cuestionamientos, por ejemplo en relación con los Ojibwa, Murdock señala tres causas supernaturales -retribución mística, agresión de un espíritu y hechicería-, al respecto Hallowell (1992:63) ha notado que la distinción natural /supernatural no es hecha por los Ojibwa y que la imposición de tal esquema distorsiona su visión del mundo y hace imposible entender su conducta en relación con el ambiente. Según nuestra propia experiencia lo mismo podría afirmarse respecto de los Pilagá, los Toba, los Mataco y otros grupos indígenas del Gran Chaco (Idoyaga Molina, 1999 a). En rigor, deben ser pocas las sociedades en que se puede aplicar tal distinción sin violentar la visión nativa ya que esta oposición supone la idea de naturaleza, concepto teórico construido por la filosofía y la ciencia occidental en el siglo XVII, para indicar que el orden cósmico era reducible a un conjunto de leyes -naturales- cognoscibles y pasibles de enunciar. En este sentido, lo supernatural es aquello que violenta el orden legal de la naturaleza, se trata de una idea útil y aceptable para las religiones occidentales, cuyas teologías tuvieron que aceptar la legalidad del mundo natural y su concomitante concepto de naturaleza y forjaron, así, la noción de milagro, pero no es útil, sino distorsionante de las concepciones nativas, donde no existe tal concepto de naturaleza.

En consonancia con lo expuesto, refiriéndose a los conceptos teóricos propuestos por Murdock,

Garro notó que el autor proyecta sobre otras culturas premisas ontológicas y abstracciones categoriales derivadas del pensamiento occidental, tales como supernatural, natural, animístico y místico (2000: 331). La misma autora, en lo que hace a la distinción entre lo natural de lo supernatural en función de lo que la biomedicina pueda aceptar como válido o no, señala que: “*These descriptions clearly bear the imprint of outside observer and an underlying ethnocentric assumption that model medical science sets the standard by which other theories are assessed*” (2002: 306). Por otra parte, lo que la biomedicina acepta como una práctica ortodoxa es además altamente variable, con el paso del tiempo, por ejemplo, los biomédicos han aceptado técnicas de la acupuntura, la relajación y otras medicinas alternativas; las teorías etiológicas biomédicas también son dinámicas y sufren sucesivas refiguraciones y cambios (Idoyaga Molina y Luxardo, 2004).

En relación con los marcos explicativos de los nativos de Pichátaro (México) y de los indígenas Anishinaabe (Canadá), Garro señala que en muchos casos no caben en las categorías propuestas por Murdock. Así sucede en México en el caso del mal de ojo, ocasionado por fuertes emociones y desbalances orgánicos explicados en términos de fríos y cálidos (2000: 314, 315, 317) y entre los Anishinaabe las categorías de Murdock no dan cuenta de nociones como exposición ambiental, problemas familiares y diversas fuentes de desequilibrio corporal, tampoco dan cuenta del concepto de *ondjine* (7), de las teorías etiológicas sociales como “enfermedad de los blancos”, de la relación que

establece el indígena con los seres míticos, los valores, las conductas que transgreden el orden y el padecimiento de una dolencia, ya que el mal no implica el castigo de las deidades, ni supone su enojo y retribución (2000:327, 328, 329, 330). Tampoco las categorías de Murdock permiten incluir la idea de que la enfermedad pueden producirla los muertos que desean unirse a sus amados familiares vivientes, aunque para incluirla en el esquema podría ampliarse y redesignarse la categoría que el autor denomina “pérdida del alma” (2000: 330). Asimismo, la enfermedad conocida como susto -originada en una experiencia de pánico que suele provocar la involuntaria separación del alma y el cuerpo- muy extendida en América Latina tampoco puede incluirse en las categorías murdockianas (Garro, 2000: 332). La autora indica además que la categoría de contagio muy extendida en Norte América -de acuerdo con Murdock contacto con objetos, personas o sustancias contaminantes-, ejemplificada por ejemplo en la sangre menstrual y las mujeres menstruantes merece una nota al pie y puede pensarse en el análisis cross-cultural como una teoría basada sobre una conducta inapropiada respecto de las fuentes del poder (Garro, 2000: 330).

En el sentido apuntado por Garro respecto de las actitudes de los seres míticos, tampoco caben en el esquema de Murdock teorías etiológicas de la enfermedad de indígenas del Gran Chaco, tales como la explicación de los Mataco o *Wichí* sobre el rapto inintencional del alma que puede realizar el Lucero o Venus, una bella mujer en la mitología aborígen, cuando el indígena queda extasiado observando a la Mujer-estrella, la que

resulta de un desborde involuntario del poder de la deidad, pero en modo alguno una acción punitiva. Entre los Pilagá del Chaco Central existen ideas similares a las de los Anishinaabe respecto del papel de los muertos en la etiología de la enfermedad. En efecto, estos extrañan a los vivos y pueden llevarse el alma/ sombra del viviente, causando su enfermedad y su deceso (Idoyaga Molina, 1983).

Tampoco puede incluirse en el esquema de Murdock muchas de los marcos explicativos que dan cuenta de los nervios, un mal extendido en América Latina pero que también aparece en Estados Unidos, Canadá y Europa. De acuerdo con las teorías etiológicas en muchos casos los nervios se deben a conflictos sociales de carácter micro incluso de carácter macro social y político, mientras que otras veces se explican por experiencias meramente emocionales (Guarnaccia y Farías, 1988; Idoyaga Molina y Luxardo, 2004). Como mostramos en otras ocasiones (Idoyaga Molina, 2006, 2008 y en prensa), la caracterización del mal ojo realizada por Murdock no da cuenta de toda la casuística, pareciera que se seleccionaron y privilegiaron ciertos atributos en desmedro de otros. Básicamente, el mal de ojo tanto en el viejo como en el nuevo continente -aunque con variantes- refiere los daños que produce la mirada, el pensamiento, la envidia, los halagos, la admiración y, en algunos casos, el contacto y la respiración con personas que se supone poseen mayor fuerza, energía o poder a otros seres más débiles.

Sintéticamente, es causa de enfermedad y, en muchos casos, también el nombre de la enfermedad. El efecto de la mirada y la asociación

a sentimientos negativos como la envidia son características repetidas una y otra vez (Ambrosetti, 1917; Appel, 1976; Bianchetti, 1995 y 96; Brandi, 2002; Campagne, 1996; Castelli, 1996; Dinisopoulos- Mass, 1976; Disderi, 2001 a; Dundes, 1992; Estrella, 1996; Foster, 1972; Galt, 1982; García, 1984; Garro, 2000; Guío Cerezo, 1996; Gómez García, 1996; González de Fauve, 1996; Guggino, 1996; Idoyaga Molina, 1999 b y c, 2000 a y b, 2002 b y c; Jiménez de Puparelli, 1984; Kearney, 1976; Lagarriga, 1999; Lindquist, 2001; López Austin, 1984; Maloney, 1976 a; Moss y Cappannari, 1976; Palma, 1978; Pérez de Nucci, 1989; Ratier, 1972, Spooner, 1976; Stein, 1976; Swiderski, 1976; Teitelbaum, 1976; Zolla et al. 1992). Puede ser intencional o no, cuando es voluntario resulta de la envidia, los celos y otros sentimientos y deseos negativos. Cuando no es intencional aparecen dos variantes, causan el mal de ojo: por un lado, expresiones de afecto y cariño, la añoranza de seres queridos y el anhelo de conectarse con alguien -Argentina (Castelli, 1995; Idoyaga Molina, 1999 b, 2000 a y 2002 b), España (Gómez García, 1996), Cercano Oriente (Spooner, 1976 a) área del Mediterráneo (Moss y Cappannari, 1976), Nepal, Tibet e India (Maloney, 1976 b )- y, por otro, los desbordes de energía o poder negativo de los individuos que tienen la capacidad de hacer mal de ojo -Argentina, (Brandi, 2002; Disderi, 2001 a; García, 1984; Idoyaga Molina, 1999 b, 2000<sup>a</sup>, Idoyaga Molina y Real Rodríguez, 2110), Italia (Galt, 1982), México, (Kearney, 1976)- (8). Menos frecuentemente se ha señalado que el mal de ojo es resultado de una acción de brujería (Caro Baroja, 1961: 290; Mariño Ferro, 1996), sugerencias

o invasión del Diablo (Castelli, 1995; Aguirre Baztán, 1996) o un espíritu (Mariño Ferro, 1996), posesión o fuerzas que actúan sobre el individuo (Appel, 1976; Reminick, 1976; y Teitelbaum, 1976) y, finalmente, resultado de causas naturales (Cosminsky, 1976; Estrella, 1977 y 1996; Hurtado, 1968; Palma, 1978, Sturzenegger, 1999, Idoyaga Molina y Real Rodríguez, 2010), que aluden a refigurados conceptos de la medicina humoral (Idoyaga Molina, 2006).

Son objeto del mal de ojo las personas, a quienes pueden sumarse los animales, los vegetales (Dionisopoulos Mass, 1976; Disderi, 2001; Idoyaga Molina, 1999 b y 2002 b; Jiménez de Puparelli, 1984; Maloney, 1976 b; Teitelbaum, 1976) y también los objetos y otras posesiones (Cosminsky, 1976; Dionisopoulos Mass, 1976; Dundes, 1992; Idoyaga Molina y Real Rodríguez, 2010; Maloney, 1976 b; Aragón, 1425; Roberts, 1976). En lo que hace a las personas se suele considerar más vulnerables a mujeres y niños o personas de menor energía -los infantes son siempre de menor energía- (Cosminsky, 1976; Disderi, 2001 a; García, 1984; Idoyaga Molina, 1999 b y 2000a; Jiménez de Puparelli, 1984; Kearney, 1976; Lagarriga, 1999; Pérez de Nucci, 1989; Spooner, 1976 b; Teitelbaum, 1976). Existen numerosos mecanismos de prevención como fórmulas de palabra, talismanes, dijes, gestos, colores, metales y otros. Sobre quienes son más proclives a causar mal de ojo suele sostenerse que los individuos de los sectores sociales más bajos -Etiopía (Reminick, 1976)-, principalmente extraños -México (Kearney, 1976), Grecia (Herzfeld, 1981), Árabes (Sponer, 1976) y Ecuador (Estrella, 1996), Guatemala (Cosminsky, 1976)-,

deformes -Árabes (Spooner, 1976)- gente marginal pero no parientes de la víctima -Túnez (Teitelbaum, 1976), -principalmente parientes -Irán (Spooner, 1976a)-, principalmente mujeres o mujeres menstruantes -España bajo-medieval y moderna (González de Fauve, 1996), Argentina (Jiménez de Puparelli, 1984; Pérez de Nucci, 1989), Guatemala (Cosminsky, 1976)- personas en estado caliente y con otros desbalances humorales o con fuerza cálida -Guatemala (Cosminsky, 1976), México (Kearney, 1976), Ecuador (Estrella, 1996)- cualquiera: parientes, vecinos, extraños -Argentina (Bianchetti, 1996; Disderi, 2001 a, García, 1984; Idoyaga Molina, 1999 b, 2000a y 2002b, Pérez de Nucci, 1989; Ratier, 1972 ), México (Kearney, 1976), España (Gómez García, 1996), India (Maloney, 1976), Grecia (Dionisopoulos-Mass, 1976), área del Mediterráneo (Moss y Cappannari, 1976)- personas de ojos claros (azules o verdes) -área del mediterráneo (Moss y Cappannari, 1976), Grecia (Herzfeld, 1981), Irán y Árabes (Spooner, 1976)- incluso los animales pueden ojear -Argentina (Ambrosetti, 1917), Guatemala (Cosminsky, 1976), India (Maloney, 1976 b), Italia (Galt, 1982), Guatemala (Cosminsky, 1976), Ecuador (Estrella, 1996), España (Mariño Ferro, 1986) y Medio Oriente (Spooner, 1976 b). En la India, el cercano oriente, el antiguo Egipto y en España además causan mal de ojo las deidades (Maloney, 1976a; Moss y Cappannari, 1976; Aragón, 1425; Mariño Ferro, 1996). Finalmente, también los objetos, cuya forma recuerda a los ojos, pueden ojear en la India (Maloney, 1976 b) y recientemente en la Argentina, donde a las explicaciones naturales se suma el poder emanado por los rayos

del televisor (Arteaga, 2011: 144). Lo dicho no quiere decir que en un grupo cultural no haya más de una explicación para hechos particulares. Así por ejemplo, en la Provincia de Entre Ríos (Argentina), los ojeadores son principalmente -pero no sólo- mujeres menstruantes, en rigor puede ser cualquiera (Jiménez de Puparelli, 1984), en Ecuador no sólo los extraños, sino también los viajeros y las personas con desbalances humorales (Estrella, 1996) y así sucesivamente.

En algunas sociedades el ojeador es objeto de censura social -Grecia (Herzfeld, 1981), Ecuador (Estrella, 1996; Hess, 1994). Las técnicas terapéuticas más frecuentes son el uso de agua y aceite (9) y la cura a través de ensalmos, conocida como cura de palabra (Appel, 1976; Brandi, 2002; Disderi, 2001 a; Galt, 1982; González de Fauve, 1996; Gómez García, 1996, Guggino, 1996; Idoyaga Molina, 2001a; Idoyaga Molina y Sacristán Romero, 2008; Jiménez de Puparelli, 1984; Moss y Cappannari, 1976; Pérez de Nucci, 1989; Ratier, 1972, entre otros). Fórmulas recitadas y rezos también se usan en el cercano oriente, el norte de África, India y América Latina (Kearney, 1976; Maloney, 1976 b; Reminick, 1976; Spooner, 1976 b; Teitelbaum). Suelen además recomendarse remedios, en su mayoría preparados sobre la base de hierbas (Aragón, 1425; Cosminsky, 1976; González de Fuave, 1996; Gómez García, 1996; Garro, 2000; Gubler, 1996; Guggino, 1996; Idoyaga Molina, 1999b, 2000a, 2006, Kearney, 1976; Swiderski, 1976). El ojeador puede también participar de la cura (Galt, 1982; Kearney, 1976) o su ropa puede utilizarse terapéuticamente en Medio Oriente (Spooner, 1976 b) y Argentina (Sturzenegger,

1999).

Finalmente, la definición del mal de ojo como brujería no toma en cuenta distinciones que hacen los actores sociales ya que se suele hablar de brujería y mal de ojo como dos males etiológicamente diferentes en España, Italia, Grecia, Marruecos y América Latina (Appel, 1976; Bianchetti, 1996; Dionosopoulos-Mass, 1976; Disderi, 2001 a; Guío Cerezo, 1996; Gómez García, 1996; Garro, 2000; Gubler, 1996; Guggino, 1996; Idoyaga Molina, 1999a, 2002b, Lagarriga, 1999; Palma, 1978; Pérez de Nucci, 1989; Ruz, 1992; Ziou Ziou, 1996; Zolla et al., 1992). De acuerdo con Dionisopoulos- Mass (1976), en Grecia la noción de mal de ojo incluye -respetando las definiciones de Murdock- tanto casos de brujería como de hechicería.

En lo que hace a la cura no coincidimos con Murdock porque el mal de ojo tiene terapias -incluso específicas- y, por ende, su tratamiento no se limita e técnicas preventivas y, contrariamente a lo que afirma el autor, hasta el ojeador puede participar de la terapia. No sólo se liga a la envidia sino también a sentimientos de cariño, puede ser intencional o no, además cualquiera puede ser el ojeador, no necesariamente personas de estatus especial.

La idea de Murdock acerca de que la hechicería no se traslapa con la brujería en el área Circum-Mediterránea debería revisarse ya que los curanderos o sanadores tradicionales en la actualidad -al igual que los shamanes descritos por Murdock- suelen ser ambivalentes capaces de concretar daños, así como de ejecutar la terapia y otras actividades de valor positivo (Gómez García, 1996: 230; Guggino, 1996: 148; Guío

Cerezo, 1991: 75 y ss y 1996: 408-9). En Grecia incluso los sacerdotes ortodoxos -que cumplen un rol importante en el tratamiento de diversas enfermedades- pueden ser definidos y sospechados de brujería (Dionisopoulos-Mass, 1976: 54-55). Fuera del área en cuestión, lo mismo sucede en relación con las prácticas de estos sanadores en Argentina y en otros países de América Latina (Álvarez Heydenreich, 1992; Bianchetti, 1996; Colatarci, 1999; García, 1984; Garro, 2000; Gubler, 1996; Idoyaga Molina, 1999 b y 2000a; Pérez de Nucci, 1989; Sturzenegger, 1984; Viotti, 2003), donde coexisten con brujos de raigambre europea.

En relación con las prácticas de brujería en Europa, que Murdock da por desaparecidas, refiriéndose a España, Gómez García escribe: "Brujos y brujas no han desaparecido del todo...", se trata de especialistas particulares que usan poderes mágicos para hacer daño, causando infortunio, enfermedad o muerte (1996: 223). En un sentido similar, Lisón Tolosana (1996: 385) afirma que la enfermedad puede originarse en la posesión de los demonios y a partir de la perversa intención de una bruja. Mariño Ferro señala que "...al Diablo y a las brujas se atribuyen las enfermedades sobrenaturales." (1996: 422). La existencia de la creencia popular en brujas como causa de enfermedad es también reseñada por otros autores (Barriola, 1979; Guillamet, 1976; Puigdégolas, 1978). Cabe acotar además que -en contextos de descendientes de europeos- en la Argentina son vigentes las creencias en brujos y brujas. Se trata de seres que sólo hacen daño, tienen poder y son expresión del ámbito de lo demoníaco. Su accionar negativo puede

manifestarse tanto en el padecimiento de diversas dolencias como en infortunios económicos, laborales, amorosos, entre otras calamidades y desgracias (Amaya, 1996; Bianchetti, 1995; Disderi, 2004; Idoyaga Molina, 1999 c, 2002 b; Krause, 2000; Palma, 1978: 259; Viotti, 2002 a; Ziegeler y Amaya, 1989). También se habla de brujos en otros países de América Latina, de acuerdo con Lagarriga, en México, la imagen de la bruja actual combina variantes que existieron en el pensamiento prehispánico y el español (1999: 169).

Finalmente, si nos atenemos a la definición de brujería de Murdock, no queda claro si quedan afuera (o no) las brujas europeas, reportadas por los trabajos de numerosos historiadores (Caro Baroja, 1961; Eliade, 1977; Ginzburg, 1986; Macfarlane, 1970; Murray, 1972; Parrinder, 1965; Thomas, 1991, entre muchos otros). En efecto, si bien son personas de un estatus especial, propensas al mal y no ejecutan ninguna clase de terapia, a la condición de bruja se llega a través del aprendizaje de técnicas y la adquisición de poder por transmisión de otra bruja (que entrega un objeto determinado o que toca a la persona cuando esta al borde de la muerte), por pactos y/o relaciones con seres demoníacos y/o deidades no cristinas (por ejemplo Diana) y, hoy en día, también a través de la lectura de libros sobre el tema -a veces bajo la dirección de un especialista- y dando tres vueltas a una iglesia, (Caro Baroja, 1961: 286; Idoyaga Molina, 1999 d y 2002b; Lisón Tolosana, 1996: 385). En fin, creemos que la definición de brujería del autor prioriza de forma excluyente ciertas creencias y prácticas relacionadas con el mal de ojo, como

la capacidad de hacer daño más allá de la propia intención, como resultado de un poder o una carga de energía innatos y que tiende a permitir la identificación y descalificación del ojeador.

Por otra parte, habría que revisar con una detallada heurística la idea de que en Sudamérica sólo existe la hechicería. Entre los Pilagá, los Toba y los Mocoví del Gran Chaco los indígenas reconocen un estatus denominado *konoGanaGá-yk* (y *konaGanaGáe* femenino), que es diferenciado de los shamanes o *pi'yoGonáq* (*pi'yoGoná* femenino). Estos personajes, dotados de poder por las deidades, sólo realizan acciones dañinas contra otros hombres, su estatus es secreto y en tiempos pasados eran incinerados (Idoyaga Molina, 1978-79). Entre los Mapuche además de las *machi* o shamanes existen los *kalkú* o brujos, individuos dotados de poder que sólo lo emplean en forma maléfica (Bacigalupo, 1996), lo mismo puede decirse en relación con los Chiriguano del Gran Chaco, entre quienes existen los estatutos de *ipáye* (shamán) e *imbaykwá* (brujo) (Idoyaga Molina, 1978). Entre los Mashco de la Amazonía peruana aparece la condición de *tshinwembáe* o bruja, jóvenes mujeres a las que se acusa de haberse asociado con seres demoníacos (*tóto*) y concentrarse en acciones dañinas que traen enfermedad y muerte, antiguamente eran torturadas y quemadas (Califano, 1978; Califano e Idoyaga Molina, 1983). Entre los Chimane de la Amazonía boliviana existe el estatus de *farataksí*, nuevamente un ser dotado de poder que sólo lo utiliza para agredir, causando diversas calamidades entre ellas la enfermedad (10). Lagarriga hablando de los indígenas de México, señala que entre los brujos se destacan los llamados

naguales, quienes se transforman en animales para agredir sus víctimas. Asimismo, según la autora, en muchos grupos aborígenes existen brujas que se convierten en gatos o guajolotes y chupan la sangre de los recién nacidos que aún no han sido bautizados (1999: 169).

Volviendo a los sistemas clasificatorios de las teorías etiológicas de la enfermedad, respecto de los autores latinoamericanos, cabe señalar que no han propuesto categorías teóricas con soporte en una heurística ecuménica sino casuísticas limitadas a ciertas regiones o áreas (Aguirre Beltrán, 1963; Palma, 1978). Usualmente, estas clasificaciones, no dan cuenta de la perspectiva de los actores sociales involucrados sino que suelen introducir conceptos completamente ajenos y hasta de poca utilidad para comprender o interpretar las nociones y prácticas de los actores involucrados.

De acuerdo con la propuesta de Aguirre Beltrán, las teorías etiológicas pueden clasificarse en dos grandes categorías: enfermedades naturales y enfermedades preternaturales, utilizando la terminología propia de la biomedicina del siglo XVI (ver López Piñeiro y Calero, 1988). Entre las primeras distingue causas empíricas y causas psicológicas (11), (Aguirre Beltrán, 1963). Las nociones propuestas nos resultan proyección de categorías y conceptos de la ciencia y el pensamiento occidental a realidades diferentes y que, consecuentemente, son distorsionadas a través de nociones como empírico, psicológico, natural y preternatural; nociones que nada tienen que ver con las concepciones de los nativos. Desde la perspectiva de los actores es tan “empírica” la pérdida del alma que resulta de una experiencia

de pánico como la quebradura del brazo que resulta de una caída. En el mismo sentido, el origen del enojo no es un problema “psicológico” sino resultado de una problemática interacción social, incluso resultado del estiramiento o estrechamiento de los nervios “biológicamente” hablando (Idoyaga Molina, 2002 a; Idoyaga Molina y Luxardo, 2001 y 2004).

Palma plantea la dicotomía etiologías místicas y etiologías no místicas o naturales para clasificar los males tradicionales del noroeste argentino. Las primeras incluyen el mal aire o brujería, mal deseo o mala palabra o mala boca, susto, enfermedad de la tierra, agarrar la tierra y violación de tabúes, entre las segundas reconoce a la enfermedad de la matriz, mala fuerza, mal de ojo, empacho, tabardillo, neumonía o costado, dolor de muelas, golpe de aires (1978: 87-89).

Las teorías y marcos explicativos nativos hoy en día, en más o en menos, están influenciados por conceptos y prácticas de la biomedicina, las psicoterapias y de las medicinas alternativas en virtud de que las poblaciones indígenas suelen ser minorías en contextos sociales más amplios de sociedades nacionales y ser objeto de programas de salud de instituciones mundiales, continentales y nacionales (Campos Navarro, 1992; Good, 1987; Garro, 2000; Idoyaga Molina, 2002a; Kalinsky y Arrúe, 1996). Lo que se hace evidente en el contacto y la presencia de biomédicos y otros profesionales de la salud, la enseñanza en las escuelas y en unidades de salud, también influyen los medios de comunicación masivos y los materiales impresos con fines educativos.

Otros autores (por ejemplo, Bianchetti, 1996;

Pérez de Nucci, 1989) suelen proponer tres categorías: naturales, mágicas y sobre naturales. La diferenciación entre causas mágicas y sobrenaturales se basa sobre la intención de distinguir si el daño lo produjo otro ser humano -causas mágicas- o los seres míticos -causas sobrenaturales.

### ***Teorías etiológicas de la enfermedad y marcos explicativos locales***

En nuestra exposición distinguiremos teorías que explican la enfermedad por: a) causas o desequilibrios orgánicas, otros desbalances y factores fortuitos, b) causas o desequilibrios emocionales, c) causas o desequilibrios sociales, d) causas o desequilibrios originados por otras personas, e) causas por desequilibrios entre las entidades que conforman la persona, f) causas o desequilibrios ambientales, g) causas o desequilibrios por contagio de entidades corrompidas y g) causas o desequilibrios mítico-religioso-rituales.

### ***Causas orgánicas, otros desbalances y factores fortuitos***

Hemos evitado por las razones expuestas más arriba plantear una categoría de causas naturales. Es por que ello que hablamos de desequilibrios orgánicos, otros desbalances y factores fortuitos para referir una amplia y diferente gama de posibilidades de marcos explicativos de la enfermedad. Aquí incluimos causas estrictamente orgánicas y otras que como veremos aluden a la influencia del clima, las dietas, los accidentes, la intromisión de gérmenes extraños, los efectos colaterales del consumo de remedios y otras. Se trata de una categoría abierta a la que se pueden

sumar nuevas posibilidades como resultado del enriquecimiento etnográfico.

Ilustran los desbalances orgánicos las ideas heredadas de la medicina humoral, ampliamente difundidas en América Latina entre descendientes de europeos -al menos en la Argentina-, mestizos e incluso grupos indígenas, que por lo general tienen 500 años de contacto con los blancos.

Las ideas de raigambre humoral se originan tanto en la medicina humoral occidental o greco-romana-árabe como en las hindú y china. La medicina humoral occidental se extendió además de Europa, en Ibero-América y el norte de África (Foster, 1994; Idoyaga Molina, 1999/2000), la Hindú y la China se han extendido especialmente en el continente asiático y en las islas del Pacífico (Foster, 1994).

La raigambre humoral se advierte en los sistemas que clasifican las enfermedades y los remedios en cálidos y fríos (Bianchetti, 1996; Cosmisky, 1976; Foster, 1994; Idoyaga Molina, 1999/2000), por supuesto se trata de nociones ampliamente refiguradas que en muchos casos han perdido el carácter natural que tenían los marcos explicativos originales (Foster, 1994; Idoyaga Molina, 1999/2000). En efecto, por ejemplo, en América Latina se califican en términos de cálidos y fríos rezos como el Credo y el Padre Nuestro y males como la brujería y el mal de ojo (12).

En la teoría humoral la salud implica el balance de los humores corporales. En la tradición occidental tales humores son: la sangre, las flemas, la bilis amarilla y la bilis negra. En cada persona prevalece uno de estos, dando así origen

a cuatro tipos de complejión o temperamento: sanguíneo -si predomina la sangre-, flemático -si predominan las flemas-, colérico -si prevalece la bilis amarilla- y melancólico -si prevalece la bilis negra.

En América Latina los desbalances de raigambre humoral (13) pueden producirse por factores orgánicos que hacen al buen funcionamiento de los órganos, siendo los más importantes el riñón, el corazón y el hígado. La alimentación inadecuada es un factor primordial; puede explicarse como resultado del consumo de alimentos fríos o cálidos, el exceso y la falta de comida o la mala combinación de alimentos, que suelen producir problemas digestivos, empacho, diarrea, presión arterial, entre otros males. Incluyen también factores climáticos como la exposición al frío o al calor, a los vientos, los cambios de temperatura o conductas descuidadas -acostarse sobre baldosas frías y luego salir a un ámbito cálido, dormir con la cabeza mojada, exponerse al sol y padecer sofocones, etc.- que producen tos, gripe, neumonía, pulmonía, bronquitis, anginas, problemas respiratorios, disentería, reuma, artritis, fiebre, insolación, resfrío, aires, dolores y problemas de vientre, estomacales, hepáticos y renales, dolores de cabeza y migrañas, entre muchos otros. También se considera nocivo el corte del proceso digestivo, por ejemplo, a través de la inmersión prolongada en el agua inmediatamente después de haber comido. Estas teorías han sido mencionadas por diversos autores desde México a la Argentina (Bianchetti, 1996; Cosmisky, 1976; Estrella, 1996; Foster, 1994; Campos Navarro, 1992; García, 1984; Garro, 2000; Idoyaga Molina, 1999 b y c, 2000<sup>a</sup> y b, 2002 a y

b; Jiménez de Puparelli, 1984; Kearney, 1976; Palma, 1978; Pérez de Nucci, 1989; Valdizán y Maldonado, 1922; Zolla et al. 1992). El mal ojo incluso puede deberse a un aire, sin que sea necesaria ninguna otra explicación, por está razón en primer lugar Palma (1978), refiriéndose a la Puna Argentina incluye a este mal entre las explicaciones etiológicas naturales y, posteriormente, nosotros mismos hablamos de causas naturales heredadas de la medicina humoral Europea, que explican el mal de ojo como resultado de la acción de aires y vientos fríos y cálidos, del sol y de la luna o de individuos y animales que sufren de desbalances humorales no solo en la Puna sino también en todas las regiones de Argentina colonizadas durante el siglo XVI (Idoyaga Molina y Real Rodríguez, 2010). Comidas y bebidas inapropiadas son también mencionadas en España (Gómez García, 1996: 220).

No conectados con ideas humorales, el frío, el calor, los cambios de temperatura y los vientos son mencionados por otros grupos como los Anishinaabe de Canadá (Garro, 2000), los Ayo-reo (Bormida y Califano, 1978) y los Pilagá del Gran Chaco (Idoyaga Molina, 1989). Entre los Jívaros se cree que alimentos como la chicha de mandioca, la caña de azúcar y los frutos cultivados contagian el paludismo, el sarampión, la varicela, la tos ferina y la gripe (Descola, 2005: 239)

El envejecimiento y el deterioro físico son mencionados en diversas sociedades (Murdock, 1980), bajo la idea de células que se ponen malas entre los sectores populares en España (Gómez García, 1996: 222). Entre sectores populares de Argentina, de otros países de América Latina y de

España golpes y esfuerzos físicos y hechos fortuitos producen diversas dolencias como dolores musculares, luxaciones, quebraduras, abertura de carnes (desgarros) o ponen al individuo en riesgo de enfermedad (Garro, 2000; Idoyaga Molina, 1999 b y c 2000 a y b; Palma, 1978; Rodríguez Becerra, 1996: 532).

Entre los Anishinaabe, los moretones, torceduras, luxaciones, cortaduras, heridas, dolor de muelas, quemaduras y quebraduras de huesos no exigen explicaciones adicionales (Garro, 2000: 321). En Pichátaro (México) la mollera caída, mal común en los niños suele atribuirse a caídas (Garro: 2000: 315). Bajo el rótulo de accidentes Murdock (1980: 11-15) menciona teorías explicativas de la enfermedad que aluden a picaduras, mordidas de animales e insectos, golpes y quebraduras en 17 sociedades de su muestra.

La idea del contagio a través del aire, una noción de la medicina académica de importancia en la baja edad media y la moderna, aparece también en nuestro país, en México y otras sociedades de América Latina (Alfonso, 2002; Amaya, 1996; Idoyaga Molina, 1999 b y c, 2000 a y b, Kearney, 1996). Por otra parte, ideas de contagio con énfasis en la teoría de los gérmenes -aunque no exclusivamente- son reportadas en 11 sociedades de la muestra de Murdock (1980: 11-15). De acuerdo con Garro en Pichátaro los microbios son equiparados con la suciedad y se piensa que pueden causar problemas estomacales (2000: 314). La misma autora en relación con los Anishinaabe señala que, en consonancia con los modelos de enfermedad de la sociedad blanca dominante, los indígenas suelen atribuir resfríos, gripe y tuberculosis a insectos, gérmenes o virus

(2000: 322).

Los efectos secundarios de los remedios de laboratorio suelen ser reinterpretados como el origen de diversas enfermedades, ante la falta de un concepto de efectos colaterales, tanto entre sectores populares de Argentina como en Irán (Good, 1997; Idoyaga Molina 1997 a).

El taxón vernáculo -de origen biomédico- conocido como nervios (14) es atribuido a exceso de pensamientos y de estudio, al alcoholismo, a bebidas y comidas inadecuadas, a que los nervios se han inflamado, estirado, contracturado, consumido, crispado, elastizado y desacomodado. Estas nociones aparecen en Argentina (Bianchetti, 1996; Idoyaga Molina, 2002<sup>a</sup>; Martínez y Planchuelo, 2003), Newfoundland -Canadá- (Davis y Whitten, 1988), Kentucky, Estados Unidos- (Arny, 1955), Costa Rica (Barlett y Low, 1980) y entre migrantes mexicanos a Estados Unidos (Idoyaga Molina y Luxardo, 2001 y 2004, Jenkins, 1988).

También, sin duda por influencia de la teoría biomédica, se suele señalar el carácter hereditario que pueden tener algunas enfermedades (Barlett y Low, 1980; Davis y Whiten, 1988; Garro, 2000: 322; Rodríguez Becerra, 1996: 532).

La enfermedad es también atribuible a la mala suerte, sin que medie una segunda explicación que haga referencia a brujería, envidia, intervención de deidades u otros hechos (Idoyaga Molina, 2002 b; Rodríguez Becerra, 1996: 532). Factores fortuitos como la salida de un diente e incluso un niño puede llorar porque “nació de esa manera” (Garro, 2000: 327).

En síntesis, las causas invocadas aluden

a los efectos negativos de comidas y bebidas, desbalances térmicos producidos por exceso de calor o de frío o por cambios bruscos de temperatura en el interior del cuerpo, el corte del proceso digestivo por inmersión en el agua, esfuerzos físicos y caídas, deterioro del cuerpo, ambiente contaminante, contagio por medio del aire, intromisión de elementos extraños como suciedad y micro-organismos (gérmenes y virus), herencia, hechos fortuitos, mala suerte y descuidos inclusive vicisitudes de la interacción social que irritan los nervios y pueden tener consecuencias (15). A veces la falta de consideración de las observancias respecto a la alimentación, el trabajo o la exposición al ambiente no conduce directamente a la enfermedad sino que pone al individuo en situación de riesgo (Foster, 1994:33-35).

### *Causas emocionales*

La enfermedad suele atribuirse a la experiencia de emociones fuertes, las vivencias de pánico, repentinas las agresiones y los sentimientos de enojo y aflicción. Hablamos intencionalmente de causas emocionales y no psíquicas, psicológicas o trastornos mentales, ya que la división y oposición psique-soma es una construcción conceptual occidental, con su propia dinámica histórica y, por consiguiente, su aplicación proyecta sobre otras culturas y/o saberes populares concepciones y abstracciones que impiden la descripción y comprensión de las teorías etiológicas concretas producidas por otros sociales y culturales. En relación con el tema, señalan Rubel et. al. (1992: 108) que la “psicologización” de la enfermedad popular ha aumentado las dificultades de separar el proceso psicológico propiamente dicho, de la

respuesta cultural a dicho proceso. En el mismo sentido, nota Klein (1978: 26) que la presentación de dificultades emocionales es aún más estilizada que la presentación de un problema orgánico, por lo tanto la tarea de crear una evidencia intercultural acerca de las condiciones psicológicas de la enfermedad se ha dificultado más aún a partir de la interpretación de los taxa vernáculos en términos psicológicos.

El modo en que las emociones afectan la salud se advierte con claridad en el taxón tradicional conocido como susto. El susto es también denominado espanto, pasmo, tripa ida, pérdida del alma (APA, 1995: 864). Se trata de un mal muy extendido en América Latina -incluido Brasil- estudiado también entre migrantes a Estados Unidos (Adams y Rubel, 1967; APA, 1995; Bianchetti, 1996; Bolton, 1981; Chiappe Costa, 1979; Clark, 1959; Disderi, 2001b; Duarte, 1996; Gillin, 1945; Idoyaga Molina, 1999 b, 2000 a y b; 2002 a y b; Idoyaga Molina y Korman, 2002; Lagarriga, 1999; León, 1963; Logan; 1979, Luppó, 2003; Martínez y Martín, 1966; Mull y Mull, 1981; O'neall y Selby, 1968; Pagés Larraza, 1967; Palma, 1978; Pérez de Nucci, 1989; Rubel 1960, 1964; Rubel et al, 1984; Sal y Rosas, 1958; Saunders, 1954; Seijas, 1972, Valdizán y Maldonado, 1922; Vogt, 1969), presente en España (Rivert, 1996) e Italia (De Martino, 1959; Galt, 1982, Guggino, 1996) con características similares. También aparece en la India, Filipinas, China y Taiwán (Hart, 1969; Kleinman, 1980). El susto se origina en una experiencia de pánico, puede incluir, o no, la pérdida del alma, que queda vagando en el lugar en que se produjo el hecho. Se manifiesta en "síntomas" tanto

orgánicos -dolor de cabeza, vómitos, diarrea, contracción del largo de una pierna, apertura de bajo del esternón, entre otros- como emocionales -llanto, insomnio, estado de sobresalto, nerviosismo, entre otros. Los niños suelen ser las víctimas más frecuentes. En México, pareciera que el susto siempre implica la pérdida del alma, que queda -como dijimos- donde tuvo lugar el espanto o es raptada por entidades míticas (Barabas, 2002; Lagarriga, 1999; O'Neil y Selby, 1968; Rubel et al, 1989). Ahora bien, aquí hay que hacer una diferenciación etiológica, si la experiencia de pánico es la que facilita el rapto del alma (Barabas, 2002; Luppó, 2003; Rubel et. al, 1989) el origen del mal es emocional, por el contrario si la experiencia aterradora resulta del rapto del alma, tal como sucede en el caso del mal denominado espanto en México, que algunos distinguen del susto (Barabas, 2002) el origen del mal es mítico-religioso-ritual. Cabe aclarar que susto y espanto suelen ser sinónimos al, menos en el caso de Argentina y de otras sociedades de América latina (APA, 1995).

Algunas de las teorías etiológicas del mal conocido como nervios -al que ya nos referimos- remiten también a desequilibrios emocionales cuando el padecimiento se origina en noticias o experiencias trágicas y traumáticas (como violaciones) o vivencias de pánico. Entre los hechos impactantes figuran el conocimiento inesperado y repentino de la muerte de un familiar o un ser amado, el abuso sexual y los accidentes. La vivencia de fuertes emociones por muerte, gravedad o accidentes de seres queridos u otros hechos de este tipo es mencionada como explicación etiológica de los nervios en Puerto Rico

(Garrison, 1977; Dresp, 1985), en Costa Rica (Barlett y Low, 1980; Hill y Cottrell, 1986), en Guatemala (Johnston, et al., 1985; Low, 1994), (Nations, et. al, 1989), en Argentina (Di Lullo, 144; Idoyaga Molina, 2002 a e Idoyaga Molina y Korman, 2002) migrantes salvadoreños y mexicanos a Estados Unidos (Guarnaccia y Farías, 1988; Idoyaga Molina y Luxardo, 2001 y 2004; Jenkins y Valiente, 1994), estadounidenses de Kentucky (Nations, et al. 1989) y canadienses de Newfoundland (Davis y Whitten, 1988). Los accidentes pueden desencadenar el padecimiento de nervios en Costa Rica (Barlett y Low, 1980), en Puerto Rico (Dresp, 1985) y en Newfoundland (Davis y Whiten, 1988). Las vivencias de pánico originan los nervios en Newfoundland (Davis y Whitten, 1988), en Guatemala (Johnston, et al., 1985), entre los migrantes mexicanos y salvadoreños (Guarnaccia y Farías, 1988; Idoyaga Molina y Luxardo, 2001 y 2004) y entre la población del noroeste argentino (Idoyaga Molina, 2002 a). Las experiencias traumáticas resultado de violaciones y abusos sexuales fueron mencionadas por migrantes salvadoreñas y mexicanas (Guarnaccia y Farías, 1988; Idoyaga Molina y Luxardo, 2001, 2004). Al igual que el miedo a volverse loco vivido como una amenaza real, mencionado por migrantes iberoamericanos a Estados Unidos (*ibidem*).

Las vivencias de susto o pánico también fueron recurrentemente señaladas, aparecen como factor desencadenante de nervios en Guatemala (Johnston, et al., 1985; Low, 1994), Argentina (Idoyaga Molina, 2002 a), entre migrantes salvadoreños (Jenkins y Valiente, 1994) y en Newfoundland (Davis y Whitten, 1988) y

en España (Rivert, 1996: 484).

La tendencia a padecer de pánico se vincula con la idea de debilidad nerviosa. Se creía que los sustos repentinos podían debilitar los nervios volviendo al individuo vulnerable a la neurastenia -ausencia de nervios. Como notan Davis y Whitten (1988: 1213) la expresión *railway fright* se usaba para indicar como un viaje en tren podía disolver el sistema nervioso en un instante. En la actualidad, como vimos, las vivencias de susto se conectan con los desbalances nerviosos en contextos muy disímiles, tales como Newfoundland (Davis y Whitten, 1988), Guatemala (Johnston, et al., 1985; Low, 1994), Noroeste Argentino (Idoyaga Molina, 2002 b) y en Estados Unidos entre los migrantes mexicanos y salvadoreños (Guarnaccia y Farías, 1988; Idoyaga Molina y Luxardo, 2001 y 2004).

Sin relación con los nervios, en Pichátaro (México) la mollera caída en los niños ocasionalmente puede explicarse como resultado de un susto (Garro, 2000: 315). Entre los Jíbaro el pavor súbito es causante de enfermedad especialmente entre los infantes, se origina usualmente como resultado de una visión aterradora de entidades monstruosas, invisibles para los otros en tiempos normales (Descola, 2005: 231).

Pueden llevar al padecimiento de nervios también, estados emocionales continuos tales como sentimientos de pena -por ejemplo en Newfoundland (Davis y Whitten, 1988) y Argentina (Idoyaga Molina, 2002 a), sentimientos de soledad y el aislamiento generalmente asociados con la emigración se han registrado entre migrantes hacia Estados Unidos provenientes de Puerto Rico (Dresp, 1985), de El Salvador (Guarnaccia

y Farías, 1988) y de México (Idoyaga Molina y Luxardo, 2004). Sentimientos de cólera, ira o enojo también ocasionan el sufrimiento de nervios (Low, 1994) o del taxon vernáculo conocido como bilis (Garro, 2000).

Las preocupaciones excesivas en relación con las experiencias de vida causan los nervios de acuerdo con la información brindada por individuos de Guatemala (Johnston, et al., 1985), de Argentina (Idoyaga Molina, 2002 a), de Newfoundland (Davis y Whitten, 1988) y por migrantes mexicanos y salvadoreños (Guarnaccia y Farías, 1988; Idoyaga Molina y Luxardo 2004).

La misma causa, aunque esta vez no ligada con los nervios, expresada como estrés emocional o “tener muchos problemas” es motivo de enfermedad entre los Anishinaabe (Garro, 2000: 322). En una perspectiva similar, Gómez García refiriendo las causas de enfermedad explicitadas por curanderos en España señala los problemas de la vida y la obsesión (1996: 222).

Otro taxon que muestra una etiología emocional es la tiricia o tisiadura, también llamada pena, es la tristeza por añoranza. En el noroeste argentino este mal refiere manifestaciones emocionales y físicas, es común en los niños, se produce por la pérdida de vínculos, de lazos familiares importantes, de seres queridos, en especial de la madre. No sólo la muerte de la persona ocasiona la tiricia sino el alejamiento de los mismos; alejamiento que la mayoría de las veces se debe a razones laborales (Idoyaga Molina, 2002 b). El abandono del medio social y geográfico, puede también causar el mal, aunque el individuo migre con su familia. La dolencia hace evidente que el ser humano extraña y añora

su terruño, sus paisajes y sus gentes, la palabra inglesa *homesick* expresa, en cierto modo, este perfil de la enfermedad (Idoyaga Molina, 2002 a y b), (16). Una noción similar aparece en la España rural en la que se habla de la tiricia y otras “enfermedades del alma”, de acuerdo con Aguirre Baztán, hay “...dos formas de enfermedad depresiva habituales en la enfermedad popular: la pérdida afectiva por muerte (duelo) y por nostalgia (emigración)” (1996: 371).

La tiricia es también conocida como mal de ausencia en el sur del noroeste y en el litoral de Argentina (Barrios, 2005; Di Lullo, 1944).

Entre la población rural de Argentina un claro tono afectivo tienen el mal de amores y del mal corazón que se originan en pérdidas y rompimientos afectivos. Aunque el mal de amores admite una segunda etiología cuando se debe a una acción de hechicería. Las manifestaciones de ambos penares son emocionales y físicas y encuentran tratamiento en la medicina casera (Di Lullo, 1944).

En Pichátaro (México) suelen también atribuirse a factores emocionales los taxa vernáculos denominados deposiciones, cólicos, latido e incluso el mal de ojo (Garro, 2000: 315, 317, Young y Garro, 1994).

Los sufrientes de cáncer en Buenos Aires suelen atribuir su mal a factores emocionales como rupturas afectivas, pérdidas de seres amados y frustraciones existenciales, con independencia de que conozcan y aun acepten las explicaciones biomédicas (Luxardo, 2005). Entre los usuarios de medicinas alternativas como el yoga, el reiki, la reflexología o el shiat-su entre muchas otras, cuando estos refieren los

problemas del fluir de energía motivados por los procesos de introspección que generan los cambios del ciclo vital, la pérdida de seres queridos y de afectos, la soledad propia de los contextos urbanos contemporáneos, entre otros factores (Bordes, 2006; Saizar, 2005 a y b).

Finalmente, la corporización de experiencias emocionales puede ser transferida por las madres a sus hijos durante el embarazo o el amamantamiento, causando la enfermedad del infante, tanto en México como en el noroeste Argentino (Garro, 2000: 315, Idoyaga Molina, 2002 a, Palma, 1978)

### ***Causas sociales***

Consideramos como etiologías sociales a las explicaciones de enfermedad que aluden a conflictos familiares y comunitarios, problemas laborales, dureza de la vida, desestructuración social y crisis política y efectos de la emigración y a cualquier teoría nativa que ponga el acento en la interacción social o los cambios debidos a la situación de contacto con los blancos (17). Conflictos en las interacciones sociales -en distintos niveles- pobreza y exposición a la violencia son las causas más comunes cuando se explica el padecimiento de nervios.

Problemas familiares, desintegración de la familia y antiguas experiencias socio-familiares negativas fueron reseñados como causantes de nervios por individuos de Costa Rica (Low, 1981), de Guatemala (Johnston, et al., 1985; Low, 1989), de Puerto Rico (Guarnaccia, DeLaCancela y Carrillo, 1989) de Brasil (Duarte, 1996) y de Argentina (Idoyaga Molina, 2002 a) los migrantes mexicanos y salvadoreños a

Estados Unidos (Guarnaccia y Farías, 1988; Idoyaga Molina y Luxardo, 2004; Jenkins y Valiente, 1994).

En especial en el caso de las mujeres son etiologías reiteradas para explicar el padecimiento de nervios los conflictos matrimoniales o de pareja, la infidelidad, la falta de confianza entre los cónyuges, violencia, abusos y abandono del cónyuge. Son temas reiterados por los migrantes mexicanos y salvadoreños en Estados Unidos (Idoyaga Molina y Luxardo, 2004; Jenkins y Valiente, 1994) en Costa Rica (Low, 1981), Puerto Rico (Guarnaccia, DeLaCancela y Carrillo, 1989), de Argentina (Idoyaga Molina, 2002a). Interacciones negativas en el medio social, desestructuración de las redes sociales y quiebre de los lazos comunitarios son teorías etiologías que aparecen en Costa Rica (Hill y Cotrell, 1986; Low, 1981), Puerto Rico (Guarnaccia, DeLaCancela y Carrillo, 1989), entre los migrantes mexicanos (Idoyaga Molina y Luxardo, 2001 y 2004) y salvadoreños (Guarnaccia y Farías, 1988) a Estados Unidos.

Problemas laborales y económicos -con implicancias en el bienestar y la armonía familiar-, pobreza y el trabajo duro se han señalado como causas de nervios en Guatemala (Johnston, et al., 1985; Low, 1989), Argentina (Idoyaga Molina, 2002 a), entre los migrantes mexicanos y salvadoreños a Estados Unidos (Guarnaccia y Farías, 1988; Idoyaga Molina y Luxardo, 2004; Jenkins y Valiente; 1994), campesinos de Kentucky (Van Schaik, 1989) y pescadores de Newfoundland (Davis y Whitten, 1988). Problemas económicos y laborales son causa de enfermedad, especialmente en lo que hace a la presión arterial en

México (Lagarriga, 1999: 165). La aspereza de la vida y el trabajo duro -no en relación con los nervios- ha sido mencionada también como causas de enfermedad entre los Anishinaabe (Garro, 2000: 322) y entre la población rural de España (Gómez García, 1996: 222; Rodríguez Becerra, 1996: 532).

Menos frecuentemente, los roles asociados con los géneros en el contexto familiar fueron señalados como causa de nervios. Esta problemática fue referida por los inmigrantes salvadoreños en Estados Unidos (Guarnaccia y Farías, 1988), quienes, como resultado del empleo femenino, sentían haber perdido el respeto y su lugar en la familia, al no ser ya más el soporte económico y los únicos que salían a trabajar. Mientras que las mujeres explican sus nervios en relación con la pobreza y la exposición a la violencia masculina en el contexto familiar (Jenkins y Valiente, 1994: 166, 173). El padecimiento de nervios se vincula también con concepciones culturales sobre el género en Newfoundland, una comunidad pesquera (Davis y Whitten, 1988), donde las esposas deben experimentar nervios y a la vez aprender a dominarlos, debido al peligro que conlleva la pesca en alta mar.

En cuanto a los aspectos negativos vinculados con la migración, son factores desencadenantes de nervios: la pérdida del ambiente familiar, de los seres queridos y de los nexos sociales, a lo que se suma la distancia emocional generada entre los miembros de la familia una vez que vuelven a reunirse. Dichas explicaciones se reiteran entre los migrantes de Puerto Rico (Dresp, 1985), de El Salvador (Guarnaccia y Farías, 1988) y de México (Idoyaga Molina y Luxardo, 2004). Otro

conjunto de hechos ligados con la migración es causa de nervios, tal como las dificultades para insertarse en el nuevo contexto social y laboral, la falta de empleo y la explotación en el trabajo, la inseguridad que trae la condición de ilegal, la carencia de seguro social, la discriminación social, cultural y étnica y la imposición de los modelos culturales -no cuestionados- del país receptor. Estas experiencias son mencionadas por los migrantes mexicanos (Idoyaga Molina y Luxardo, 2004) salvadoreños (Guarnaccia y Farías, 1988; Jenkins y Valiente, 1994) y portorriqueños (Guarnaccia, DeLaCancela y Carrillo, 1989) a Estados Unidos y por migrantes griegos a Canadá (Lock, 1990).

En definitiva, la migración desencadena el sufrimiento de nervios en virtud de las pérdidas afectivas y de los lazos sociales que contenían al individuo en el país de origen. Esta situación suele generar, a la vez, soledad y aislamiento, apareciendo una nueva causa de padecimiento. Por otra parte, son fuentes de nervios las dificultades de inserción social y laboral en el nuevo contexto, así como los bajos sueldos, el trabajo a destajo y la inestabilidad, la discriminación y descalificación cultural y étnica, originada en los prejuicios de la población del país receptor. Entre los factores macro sociales causantes de nervios mencionados por los actores sociales figuran la violencia social y política, el terrorismo y el terrorismo de estado.

Es sorprendente la similitud de las vivencias de los sufrientes de nervios que huían de la violencia política de El Salvador (Guarnaccia y Farías, 1988) y de los migrantes mexicanos residentes en Estado Unidos que padecieron nervios como

resultado del ataque del 11 de septiembre (Idoyaga Molina y Luxardo, 2004). En ambos casos los nervios se ligan al miedo a ser objeto de violencia sin sentido y sin justificación, al temor a ser víctima del terrorismo (de extranjeros en el caso de los mexicanos y del estado en el caso de los salvadoreños), al contexto de desconfianza, a la preocupación por familiares que pueden ser seriamente afectados por la situación, al conocimiento de hechos de violencia vividos por parientes, vecinos o miembros de la comunidad, a la desconfianza del otro, al sentimiento de vivir en un medio hostil, inseguro, peligroso y opresivo, al temor a que los familiares sean involucrados en una guerra (la guerra civil entre salvadoreños y una guerra entre Estados Unidos y el mundo musulmán en el caso de los mexicanos) y a la sensación de estar bajo sospecha. Hay también similitud en las manifestaciones como las pesadillas y las “fantasías” de violencia y en los sentimientos de miedo asociados con el enojo. En el caso de los mexicanos, el enojo es con los norteamericanos por haber generado un clima opresivo para las minorías, en el caso de los salvadoreños, el enojo es con quienes los forzaron a migrar, mientras que el miedo es siempre por la situación en ambos países.

En el caso de los mexicanos, el temor por uno mismo y por sus familiares y amigos tiene que ver con el temor a ser víctimas de nuevos actos terroristas o víctimas del prejuicio anti-latino y del aumento del etnocentrismo de los norteamericanos (Idoyaga Molina y Luxardo, 2004). En el caso de los salvadoreños refugiados, el temor por los familiares es miedo a que sean víctimas de la violencia política (Jenkins, 1991). Incluso

algunos refugiados que habían combatido contra el gobierno de El Salvador temían que sus familiares fueran apresados, torturados o muertos como revancha (Guarnaccia y Farías, 1988). El miedo a ser víctima de la violencia política y la preocupación a que lo sean los familiares se asocian también con el origen de los nervios en Irlanda del Norte (Sluka, 1989). En relación con el tema se ha señalado que la experiencia de pánico y el sufrimiento de nervios suelen ser los “síntomas” que experimentan las potenciales víctimas en contextos de terrorismo y de violencia política (Sluka, 1989; Taussig, 1987; Jenkins, 1991).

A veces en relación con los nervios, pero también con el padecimiento de cualquier otra dolencia, las causas a que se atribuye la enfermedad dejan ver la censura moral de ciertos comportamientos como el alcoholismo y, en general, de los denominados “vicios” (Idoyaga Molina y Luxardo, 2004; Rodríguez Becerra, 1996: 532). Con la expresión enfermedades de los blancos los Anishinaabe de Canadá explican numerosos episodios de enfermedad (tuberculosis, varicelas, sarampión, presión alta, diabetes y cáncer). Dicha teoría etiológica denota que estos males fueron introducidos por los colonos europeos, al denominarlas enfermedades de los blancos se deja de lado la responsabilidad del individuo acentuada en las concepciones biomédicas por comer mucho, demasiado dulce o salado, fumar en exceso o lo que fuere, a una etiología social con soporte en acciones que ocurren afuera de la comunidad nativa (Garro, 2002: 322).

Más allá del taxón conocido como nervios, los problemas familiares también han sido mencio-

nados como causa de enfermedad entre los Anishinaabe (Garro, 2000: 331) y entre los sectores populares de México (Lagarriga, 1999: 165). Entre los Digo, la inconducta de los padres, más específicamente la inconducta sexual, es la causa de la desnutrición de los hijos (Good, 1987).

En lo que hace a las re-figuraciones de los usuarios de terapias alternativas de raigambre oriental como el yoga, el shiastu, la acupuntura y la reflexología entre otras, las causas emocionales son una explicación frecuente del origen de la enfermedad (Bordes, 2006; Pitluk, 2007; Saizar, 2009).

Por otra parte, en una muestra de 80 pacientes con cáncer asistidos en 2 hospitales de Buenos Aires se constató que con independencia de que los pacientes conocieran las explicaciones biológicas sobre el origen de su padecer, estos atribuían en su mayoría el verdadero origen a factores sociales como problemas familiares y laborales, a partir del 2001, se acentuaron explicaciones que referían la falta de empleo como resultado de crisis macro-económica que afectó al país (Luxardo, 2005).

Las causas sociales son comunes entre los usuarios de terapias alternativas como el yoga o la reflexología cuando estos refieren los problemas del fluir de energía motivados por crisis en los contextos familiares, problemas de pareja, tensiones laborales, dificultades económicas y la influencia de factores globales en la calidad de vida de las personas, como la crisis del 2001 en Argentina, entre otros aspectos (Bordes, 2006; Saizar, 2005b)

Causas originadas en el poder de otras personas

Al plantear esta categoría intentamos dar cuenta de los padecimientos físicos y /o emocionales que se originan e involucran a otros seres humanos o personas, hablamos de los daños provocados por otros hombres intencionalmente o no. Esta categoría incluye la brujería, la hechicería, la envidia, el mal de ojo y diversas técnicas de daño que se concretan en enfermedad. Es claro que en estas concepciones, la enfermedad es meramente una posibilidad entre los múltiples perjuicios que afectan la calidad de vida y el bienestar del individuo.

Entendemos por brujería siguiendo la perspectiva de los actores en Argentina e Iberoamérica, a los taxa vernáculos que implican la acción intencional o no de otras personas y que explican la enfermedad como el resultado del accionar de un especialista o del poder innato o adquirido de un individuo que produce daño involuntariamente. Se trata de seres que sólo realizan acciones negativas o que sólo pueden producir daño. En este sentido, ejemplifican este tipo de padecimiento el daño, mal hecho o brujería que resultan de las acciones de los brujos y brujas en Europa y América Latina. En estos casos se trata de individuos que adquieren poder y conocimientos específicos sobre técnicas de daño que luego emplean para perjudicar a sus víctimas. El mal es polimorfo puede presentarse como desequilibrios orgánicos, emocionales -incluida la locura- y en la imposibilidad de interactuar adecuadamente, habitualmente conduce a la muerte (Amaya, 1996; Barriola, 1979; Bianchetti, 1995; Disderi, 2004; Gómez García, 1996; Guggino, 1996; Guillamet, 1976; Idoyaga Molina, 1999 d, 2002; Krause, 2000; Lagarriga, 1999; Lisón Tolosana,

1996; Mariño Ferro, 1996; Pagés Larraya, 1967; Palma, 1978; Puigdégolas, 1978; Viotti, 2003; Ziegeler y Amaya, 1989). En este sentido, nuestra concepción del brujo y la brujería acepta el énfasis de Evans Pritchard (1976) respecto de los individuos que tienen el poder innato de dañar, pero que no lo manejan voluntariamente, a la vez que también acepta el énfasis hecho por otros autores (Macfarlane, 1970: 215) respecto de que los brujos también pueden tener una motivación consciente y un accionar intencional. Se trata de una disposición negativa que, generalmente, resulta de los celos, la envidia, la avaricia, el enojo y otras emociones y deseos negativos. Aclaremos que en nuestro caso siempre que hablamos de brujo con intención (o no) se trata de una figura diferente a la del shamán y a la del curandero, los que por supuesto la mayoría de las veces son seres ambivalentes.

Finalmente, hagamos notar que una definición como la de Murdock (1980) que restringe la brujería a la acción involuntaria de personas dotadas con un poder innato identificable con el mal de ojo es absolutamente limitada, no está bien representada por las creencias relativas al mal de ojo -ya que este puede ser intencional o no, aun en el área Circum-Mediterránea (Dionisopoulos-Mass, 1996; Dundes, 1992; Maloney, 1976 b), por consiguiente, en términos del autor puede definirse como brujería y hechicería. Además la brujería no equiparada a mal de ojo también se traslapa con la hechicería, por ejemplo entre los Azande y otros grupos africanos. Con el objeto de superar estos inconvenientes y a la vez de dar cuenta de la brujería europea e iberoamericana es que consideramos como brujos a aquellos indivi-

duos que son considerados exclusivamente como causantes de maleficios, ya fuere porque poseen poderes innatos o porque adquirieron un estatus especial, cuyo accionar se orienta sólo daño.

En variados grupos aborígenes las teorías etiológicas de la enfermedad remiten a la acción o el poder de brujos, como personajes poderosos y distintos del shamán, como el *kalkú* de los Mapuche (Bacigalupo, 1996), el *imbaykwá* de los Chiriguano (Idoyaga Molina, 1978), la *kona-GanaGáe* de los Pilagá, Toba y Mocoví (Gran Chaco) (Idoyaga Molina, 1978/79), el *farataksi* de los Chimane (Amazonía), la *tshiwembáe* de los Mashco (Amazonia) (Califano e Idoyaga Molina, 1983), el *boro (ira) mangu* de los Azande (Evans Pritchard, 1976). Este último posee la brujería en el cuerpo y la trasmite involuntariamente, causando males diversos. La condición de brujo indica un estatus específico y diferente al de shamán también entre los Mohave (Devereaux, 1980), los Navajo (Kluckhohn, 1944), los Tale (Fortes, 1949), los Kaguru, los Mbgwe, los Gusii, los Lugubara, los Mandari, los Tallensi y los Amba (Midleton, 1963), los Lobedu (Krige, 1943), los Nyakusa (Wilson, 1951), los Dinka (Lienhardt, 1951).

Por otra parte, en la muestra de Murdock (1980: 22-26) en 52 sociedades la brujería es causa de enfermedad (18).

Entendemos por hechicería a las acciones tendientes a provocar enfermedad y otros daños, realizadas por shamanes, curanderos y legos que conocen técnicas apropiadas. En España y América Latina el mal hecho por curanderos o legos -al igual que el realizado por el brujo- se denomina daño, brujería, mal hecho, incluso

“travesura”, “mal postizo”. “mal dado”, “mala enfermedad” y otras expresiones que denotan que el padecimiento es resultado de una acción malevolente.

Los shamanes -como señalamos- suelen ser seres ambivalentes que tanto ejecutan la terapia como causan daños. Entre los Pilagá y los Toba del Gran Chaco es común que estos especialistas envíen el mal -uno de sus auxiliares- en la forma de un pequeño insecto -u otra una entidad material- al cuerpo de sus víctimas (Idoyaga Molina, 1978/79; 1997; Miller, 1975 y 79). Entre los Yagua de la Amazonía, los shamanes suelen disparar flechas y dardos que se manifiestan como enfermedad-sustancia en la corporalidad de los dolientes (Chaumeil, 1995). Entre los Azande el *ira gbeberengua* causa el mal a través de técnicas específicas (Evans Pritchard, 1976). Entre los Jíbaro los shamanes envían flechas “mágicas” y así introducen la enfermedad en el cuerpo de sus víctimas (Descola, 2005: 233). Entre los grupos indígenas de Oaxaca (México) algunas personas buscan un chamán orientado hacia el mal para que lo envíen a quien envidian, afectando su *tona* (entidad anímica) con enfermedad, mala suerte o mala conducta (Barabas, 2002: 11). Entre los Baule de África se atribuye la enfermedad a la acción del hechicero, para concretarla lanza “en espíritu” trozos puntiagudos de madera que se incrustan en el cuerpo de la víctima (Laplantine, 1999: 112).

Los shamanes además suelen raptar las entidades anímicas del viviente, causando su muerte si no es restaurado el equilibrio entre el cuerpo y las entidades espirituales. En algunos casos, las entidades anímicas son objeto de antropofagia

simbólica por parte del shamán y sus auxiliares como sucede entre los Pilagá del Gran Chaco, los Yanomami de la Orinoquia Venezolana, los Kaliña de Surinam y mestizos colombianos (Idoyaga Molina, 1994: 108-129; Lizot, 1988:570-72; Magaña, 1992: 145-146 y 1993:390; Taussig, 1987:358-61).

Ya hemos señalado también la ambivalencia que distingue a los curanderos tanto en Europa como en América Latina (Álvarez Heydenreich, 1992; Bianchetti, 1996; Colatarci, 1999; García, 1984; Garro, 2000: 315; Gómez García, 1996: 230; Gubler, 1996; Guggino, 1996: 148; Guío Cerezo, 1991: 75 y ss y 1996: 408-9; Idoyaga Molina, 1999 a y b; 2000 a y b; Pérez de Nucci, 1989; Sturzenegger, 1984; Viotti, 2002). Estos especialistas en sus técnicas de daño suelen valerse de los nombres, prendas y partes del cuerpo de las víctimas (materia fecal, orina, cabellos, uñas), alterar comidas y bebidas, usar réplicas de las personas -fotos, muñecos-, animales -principalmente sapos y víboras-, fórmulas de daño y elementos de poder negativo como tierras de cementerios, sal (evoca lo yermo), velas rojas o negras, entre muchas otras posibilidades, pueden provocar diversos males, aunque comúnmente se les atribuye la brujería, malhecho o daño (Disderi, 2004; Idoyaga Molina, 2002 b, Viotti, 2003). La ambivalencia de curanderos es además parte de la tradición histórica, en la España bajo-medieval y moderna los hechiceros utilizaban su poder para curar o sanar según las circunstancias (Campagne, 1996: 226).

Cualquier individuo puede también causar enfermedades a través de técnicas especiales. En el noroeste argentino pueden usarse las fórmulas

(o ensalmos) que sirven para curar de palabra si uno las utiliza invocando el nombre de alguien que no está enfermo (Idoyaga Molina, 2002 b). En Pichátaro (México) se denomina “mala enfermedad” a la que origina en la acción intencional de un brujo (19), (Garro, 2000: 315). La maldición y las habladurías son un mecanismo de daño frecuente en el área Circum-Mediterránea (Appel, 1976; Dionosopoulos-Mass, 1976: 52-54; Galt, 1982; Spooner, 1976 b). El poder de las fórmulas de palabra y conjuros es reconocido desde la antigüedad clásica. En relación con el tema escribe Caro Baroja (1961: 51) que el verso en sí es visto como algo con poder específico. Durante la edad media y moderna conjuros, sortilegios y ensalmos eran usados tanto con fines terapéuticos como dañinos (Campagne, 1996). Entre los indígenas Ayoreo (Chaco Boreal) cualquier persona puede causar enfermedades y daño utilizando los relatos míticos, en virtud de que la mera enunciación hace presente los hechos narrados y si estos son de carácter trágico actualizan los acontecimientos referidos. Por otra parte, es muy frecuente en la mitología Ayoreo que los seres humanos primordiales legaran fórmulas y cantos que pueden usarse con fines dañinos, preventivos y terapéuticos, tienen efectos negativos si se utilizan fuera de las circunstancias de cura o prevención (Idoyaga Molina, 1979/80). En este grupo también la mera maldición produce el daño enunciado (*ibidem*). Entre los indígenas mataco o *Wichí*, cualquier persona utilizando un sapo y ciertos procedimientos particulares puede causar enfermedad (Califano, 1974). Entre los Anishinaabe se denomina mala medicina (*bad medicine*) a los males originados en las prácticas

de hechicería (Garro, 2000: 326).

En fin, podríamos multiplicar los ejemplos, pero entendemos que son suficientes para ejemplificar la hechicería, la cual además está presente de acuerdo con la muestra de Murdock en 122 sociedades (1980: 22-26).

Las prácticas de daño suelen ser definidas como un bumerang que finalmente terminan perjudicando a quien las realice o a sus familiares. Esta idea aparece en contextos sociales tan diversos como los Anishinaabe (Garro, 2000: 328), el noroeste Argentino (Idoyaga Molina, 2002<sup>a</sup>; Viotti, 2003) y entre sectores medios de Buenos Aires (Saizar, 2008).

En el noroeste y en la región de Cuyo (Argentina), la envidia a veces es conceptualizada como un mal específico, originado en el sentimiento homónimo; es a la vez causa y enfermedad. La envidia, en cuanto, pensamientos y deseos negativos sustancializados, penetra el cuerpo de la víctima y se manifiesta como dolencia física. Las manifestaciones pueden ser variadísimas desde dolor de cabeza, hasta problemas musculares, óseos, cardíacos o de otra índole. Ello se debe a que el modo en que se manifiesta el mal suele estar en relación con aquello que es motivo de la envidia. Así, a una señora que le envidiaban su habilidad en el telar, la afección le apareció en la cintura, lo que le impedía tejer, una joven que la envidiaban por la belleza se quemó parte del rostro y, para dar un último ejemplo, un hombre a quien le envidiaban la camioneta chocó a causa de los malos deseos, por lo que padeció múltiples traumatismos y además se arruinó su vehículo (Idoyaga Molina, 2002 b), la envidia, asimismo, es en México el mal conocido como

chipilez (Foster, 1994).

Las acusaciones de envidia, al igual que las de maleficio y de mal de ojo, están dirigidas a miembros próximos de la comunidad, a los vecinos, incluso a los propios parientes. Alude a los conflictos emergentes en la vida cotidiana, revela la cercanía y la habitualidad del trato entre la persona que padece el mal y la que lo ha causado, expresa los peligros que plantea la interacción social, ubica la enfermedad en el mundo circundante, en la proximidad del ahí. Es por ello, una proximidad amenazante (Idoyaga Molina, 2002 b). Refiriéndose a la población del Putumayo (Colombia) Taussig señala que la envidia está siempre presente cuando se oye hablar a los curadores caseros, se trata de un conocimiento social implícito que sirve para interpretar las situaciones sociales (1987: 393-94). La envidia aparece no tanto como la causa de la brujería como la fuerza inmanente del discurso que enfoca los hechos en la mira de la búsqueda del sentido y sin sentido de la sociabilidad. Es, entonces, una teoría de las relaciones sociales que inevitablemente fluye frente a la percepción de la desigualdad.

En lugar de un mal, el efecto de la envidia puede concretarse también en otro tipo de perjuicios que dificultan el desenvolvimiento familiar, social, sentimental y laboral de la persona, tales como rupturas afectivas, peleas familiares, reyertas en la comunidad, pérdidas económicas, de fuentes de trabajo, etc. Son motivos de envidia la habilidad en las tareas que competen a cada sexo, el reconocimiento social, el trabajo bien remunerado, la belleza física, la afabilidad en el trato, la riqueza y la posesión de bienes, las

buenas parejas, las familias bien constituidas, entre otros aspectos que denotan éxito y armonía.

Otros de los taxa originados por las personas es el mal de ojo, como señalamos se trata de una concepción extendida en Europa -incluso fuera del ámbito mediterráneo- (Aguirre Baztán, 1996; Appel, 1976; Aragón, 1425; Campagne, 1996; Dionisopoulos Mass, 1976; Galt, 1982; Gómez García, 1996; González de Fauve, 1996; Guggino, 1996; Guío Cerezo, 1996; Hardie, 1925; Herzfeld, 1981; Lindquist, 2001; Mariño Ferro, 1996; Moss y Cappannari, 1976), el norte África y el medio oriente (Moss y Cappannari, 1976; Riminick, 1976; Spooner, 1976; Teitelbaum, 1976; Ziou Ziou, 1996), el este y el sudeste asiáticos (Maloney, 1976b) y en América Latina (Ambrosetti, 1917; Bianchetti, 1995 y 96; Brandi, 2002; Disderi, 2001 a; Castelli, 1996; Cosminsky, 1976; Estrella, 1996; Foster, 1972; García, 1984; Garro, 2000; Gubler, 1996; Hess, 1994; Idoyaga Molina, 1999 b, 2000 a y b y 2002 b y 2006; Jiménez de Puparelli, 1984; Kearney, 1976; Lagarriga, 1999; López Austin, 1984; Palma, 1978; Pérez de Nucci, 1989; Ratier, 1972; Ruz, 1992; Zolla et al., 1992). Alude al mal que causa principalmente la mirada pero también los sentimientos -buenos y malos- y el contacto físico con algunas personas. Es comúnmente aceptado que la creencia debe haberse originado en las sociedades Circum-mediterráneas, traído a América en tiempos de la conquista y colonización (APA, 1995; Foster, 1972, Galt, 1982; Murdock, 1980) y diseminado en sociedades del lejano oriente y de Europa (Maloney, 1976 a). En la actualidad se encuentra asociada con numerosas creencias y religiones de diferentes

sociedades. De acuerdo con Roberts (1976) el área nuclear del mal de ojo es el cercano oriente, el mediterráneo y en el sur de Asia; la creencia aparece también en el norte de Europa y a través del norte de África, en la India y Filipinas. De acuerdo con Maloney (1976 b) en el sudeste de Asia es vaga, al igual que en el este de Asia; hay reportes esporádicos en Taiwán, entre los chinos musulmanes y en el sur de China y Japón aunque el autor señala que la creencia está allí levemente conceptualizada. Seligman (1910) en su ya antigua contribución dedicada a estudiar la extensión geográfica del mal de ojo cita desde el antiguo testamento y otras fuentes árabes históricas, hasta documentos modernos que dan cuenta de la creencia en el mal de ojo en la actualidad. Hoy en día además de los pueblos del cercano oriente, Seligman lo ubica en Alemania, Inglaterra, Escandinavia, Escocia, Bretaña, Irlanda, Italia, Grecia, España, Estonia, Rusia, Polonia Hungría, Turquía, Irán, norte de India y Polinesia, la última con signo de pregunta. En América ha sido reportada por muchos autores tanto entre poblaciones descendientes de europeos y árabes como entre poblaciones mestizas e indígenas con 500 años de contacto, si bien básicamente no se discute su origen europeo en el nuevo continente (Brandi, 2002; Cosminsky, 1976, Disderi, 2001a; Foster, 1972; Idoyaga Molina, 1999/2000; Kearney, 1976; Maloney, 1976 a), algunos han planteado la raigambre americana (Pérez de Nucci, 1989) y otros aunque que reconocen la procedencia europea de la expresión mal de ojo, sostienen que los contenidos y conceptos incorporados en la noción tal como se presenta en México son de origen americano

(López Austin, 1980).

Ha sido objeto de múltiples interpretaciones, Garrison y Arensberg (1976) creen que estas creencias y prácticas son propias de las sociedades con patronazgo y que en ese tipo de estructura económico-social fue que apareció el complejo del mal de ojo. Roberts (1976), construye una matriz -que le permite verificar incidencias estadísticas- teniendo en cuenta la estructura social, la personalidad tipo, las características del proceso de socialización, la complejidad cultural y tecnológica para dar cuenta del tipo de sociedades en que se puede generar esta creencia. Similar es el planteo de Murdock (1980) que también sobre la base de una matriz estadística asocia el mal de ojo con las sociedades estratificadas, el desarrollo de la agricultura y otros aspectos que aparecen sistemáticamente en el mundo Circum-mediterráneo, aunque hay diferencias en los resultados de ambos autores, que dejan ver los problemas que plantea la recolección de datos a través de cuestionarios estructurados. Foster (1972) recurre a la envidia como el sentimiento humano que emerge especialmente frente a la desigualdad social y que puede dar cuenta del mal de ojo. Otros optaron por teorías psicológicas, Kearney (1976) hecha mano del concepto de paranoia y lo extiende al campo del análisis social (20), Stein (1976) usa el marco psicoanalítico y explica el mal de ojo como resultado de la dinámica familiar, y, finalmente, Bianchetti (1995) sugiere que la acusación de mal de ojo implica la proyección de los sentimientos de envidia del acusador. Galt (1982) introduce el concepto de imagen sintética y muestra que los contenidos del mal de

ojo responden no responden a una determinada estructura social, político o económica, sino que aportan significados en contextos muy diferentes comprensibles a través del concepto de imagen sintética, que toma de Needham. Estrella (1996), Hess (1994) y Teitelbaum (1976) hacen hincapié en el control social que permiten ejercer los taxa tradicionales de enfermedad. Los que, de este modo, cumplen con una función social de mantener el orden y el equilibrio en la comunidad. López Austin indica que en el caso de México, si bien se mantuvo la expresión castellana, esta se cargó de contenidos nativos, aquellos que constituyen el núcleo duro de la cultura de la sociedad y que por lo tanto perviven y sirven de estructuras de pensamiento que permiten apropiarse de nociones y prácticas de otras sociedades, afirmación que hemos discutido a partir del fino análisis heurístico de los supuestos atributos nahuas del mal de ojo (Idoyaga Molina, 2006, 2008 y en prensa). Otros autores hacen hincapié en la necesidad de estudiar los contextos locales, en su particularidad histórica y cultural (De Martino, 1959; Herzerfeld, 1981). Swiderski (1996), hablando de los Ítalo-Norteamericanos, enfatiza el papel que juega este tipo de creencias en la construcción de la identidad de los grupos minoritarios. También Herzelfeld analiza la relación entre la acusación de ojeo, la condición de ojeador y la identidad étnica y social. Varios investigadores enfocan las concepciones y prácticas sobre el mal de ojo como parte de los mecanismos de daño o de las teorías etiologías de enfermedad nativas (Disderi, 2001 a; García, 1984; González de Fauve, Idoyaga Molina, 1999 b, 2000 a y b, 2002b; Mariño Ferro, 1996; Pal-

ma, 1978; Pérez de Nucci, Jiménez de Puparelli, 1984, 1989; Ratier, 1972). Autores más antiguos hablan de las supersticiones que emergen en el vulgo a causa del pensamiento mágico (Ambrosetti, 1917). Se lo ha incluido además entre los fenómenos de brujería incluso identificado con la brujería (Murdock, 1980). Otros investigadores han apelado a la dinámica histórica para dar cuenta de las creencias actuales (Appel, 1996) o se han concentrado en los fenómenos de difusión (Seligman, 1910), se ha aludido también como marco explicativo al principio moral y religioso de bien y mal (Moss y Campannari, 1976). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA) ubica este mal entre los síndromes dependientes de la cultura.

Como ha notado (Galt, 1982: 665) en relación con el tema, el estudio de Roberts -nosotros agregamos el de Murdock- se ve claramente envuelto en el problema de Galton porque los casos de su muestra se agrupan en una región del mundo altamente interconectada, por consiguiente sostener que existe una asociación causal entre factores socioculturales y económicos y el mal de ojo sugiere inmediatamente la sospecha de que esto es así simplemente por difusión. Agrega el autor que la hipótesis difusionista es particularmente creíble en el caso del mal de ojo, que tiene una larga asociación con las tres grandes religiones del área -Cristianismo, Islam y Judaísmo-, las que al menos en el nivel de las creencias populares proveen el contexto simbólico para su difusión, como han notado Moss y Campannari (1976).

Queremos hacer notar que las explicaciones generales del mal de ojo, tanto las estadísticas

(Murdock, 1980 y Roberts, 1976) como las que recurren a modelos teóricos o a análisis cross-cultural (Dundes, 1992; Foster, 1972; Garrison y Arensberg, 1976; Maloney 1976 a; Spooner, 1976 a) han dejado de lado las ocurrencias del mal de ojo como enfermedad, concentrándose todas ellas en el mal de ojo como un poder para dañar (Idoyaga Molina, 1988 y en prensa). A nuestro modo de ver no se trata de un sistema de creencias dependiente de una estructura social y ligada a ciertos desarrollos tecnológicos, sino de un conjunto de creencias de suma adaptabilidad a distintos contextos y discursos, incluido el de la ciencia. Al respecto ténganse presente por ejemplo el tratado de Aragón, marqués de Villena, sobre el mal de ojo (1425) o las consideraciones de Ciruelo (1561) un médico académico del siglo XVI. En este sentido, creemos que el mal de ojo brinda explicaciones plausibles a la enfermedad y el infortunio (a través de causas naturales, como resultado de poderes de otros intencionales o no, incluso como resultado del cariño y el deseo de estar o favorecer a alguien), a las interacciones sociales negativas, a la emergencia de profundos sentimientos como la envidia, a los problemas que plantea la sociabilidad entre individuos de distintos estratos, grupos o linajes, a la necesidad de entender fenómenos de difícil explicación, al temor a la deidad o las manifestaciones repentinas de poder.

En lo que hace a las categorías que hemos propuesto, cabe resaltar que incluimos al mal de ojo entre las causas originadas en la persona cuando el padecimiento se debe a la acción de la mirada, los pensamientos, el contacto, la respiración o los halagos de una persona de mayor energía

que la de la víctima. Por el contrario, cuando la dolencia es resultado de la incorporación de un espíritu maléfico, del Diablo u otras deidades posibilidades que se mencionan en Europa, el Medio Oriente y la India (Aguirre Baztán, 1996; Appel, 19776; Maloney, 1976 b; Mariño Ferro, 1996; Reminick, 1976 y Teitelbaum, 1976), corresponde incluir al mal de ojo entre las causas mítico-religioso-rituales.

Una idea con ciertas similitudes a la de mal de ojo es la creencia Filipina en la “*hot mouth*” -boca caliente. De acuerdo con Flores Meiser (1976: 158-56), el sujeto que posee la boca caliente produce enfermedad sin intención, los niños son casi siempre las víctimas, las palabras de halago y los cumplidos a veces se asocian al daño por boca caliente.

Mala boca, mal de bocado o murmuración son otras de las denominaciones del mal en Europa e Ibero-América (Bianchetti, 1995 y 96; Dionisopolous- Mass, 1976; Mariño Ferro, 1996). Un procedimiento similar a los descriptos, que produce afecciones físicas y emocionales, consiste en usar inadecuadamente las fórmulas o ensalmos para tratar diversos males, esto pidiendo por la salud de personas que están sanas. En este sentido, el ensalmo para curar la melancolía produce angustia y otros males de índole espiritual o psíquica, el usado para tatar las anginas causa dicha dolencia y así sucesivamente se puede enfermar a cualquier individuo que esté sano recitando los ensalmos, que se alteran en cuanto a la calidad de su potencia. Además otros daños se pueden ocasionar mediante el uso ritual incorrecto de las fórmulas de palabra, tales como enfermar el ganado o arruinar los cultivos de la

persona que se desea perjudicar, para cuyo fin se usan las fórmulas para curar las sementeras o los animales, obviamente cuando los cultivos crecen adecuadamente y el ganado se encuentra sano. Ante la ausencia de mal alguno las fórmulas curativas se vuelven dañinas, de este modo, siguiendo el mismo procedimiento se pueden causar tormentas, inundaciones, sequías, etc.

Este uso inverso y negativo de las fórmulas de palabra, nos muestra como las posibilidades de hacer daño están al alcance de prácticamente cualquier individuo, sin necesidad de que sea brujo o de que conozca procedimientos específicos para el malhecho.

### ***Causas por desequilibrios entre las entidades que integran la persona***

Habitualmente se piensa la salud como el balance entre las diferentes entidades que integran la persona. Nos referimos al equilibrio armónico entre el cuerpo, entidades anímicas, espíritu, energías o nociones de raigambre oriental como cuerpo etéreo, chakras y aura, entre otras.

El desequilibrio entre estas entidades puede originarse en factores emocionales como los describimos en relación con el susto y la tiricia o factores sociales como lo señalamos en relación con los desbalances del flujo de energía que resultan de las interacciones negativas, los problemas laborales y otros factores sociales. No obstante, más allá de las circunstancias mencionadas, el desequilibrio entre las entidades que integran la persona puede ser por sí mismo la causa desencadenante de la enfermedad. La pérdida -no el rapto- o separación de las entidades anímicas ilustra esta causa de enfermedad.

Lo expuesto se advierte en las teorías etiológicas del susto que explican el origen del mal como resultado de haber dejado material fecal, orina o pañales de los niños en ámbitos inadecuados. Concretamente lo que sucede es que el espíritu o el alma del niño queda vagando donde se dejaron los restos de excrementos, fluidos o ropa del infante (Idoyaga Molina, 2002 b).

Para entender las implicancias que posee el abandono de la materia fecal y del orín (o pañales) es necesario tener en cuenta que las vivencias de la corporalidad incluyen no sólo al “cuerpo biológico” sino también al espíritu, el nombre, la materia fecal, el orín, las vestimentas, los adornos, los tatuajes, los peinados y todos aquellos elementos que se constituyen en códigos y mensajes sociales que develan el estatus, los roles y la identidad de la persona. Como ha notado Turner (1995) el cuerpo social es distinto del cuerpo biológico. Desde esta perspectiva, el abandono de la materia fecal, del orín y/o de los pañales es el abandono de parte del cuerpo, lo que explica que el espíritu pueda quedarse con las partes abandonadas (Idoyaga Molina, 2002 b). También la tiricia -mencionada entre las etiologías emocionales- puede deberse al mero desequilibrio entre las entidades de las personas. Esto sucede cuando la angustia, la tristeza y sus concomitantes manifestaciones físicas resultan del abandono del espíritu del individuo enfermo que se ha ido siguiendo a la persona -familiar o ser amado- que ha migrado o muerto.

De acuerdo con Murdock, entre los Tenino el espíritu o alma de las personas pueden seguir a un muerto cuando se produce el deceso de un ser especialmente amado (1980: 20). En la encuesta

hecha por el autor la pérdida del alma -reiteramos no el robo- aparece como causa de enfermedad en 33 sociedades (1980: 22-26).

Finalmente, en el contexto alternativo la enfermedad no solo se expresa como desequilibrios entre las entidades que integran el sujeto sino que también tales desequilibrios pueden ser las causas de las dolencias padecidas. Por ejemplo, cuando se producen cúmulos de energía en ciertos lugares del cuerpo físico o etéreo porque ésta ha dejado de fluir correctamente, porque el alma o el espíritu se ennegrecen tras haber realizado el individuo -aun sin saberlo- acciones erróneas o por movimientos inapropiados que entorpecen o dislocan el fluir de la energía, o por falta de alineación entre los chacras -centros energéticos- en las concepciones alternativas de raigambre India (Saizar, 2009). Los chakras son centros de energía ubicados en el cuerpo con la excepción del último que se encuentra en el cuerpo etéreo o aura. La energía del individuo además de localizarse en los referidos chackras o núcleos energéticos fluye por los numerosos canales -concepción hindú- o meridianos -concepción china-, por lo que podemos afirmar que el cuerpo es un reservorio de energía, que se conecta con los otros tipos de cuerpos menos densos o el aura, el alma y/o el espíritu, entidades por las que también debe circular la energía para que el sujeto esté en buen estado de salud. Se advierte que las diversas entidades que conforman el individuo nos describen un cuerpo físico tan alejado de la visión biomédica como las ideas relativas a lo que podríamos llamar el funcionamiento “fisiológico” del mismo que pone en relación al cuerpo físico con las otras entidades

de la persona, otorgando al fluir de la energía un papel primordial en la manutención de la salud.

### *Causas que refieren el contagio de entidades contaminantes*

La idea de que el contacto con entidades contaminantes -personas, objetos y sustancias- es causa de enfermedad aparece en diversas sociedades, suele pensarse que transmiten impurezas o estados negativos los cadáveres, los funebreros, los enfermos, los herreros, las mujeres menstruantes, animales, vegetales y objetos utilizados en prácticas de hechicería, la sangre, la sangre menstrual, entre otras posibilidades.

Entre los Pilagá y los Toba del Gran Chaco los cadáveres -y aun su olor- son entidades trasmisoras de enfermedad, es por ello que a su torno se crea un microespacio construido ritualmente a través de la circunvalación del mismo, y que luego los cuerpos son incinerados, con algunos de los enceres del muerto (Idoyaga Molina, 1983). El fuego -al igual que el agua- es un purificador que permite la eliminación de las entidades corrompidas y su posible impacto sobre otros seres y el ambiente (Idoyaga Molina, 1992, 2009).

Para los nativos cuando la persona enferma, transmite el mal a sus pertenencias, cuanto más cotidiano es el contacto mayor es la contaminación. Si el doliente muere las prendas que estuvo usando y el lecho en que reposó también están muertos y es por ello que deben incinerarse junto al cadáver, mientras que otros enceres pueden ser recuperados a través de un pulcro lavado, que es purificador y terapéutico, pues elimina la enfermedad y su olor (Idoyaga Molina, 1983 y 2009).

El olor es visto como una sustancia que debe ser barrida por la acción del agua, es por eso que cuando el enfermo se recupera concluye su terapia con un baño que arrastra los restos de la enfermedad y de su olor, el que de por sí genera el mal (Idoyaga Molina, 1983 y 92).

El cadáver que resulta de las prácticas de infanticidio es también una entidad peligrosa y contagiosa, el contacto con el mismo puede enfermar y causar incluso la muerte de los intervinientes. Por tales motivos sólo tienen trato con él, figuras de poder como los ancianos, quienes al terminar las acciones deben someterse a un lavado purificador y preventivo (Idoyaga Molina, 1982). De acuerdo con los Pilagá y los Toba, la mujer menstruante, la sangre que fluye durante las reglas, después del puerperio o de haber cometido un aborto y su olor son altamente contaminantes (Idoyaga Molina, 1976/77; 1990 a y 1997b), pueden causar enfermedad, impedir la caza o la pesca exitosa y formar tempestades -de mirar la mujer el cielo (Idoyaga Molina, *ibidem*; Miller, 1975 y 1979). Para contrarrestar el efecto de la sangre y de su olor durante el parto la mujer es aislada, construyéndose un microespacio a través de un ritual de circunvalación de la puerpera realizado por un conjunto de ancianas. Después del trance la puerpera, el recién nacido, las ancianas que han oficiado como parteras, la habitación, las vestimentas y los enceres utilizados son sometidos a un lavado purificador y terapéutico que evita que la sangre y su olor generen enfermedad a quien entrara en contacto con el ambiente, los seres y las entidades impuras. La sangre fluida en la ocasión es enterrada con las mantas previamente colocadas a dicho efecto

(Idoyaga Molina, 1976/77). Lo mismo sucede en ocasión de un aborto (Idoyaga Molina, 1982). Entre los Samo de Burkina Faso, el mal olor es causa de enfermedad infantil, más precisamente el mal olor es producido por la sangre menstrual de la madre que mantiene relaciones sexuales durante el período de lactancia, alterando su leche y su sangre (Heritier -Auge, 1987).

Entre los Ayoreo del Chaco Boreal la sangre es una sustancia contaminante, tanto la sangre de los muertos en enfrentamientos bélicos o hechos violentos como la de los animales producto de las actividades cinegéticas causan la enfermedad y la muerte, si el individuo no se somete a un ritual purificador. Los guerreros en tanto seres que han entrado en contacto con la sangre y adquirido un poder específico llamado *dikoyodié* son también portadores de una fuerza contaminante que pone en riesgo a los individuos que entren en contacto con ellos sin observar las normas de trato prescritas. En un mismo sentido, las armas contaminadas por la sangre de las víctimas se vuelven entidades “infecciosas” que transmiten enfermedad y muerte en quien las toque. Es por este motivo que algunas deben romperse y enterrarse y el resto purificarse mediante un ritual denominado *paragapidi*, en el que la construcción de un espacio ceremonial ritual y la manipulación del poder de los personajes míticos restauran el estado de objetos y personas (Idoyaga Molina y Mashnshnek, 1988)

Entre los Anishinaabe el contacto con la sangre y la sangre menstrual puede causar enfermedad a los hombres. De las mujeres en general y en especial de las menstruantes se espera que respeten su poder observando un comportamiento adecuado,

por ejemplo las mujeres no deberían pararse más alto que un hombre ni sobre ropa que éste fuera a usar, así como deben cuidar que los hombres no usen sus toallas de baño (Garro, 2000: 327). La autora señala que el origen de la enfermedad se debe más a la falla en el comportamiento que a una idea de contagio.

Murdock, refiriéndose a los grupos indígenas de Norteamérica, nota que la sangre menstrual y la mujer menstruante son preponderantes en las teorías de contagio (1980: 18).

En las mencionadas etnias chaquenses los envoltorios con daños hechos por los brujos son entidades contaminantes y causa de enfermedad. Para evitar su efecto contagiante también el shamán durante su experiencia onírica los detecta y luego procede a un lavado purificadorio (Idoyaga Molina, 1990 b). También el mal conocido como *tampunch* entre los Jívaro ilustra la categoría de contagio ya que se trata de la trasmisión de la dolencia a través de un objeto prestado o regalado. La dolencia debe ser curada por quien cediera el objeto ya que se piensa que este padece del mal en estado latente (Descolá, 2005: 229).

Son además seres y entidades contaminantes de acuerdo con van der Leuw (1964) el herrero y el hierro, el enterrador, los reyes -por ejemplo, en Polinesia-, espadas y cetros, entre muchas otras posibilidades.

### ***Causas espacio-ambientales***

El concepto de teorías espacio-ambientales refiere las etiologías de enfermedad que son atribuidas a la contaminación que proviene del ambiente por poseer este una calificación de poder negativa. No entran aquí los espacios

contaminados por las brujas y otras prácticas de daño, u otros acontecimientos y circunstancias que contaminan al espacio convirtiéndolo en peligroso y dañino, tales como puerperios, entierros y otros hechos, sino los males que devienen del poder nefasto del ambiente de por sí. Tampoco entran en este concepto las modernas ideas ecologistas sobre contaminación del medioambiente y su impacto en la salud ya que se trata de marcos explicativos que aluden a causas naturales.

Ilustra la categoría en cuestión ciertas etiologías del mal aire en Argentina e Ibero-América (Idoyaga Molina, 2002b; Mariño Ferro, 1986). El taxón vernáculo conocido como mal aire -o simplemente como aire- admite diferentes etiologías: 1) Nociones de raigambre humoral que explican la enfermedad como resultado de la influencia del clima, en particular de los vientos y aires, vale decir explican el mal como desbalances térmicos y, por ende, a través de causas naturales. 2) La acción del demonio que envía aires nocivos, generalmente, a través de un remolino, teoría que remite a causas mítico-religioso-rituales. 3) La acción de un brujo que produce enfermedad manipulando el aire y los vientos, concepción que se inserta en los fenómenos de daño que resultan de la acción y o el poder de otras personas. 4) Resultado de circular por espacios de calidad y poder negativos (Alfonso, 2002; Foster, 1994; Idoyaga Molina, 2002<sup>a</sup>; Palma 1978). Este último marco explicativo es el que ahora nos interesa.

De acuerdo con lo población rural del Noroeste Argentino, el mal aire penetra en el cuerpo cuando uno permanece o pasa por lugares inadecuados como ciertos cerros, algunos bosques y

algunas cuevas cordilleranas. Se entiende como una emanación que penetra el organismo cuando la persona transita o se instala en lugares de energía negativa. Desde la perspectiva de los actores, el espacio no es homogéneo ni neutro sino un conjunto de ámbitos de calidad y poderes diferentes, de allí que hay espacios propicios y perjudiciales, no sólo en virtud de que los habite una entidad mítica, como sucede con cerros y abras en los que mora Pachamama, la Madre Tierra, o con los bosques donde habitan espíritus, sino también debido a la calidad intrínseca del espacio. Lo dicho obviamente implica una representación del ambiente y el paisaje en términos de poder.

La calidad de determinados lugares es lo que los convierte en peligrosos y nocivos. Esa potencia negativa es una sustancia que se impregna por contacto con el medio y se evidencia en el hombre como enfermedad. De acuerdo con nuestros informantes, la calificación del espacio suele asociarse con la calificación del tiempo, de allí, que el riesgo de frecuentar lugares inadecuados, aumenta si se lo hace en horarios peligrosos. Concepción que ya existía en la antigua Grecia (Blum y Blum, 1970), mostrado una profundidad y una dispersión mucho mayor a la que suelen suponer muchos autores latinoamericanos que consideran a estas ideas de raigambre Andina o Mesoamericana.

Las manifestaciones físicas del mal aire son de dos tipos básicamente diferentes: dolores musculares o problemas en la piel. Los primeros son los cuadros más conocidos, se alude habitualmente a dolores en el cuello y los oídos y a contracturas musculares. Los episodios de tortícolis y

de hemiplejía son comúnmente interpretados como mal aire, al igual que la parálisis facial y las convulsiones (Pérez de Nucci, 1989:79). En el caso de los niños se asocia a desasosiego, intranquilidad, estado nervioso, tanto es así que puede confundirse con el susto. Las manifestaciones del mal aire son, sin embargo, flexibles y pueden admitir aspectos muy variados (Idoyaga Molina, 2002 b).

La posibilidad de contraer mal aire depende también de la disposición que tengan las personas particulares para contaminarse o no. Ello tiene que ver con las representaciones de la corporalidad, hay personas de sangre más fuerte y resistente a los ambientes hostiles, mientras que otras son de sangre débil y están más expuestas a mayor cantidad de riesgos.

Ideas similares a las expuestas aparecen en Argentina referidas por diversos autores (Alfonso, 2002: 5-21; Bianchetti, 1996: 170-74; Idoyaga Molina, 1999 b: 18; 2000b: 43; 2002b:157-164; Jiménez de Puparelli, 1984: 245-46; Palma, 1978: 95-112; Sturzenegger, 1999: 269), así como en Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia, Guatemala, México y Brasil (Cosminsky, 1976: 170; Estrella, 1996: 125-30; Foster, 1994: 72-73; Kearney, 1976: 180; Marroquín, 1944: 4; Mas, 1971: 24; Muñoz Bernard, 1976: 79; 1992: 344-5; Palma, 1978: 98; Pardo, 1937: 36-7; Piovesan, 1959: 7; Seija, 1969: 6; Valdizán y Maldonado, 1922: 91-101), en España (Lisón Tolosana, 1987: 107; Mariño Ferro, 1996: 422-24; Rodríguez López, 1943: 128), Italia (Appel, 1976: 20; De Martino, 1959: 20, 110). La vulnerabilidad de los viajeros que pueden padecer de mal aire u otras enfermedades al cruzar la foresta o por

contacto con ciertos árboles -como la higuera- es también mencionada en España (Lisón Tolosana, 1987: 107)

La teoría miasmática del hedor y sus reelaboraciones han contribuido con las teorías etiológicas de la enfermedad que hacen hincapié en el efecto contaminante de los olores nauseabundos. Dicha teoría desarrollada en el contexto de la biomedicina de los siglos XVIII y XX sostenía que los miasmas eran emanaciones o efluvios procedentes de pantanos, cementerios, hospitales, teatros, minas y mataderos, entre otros lugares. Las reelaboraciones populares acentúan el poder de las emanaciones y de su olor y, por ende su carácter enfermante. En este sentido, el mal aire puede ser contagiado por las emanaciones de lugares pantanosos o con elementos en descomposición (Larrea, 1997: 242).

Más allá de la influencia de las teorías biomédicas de los siglos XVII y XIX, las creencias sobre el mal aire también dejan ver la popularización de nociones de la medicina humoral, las que explicaban que el aire de las casas o de las aldeas podía ser trasmisor de enfermedad. De acuerdo con Aragón (1451), el aire se corrompía -llegando a padecer de lepra- por la alteración de su complexión en virtud de factores estrictamente naturales -influencia de minerales, etc.- o por causas naturales/morales cuando la lepra del ambiente provenía de la malicia, la lujuria y la gula de sus habitantes. Por otra parte, existía la idea de que cuando la tierra padece de lepra se vuelve seca, salada e infecunda y además transmite la enfermedad por contagio al ambiente y este a través del aire, que se ha viciado, a los hombres. Más precisamente explica Aragón (1451) que la

gula -por ejemplo- lleva al individuo a comer viandas que no puede digerir y la indigestión con su olor fétido contamina el aire, el que se pudre. Así, la corrupción del aire podía transmitir mal de ojo cuando éste se había alterado como resultado de la mirada envidiosa, el mal aire cuando se había alterado por las razones antes mencionadas, sombra cuando el mal provenía de los efluvios de un muerto o cementerio y así sucesivamente. En el proceso de apropiación y refiguración en Argentina e Ibero-América el aspecto más importante, es la transformación de una explicación natural, aunque errónea, en una explicación que involucra las manifestaciones de poder como expresiones de lo sagrado.

También incluimos en la categoría de teoría espacio-ambientales a ciertas ideas del *feng shui*, que explican la enfermedad como resultado de la energía intrínseca del ambiente. De acuerdo con estas últimas, diferentes líneas de agua o de energía fluyen en el plano terrestre, la convergencia de estas líneas genera encrucijadas de energía; son lugares con exceso de energía que, de no ser contrarrestada, afectan la calidad de vida y generan enfermedades en quienes habiten sobre estos cúmulos energéticos.

En otras medicinas alternativas también se refiere la contaminación producida por el espacio, ya porque la calidad del mismo puede ser *per se* dañina o porque se ha alterado por la presencia de personas energéticamente des-balanceadas o simplemente porque los individuos dejan en el ambiente sus energías negativas. Tal como podría suceder en una clase de yoga o de cualquier otra disciplina o práctica terapéutica, hecho que hace necesario que tales espacios sean limpiados

o purificados cada determinado tiempo -una vez al mes o cada dos o tres meses, según las circunstancias particulares de cada ámbito y de las nociones y percepciones de los diferentes especialistas y practicantes (Saizar, 2009)

#### Causas mítico-religioso-rituales

Entendemos por causas mítico-religioso-rituales a las teorías etiológicas que aluden a la acción, intención o a la mera existencia de personajes míticos -incluyendo los muertos-, a preceptos y creencias religiosas, a violación de tabúes y prescripciones morales, observancia de normas de comportamiento y a la irrupción de lo sagrado, así como a concepciones cosmológicas y/o cosmovisionales -por ejemplo, las que implican relaciones de reciprocidad entre el individuo y el medio y otros seres o nociones de predeterminación, como la idea de destino. Podríamos también haber incluido en esta categoría a las entidades contaminantes que suponen las concepciones sobre lo sagrado y las manifestaciones de poder, pero preferimos dejarla de lado para separar con claridad la noción de ser y entidad contaminante respecto de la de transgresión de tabúes y preceptos, ya que las entidades y seres contaminantes suelen ser objeto de prescripciones, cuya violación produce enfermedad.

Hablamos de personajes míticos y muertos porque técnicamente los muertos son manifestaciones de lo sagrado con voluntad y figura, al igual que cualquier otra figura mítica o deidad, vale decir teofanías en griego. Este último concepto se distingue del de cratofanías o manifestaciones de lo sagrado sin voluntad ni figura -por ejemplo

la idea de mana- (Eliade, 1972). Por otra parte, los muertos son deidades de relevancia en cosmovisiones y sociedades de estructura social muy diversa, tales como la China en la que se destaca el papel de los antepasados deificados y las sociedades de Nueva Caledonia, descritas por Leenhardt (1966), en las que la noción de Dios no se diferencia de la de cadáver.

Los males cuyo origen se atribuye a personajes míticos pueden resultar tanto de la intención de la deidad como de su efecto sobre la vida de los hombres con independencia de su voluntad. Cuando la enfermedad se debe a la acción intencionada de una figura, esta puede ser descrita como un castigo por alguna inobservancia -una falla ritual, la violación de un tabú, etc.- o como resultado de la pura malignidad del personaje.

Ilustran la idea de castigo por incumplimiento ritual algunos taxa vernáculos muy extendidos en Argentina e Iberoamérica, como la sopladura y la agarradura (Bianchetti, 1996; Idoyaga Molina, 2002 b, Palma, 1978). Estos males suelen originarse en la violación de tabúes, en el incumplimiento de ceremonias y en la mezquindad de las ofrendas y de las celebraciones a las deidades. La sopladura se manifiesta como alteraciones dérmicas, manchas, ronchas, forúnculos, puede también evidenciarse como problemas en las articulaciones u óseos en general. Lo que equivale a decir que alude a cuadros de índole diferente y que la biomedicina clasificaría como distintos taxa. Este mal se origina en conductas impropias, violación de tabúes y en el incumplimiento con las ofrendas que se deben realizar a Pachamama (la Madre Tierra) y a las deidades en general. Entre las observancias que se deben respetar y cuya

trasgresión causa enfermedad figuran: pasar por abras, cerca de ojos de agua o de hormigueros y por los cerros que son la morada de Pachamama. La falta cometida, al no observarse la conducta prescrita -fuere esta intencional o no- provoca la reacción de Pachamama y de los espíritus de los cerros, quienes producen emanaciones malsanas y nauseabundas. Estas emanaciones al penetrar en el cuerpo de la persona la enferman y le causan aun la muerte de no mediar una oportuna terapia.

De acuerdo con la población rural del NOA, los hombres deben mantener una relación de reciprocidad con las deidades, especialmente con Pachamama. Esta última posibilita los cultivos, la crianza de animales, el aprovisionamiento de agua y de leña y la explotación minera, favores que el hombre debe contraprestar en ocasión del primero de agosto, día de celebración ritual dedicado a Pachamama, y, en general, durante el mencionado mes. Los actores sociales entienden que el mes en cuestión es en extremo peligroso por estar la tierra abierta esperando ser alimentada y retribuida. Además, de mostrarse los hombres especialmente solícitos durante este tiempo ceremonial, también deben compensar a la tierra al ocupar una casa nueva, en cada señalada -rituales en los que se marca el ganado, se agradece y se propicia la multiplicación del mismo- y en otras ceremonias que se realizan en los cerros para ofrendar a la Madre Tierra. El sentido de estas celebraciones es el de agradecer lo recibido y propiciar las actividades futuras, si alguien no cumple con estos rituales o muestra mezquindad en las ofrendas, Pachamama castiga al infractor enfermándolo o produciéndole otros

perjuicios, tales como pérdidas económicas, problemas y reyertas con los familiares o con otros miembros de la comunidad (Idoyaga Molina, 2002 b, 2002 c).

En el NOA, exactamente las mismas entidades causan la pilladura o agarradura, que se manifiesta en cuadros similares. La diferencia entre una y otra radica en que la agarradura implica el raptó o la sustracción paulatina de la energía vital, de la entidad anímica o del espíritu, es entonces la sustracción de uno de los elementos que conforman la persona el aspecto determinante de la dolencia, mientras que la sopladura refiere la incorporación de la enfermedad-sustancia -gas o emanación-, es entonces la intromisión de un elemento extraño en el cuerpo del individuo la causa del mal.

La pérdida del alma, espíritu o energía se expresa en el plano físico como un decaimiento generalizado, además de las manifestaciones mencionadas u otras y, lleva al sujeto a la muerte, si no media la terapia de un poderoso curandero, quien incluso arriesga su vida al intentar rescatar el alma o espíritu del paciente, ahora en las manos de una figura mítica.

Si bien es cierto que la agarradura remite inmediatamente al accionar de Pachamama, existen otras entidades que pueden provocarla, entre ellas figuran los espíritus de los cerros y de los bosques, los hormigueros, el aire y algunos árboles como la higuera o el urundé. La agarradura o pilladura en cualesquiera de estas circunstancias produce los mismos síntomas que la pilladura de la tierra y se origina también en desequilibrios mítico-religioso-rituales, en especial la trasgresión a prohibiciones que impiden pasar

por ciertos bosques, dormir bajo determinados árboles, caminar o sentarse sobre un hormiguero, entre otras. En cuanto a qué es lo que enferma las ideas varían según los informantes algunos hablan de espíritus del cerro, de los bosques, del árbol o del aire, mientras que otros señalan que son los mismos cerros, bosques, árboles o aires los que agarran. Vale decir las nociones oscilan entre una teoría etiológica que hace hincapié en el castigo impuesto por los seres míticos ante comportamientos inadecuados y una teoría etiológica que explica la enfermedad como resultado del comportamiento inadecuado en relación con otros seres y el mundo circundante.

El Diabolo también puede causar la agarradura como castigo, especialmente, se toma represalias con quien no respete el pacto con él realizado. De acuerdo con los nativos, algunos individuos realizan pactos con el Diabolo para obtener fortuna u otro beneficio, quienes a cambio deben realizar las acciones que el Maligno les solicita. Habitualmente, el demonio demanda sacrificios importantes a sus socios, tales como la entrega de familiares, muertes, etc. Si la persona no cumple con el pedido, violando el pacto, el Maligno se venga con la enfermedad o la muerte del trasgresor (Idoyaga Molina, 2002 b)

En el noroeste Argentino numerosas dolencias aluden a etiologías mítico-religioso-rituales, estos males se conocen con expresiones de raigambre diversa, incluso con términos biomédicos. Las denominaciones de los taxa aluden a los órganos enfermos (dolor de cabeza, corazón, etc.), a causas o efectos de un padecimiento (presión arterial, tos, derrame cerebral, etc.), nombres vernáculos (anginas, sopladura

agarradura, etc.) y entidades gnosográficas (pulmonía, tuberculosis, cáncer, etc.). Así, el origen de cualesquiera de los males mencionados puede encontrarse en el accionar contrapasístico o el castigo de Pachamama, de otros personajes, responder a la violación de un tabú y, lo que es más, pueden asignarse a la acción punitiva o compensatoria de los personajes míticos del catolicismo. Ello quiere decir que los santos y las vírgenes deben ser ofrendados en su día, los Reyes Magos el seis de enero, los domingos debe cumplirse el precepto de ir a misa, porque de otra forma las figuras ofendidas reaccionarán negativamente, incluido Dios. En este contexto, por ejemplo, una hemiplejia -precedida por un derrame cerebral- es explicada como resultado del incumplimiento ritual con los reyes magos, por no haber cumplido el dueño de las imágenes con la celebración del 6 de enero. Es común en el NOA la devoción a santos y vírgenes, que se concreta en un culto a las imágenes, las que pueden definirse como verdaderos ídolos ya que las figuras materiales no son representación sino la deidad misma. Los poseedores de las imágenes se consideran sus “esclavos”, en virtud de esta condición deben realizar una celebración en el día en que el calendario eclesiástico conmemora a la figura. El ritual incluye el rezo y, a veces, la procesión de la imagen, posteriormente, el esclavo ofrece una fiesta en la que convida comida y bebida a los rezadores. En ocasión de la celebración el “esclavo” de la virgen, del santo o del personaje mítico que fuere, agradece los dones recibidos con anterioridad y pide buena fortuna para el tiempo venidero. En estas oportunidades, la generosidad no sólo es bien valorada

sino también exigida por la deidad, es además un augurio propiciatorio para que la virgen, santo, rey mago o la entidad que fuere retribuya con abundancia (Idoyaga Molina, 2002 c).

Como dijimos la obligación de concurrir a misa es también una observancia que debe respetarse, de lo contrario el Dios Cristiano envía la enfermedad, otros infortunios y aun la muerte. Esta visión recoge las tradiciones del catolicismo -llamado, a veces, popular- las que implican una relación de reciprocidades entre el individuo y los seres míticos (Idoyaga Molina, 20002 c). Por otra parte, debe tenerse presente que en el antiguo testamento, Jehová es no pocas veces un Dios vengativo e irascible (Otto, 1965) y que la explicación de la enfermedad como castigo divino, así como la relación entre pecado y enfermedad ha sido también una creencia de las elites, que hoy sigue vigente incluso en algunas teologías protestantes y en las representaciones de creyentes de muy diversos sectores sociales (Cantón Delgado, 1996; Guerrero Jiménez, 1995; Idoyaga Molina, 2003; Viotti, 2003; Viturro, 1999).

Entre sectores populares de Argentina, la enfermedad y otros infortunios suelen derivar del incumplimiento de una promesa hecha más comúnmente a vírgenes y santos -populares u oficiales- y, menos frecuentemente al Dios Creador. En lo que hace al ámbito de la enfermedad, las promesas se realizan habitualmente con fines terapéuticos y eventualmente preventivos. Es común, que las madres prometan a alguna virgen o a un santo, participar año tras año de la procesión y/o peregrinación hecha en honor de alguna deidad, a cambio de que la figura sane al niño, quien en su carácter de “promesado” debe

participar de la celebración al personaje mítico en reconocimiento y como contraprestación a la salud y/o protección otorgadas. A diferencia de los niños, los adultos hacen las promesas para sí y de obtener la salud deben cumplir con el requisito de participar de la celebración anual a la virgen o al santo. Las figuras elegidas para realizar las promesas son tenidas por milagrosas y habitualmente escogidas entre las predilectas del enfermo o del familiar que pide por un niño. Vírgenes y santos otorgan salud o bonanza a cambio de que la persona participe de las celebraciones o realice las acciones con las que se ha comprometido. Entre los seres míticos y las personas se establecen pactos de reciprocidad que ambos deben observar. En el caso de que la persona incurra en una falta, se genera un desequilibrio ritual que es punido por la deidad causando la enfermedad o quitando el bien que hubiera otorgado (Idoyaga Molina, 2002 b y c). En el área de Cuyo, se suele solicitar a vírgenes y santos -tanto reconocidos por la Iglesia católica como populares- ayuda para superar problemas particulares, ocasión en la que el solicitante además de prender velas hace una promesa a la deidad, que deberá cumplir como contraprestación cuando la demanda se haya satisfecho. Los motivos de pedidos y ruegos giran habitualmente sobre temas de salud, de trabajo, de familia y de pareja. Si el bien es otorgado y el individuo no cumple su promesa, la deidad se venga quitándole lo que la persona hubiera recibido. En relación con las teorías etiológicas de enfermedad, si el don otorgado es la curación de no cumplirse la promesa, el padecimiento de la misma dolencia, es el castigo. En este caso,

también una interacción regida por la reciprocidad funda las relaciones entre el individuo y las deidades (Idoyaga Molina, 2002 b y c).

En definitiva, las ideas religiosas sobre las causas de enfermedad y los efectos terapéuticos dan la clave para entender los comportamientos de los individuos de cualquier sociedad en la atención de su salud. En relación con el tema, Laplantine (1999: 117) señala como las creencias religiosas de las sociedades islámicas, que definen a la enfermedad como ausencia o pérdida de elementos, permiten comprender porque los individuos pertenecientes a la población magrebí, al ser hospitalizados continúan representándose al buen terapeuta como aquel que da y agrega y no como el que extrae -sangre, un órgano, etc.- y por qué el enfermo que recibe sanará mejor que aquél a quien se suprime algo.

Volviendo al ámbito de la Argentina, el Diablo también puede ocasionar dolencias físicas, la demencia y la “solitud” -mal que se expresa especialmente en las actitudes del doliente como pérdida de la sociabilidad y de la capacidad de interactuar con otros miembros de la comunidad en forma adecuada. Es interesante destacar, que la “solitud” es una enfermedad que no se manifiesta como desequilibrio físico sino como desequilibrio social, siendo el origen mítico-religioso-ritual. Estas situaciones de enfermedad suelen originarse cuando el individuo fracasa en la concreción de las pruebas que debe realizar para sellar el pacto hecho con el Diablo y en caso de no cumplir con el trato. Entre los motivos del pacto figuran el deseo de obtener dinero, fortuna en el amor, suerte en el juego, atributos notables en la ejecución de instrumentos musicales, en la

danza y otros. Para adquirir el don, el individuo debe realizar siete pruebas cada vez más terribles y entregar su alma al Diablo. De forma similar a lo referido en relación con el NOA, quienes desisten del pacto o de las pruebas -que pueden involucrar el asesinato de parientes cercanos- se enferman o mueren en represalia (21).

Nociones similares a las descritas son tenidas como marcos explicativos de la enfermedad en México. De acuerdo con Barabas las enfermedades no naturales nunca son concebidas como casuales sino como resultado de una intencionalidad de un ente sagrado o de un humano. En el primer caso, la tona o entidad anímica queda atrapada donde mora y rige un dueño. Esto sucede porque se incursiona en lugares sagrados, que son peligrosos si no se ingresa con la debida preparación (abstinencias), actitud (respeto y sinceridad) y dones (ofrendas). La ruptura de las reglas de respeto y reciprocidad fundamentan la acción de los dueños causando enfermedad (2002: 11). El espanto es uno de los males que pueden causar los dueños cuando raptan el alma, esta dolencia se diferencia del susto, según la autora, que implica sólo la pérdida del alma (Barabas, 2002: 13).

La idea de enfermedad como castigo a faltas y trasgresiones cometidas aparece también entre las sociedades indígenas del Gran Chaco. Entre los Mataco o *Wichí* cuando el indígena desperdicia los bienes obtenidos de la pesca o simplemente, sin intención, pierde un pez ya capturado, los seres míticos que habitan en el fondo del río, los *chutéj*, le envían dardos envenenados que no sólo causan la dolencia sino que son la enfermedad sustancia en sí (Califano, 1974). Entre los Pilagá,

de no respetarse las normas que regulan las actividades cinegéticas, ictícolas y de recolección vegetales y mieles silvestres, las figuras míticas, los dueños de ámbitos y de especies animales, entre otros infortunios castigan con la enfermedad al infractor. Cazar en exceso herir a la presa sin matarla y no dar el cuidado correspondiente a los restos no comestibles del animal -huesos, plumas, etc.- son todos hechos sancionables. La punición es independiente de que el individuo fuere consciente (o no) de haber asumido una conducta impropia. En muchos casos la persona debe consultar al shamán para averiguar cuál es el motivo de su enfermedad o de su incapacidad en la caza o la pesca o la actividad que fuere. Es a través de esta consulta que descubre algún comportamiento impropio que ha dado origen a su infortunio (Idoyaga Molina, 1995).

Entre los Ayoreo del Chaco Boreal la inobservancia de las prescripciones impuestas en el tiempo primigenio por los seres míticos sobre el trato que debería dispensárseles a ellos mismos o a otros fenómenos que ellos explicitan, tiene como compensación el castigo propinado por la deidad (Bormida, 1984; Idoyaga Molina, 1979/80), que envía la enfermedad y la muerte u otra clase de infortunio.

Es también común en las sociedades indígenas sudamericanas que las deidades castiguen al individuo mediante el rapto de las entidades anímicas, hecho que conduce inevitablemente a la muerte de no mediar una eficaz y poderosa terapia shamánica.

Por otra parte, la actitud de los seres míticos fundada en el contrapaso -incluyendo figuras de menor jerarquía- es común en las tradiciones

occidentales. Por ejemplo, según el folklore rumano, las hadas son seres ambivalentes y castigan con enfermedades a las personas que las vendan o no respetan otras prohibiciones (Eliade, 1977: 125). En España, entre la población rural de Andalucía, las etiologías de las enfermedades incluyen, entre otros factores, a seres espirituales (Rodríguez Becerra, 1996: 532).

En la tradición Judeocristiana se suele explicar la enfermedad como castigo divino y consecuencia del pecado, ya se trate de una posesión demoníaca o del sufrimiento de una enfermedad como consecuencia de acciones pecaminosas. En la Europa medieval y moderna los tratadistas instruidos y las elites intelectuales consideraban al pecado como causa principal de enfermedad (González de Fauve, 1996: 96). Hoy en día, entre los sectores populares de Andalucía se advierte esta tradición, aunque las explicaciones concretas cuando se señala quien ha pecado y ha sido castigado por Dios generalmente acusan a miembros de minorías y extraños (Rodríguez Becerra, 1996: 532). Entre los sectores rurales de Argentina los pecados capitales se asocian a diversas enfermedades; la lujuria a la agarradura producida por el Diabolo, ya que el tiempo de carnaval es un lapso de desenfreno sexual e inobservancia de reglas; si el empacho resulta de comer en exceso connota la gula; la cólera se relaciona con el padecimiento de nervios, la envidia con el mal homónimo y la brujería, esta última en virtud de que sentimientos de envidia llevan las mayoría de las veces a causar por sí mismos enfermedad o a solicitar a algún especialista la realización de un daño; la avaricia y la pereza se asocian a la sopladura, la agarradura y a las dolencias que

se originan en las inobservancias o mezquindad de las ofrendas; la soberbia se liga a pactos con el Diablo y el individuo corre los mismos riesgos de infortunio, enfermedad y muerte que en cualquier caso de pacto, con independencia de los motivos que llevan a concretarlo (Idoyaga Molina, 2003: 69-84).

En occidente hasta el siglo XVIII se ha pensado que las pasiones -como lo opuesto a la razón- son fuentes de enfermedades a causa de los quebrantos corporales que suscitan, así se consideraron los pecados capitales y otras pasiones definiendo los males que provocan. La envidia es causa de ictericia y de insomnio; la pereza trae letargias, languideces y parálisis; la ira es motivo de sofocaciones, ebulliciones de la sangre e inflamaciones pectorales; el miedo ocasiona las palpitaciones y los síncope; la vanidad es causa de las locuras; la avaricia y la tiña traen la sarna; la crueldad causa los cálculos; la tristeza del escorbuto; la calumnia y las noticias falsas difundieron el sarampión, las viruelas y la púrpura, los celos producen gangrenas, peste y furor (Le Breton, 1998:107-108).

En las iglesias cristianas contemporáneas la enfermedad se asocia continuamente al pecado en representaciones de grupos sociales diversos que van desde sectores urbanos y educados hasta campesinos de escasa instrucción, la enfermedad puede entenderse como una advertencia enviada por Dios para que el individuo abandone su vida de pecado o puede ser simplemente resultado directo del pecado y la vida disipada (Cantón Delgado, 1996: 469, 471-72).

Dejando de lado el castigo, la pura malignidad de los seres míticos se advierte en diversas teorías

etiológicas que refieren la acción del Diablo. Entre población rural de España se piensa que la enfermedad es un demonio que se introduce en el cuerpo, según el lugar de la intromisión cambian las denominaciones del padecimiento. Así, si el espíritu maléfico se oculta en los alimentos, la dolencia se llama mal de bocado; si se vale de un toque personal, mal de contacto; si se incorpora por el aliento, mal de aire; y si se vale de los rayos de luz, mal de ojo (Mariño Ferro, 1996: 423-24). La conexión entre la acción del Diablo (o espíritus demoníacos) y el padecimiento de mal de ojo ha sido mencionada también por otros autores en relación con las creencias en Calabria, España y el norte de África (Appel, 1976; Teitelbaum, 1976).

En el noroeste argentino la referida agarradura puede no deberse a una conducta impropia, sino a la pura malignidad del Diablo. Esta figura suele dañar a cualquier persona por pura malignidad, vale decir sin que medie un pacto los hombres suelen ser víctimas de su accionar, con este fin se apropia de la entidad anímica, causando distintos malestares orgánicos, demencia y la dependencia de la víctima (Idoyaga Molina, 2002 c). En ciertas circunstancias, es el Diablo quien guía los actos del enfermo y, algunas veces, lo lleva al suicidio (Balzano, 1995).

Las posibilidades de que un incauto caiga en poder del Diablo aumentan en carnaval, lapso dominado por el demonio y en el que su presencia entre la gente no sólo es permanente, sino que además es convocada por los hombres a través de la ceremonia de desentierro. Desde este punto de vista, el individuo atrapado por el Diablo aun siendo inocente e incapaz de realizar un pacto, es

víctima de un desequilibrio ritual operado por los hombres al instalar un tiempo en que las personas van ser tentadas y asechadas por el demonio. En este caso, la agarradura se liga con la calificación del tiempo que trae el carnaval, el cual puede definirse como un lapso ritmado por la presencia del Diablo y, por ende, peligroso, se trata de un período de exceso o de desequilibrio, en el se admiten comportamientos inadecuados en otras circunstancias. Es el manejo que los hombres hacen del tiempo ritual lo que los expone en grado sumo al accionar del Maligno. De todos modos, la intención nefasta del demonio es siempre un dato y se hace ostensible cuando daña y mata en virtud de su mero placer (Idoyaga Molina, 2002 b). En cuanto a las representaciones del cuerpo y el modo en que se contrae la agarradura, las aberturas tienen un papel primordial, pues comunican el interior del sujeto con el mundo externo. Concretamente, en este caso, el demonio extrae la materia anímica en el aliento a través de la boca. En este sentido, las concepciones sobre la intromisión de la enfermedad tienen cierta semejanza con las recogidas por Mariño Ferro (1996) en España, recién mencionadas.

Entre los Jíbaro, los espíritus son responsables de muchos males cuando el modo de transmisión está rodeado de misterio, así por ejemplo la Anaconda causa la enfermedad que lleva su nombre *-panki-* (Descola, 2005: 232).

Entre los Mataco las deidades *aját* poseen al individuo causándole enfermedades y otros infortunios, la identidad del ser mítico que ha desencadenado la posesión se advierte en el comportamiento del poseso que se vuelve agresivo si está dominado por el señor de los jaguares,

se deja mecer al viento si se trata del señor de las palmeras y así sucesivamente. Las entidades míticas también generan dolencias optando por el rapto del alma (Califano, 1974).

De acuerdo con las teorías etiológicas Pilagá, algunos seres míticos causan enfermedad por pura malignidad, tal es el caso de *Tawó* (lit. sangre). Este personaje ataca la persona sustrayéndole todo el fluido vital (Idoyaga Molina, 1985 a). La misma intencionalidad negativa se atribuye a Gripe, Sarampión, Viruela, personajes enfermedades que se introducen en la corporalidad del individuo originando diversas dolencias. La identidad del personaje se reconoce por los rasgos físicos que presenta el enfermo (Idoyaga Molina, 1985 a). Las deidades también pueden robar el alma del sujeto con fines canibólicos, el mal se manifiesta en este caso como un deterioro generalizado que conduce inevitablemente a la muerte de no mediar la recuperación de las entidades anímicas en forma rápida y efectiva (Idoyaga Molina, 1994).

Aunque Murdock no distingue entre castigo y desborde de poder involuntario de la deidad, cabe resaltarse que la categoría denominada por el autor “agresión de un espíritu” -entendida como la atribución de la enfermedad a la acción directa hostil, arbitraria o punitiva de un ser sobrenatural malevolente o agraviado (1980: 20) aparece en todas las sociedades de la muestra con la excepción de un grupo (1980: 22- 26). Con ello queremos resaltar que se trata de una teoría generalizada.

En ciertas circunstancias la relación con los personajes míticos es causa de enfermedad sin que medie la voluntad de los mismos. No obstante,

al parecer se trata de una teoría menos difundida que las anteriores -venganza y malignidad. Así, entre los Anisihinaabe, los individuos deben cumplir con las promesas hechas a los seres míticos y con las obligaciones que estos imponen a los hombres, tales como celebrar una fiesta anual o preparar o ofrendas, si el compromiso no es observado o realizado sin propiedad sobrevienen enfermedades y otros infortunios, aunque no como resultado del castigo de los personajes (Garro, 2000: 327-328), aclarando la autora que las deidades no punen conductas desviadas (Garro, 2000: 329). Entre los matakoko o *Wichí* del Chaco Central Venus o *Katés Lokwetáj*, una entidad mítica descrita como una hermosa mujer, puede ocasionar intencionalmente daño a quien se quede extasiado mirando la estrella, al desprenderse el alma del individuo tras la mera observación (Califano, 1974).

Los muertos son tenidos como fuentes de enfermedad en sociedades muy diversas, tanto se perfilan como muertos terribles y peligrosos, como seres que extrañan y son extrañados por los vivos y, que por lo tanto, con clara voluntad o casi sin intención ocasionan dolencias y aun la misma muerte.

El taxon conocido como aikadura en el noroeste argentino ilustra el papel de los muertos en la etiología de la enfermedad. Existen distintos modos de contraer el mal, en el caso de los niños éste resulta de la violación del tabú que impide a las mujeres grávidas estar en contacto con los muertos, vale decir ir a velorios, visitar el cementerio, etc. Al quebrarse esta prohibición la madre no sufre padecimiento alguno pero el niño nace "aikado". Dolencia que es evidente

en el retraso del crecimiento, en la imposibilidad de caminar, en los problemas motrices, en la falta de tonicidad muscular y otros defectos y carencias como la sordera, la mudez y la ceguera. Entre las manifestaciones se mencionan también el decaimiento, la diarrea y los vómitos. La etiología en última instancia resulta del poder contaminante de los muertos que transmiten su estado, podríamos decir por contagio, a través de su olor putrefacto. No se trata siempre de una actividad intencional del difunto, sino de la violación de un tabú, cuya trasgresión provoca la reacción prácticamente de manera inmediata, con independencia de que la falta fuera un acto voluntario o no de la madre (Idoyaga Molina, 2002 b y c). Suele decirse que los niños no bautizados están más expuestos a sufrir la aikadura y otras enfermedades (Idoyaga Molina, 2002 b y c). Idea que también aparece en México (Foster, 1994; Lagarriga, 1999).

Los adultos también pueden aikarse aunque el mecanismo por el que se contrae el mal es diferente. De acuerdo al punto de vista de los nativos, cuando las personas recelan de los muertos y piensan atemorizados en ellos o cuando añoran su compañía, captan la atención de los muertos, quienes entonces originan la dolencia de los vivos que se han conectado con ellos a través del pensamiento y las emociones. En estas circunstancias, la enfermedad es resultado de un juego de intenciones y sentimientos: por un lado, la voluntad del muerto de enfermar y matar a la gente y, por otro, las dudas, pensamientos, añoranzas y temores de las personas que dan cabida al accionar del difunto. En este tipo de aikadura, es el adulto quien genera el espacio emocional

que posibilita a los muertos dañar a los vivos. La condición de aikado se revela especialmente en el adelgazamiento y en la pérdida paulatina de la energía vital (Idoyaga Molina, 2002 b y c). Los muertos también pueden ocasionar el mal conocido como sopladura, este se trasmite como una emanación que penetra al individuo cuando este transita por entierros, excava o se lleva materiales de tumbas arqueológicas. Los antiguos -modo en que denominan a los restos de tiempos prehispánicos depositados en urnas- castigan el comportamiento inadecuado enfermando a quien haya profanado sus sepulturas. Los muertos antiguos penalizan a los infractores a través de emanaciones que producen la sopladura. La exposición es más riesgosa si la infracción se comete en una mala hora (22) (Idoyaga Molina, 2002 b y c). El padecimiento del mal es independiente de la intención del individuo, quien puede sin conocimiento aproximarse, sentarse, excavar o perturbar las tumbas de los antiguos. La falta cometida provoca de todos modos la inmediata reacción de los muertos (Idoyaga Molina, 2002 b y c).

El mal conocido como aikadura en Argentina y Bolivia –resultado del contacto con el cadáver, los cementerios y los velorios- no es otra cosa que la enfermedad popular conocida como sombra en España (Lizon Tolosana, 1987: 107, 112-14), aire del muerto o mal del muerto en Perú, emanaciones del muerto o de la huaca en Ecuador, hielo del muerto en Colombia, aire del muerto en El Salvador, mal aire o cangrena en México (Bianchetti, 1996: 185-194; Foster, 1994: 72-73, Idoyaga Molina, 2002a: 166-71; Lagarriga, 1999: 164; Muñoz Bernard, 1992:

257, 344-45; Palma, 1978: 147-48; Sturzenegger, 1999: 263-266; Valdizán y Maldonado, 1922: 91-101).

En la región de Cuyo, los duendes, vale decir las almas de los fetos que fueron abortados, se vengan de la progenitora causándole enfermedad (Krause, 1995b). Dada la valoración negativa del aborto, la actitud del duende puede entenderse como una justa compensación, como una mera aplicación del contrapaso.

Concentrándonos en sociedades indígenas, entre los Pilagá existe la idea de que los recién nacidos que son objeto de infanticidio tratan de vengarse de la progenitora causándole enfermedad y muerte (Idoyaga Molina, 1982). Entre los Anishinaabe algunas enfermedades se originan en el deseo de los muertos de reunirse con otros miembros de la familia, usualmente un niño. La persona suele reaccionar ante los deseos soñando con el muerto (Garro, 2000: 325-26). Como nota la autora el deseo del muerto de unirse a un miembro viviente no cabe en las categorías de Murdock (Garro, 2000: 330).

Entre los Jíbaros, los niños sufren de enfriamientos por entrar en contacto con la sombra helada de un muerto (Descola, 2005: 230). Además el alma del muerto puede poseer y, así, enfermar a un niño deliberadamente (Descola, 2005: 231). Entre los Pilagá, los muertos tanto por añoranza como por intenciones malignas raptan las almas de los vivos causando enfermedad y muerte. Por un lado, existe una intencionalidad negativa en los muertos que acceden durante la noche al plano terrestre con deseos nefastos de cobrar víctimas humanas (Idoyaga Molina, 1985 a) y, por otro, los muertos pueden traer enfermedad

y aun causar la muerte por añoranza de los seres queridos, una amada esposa o esposo, suelen presentarse en los sueños y lograr que el alma sombra del viviente siga al muerto hasta el submundo (Idoyaga Molina, 1980).

Los muertos también causan enfermedades entre diversos grupos indígenas de Sud América, tales como los Mataco (Califano, 1974), los Toba (Miller, 1975 y 79), los Chorote, los Chiriguano, los Chulupí, los Chacobo (Idoyaga Molina, 1988 b) y los Ayoreo (Idoyaga Molina, 1990 d)

Hablamos de etiologías de enfermedad que refieren violaciones de tabúes, preceptos morales, fallas de reciprocidad en las conductas, inobservancia de comportamientos adecuados atribuyendo la enfermedad al accionar de deidades intencionadas, vale decir que nos resta atribuir la enfermedad a la reacción de un poder que no depende de un ser intencionado. Cuando hablamos de este tipo de poderes aludimos a nociones como la de mana y a poderes específicos, por ejemplo, la potencia calor o al poder sagrado de cada casta en la India. Pretendemos plantear una categoría amplia que integre variantes diversas sobre los mecanismos que originan el mal (23). Entre los Anishinaabe con la expresión *ondjine* se refiere a males que resultan de transgredir las normas de respeto con las que el individuo debe dirigirse hacia otros seres animados. La infracción puede ser no voluntaria y descubierta tiempo después de que ocurriera, incluso los hijos pueden sufrir por lo que han hecho los padres (Garro, 2000: 327). La *ondjine* admite a causas variadas por ejemplo puede devenir por no darle un nombre nativo a un niño. Hecho que

muestra la falla de los padres en cumplir con sus responsabilidades (Garro, 2000: 327). El mal se origina también como resultado de no respetar las relaciones que deben tener hombres y animales. En este contexto, se entiende que la enfermedad puede resultar de herir o matar un animal por deporte, por usar un pequeño trozo de la pieza y dejar que el resto se pudra. Además, cuando un cazador hiere un animal y este escapa, el hecho mismo puede acarrear el sufrimiento de una dolencia (Garro, 2000: 328).

Como se advierte, las ideas sobre algunas etiologías de enfermedad de los Anishinaabe son en más o en menos similares a algunas que aparecen en el Gran Chaco -desperdiciar la presa, perderla, cazar en exceso, con fines no alimentarios. Sin embargo, hay una diferencia sustancial: entre los Pilagá y los Mataco son las deidades las que castigan la conducta del infractor, mientras que entre los primeros el hincapié está puesto en la obligatoriedad de los comportamientos en relación con los seres animados.

Entre los Pilagá del Chaco Central durante la gravidez ambos progenitores deben observar una pléyade de proscipciones, muchas son de carácter alimentario. De no cumplirse con ellas el vástago nacería enfermo. Así por ejemplo, de consumirse cervatillos o conejos el niño padeería de "ataque" (epilepsia); la carne de pato traería enfermedad intestinal y otras vituallas diversos infortunios no solo enfermedad (Idoyaga Molina, 1976/77: 88). Entre los Mataco o *Wichí* también del Chaco, durante el embarazo son interdictos numerosos comidas y acciones, la inobservancia de algunas produce la enfermedad del vástago, tal como sucede si los padres se ali-

mentan con carnes de armadillos o provenientes de la pesca (Idoyaga Molina, 1978/79: 148).

En relación con la observancia que deben cumplir las mujeres menstruantes entre los Pilagá un mito ejemplar da cuenta de los cambios habidos en una mujer que transgredió la norma y como resultado tras consumir carne luego se alimentó con carne cruda y finalmente, cometió antropofagia, puesto que había perdido su condición de humana para transformarse en *payák* -condición existencial de la otredad- que fundamentó su eliminación por parte de los hombre (Idoyaga Molina, 1985 b), lo que nos muestra la idea de enfermedad como transformación ontológica y su relación con la muerte.

Al igual son numerosas las observancias entre los Guaraníes (Bartolomé, 1991; Remorini y Sy, 2002) y en muchas sociedades en ocasión de la *couvade* son numerosas las restricciones que ambos progenitores deben observar, algunas de ellas de carácter alimenticio, a las que se agregan otras actividades a medida que se acerca el alumbramiento.

En un ámbito muy diferente como lo es la población rural de Andalucía fuerzas espirituales no personales son también causa de enfermedad (Rodríguez Becerra, 1996: 532).

Podríamos incluir en este punto también la demencia de Electra que se origina en la falta moral cometida por los miembros de su linaje que no han vengado la muerte de su padre, como lo exige la norma (Idoyaga Molina y Ziaurriz, 2000).

Finalmente, la violación de tabúes y la trasgresión de preceptos morales sin que medie la intervención de un ser mítico es causa de enfermedad

en 157 sociedades de las 186 consideradas en la muestra de Murdock (1980: 22-26).

En relación con la categoría de destino no creemos que todos los ejemplos propuestos por Murdock (1980: 17-18) sean causas “sobrenaturales”, en especial nos referimos a la inclusión de las influencias astrológicas entre los antiguos romanos, que eran -para la medicina occidental de esa época y para los actores- causas naturales. Más allá de que muchos siglos después la biomedicina haya dejado de considerar la influencia de los astros entre las etiologías de la enfermedad, entendemos que no es correcto corregir las teorías émicas nativas de acuerdo con los cambios habidos en la teoría biomédica.

No obstante, el destino ligado con la acción de la deidad, por el contrario si cabe plenamente en las teorías que aluden al poder/acción de los seres míticos. En este sentido, el Dios cristiano interviene en la etiología de la enfermedad bajo la forma de “destino”, al menos en las tradiciones occidentales (Laplantine, 1999: 79).

En el contexto de la re-figuración de las terapias ligadas con el yoga, entre sectores medios y altos de Buenos Aires, aparece nuevamente la idea de destino en el contexto de las concepciones religiosas asociada con las teorías etiológicas de enfermedad en particular con las nociones de karma y dharma. En la visión oriental, se entiende al karma como error o ignorancia y al dharma como el conocimiento individual de lo que a cada sujeto le corresponde hacer para superar el ciclo de reencarnaciones. Este deber hacer es independiente de toda connotación moral como lo nota uno de los mitos fundantes de la práctica del Yoga en la India, en el que el

personaje central -reencarnado como guerrero- debe matar a sus parientes para cumplir con su dharma, acción que concreta, progresando en el camino de su liberación. De no cumplir con su dharma, su conducta por error hubiera generado materia kármica, que al atarlo a la existencia hubiera prolongado la rueda de las reencarnaciones. Desde esta perspectiva, la existencia implica en sí misma el padecimiento de enfermedades que suponen la materia kármica (Saizar, 2009; Saizar e Idoyaga Molina, 2008). En este sentido, la enfermedad en la vida actual puede originarse en el karma acumulado en vidas anteriores, no solo en las acciones de la vida presente.

En el contexto de re-figuraciones habido en Argentina, el karma suele adquirir connotación moral, así en lugar de ignorancia o error se habla de mal y de acciones negativas más allá de que hubiere intencionalidad de conciencia o no, de este modo se acerca el concepto de karma al de pecado que trae enfermedad. Desde esta perspectiva, la enfermedad padecida se relaciona con la acción negativa que generara el karma en cuestión (Saizar, 2009).

En las concepciones orientales también la suspensión o abandono de las prácticas de relajación, respiración y meditación ponen en riesgo al individuo de sufrir alguna enfermedad por la perturbación del fluir energético que tales prácticas facilitan. No se trata del castigo de una entidad mítica, ni de la reacción prácticamente mecánica de un poder ante la violación de un tabú, sino de los riesgos que supone abandonar los comportamientos -abalados por las creencias religiosas- que garantizan la salud.

Como se advierte las etiologías mítico-religioso-

rituales incluyen causas diversas, tales como el accionar intencional de los personajes míticos, -ya fuere por pura malignidad o como castigo, así como los desbordes de poder de las deidades que pueden dañar más allá de su voluntad-; el castigo a la violación de tabúes y a normas prescriptas, la enfermedad como resultado el comportamiento inadecuado en relación con otros seres y el mundo circundante; los estados emocionales de los muertos en relación con los vivientes -incorporando tanto sentimientos de cariño y añoranza como intención dañina-; el accionar de fuerzas llamadas en la bibliografía habitualmente impersonales -como por ejemplo el mana o las potencias específicas, entre las que se destaca la energía; el comportamiento guiado por el error y la ignorancia, por ejemplo en la actuación de los deberes religioso morales (dharma).

### **Conclusiones**

Las categorías propuestas emergieron como reflexión con soporte en el conocimiento etnográfico, el que también privilegiamos para ilustrar las categorías en cuestión, en reemplazo de las tradicionales muestras. Si bien la lógica de las muestras en este tipo de tema aparece en un primer momento como la más adecuada, el análisis -por ejemplo- de la muestra de Murdock nos revela también los límites de las mismas, en cuanto cualquier error se convierte en insalvable. Téngase presente la confusión entre la yetatura y el mal de ojo en Italia, la decisión de no incluir las manifestaciones de mal de ojo/brujería que no coincidieran con su definición *apriori* del fenómeno -el caso de la Maya Quitché, Fulani,

María Gond, Samoyedos y Orokaiva (1980: 37)- y en general la tendencia a proyectar sobre otras culturas premisas ontológicas y abstracciones categoriales derivadas del pensamiento occidental. La utilización del conocimiento etnográfico propio al que se suma el producido por distintos autores tiene la ventaja de incluir teorías etiológicas tal como son pensadas por los grupos sociales y nativos, cuyos marcos explicativos como hemos mostrado en muchos casos quedan fuera de las categorías supuestamente universales de las muestras. Como desventaja señalamos el número más limitado de sociedades incluidas en los ejemplos, hecho que se podría corregir alargando los datos que ilustran a las diversas categorías, solución a la que renunciamos por problemas de espacio.

Por otra parte, la exposición nos ha mostrado que algunos taxa de enfermedad admiten varias etiologías, incluso algunas radicalmente diferentes, tal como sucede con el mal de ojo y los nervios, entre otras. Esta constatación es de relevancia pues supera las categorías dicotómicas planteadas en las propuestas de Murdock y Foster -y del resto de los autores mencionados- lo que equivale a decir que si la etiología de una enfermedad es natural no puede ser sobrenatural o personalista, si es mágica no puede ser de otro tipo en el contexto de lo sobrenatural y así sucesivamente. Sin embargo, como vimos, por el ejemplo, el mal de ojo admite causas naturales -naturales en la terminología de Murdock y de Foster-, que de todos modos ninguno incluyó. En el caso de Murdock por sus prejuicios teóricos en la definición de brujería, mientras que en el caso del segundo -si bien posteriormente notó

este tipo de causalidad -(Foster, 1994)-, en su trabajo de 1976 incluyó el mal de ojo solo en las teorías personalistas. En lo que hace a la categoría que denominamos desequilibrios mítico-religioso-rituales (agresión de un espíritu en la terminología de Murdock y personalistas en la de Foster) incluimos el mal de ojo cuando refiere el poder intencional de una deidad, casuística que Murdock también deshecha por sus prejuicios teóricos, dejando de lado los ejemplos sobre la India aportados por Maloney (1976b) y el caso de los Mbau Fijians citado por el propio Murdock como ejemplo de lo que no consideró (*ibidem*). Finalmente, el autor tampoco incorporó las causas mítico-religioso-rituales cuando se invoca el poder de un objeto o de un animal como sucede en la India (Maloney, 1976b: 108-109)-, careciendo de categoría equivalente en su propuesta. Otra teoría que no fue contemplada es el daño no producido intencionalmente por una deidad, que excede el concepto de agresión de un espíritu murdockiano.

Con los ejemplos mencionados advertimos que la multiplicidad de causas de un solo taxón puede hallarse aun en un solo sistema médico, aspecto que no se había tenido en cuenta.

Hemos mostrado, además en los ejemplos dados, la complejidad de las teorías etiológicas de los taxa que alguna vez fueron aceptadas por la medicina académica oficial y/o las elites sociales e intelectuales de Occidente, no solo como se advierte en el caso del mal de ojo o de los nervios, sino también en el del susto. Mal reconocido en la filosofía tomista y por las elites españolas de la época de la Conquista, cuando la experiencia de pánico incluía necesariamente

la pérdida del alma o espíritu y un cuadro de decaimiento, insomnio, inapetencia o problemas de alimentación, intranquilidad, dolores de cabeza o de estómago y en los niños también diarrea, vómitos, llanto e inestabilidad. Mientras que en el folclore español actual solo implica la vivencia de temor y las manifestaciones ya mencionadas. Cabe mencionar que en Argentina aparecen las dos explicaciones -con y sin pérdida del alma- ilustrando dos manifestaciones significativamente diferentes, que se convierten en dos teorías etiológicas diversas, en el caso de los niños cuando la pérdida del alma no proviene del temor, vale decir de una causa emocional, sino del hecho de que el alma permanece en el lugar en que se dejó la materia fecal o el orín del niño, revelando así como causa al desequilibrio entre las entidades que integran al viviente. Por otra parte, como ya dijimos en México el susto puede deberse al rapto del alma realizado por un personaje mítico, remitiendo en este caso a una etiología mítico-religioso-ritual, esto es la agresión de un espíritu en términos de Murdock y una tercera teoría sobre la causa de la enfermedad. Es una lástima que Rubel y los miembros de su equipo no supieran que el susto o espanto era una enfermedad popular muy reconocida en Italia (De Martino, 1954), que también aparece actualmente en España y que la versión de los ladinos mexicanos recogida por los autores es un calco de la creencia española de elite de la época de la conquista. Hecho que nos muestra un proceso de popularización de saberes de elite en las Américas, disímil al español, cuya folklorización incluyó la pérdida del alma, importada a Argentina por los inmigrantes.

Murdock (1980) no incluyó las explicaciones sobre el susto en sus teorías etiológicas de enfermedad y como ya lo notó Garro (2000), las concepciones que ella recabara en México no caben en las categorías de Murdock. En lo que hace a Foster (1976), sobre la base de materiales recabados en México que siempre involucran la pérdida del alma o espíritu, incluyó al susto entre las teorías personalistas, dejando de este modo sin explicar las actuales manifestaciones del susto en España, Italia y Argentina, que hacen a factores emocionales sin desequilibrios entre las entidades que conforman las personas y que, por ende, responden a causas no personalistas o naturales en términos del propio Foster (1976). Hecho que nos alerta sobre la minuciosidad etnográfica e histórica con que deben ser analizados los taxa que tienen gran profundidad histórica y notoria expansión geográfica en virtud de la variabilidad de sus teorías, tal como sucede con el mal de ojo, el susto, los nervios, el mal aire, etc. Anteriormente, criticamos a Murdock por la falta de homogeneidad de su muestra que incluye sociedades nativas actuales, naciones contemporáneas y sociedades históricas. Ahora queremos notar que a pesar de considerar etiologías históricas del imperio babilónico o egipcio no tomó en cuenta los datos que revela la historia de las teorías médicas occidentales, que le hubieran permitido, por ejemplo, incluir las creencias de los Maya-Quiché en lugar de dejarlos de lado y no equiparar el mal de ojo con la brujería, así como tomar conciencia de los múltiples procesos de refiguración que supone el contacto interétnico. Más en general, queremos llamar la atención

sobre los alcances y límites del análisis de las teorías etiológicas de enfermedad o las creencias médicas de las sociedades indígenas y mestizas de Ibero- América, ignorando el conocimiento de las teorías académicas del tiempo de la colonización que dieron origen a procesos de popularización en América diferentes a los de la metrópoli -como ya mostró Foster (1994)- y del folklore español, como ya lo mencionaron Redfield y Villa Rojas (1934). Como señalamos en la introducción las teorías etiológicas varían a veces de región a región, de sociedad en sociedad y las que fueron reconocidas por la biomedicina o las élites occidentales tornan compleja la categorización puesto que no pueden adscribirse a una sola categoría.

El desinterés por los aspectos históricos de los contenidos de ciertos taxa de notoria profundidad temporal llevó a Murdock a diferentes errores como considerar el origen nahua (Azteca) independiente del mal de ojo, cuando sus manifestaciones incluyen todos los tipos de teorías que hemos señalado, las que además reproducen las teorías médicas de elite de la España del siglo XVI. Lo mismo puede decirse sobre los Aymara de Bolivia, donde según el autor existe la brujería, aunque las creencias del mal de ojo revelan las tradiciones españolas. Podríamos seguir con otros grupos americanos con 500 años de contacto, pero los ejemplos mencionados nos parecen suficientemente ilustrativos.

Cambiando de categoría y centrándonos en la de destino propuesta por Murdock (1980) ya vimos que no todos los contenidos incluidos en la misma remiten a creencias cualitativamente homogéneas y que consiguientemente no forman

parte de un conjunto. En efecto, Murdock (1980: 17-18) integra la categoría de destino entre las causas sobrenaturales, sin embargo nuevamente la falta de conocimiento histórico, en particular sobre las teorías de la medicina humoral vigentes en la antigua Roma le juegan una mala pasada ya que el autor conceptualiza como sobrenaturales a las influencias astrológicas, que eran en ese entonces parte del saber médico académico. De acuerdo con el saber romano, la posición de los astros y las conjunciones determinaban el proceso de enfermedad, ocasionando las crisis de la misma, y el resultado y salida de tal crisis ya se tratara de la recuperación o de la muerte del paciente. También era parte de esa ciencia la expresión “temperamento lunático” para dar cuenta de los cambios de conducta y de humor que padecían las personas más sensibles a la influencia de la luna, cuyos aspectos sobresalientes se radicalizaban cuando estaba la luna en cuarto creciente y llena, entre otros muchos aspectos que revelan las creencias científicas de la época en relación con la influencia de la luna no solo en la salud de las personas sino en la calidad de la existencia de todos los seres vivos. Hubo que esperar hasta la segunda mitad del siglo XVI para que el médico español, Valles, quitara de los libros de medicina las afirmaciones sobre varias de las influencias concretas de los planetas, las estrellas y las conjunciones en el proceso de salud- enfermedad. Claro está que no quitó todos los fenómenos astrales reconocidos y menos los concernientes a la luna. Por lo cual la predestinación astral era parte de las teorías naturales sobre la enfermedad todavía en tiempos medievales y modernos. La medicina académica explicaba

que los cuerpos celestes podían infectar los alimentos, la tierra o el agua originando el padecimiento de diversas enfermedades (Campagne, 1996), ideas que manteniendo su carácter natural aparecen aún hoy entre sectores populares de Argentina y el resto de Ibero-América. Ahora bien, como notamos la categoría de destino incluye tanto nociones naturales como sobrenaturales, que forman parte de una misma tradición. En este caso la tradición occidental que suma a la causa natural ya expuesta la causa sobrenatural cuando remite a la voluntad de la deidad cristiana.

Desde una perspectiva teórica, entiendo que los ejemplos nos alertan sobre los límites de los encuestadores y las muestras, para generar categorías teóricas que realmente den cuenta de los saberes concretos y particulares, a la vez que nos permiten respaldar las ventajas del conocimiento etnográfico pormenorizado sobre cada una de las sociedades que se incluyen para ilustrar las categorías propuestas.

Son también de notoria complejidad como para que puedan ser captadas en una muestra por un encuestador las teorías sobre la enfermedad que aparecen en las concepciones filosóficas, cosmológicas y religiosas orientales, cuyo conceptos en nada se parecen a las tradiciones occidentales expresadas en la asociación entre enfermedad y pecado, las que refieren a dicotomías valorativas entre bueno y malo, divino y demoníaco, cielo e infierno. Tales teorías, no obstante son de especial significación en la actualidad no solo porque son las causas válidas en diversas sociedades sino también porque la diseminación y masificación de tales ideas en occidente ha generado numerosos procesos de incorporación y refigu-

ración, que multiplican las teorías etiológicas de enfermedad aceptadas por individuos de todos los sectores sociales y niveles de educación en las naciones occidentales.

Como vimos las muchas de estas teorías no cabrían en el esquema de Murdock, que no contempla en relación con la salud, el papel de la sabiduría y la ignorancia -especialmente de esta última materializada en karma-, la armonía o desarmonía entre cuerpos de diferente densidad -físico, sutil, etéreo-, el fluir de entidades como la energía, el papel de centros energéticos como los chakras, entre muchas otras posibilidades, que aparecen en las concepciones tanto de oriente como occidente.

Finalmente, señalemos que las propuestas categoriales que tratan de discriminar todas las teorías en dos o tres grandes categorías, tales como natural-sobrenatural o naturales y místicas (Murdock, 1980; Palma, 1978), naturalistas y personalistas (Foster, 1976) internalistas y externalistas (Young, 1976), naturales, mágicas y sobrenaturales, o naturales y preternaturales (Aguirre Beltrán, 1963; Bianchetti, 1996), de un modo u otro distorsionan las categorías nativas por la ausencia en muchas sociedades de concepciones a las de la legalidad de un mundo natural, fundamento de las dicotomías planteadas. Lo mismo puede decirse en relación con la distinción entre magia y sobrenatural para distinguir la manipulación de poder realizada por seres humanos de las expresiones de poder ejecutadas por deidades, fuerzas impersonales u otros tipos de desequilibrios mítico-religioso-rituales en virtud de que las cosmovisiones nativas no distinguen entre magia y religión y los poderes

manipulados por hombres y deidades suelen ser el mismo, como sucede con el mana.

En este sentido, nuestra propuesta categorial habla de causas o desequilibrios orgánicos, desequilibrios o causas emocionales y desequilibrios o causas sociales, sin incluir estas nociones en una categoría mayor que connote las explicaciones “naturales”, con la intención de preservar las visiones de los actores, que ven entre tales factores etiologías radicalmente diferentes.

Entre las categorías que involucran expresiones de lo sagrado ya fuere como poderes impersonales, potencia en el sujeto incluyendo la capacidad de daño, ideas sobre las entidades anímicas y la corporalidad, expresiones de poder de los personajes míticos, de espacios y lapsos calificados, la armonía entre seres y entre el individuo y el ambiente; planteamos 6 categorías haciendo hincapié en aspectos tales como desequilibrios originados en la desarmonía entre las entidades que conforman el sujeto -cuerpos, almas, espíritu, energía, etc.-; desequilibrios originados en las manipulaciones de poder por parte de otros seres humanos; desequilibrios originados por espacios y ambientes nocivos, desequilibrios originados por seres y entidades contaminantes, desequilibrios originados en causas mítico-religioso- rituales. El objetivo de esta propuesta abierta a la discusión es dar cabida a críticas y precisiones que nos lleven a plantear un conjunto de categorías que dé cuenta de las teorías tal como son concebidas por los actores sociales en los diversos contextos culturales, superando así una conceptualización distorsionante de las estructuras de pensamiento que fundamentan las teorías etiológicas particulares de enfermedad

en las diversas sociedades.

#### Notas

(1)El mal de ojo se define en Ibero-América como una enfermedad, a diferencia del viejo continente, donde principalmente el folklore lo describe como un poder para dañar, mientras que la medicina académica lo incluyó entre sus morbos, aludiendo a causas naturales. Sus manifestaciones son polimorfas y las etiologías refieren a causas naturales, el poder de otros seres humanos, animales y aun de objetos y, finalmente, a la acción y poder de las deidades. Los nervios fueron un morbo reconocido por la biomedicina hasta el siglo XX, sus manifestaciones también son polimorfas, su etiología natural se relaciona con los desbalances de la bilis amarilla, también refiere causas emocionales y sociales. El susto era una enfermedad reconocida por las elites en España en los tiempos de la Conquista, convirtiéndose posteriormente en tradición solo popular. Se manifiesta tanto física como emocionalmente y es resultado de una experiencia de pánico, que puede conllevar o no la pérdida del alma, su etiología básica es emocional, aunque en el caso de los niños puede producirse por la pérdida del alma sin que haya mediado una experiencia de temor en cuyo caso la etiología alude al desequilibrio entre las entidades que integran la persona. Finalmente, la re-figuración del susto entre algunos indígenas mexicanos incluye el raptó del alma por seres míticos (Rubel et al. 1992), siendo en este caso la etiología un desequilibrio mítico-religioso-ritual.

El mal aire incluye los males causados por vientos y aires, en muchos casos se trata de causas naturales que remiten a desbalances frío calor, entre otros aspectos definidos y aceptados por la antigua biomedicina. En otras circunstancias, refiere el poder contaminante de ciertos espacios poderosos y peligrosos, aludiendo, así, a causas espacio-ambientales. Finalmente, el aire viciado potador de la enfermedad puede ser manipulado por un brujo o por el Diablo, en cuyo caso debemos hablar de etiologías que remiten al poder de otras personas o a desequilibrios mítico-religioso-rituales respectivamente. La ictericia o tiricia es otro mal reconocido por la biomedicina, que en su versión folklórica explica la enfermedad en virtud de a) desequilibrios emocionales y b) desequilibrios sociales.

(2) Por ejemplo, para los individuos de las castas más bajas lo sagrado se manifiesta como deidades particulares, mientras que para la casta de los Brahamanes lo sagrado o *brahma* es un principio único e indivisible (Zimmer, 1979).

(3) Por ejemplo, entre sectores medios y altos de Buenos Aires es común, entre individuos influenciados por las concepciones orientales que se hable de que las malas acciones de las personas producen karma, y por ende, enfermedad. Teoría que muestra la reelaboración de las concepciones orientales, en las que no existe la idea de valor; de acciones buenas o malas sino simplemente ignorancia o sabiduría; la ignorancia produce karma, vale decir las huellas materiales que van pasando de una encarnación a otra (Saizar, 2005a).

(4) De acuerdo con Morley (1978: 2) el mundo cognitivo de las sociedades tradicionales suele

estar menos compartimentalizado que el mundo occidental moderno. Cualquier aspecto de la vida suele estar intrínsecamente relacionado con muchos otros, en el pensamiento de quienes viven en sociedades tecnológicamente menos desarrolladas. En un sentido similar, Helman sostiene (1995: 7) que las creencias acerca de las causas de enfermedad a menudo se conectan con un amplio rango de creencias acerca de diferentes tipos de sufrimientos y daños, tales como conflictos interpersonales, terremotos, fracaso de las cosechas, robo y otras formas de pérdida. (5) Mal de ojo en italiano se dice *mal'occhio* y (Appel, 1976; Cappannari y Moss, 1976; De Martino, 1959; Galt, 1982) y no *ietatura* (grafía de Murdock). Sólo Appel (1976) relaciona el mal de ojo con la *jettatura*, la autora entiende que la *jettatura* surge como reelaboración de las creencias sobre el mal de ojo entre los intelectuales italianos durante -y por- influencia del iluminismo. La transformación de esta creencia parece incorporar en un solo mito las contradicciones emergentes por la introducción y asimilación de las ideas del iluminismo en un orden feudal (1976: 23-24). Otros autores, en cambio, no han encontrado la relación en cuestión a pesar de haber enfocado tal posibilidad (Galt, 1982) o no mencionan el concepto de la *jettatura* en relación con el con el mal de ojo (De Martino, 1959; Guggino, 1996), lo mismo sucede en lo que hace a los estudios sobre posibles relaciones entre mal de ojo y la yeta o el estar enyettato -para usar las expresiones del español rioplatense- entre descendientes de italianos en la Argentina (Disderi, 2001a). Por lo cual la identificación de mal de ojo con la *jettatura* carece del soporte etnográfico

necesario como para garantizar su identificación, la que parece más una interpretación de Appel (1976) que un dato respaldado por la casuística.

(6) El mal de ojo admite grandes variaciones respecto de la definición de brujería de Murdock que no contempla: a) que puede ser intencional (Bianchetti, 1996; Idoyaga Molina, 1999 b y c, 2002 b y 2006), b) ser explicado por causas naturales (Palma, 1978; Idoyaga Molina, 2002c -tal como lo hacía la elite española en el Siglo XVI (Aragón, 1425)- c) no estar orientado a identificar un culpable, d) admite terapias positivas y e) quien lo produjo puede participar del proceso de curación (Galt, 1982), entre otros aspectos que iremos subrayando.

(7) En relación con la frecuencia, el segundo marco explicativo liga la enfermedad a problemas que no son transgresiones, sino que los individuos se han apartado de los valores aceptados para relacionarse entre seres humanos. La etiqueta exige que las conductas de las personas en relación con los otros seres animados sean respetuosas, exige la obligación de comportarse adecuadamente frente a las fuentes de poder, además es necesario que las ofrendas -y otras obligaciones- para con los seres míticos sean realizadas. El término *ondjine* es usado para indicar la enfermedad o desgracia atribuible a algo que uno hizo sea conciente de la infracción o no, puede transcurrir un largo tiempo entre que se cometió la falta y la aparición de la enfermedad, esta incluso puede afectar a los hijos en lugar de al infractor. Las faltas que llevan a enfermedades pueden ser el hecho de no haber dado un nombre nativo a un niño, la acción inapropiada

de una mujer menstruante, la no realización de una promesa hecha a (o impuesta por) los seres míticos, la ejecución de prácticas de hechicería (solo produce perjuicios no dolencias), la muerte de un animal fuera de las normas que sólo admiten la caza con fines alimentarios (Garro, 2000: 327-28)

(8) Dicha capacidad puede ser innata y permanente o transitoria. Es transitoria cuando los que producen el mal de ojo son las mujeres embarazadas, menstruantes, los borrachos o las personas con desbalance humoral que se hallan en estado cálido (Cosminsky, 1976; García, 1984; González de Fauve, 1996; Kearney, 1976). Mientras que es permanente en las personas de vista brava o fuerte, bizcos y deformes entre otras condiciones que no se alteran durante el decurso vital.

(9) Está técnica es en rigor diagnóstico-terapéutica, al igual que muchas otras, como las mediciones en relación con el empacho -problemas estomacales, de hígado o de riñones-, también conocido como asiento en España y otros países Iberoamericanos, o como la cura con alumbre (Idoyaga Molina, 2001 a y b). Varias de las técnicas diagnóstico-terapéuticas permiten precisar si el individuo sufre de una dolencia determinada, en caso afirmativo las acciones realizadas son terapéuticas de por sí y dan inicio al tratamiento (Idoyaga Molina, 2001<sup>a</sup> y b).

(10) El material Chimane pertenece a los archivos etnográficos del Centro Argentino de Etnología Americana (CONICET).

(11) Entre las causas empíricas, el autor refiere accidentes, heridas, fracturas, lesiones, picaduras, procesos fisiológicos -parto-, aires -cólico,

dolor de cabeza-, enfriamiento brusco -pulmonía, fríos-, transmisión de calor -anginas-, ingestión de alimentos cálidos o fríos, recargo del estómago -empacho-, abuso en las relaciones sexuales -empacho de hombre y empacho de mujer-, aspiración de miasmas y microbios. En las causas psicológicas figuran bilis, coraje -enojo-, alferecía, chipilez, caída de la mollera, vergüenza, tiricia, insulto, buche o bocio. Las causas preternaturales implican quebrantar tabúes, normas e interdicciones sociales, hechizos, mal de ojo, maleficio y embrujamiento, la pérdida de una entidad anímica y la intrusión de un cuerpo extraño como el “espíritu” de la enfermedad.

(12) Entre los cambios que ha sufrido la medicina humoral en el NOA y Cuyo figuran la pérdida del fundamento científico-natural que suponía el sistema clasificatorio de los alimentos, de los males y de las terapias en fríos y cálidos. En efecto, más allá de los errores de esta medicina, la teoría sostenida por los antiguos biomédicos y por la elite instruida, pretendía ser una explicación de la enfermedad y la salud en términos científico-naturales. Sin embargo, al divulgarse en los sectores mestizos y entre la población campesina muchos de sus criterios fueron dejados de lado y reemplazados por otras ideas. Se transfiguró podríamos decir, el sistema biomédico de base natural hasta incluir contenidos mítico-religiosos y nociones de poder. Así, la clasificación en cuestión se extendió para incorporar taxa vernáculos, como la brujería que es descrita como fría y que obviamente involucra representaciones de lo sagrado (Idoyaga Molina, 1999 c). Esta flexibilización que implica la incorporación de otras ideas acerca de la en-

fermedad y del sistema de creencias parece ser un proceso generalizado en América Latina, de acuerdo con Moll (1944: 130) los rezos también fueron categorizados como fríos -el salve- y cálidos -el credo. El credo se usa en Argentina para exorcizar a las brujas y tratar los espacios contaminados por ellas, por ende su definición como cálido está en consonancia con la idea de que la brujería es fría. No sólo las enfermedades -como la bilis, los desequilibrios emocionales, los aires, la pérdida de la sombra o del alma, etc.- sino también los terapeutas se han conceptualizado en términos de cálidos y fríos en México (Álvarez Heydenreich, 1992). La condición de cálido o frío puede ser térmica o metafórica, es térmica cuando se habla de los aires y vientos, los rayos del sol, el agua fría, las corrientes de agua, algunos animales como sapos y víboras y los remedios que producen efecto refrescante o calórico. Es metafórica en muchos de los fármacos preparados con vegetales, en el agua bendita, en los alimentos y en otros elementos. El equilibrio que implica para el hombre la salud indica un balance de tipo térmico. Esta dicotomía entre lo térmico y lo metafórico para aludir a lo frío y lo cálido, es muy común, por otra parte, en otras sociedades no sólo de América, sino del norte de África y de Asia, donde las medicinas humorales se expandieron hace largo tiempo (Foster, 1994: 24-39).

(13) Algunos autores, sin fundamento sostienen que saberes y prácticas de raigambre humoral, como la clasificación de los males, los remedios y los alimentos en cálidos y fríos o el mal de ojo son de origen americano. Tal es el caso de López Austin (1980), quien atribuye origen nahua

a tales creencias y quien, por otra parte, no ha podido contestar las lucidas y precisas críticas de Foster (1994). Otros autores siguen el modelo de López Austin, como Estrella (1996), mientras que otros no ofrecen justificación alguna (Pérez de Nucci, 1989).

(14) Los nervios se expresan en el plano corpóreo y en el emocional. Entre las emociones características figuran la cólera o enojo y el miedo, son frecuentes los estados de ira, enfado, pena, aflicción, tristeza, desesperación, inseguridad, preocupación, inquietud, tensión, violencia, agresividad, soledad y aislamiento. A nuestro modo de ver, la cólera o enojo es el sentimiento esencial del sufrimiento de nervios, el miedo parece ser más frecuente entre inmigrantes y en contextos de violencia política. En cuanto a las sensaciones, la pérdida del control es típica del padecimiento, son frecuentes también las dificultades para respirar, sensación de ahogo, de asfixia, de cansancio, de debilidad, de sofocación, de calor, de frío, de que la sangre hierve, de arrebato, de nerviosismo, de hormigueo, de tener agujas o espinas clavadas, de adormecimiento de partes del cuerpo, de opresión en el pecho, sensación de pérdida del cuerpo y de que no se es uno mismo. Entre las manifestaciones figuran también dolor de cabeza, de los tendones, en las piernas y en las más diversas partes del cuerpo, fiebre, desequilibrios de la presión arterial, temblores, mareos, desmayos, visión borrosa, palpitaciones, parpadeos y tics que no se pueden controlar, paralización de diversas partes del cuerpo, sudor, agitación, inapetencia, insomnio, percepción de ruidos y de voces, incapacidad para trabajar, para actuar, experimentar

una desarmonía que incide en que las cosas que uno tiene entre manos no se concreten.

(15) Volviendo al tema de la etiología, lo expuesto no quiere decir que el origen de toda quebradura, todo golpe, todo problema estomacal o cualesquiera de las otras dolencias mencionadas sea siempre remitido a causas naturales. Estas afecciones pueden deberse a los efectos de la brujería o de la envidia, a la acción de Pachamama u otra deidad y a la violación de un tabú, entre otras posibilidades. Las diferentes causas -naturales o míticas- se dilucidan en cada episodio concreto de enfermedad. Un segundo cambio importante de la medicina humoral, que se advierte en Argentina radica en que las ideas de frío y cálido en lo que hace al ser humano y otros elementos tienen soporte más en diferencias térmicas de temperatura que en valores humorales. Hecho que ha señalado Foster (1994:168) en relación con otras sociedades.

(16) La tiricia se aprecia en el decaimiento, la tristeza, la tos, la palidez, el desgano, los vómitos, las náuseas y el comerse las uñas, entre otros “síntomas” posibles. El rasgo típico es la tristeza, por ende se asocia al llanto, la apatía y otros aspectos que lógicamente varían según los episodios concretos (Idoyaga Molina, 2002 b).

(17) Tomamos el concepto de situación de contacto propuesto por Turner (1988). Indica la apropiación de nociones, prácticas, tecnologías etc., re-figurándolas.

(18) En la muestra de Murdock sólo figuran 3 de los grupos mencionados por nosotros (Talensi, Azande y Mapuche). Respecto de los Mapuche cabe aclarar que Murdock considera que no hay brujería en este grupo (1980: 26), sin embargo

esta idea es desmentida por autores como Bacigalupo (1996), quien si bien define a la brujería como la contracara del shamanismo, no deja de señalar que desde la perspectiva de los actores se trata de instituciones diferentes y no una caracterización social como brujo o shamán hecha por la sociedad.

(19) Con la voz brujos los nativos se refieren tanto a los sanadores como a los causantes de daño (Garro, 2000: 315; Gubler, 1996).

(20) Una crítica a Kearney puede verse en Idoyaga Molina (2006).

(21) La soledad, como manifestación social de la afeción, puede originarse también en actos de daño realizados por otras personas (Idoyaga Molina, 2002 b y c).

(22) Este tipo de sopladura, al igual que la aikadura y el mal aire, implica una representación del tiempo y el espacio como entidades calificadas. Como lo notaron Hubert y Mauss (1909) el tiempo no es una duración homogénea sino un fluir de lapsos discontinuos, finitos, cargados de significación y calificados por poderes positivos y negativos. Lo mismo puede decirse del espacio que se vuelve amenazante y dominio de lo otro en las alturas del cerro, en la emanación del ojo de agua, en el peligro de las abras y de los cementerios indios (Idoyaga Molina, 2002 b y c).

(23) Murdock habló de retribución mística para referir las teorías etiológicas que involucran lo sagrado pero no a seres míticos, se trata de los males que resultan de la violación de un tabú o de preceptos morales sin la mediación punitiva de un ser sobrenatural (1980: 18). Respecto del tema Garro señala que entre los Anishinaabe (Saulteaux en la muestra de Murdock), existe

la creencia de que cualquier falta o desviación de los códigos de conducta establecidos serán seguidas por una enfermedad. Sin embargo, la idea de que tal sanción es perpetuada por una “relación causal impersonal” -como propone la definición de Murdock (1980: 17-18) de causas místicas -categoría que incluye la retribución mística- no es adecuada. Hallowel niega la propiedad del concepto de fuerza impersonal ya que todos los agentes efectivos de hechos que refieren la conducta ambiental son *selves*, mientras que las fuerzas impersonales no son causa de hechos, alguien es siempre responsable, aclarado esto la autora señala las dificultades que plantea incluir el concepto de *ondjine* en el esquema de Murdock (Garro, 2000: 330).

### Bibliografía

- Adams, R. y A. Rubel  
1867      Sickness and social relations. En: *Handbook of Middle American Indians*, no. 6 R. Wauchope, editor. .Austin: University of Texas Press.
- Aguirre Baztán, A.  
1996.      Depresión y religión. Acedía, luto y nostalgia, in *Creer y Curar: La Medicina Popular*, eds J. González Alcantud and S.Rodríguez Becerra, 361 380. Granada Diputación Provincial de Granada.
- Aguirre Beltrán, G.  
1963.      *Magia y Medicina*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- 1963      *Medicina y Magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial México*: Instituto Nacional Indigenista
- Álvarez Heydenreich, L.  
1992      Tipos de curanderos en Hueyapan, Morelos. En *Antropología*

- Médica en México, T. II R.* Campos editor. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Alfonso, Y.  
2002. Las teorías etiológicas del mal aire y los significados de la enfermedad en el Noroeste y Cuyo (Argentina). En *Folklor Latinoamericano* 6, 5 21. Buenos Aires: Comfolk.
- Amaya, L.  
1996 El Diablo Criollo. En *Cuartas Jornadas Nacionales de Folklore*. Buenos Aires: Prensa del Ministerio de Educación. Ambrosetti, J. B.
- 1917 *Supersticiones y leyendas: Región misionera, Valles calchaquíes, las Pampas*. Buenos Aires: La Cultura Argentina.
- American Psychiatry Association  
1995 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. *Barcelona*: Masson.
- Anderson, R.  
1996 *Magic, Science and Health. The Aims and achievements of Medical Anthropology*. Fort Appel, W. 1976. The Myth of the *Jettatura*, En *The Evil eye*, ed. C. Maloney, 17 27. New York: Columbia University Press.
- Aragón, Enrique de, Marqués de Villena.  
1425. Tratado del aojamiento, in *Heurística a Villena y los tres tratados* 1976, eds. F. Almagro and J. Carpintero. ([www.wordtheque.com/pls/wordtc](http://www.wordtheque.com/pls/wordtc))
1551. Tratado de la lepra, in *Heurística a Villena y los tres tratados* 1976 eds. F. Almagro and J. Carpintero. [www.wordtheque.com/pls/wordtc](http://www.wordtheque.com/pls/wordtc)
- Arny, M.  
1955 *Nerves are Busted*. Mountain Life and Work, 3.
- Arteaga, F.  
2010 Las medicinas tradicionales en la pampa Argentina. Reflexiones sobre síntesis de praxis y conocimientos médicos, saberes populares y rituales católicos. *AIBR. Revistade Antropología Ibero-Americana*, 5(3).
- Bacigalupo, M.  
1996. Identidad, espacio y dualidad en los *Perimontun* de *Machis* Mapuches. *Scripta Ethnologica*, Vol. XVIII.
- Balzano, S.  
1985 Ella no estaba sola. Análisis de un caso de suicidio en Rodeo Colorado. *Scripta Ethnologica*, Vol. IX.
- Barabas, A.  
2002 Enoterritorios y Rituales Terapéuticos en Oaxaca. *Scripta Ethnologica*, XXIV.
- Barlett, P. y S. Low  
1980 Nervios in Rural Costa Rica. *Medical Anthropology*, 4.
- Barriola, I. M.  
1979 *La medicina popular en el país Vasco*. San Sebastián: Ediciones Vascas.
- Barrios, W.  
2005 La tiricia y la perspectiva social de los actores en el Noroeste Argentino. *XI Congreso de Folklore del Mercosur*. Área Transdepartamental de Folklore, Instituto Nacional del Arte, noviembre de 2005.
- Bartolomé, M.  
1991 *Chamanismo y Religión entre los Ava-Katu- Ete*. Biblioteca Paraguaya de Antropología, vol. 11. Asunción del Paraguay: Centro de Estudios Antropológicos.
- Bianchetti, M. C.  
1995. Daño, ojeo y brujería en el Valle Calchaquí. *Terceras Jornadas Nacionales de Folklore*, 5 12. Buenos

- Aires: Prensa del Ministerio de Educación.
- 1996 *Cosmovisión Sobrenatural de la Locura. Pautas Populares de Salud Mental en la Puna Argentina*. Salta: Hanne.
- Bolton, R.  
1981 Susto, hostility, and hypoglycemia. *Ethnology*, XX.
- Bordes, M.  
2006 El fluir de la energía en las teorías etiológicas de la enfermedad. El caso de la reflexología. *Mitologicas*, XXI.
- Bormida, M.  
1984 Como una cultura arcaica conoce su propio mundo. *Scripta Ethnologica*, VIII.
- Bormida, M. y M. Califano  
1978 *Los indios Ayoreo del Chaco Boreal*. Buenos Aires: FECIC.
- Blum, R. y E. Blum  
1970 *The dangerous hour. The lore and culture of crisis and mystery in rural Greece*. New York: Charles Scribner's sons.
- Brandi, A.  
2002 Las prácticas de los legos y la cura del mal de ojo en Buenos Aires. *Mitologicas* 17: 9-24.
- Brown, P. J.  
1998 *Understanding and applying Medical Anthropology*. Mountain View ED.
- Califano, M.  
1974. El concepto de la enfermedad y muerte entre los Mataco costaneros. *Scripta Ethnologica*, II, parte 2.  
1978 El complejo de la bruja entre los Mashco de la Amazonia Sud-Occidental (Perú) *Anthropos*, 73.
- Califano, Mario y Anatilde Idoyaga Molina  
1983 Las brujerías Mashco y Pilagá. Análisis comparativo de una estructura de dos grupos de América del Sur. *Revista Española de Antropología Americana*, XIII.
- Campagne, F.  
1996. Cultura popular y saber médico en la España de los Asturias, in *Medicina y Sociedad: Curar y sanar en la España de los siglos XIII al XVI*, ed. M. E. González. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Campos Navarro, R.  
1992 Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa. *La Antropología Médica en México*, T. 1. R. Campos editor. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Cantón Delgado, M.  
1996 Curar y Creer en Guatemala: a la conversión religiosa (pentecostal) por la sanación física.
- Caro Baroja, J.  
1961 Magia y Brujería: Variación sobre un mismo tema. Madrid: Alianza Editorial.
- Castelli, E.  
1995 *Antología cultural del litoral argentino*. Buenos Aires: Nuevo Siglo.
- Chaumeil, J. P.  
1995 Del Proyecto al virus: El complejo de las flechas mágicas en el oeste amazónico. En *Chamanismo Latinoamericano*. Lagarriga, Perrin y Bidou (compiladores). México: Plaza y Valdés.
- Chiappe-Costa, M.  
1979 Nosografía curanderil. En: *Psiquiatría folklórica: Shamanes y Curanderos*, editor C. Seguin. Lima: Ediciones Ermar.
- Ciruelo, P.  
1561 *Reprobación de las Syperticiones y hechizerías. Libro muy útil y necesario*

- a todos los buenos christianos*. Medina del Campo.
- Clements, F.  
1932 *Primitive concepts of disease*. Los Angeles: University of California Publications in American Archaeology and Ethnology, 32, 2.
- Cosminsky, Sh.  
1976. The evil eye in a Quiché community, in *The Evil eye*, ed C. Maloney, 163-174. New York: Columbia University Press.
- Davis, D. L. Y R. G. Whitten  
1988 Medical and Popular Traditions of Nerves *Social Science and Medicine*, 26.
- De Martino, E.  
1959. *Sud e Magia*. Milan: Feltrinelli.
- Descola, Ph.  
2005 *Las lanzas del Crepúsculo*. Buenos Aires: FCE.
- Deveraux, G.  
1980 Basic Problems of Ethnopsychiatry. Chicago: The University of Chicago Press.
- Di Lullo O.  
1944 *El Folklore de Santiago del Estero. ç Medicina y alimentación*. Publicación oficial de la Provincia de Santiago del Estero.
- Dionisopoulos-Mass, R.  
1976 The Evil Eye and Bewitchment in a peasant Village, in *The Evil eye*, ed C. Maloney, 42-62. New York: Columbia University Press.
- Disderi, I.  
2001<sup>a</sup> La cura del ojo: Ritual y terapia en las representaciones de los campesinos del centro de Santa Fe. *Mitológicas* 16: 125-151.
- 2001 b Enfermedad y Terapia. El Diagnóstico y el Tratamiento del Susto en la Pampa Santafecina. *Folklore Latinoamericano* V. Buenos Aires: Prensa IUNA.
- 2004 Corporizando el daño. Las experiencias de brujería en la pampa santafecina. *Scripta Ethnologica* 25, 99-116.
- Dresp, C.  
1985 *Nervios as a Culture-Bound Syndrome among Puerto Rican Women*. *Smith College Studies in Social Work*, 55.
- Duarte, L. F. D.  
1986 *Da Vida Nervosa das Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Dundes, A.  
1992 *The evil eye. A case book*. Madison: The University of Wisconsin Press..
- Eliade, M.  
1972 *Tratado de Historia de las Religiones*. México: Ediciones ERA.
- 1977 *Ocultismo, Brujería y modas Culturales*. Buenos Aires: Marymar.
- Estrella, E.  
1977 *Medicina Aborigen*. Quito: Época.  
1996. Función social de los trastornos culturales en la medicina tradicional de la región andina ecuatoriana. *Scripta Ethnologica* 17: 65-74.
- Evans-Pritchard, E.  
1976 *Brujería, magia y oráculos entre los Azande*. Barcelona: Anagrama.
- Flores-Meiser, E.  
1976. The Hot Mouth and Evil Eye, in *The Evil eye*, ed C. Maloney, 149-162. New York: Columbia University Press.
- Fortes, M.  
1949 The web of Kinship among the Taliensi. London: Oxford University Press.
- Foster, G.

1953. Relationships Between Spanish and Spanish-American Folk Medicine. *Journal of American Folklore* 66: 201-217.
1972. The Anatomy of Envy: A study in Symbolic Behavior. *Current Anthropology* 13: 165-186.
1994. *Hipocrates' Latin American Legacy. Humoral medicine in the new world*. New York: Gordon and Breach Science Publishers.
- Galt, A.  
1982. The evil eye as synthetic image and its meanings on the Island of Pantelliera, Italy. *American Ethnologist* 9: 664-681.
- García, S.  
1984. Conocimiento empírico, magia y religión en la medicina popular de los Departamentos de Esquina y Goya (Corrientes). En: *Cultura Tradicional en el Área del Paraná Medio*. Instituto Nacional de Antropología. Buenos Aires: Bracht. Editores
- Garrison, V., y C. Arensberg.  
1976 The Evil Eye: Envy or Risk of Seizure? Paranoia or Patronal Dependency, in: ed C. Maloney *The Evil eye* 287-328. New York: Columbia University Press.
- Garro, L.  
2000 "Cultural meaning, explanations of illness and the developments of the comparative frameworks". *Ethnology*, XXXIX (4).
- Guerrero Jiménez, B.  
1995 Medicina andina y medicina pentecostal en los Aymaras del Norte Grande de Chile: Del yatiri al pastor. *Chungara*, 27 (2).
- Gillin, J.  
1945 Magical fright. *Psychiatry*, 11
- Ginzburg, C.  
1986 *Historia nocturna. Un desciframiento del aquelarre*. Barcelona: Muchnik Editores.
- Gluckman, M.  
1976 La lógica de la ciencia y de la brujería africana. En: Gluckman: *Ciencia y Brujería*. Madrid: Anagrama.
- Gómez García, P.  
1996. Teorías étnicas y etnológicas sobre la terapéutica popular, in *Creer y Curar: La Medicina Popular*, eds J. González Alcantud and S. Rodríguez Becerra, 209-250. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- González Alcantud, J.  
1996 Creer y curar; Alea Médica, analogía estructural y apertura utópica, in *Creer y Curar: La Medicina Popular*, eds J. González Alcantud and S. Rodríguez Becerra, 589-603. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- González de Fauve, M. E.  
1996. Dos enfoques en el arte de curar: Medicina científica y creencias populares (España, siglos XIV al XVI), in *Creer y Curar: La Medicina Popular*, eds J. González Alcantud and S. Rodríguez Becerra, 95-110. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- Good, B.  
1977 The heart of what's the matter: The semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, I. 1
- Good, Ch.  
1987 *Ethnomedical Systems in Africa*. New York: The Guilford Press.
- Guarnaccia, P., V. DeLaCancela y E. Carrillo  
1989 The Multiple Meanings of *Ataque de Nervios* in the Latin American Community. *Medical Anthropology*, 11.
- Guarnaccia, P. y P. Farías  
1988 The Social Meanings of Nervios: a Case of Study of a Central American Woman. *Social Science and Medicine*, 26.
- Gubler, R.  
1996 El papel del curandero y la medicina tradicional en Yucatán. *Alteridades*, año 6 no. 12.
- Guggino, E.  
1996. Es el mago quien tiene que creer, in *Creer y Curar: La Medicina Popular*, eds J. González Alcantud and S. Rodríguez Becerra, 143-160. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- Guillamet, J.  
1976 *Bruixeria a Catalunya*. Barcelona: La Paraula Viva.
- Guío Cerezo, Y.  
1996. Enfermedad y brujería en el discurso popular extremeño, in *Creer y Curar: La Medicina Popular*,

- eds J. González Alcantud and S. Rodríguez Becerra, 393-420. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- Hallowel, A.  
1992. The Ojibwa of Berens River, Manitoba. En *Ethnography into history*, editor J. Brown. Hart, D.  
1969 Bisayan, Filipino, and Malayan humoral pathologies: folk medicine and ethnohistory in Southeast Asia. *Southeast Asia Data Papers*, 76. Ithaca Cornell University Press.  
Heritier-Augé, F.  
1987 La mauvaise odeur l' assaisi. Le Gendre Humain: La fièvre. Printemps-Eté  
Idoyaga Molina, A.
- Herzfeld, M. 1981. Meaning and morality: a semiotic approach to evil eye accusations in a Greek village. *American Ethnologist* 8: 560-74.  
Hess, C.  
1994 Enfermedad y moralidad en los Andes ecuatorianos. *Hombre y Ambiente*, 219
- Hill, C. y L. Cottrell  
1986 Traditional Mental Disorders in a Developing West Indian Community in Costa Rica. *Anthropological Quarterly*, 59.  
Hubert, H. y M. Mauss  
1909 Somère Etude de la Représentation du Temps dans la Religion et la Magie. *Mélanges d' Histoire de la Religion*. Paris: PUF.
- Hardie, M.  
1925 The evil eye in some Greek villages of the upper Haliakmon Valley in West Macedonia. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 23.
- Hurtado, J. J.  
1968 El ojo, creencias y practicas médicas populares en Guatemala. *Tradiciones de Guatemala*, Idoyaga Molina, A.  
1976/77 Aproximación hermenéutica a las nociones de concepción, gravidez y alumbramiento entre los Pilagá (Chaco Central). *Scripta Ethnologica*, Vol. IV, parte 2.  
-----1978 Shamanismo Chiriguano. *Cuadernos Franciscanos*, N° 49.  
-----1978/79 Contribución al estudio del proceso de gestación, aborto y alumbramiento entre los Mataco. *Scripta Ethnologica*, vol. V, parte 2.
- 1979/80 El daño mediante la palabra entre los Ayoreo del Chaco Boreal. *Astryck Annals* 1979/80 del *Etnografiska Museum*. Göteborg, 1979/80, pp. 21-38.
- 1980 La ambivalencia del matrimonio secundario entre los Pilagá. *Publicaciones*. Instituto de Antropología de la Universidad Nacional de Córdoba, nueva época, Vol. XXXV, Córdoba, 1980, pp. 7-23.  
-----1982 Notas para el estudio de las prácticas de aborto e infanticidio entre los Pilagá. *Acta Psiquiátrica y Psicológica Latinoamericana*, 28, (3): 203-216.
- 1983 Muerte, duelo y funebria entre los Pilagá. *Scripta Ethnologica*, 7: 36-46.  
1985a El *Payák*. Una estructura mítico-religiosa del mundo Pilagá. *Zeitschrift für Ethnologie*, 110 (2): 250-279.  
1985 b The Myth of *NesoGe*. A hermeneutic analysis of a Pilaga relation. *Latin American Indian Literatures Journal*, 1 (1), Pennsylvania State University. Pittsburgh, 1985, pp. 1-12.  
----1988 La percepción de la forma en la definición de lo humano. *Cuadernos Prehispánicos*, 13.  
-----1989 a Astronomía Pilagá. *Scripta Ethnologica Supplementa*, 9: 17-28.  
-----1989 b Significación de la mítica de *Susmaningái* (el Coraje) en la cosmovisión Ayoreo. CAEA-CONICET. *Mitológicas*, Vol. IV, Buenos Aires, 1989, pp. 31-39.
- 1990b Experiencia onírica entre los Pilagá. En Michel Perrin Coordinador, *Antropología y Experiencias del sueño*. Quito: Ediciones ABYA-YALA.  
1990b Iniciación femenina, proceso de gestación, alumbramiento, aborto e infanticidio entre los Mataco, Toba y Pilagá. *Revista de Filología y Lingüística de la Universidad de Costa Rica*, 16 (2): 65-71.  
1990 c La muerte como cambio ontológico entre los Ayoreo del Chaco Boreal. *Mitológicas*, V.  
1990d Zware Storm na Menstruate. *José Martí Journal*, 1 (3).
- 1992 Significación y simbolismo acuático entre los Pilagá. *Scripta Ethnologica*, 14: 7-15.
- 1994 Canibalismo de almas. Antropofagia

- simbólica en el shamanismo Pilagá. *Acta Americana*, 2.(1)
- 1995 \_\_\_\_\_ *Modos de clasificación en la cultura Pilagá*. Buenos Aires: CAEA Editorial.
- 1997 a Ethnomedicine and world-view. A comparative analysis of the rejection and incorporation of the contraceptive methods among argentine women. *Anthropology and Medicine*, 4 (2).
- 1997b “Aproximación al mito de la mujer menstruante y el cataclismo acuático entre los Pilagá”. *Revista de Filología y lingüística de la Universidad de Costa Rica*, 20 (3):185-206.
- 1997 c Mito, temporalidad y estados alterados de conciencia. El surgimiento de relatos y la experiencia shamánica entre los Ayoreo del Chaco Boreal. En *Acta Americana*, 5 (1).
- 1999 a *Reproducción, sexualidad y aborto. Nociones y prácticas de mujeres y campesinas de la Argentina*. Buenos Aires: CAEA- CONICET
- 1999 b. La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina). *Scripta Ethnologica* 21: 7 33.
- \_\_\_\_\_ 1999 c. El simbolismo de lo cálido y lo frío. Reflexiones sobre el daño, la prevención y la terapia entre criollos de San Juan (Argentina). *Mitologicas* 14: 7 20.
- 1999d \_\_\_\_\_ Brujos, daño y enfermedad. Aproximación a algunas representaciones del mal entre criollos sanjuaninos (Argentina). *Folklore Latinoamericano*, Vol. II. A. Buenos Aires: Prensa del INSPF-IUNA.
- 1999/2000 La medicina humoral, las nociones de cálido y frío y las prácticas terapéuticas tradicionales en la Argentina, in *Folklore Latinoamericano* III. Buenos Aires: Confolk.
- 2000a Natural and Mythical explanations. Reflections on the taxonomies of disease in North-Western Argentina (NWA). *Acta Americana*. 8 (1), 17-32.
- 2000b La calidad de las prestaciones de salud y el punto de vista del usuario en un contexto de medicinas múltiples. *Scripta Ethnologica* 22: 21 85.
- \_\_\_\_ 2001a. Etiologías, síntomas y eficacia terapéutica. El proceso diagnóstico de la enfermedad en el noroeste Argentino y Cuyo. *Mitologicas* 16: 9 43.
- 2001b Lo sagrado en las terapias de las medicinas tradicionales del NOA y Cuyo. *Scripta Ethnologica* 28: 9 75.
- 2002 a Los Nervios: Un Taxón Tradicional en el NOA. Reflexiones sobre las Teorías de la Enfermedad. *Mitologicas*, XVII.
- 2002 b \_\_\_\_\_ *Culturas, Enfermedades y Medicinas. Reflexiones sobre la Atención de la Salud en Contextos Interculturales de Argentina*. Buenos Aires: Prensa del Instituto Universitario Nacional del Arte.
- 2002c Illness as ritual imbalance in Northwestern Argentina. *Latin American Indian Literatures Journal*, 18 (2), 113-140.
- 2003 Los pecados capitales, las nociones de enfermedad y muerte en el Noroeste Argentino (NOA). *Mitologicas*, 18.
- 2005 Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*, XXVII.
- \_\_\_\_ 2006 a El mal de ojo entre los Zapotecas (México) y las categorías conceptuales de Kearney: ¿Cosmovisión Paranoica u opresión étnica? *Perspectivas Latinoamericanas* 3: 82 113.
- 2006 b La experiencia corpóreo-emocional de factores sociales, económicos y políticos. Reflexiones sobre la dolencia de nervios en Argentina y otros países de América. *Revista del Instituto de Investigaciones*. Año 11, N° 2, pp 27-54.
- 2008 Rethinking on the evil eye lore in Argentina and Latin America: reflections on a medical disease, a folk category of illness and a manifestation of individual power. **Congreso falta**
- 2009 Fuego, Purificación y Metamorfosis. Significación y simbolismo ígneo entre los Pilagá del Chaco Central. *Anthropos*, 104.

En prensa Witchcraft, sorcery and evil eye. Discussing Murdock's Theory.

Idoyaga Molina, Anatilde y Mercedes Avellaneda  
1992 Aproximación a un personaje mítico Mataco. La representación del *Lewó* (Arco Iris). *Scripta Ethnologica*, XIV.

Idoyaga Molina, A. y G. Korman

2002 a Los Nervios. ¿Un Taxón Biomédico o un Síndrome dependiente de la Cultura? *Memorias de las XI Jornadas de Investigación. Salud, Educación, Justicia y Trabajo*, Tomo 1. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

2002 b Alcances y límites de la aplicación del manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales (DSM-IV) en contextos interculturales del Gran Buenos Aires. *Scripta Ethnologica* XXIV.

Idoyaga Molina, A. y N. Luxardo

-----2001 Entre los Nervios, el Malhecho y la Locura. Las Vivencias de enfermedad de una inmigrante mexicana en Chicago (USA). *Folklore Latinoamericano*, Tomo V. Buenos Aires: Prensa IUNA.

----2004 Experiencias de nervios entre Mexicanos residentes en Estados Unidos. *Scripta Ethnologica*, XXXI.

Idoyaga Molina, Anatilde y Celia Mashnshsnek

1988 El significado del *Paragapidi* entre los Ayo-reo del Chaco Boreal. *Scripta Ethnologica Supplementa*, VII.

Idoyaga Molina, A. y E. Real Rodríguez

2010 De ojeadores, brujos y humores. Análisis comparativo sobre las concepciones del mal de ojo en Argentina y Galicia. *Contrapunto*, 13 (5), 40-68.

Idoyaga Molina, A. y F. Sacristán Romero

2008 En torno al uso de ensalmos terapéuticos en el Noroeste Argentino y sus fundamentos mítico-religiosos. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 3 (2), 185-217.

Idoyaga Molina, Anatilde y Liliana Ziaurriz

2000 Electra y las implicancias de la venganza. Una

aproximación antropológica y psicológica a la sociedad Aquea. *Mitologías*, 15, pp. 89- 109. CAEA-CONICET. Buenos Aires, 2000. Indexada en IUAES, International Bibliography of Social Sciences, Latinex y Religious and Theological Abstracts.

Jenkins, J.

1988 Conceptions of schizophrenia as a problem of nerves: a cross-cultural comparison of Mexican-Americans and Anglo-Americans. *Social Science and Medicine*, 26.

-----1991 The State Construction of affect. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15.

Jenkins, J. y M. Valiente

1994 Bodily transactions of the passions: *el calor* among Salvadoran women refugees. En: *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Thomas Csordas (editor) Cambridge: Cambridge University Press:

Jiménez de Puparelli D.

1984. Función de la Medicina Popular Entrerriana y su relación con la Medicina Oficial, in *Cultura Tradicional en el Área del Paraná Medio*, ed Instituto Nacional de Antropología, 235 254. Buenos Aires: Bracht Editores.

Johnston, F., S. Low, Y. Baessa y R. MacVean

1985 Growth Status of Disadvantaged Urban Guatemalan Children of a Resettled Community. *American Journal of Physical Anthropology*, 68.

Kalinsky, B. y W. Arrúe

1996 *Claves Antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.

Kearney, M.

1976 A World-View Explanation of the Evil Eye, in *The Evil eye*, ed C. Maloney, 175 192. New York: Columbia University Press.

Klein, J.

1978 Susto: The anthropological study of disease of adaptation. *Social Science and Medicine*, 12.

Kleinman, A.

1980 *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.

Kluckhorn, C.

1944 Navaho Witchcraft. *Papers of the Peabody*

- Museum (Harvard University)*, XXII (2).
- Krause, C.  
1995 El Diablo y los duendes cordilleros. *Selección de Textos de Folklore del Mercosur*. Azucena Colatarci Comp. Buenos Aires: Prensa del INSPF-IUNA.  
2000 Símbolo y procedimiento ritual en dos ceremonias vigentes entre los campesinos de San Juan. *Scripta Ethnologica*, 22.
- 2006 La envidia y su tratamiento. Reflexiones sobre el poder, la cura de palabra y otras terapias rituales en San Juan (Argentina). *Mitologías* 2: 47-54.
- Kriege, J.  
The social functions of witchcraft. *Theoria (Pietermaritzburg)*, 1
- Lagarriga, I.  
1999 Las enfermedades tradicionales regionales, in *La medicina tradicional en el norte de México*, ed. S. Echániz, 159-174. México: Conaculta-INAH.
- Laplantine, F.  
1999 *Antropología de la enfermedad. Estudio etnológico de las representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*. Ediciones del Sol: Buenos Aires
- Larrea, C.  
1997 Aproximación teórica al estudio antropológico de las percepciones en el campo de la etnomedicina. *Etnomedicina*, Vol 2, P. Naranjo y A. Crespo comp., UNICEF-AVYA-YALA, Quito
- Le Breton, D.  
1998 *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Buenos Aires, Nueva Visión
- Leenhardt, M.  
1961 *Do Kamo*. Buenos Aires: EUDEBA
- León, C.  
1963 El espanto: Sus implicaciones psiquiátricas. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América*, IX.
- Lienhardt, G.  
1951 Some notions of witchcraft among the Dinka. *Africa*, 21(4).
- Lindquist, G.  
2001 Transforming Signs. Iconicity and Indexicality in Russian Healing and Magic. *Ethnos* 66: 181-206.
- Lisón Tolosano, C.  
1987 *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia*. Madrid: Akal.
- 1996 Mujeres, demonios y exorcismos. En *Creer y Curar: La Medicina Popular*, editores J. González Alcantud y S. Rodríguez Becerra. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- Lizot, J.  
1988 Los Yanomani. *Colección Los Aborígenes de Venezuela*. Caracas. Ediciones Monte Ávila.
- Lock, M.  
1989 Words of Fear Words of Power: Nerves and Awakening of Political Consciousness. *Medical Anthropology*, 11.
- Logan, M.  
1979 Variations regarding susto causality among the Cakchiquel of Guatemala. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 3.
- López Austin, A.  
1980 *Cuerpo humano e ideología: las concepciones de los antiguos nahuas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- López Piñero, José y Francisco Calero  
1988 *Las Controversias (1556) de Francisco Valles y la medicina renacentista*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Loustaunau, M y E. Sobo  
1997 *The Cultural Context of Health, Illness, and Medicine*. Westport CT.
- Low, S. M.  
1981 Meaning of *Nervios*: A Sociocultural Analysis of Symptom Presentation in San José, Costa Rica. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5.  
1989 Gender, Emotion, and *Nervios* in Urban Guatemala. *Health Care for Women International*, 10.  
1994 Embodied Metaphors: Nerves as Lived Experience. En: *Embodiment and Experience*. T. Csordas (compilador). Cambridge: Cambridge University Press.
- Luppo, A.  
2003 *Medicina, Religione e Sincretismo*. Conflitto,

- fusione e fraintendimento di verita nell Mexico indigeno. *Scripta Ethnologica*, XXV.
- Macfarlane, A.  
1970 *Witchcraft in Tudor and Stuart England. A regional and comparative study*. London: Routledge.
- Magaña, E.  
1992, El sacerdote caníbal. Una visión Kaliña de los misioneros. (En:) *De palabra y obra en el nuevo mundo*. León Portilla et al. Comp. Vol I. Imágenes interétnicas. Madrid. Siglo XXI.  
1993 El señor del infierno y sus marmitas; Europa y su interpretación Kaliña (Surinam). (En:) *De palabra y obra en el nuevo mundo*. G. Gossen et al comp. Vol. III. La formación del otro. Madrid. Siglo XXI.
- Maloney, C.  
1976 a Introduction. En *The Evil Eye*, ed. C. Maloney. New York: Columbia University Press.  
1976 b Don't Say "Pretty Baby" Lest You Zap It with Your Eye, in *The Evil eye*, ed C. Maloney, 102 148. New York: Columbia University Press.
- Mariño Ferro, X.  
1986 *La medicina popular interpretada*. Vigo: Xerías de Galicia  
1996 Los dos sistemas de la medicina tradicional, in *Creer y Curar: La Medicina Popular*, eds. J. González Alcantud and S. Rodríguez Becerra, 421 456. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- Martínez, C. y H. Martin  
1966 Folk diseases among urban Mexican- Americans: Etiology, symptoms and treatment. *Journal of the American Medical Association*, 196.
- Martínez, G. y A. M. Planchuelo  
2003 Medicina Tradicional de los Criollos Campesinos de Paravachasca y Calamuchita (Córdoba, Argentina). *Scripta Ethnologica*, XXV.
- Marroquín, J.  
1944 Medicina Aborigen Puneña. *Revista del Museo Nacional de Lima*, 13.
- Mas, L.1971. *El Folklore Mágico de Cajamarca*. Cajamarca: Imprenta Municipal.
- Midletown, J.  
1967 *Magic, Witchcraft, and curing*. New York: Garden City
- Miller, E.  
1975 Shamans, Power, Symbols and Change in Argentine Toba. Church. *American Ethnologist*, 2 (3).  
---- 1979 *Los Tobas Argentinos: Armonía y disonancia en una sociedad*. México: Siglo XXI.
- Moll, A.  
1944 *Aescolapius in Latin America*. Filadelfia: Sanders
- Morley  
1978 Culture and Curing: Anthropological perspectives on traditional medical beliefs and practices. Editorial Peter Owen, Londres
- Moss, L., y S. Cappannari. 1976. Mal'occhio, Ayin ha ra, Oculus Fascinus, Judenblick: The Evil Eye Hovers Above, in *The Evil eye*, ed C. Maloney, 1 16. New York: Columbia University Press.
- Mull, J. y D. Mull  
1981 Residents' awareness of folk medicine belief of their Mexican patients. *Journal of Medical Education*, 56.
- Muñoz Bernand, C. 1976. Cuestiones y vitalizas: Apuntes etnográficas sobre la medicinas popular en la Sierra Oriental de Cañar, Ecuador. *Boletín del Instituto Francés de Estudios Andinos*, V (3-4): 49 72.  
----1992. *Pindiling. Un village des Andes Équatoriennes*. Paris: CNRS.
- Murdock, G. 1980. *Theories of Illness: A World Survey*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Murray, M. A.1962. *The Witch-cult in Western Europe*. Oxford: Oxford University Press.
- Nations, M., L. Camino, y F. Walker  
1989 "Nerves": Folk Idiom for Anxiety and Depression. *Social Science and Medicine*, 26.
- O'Neil, C. y H. Selby  
1968 Sex differences in the incidence of susto in two Zapotec Pueblos: An analysis of the relationship between sex role expectation and a folk illness. *Ethnology*, 7
- Otto, R.  
1965 *Lo Santo*. Madrid: Revista de Occidente
- Pagés Larraya, F.  
1967 *La esquizofrenia en tierras Aymaras y Quechuas*. Buenos Aires: Ediciones Drusa.

- Palma, N.  
1978 *La medicina popular en el noroeste argentino*. Buenos Aires: Ediciones Huemul.
- Pardal, R. 1937. *Medicina Aborigen Americana*. Buenos Aires: Humanior.
- Parish, J. 2000 From the body to the wallet: conceptualizing Akan witchcraft at home and abroad. *The Journal of the Royal Anthropological Institute*. Vol. 6, No. 3.
- Parrinder, G. 1965. *La Brujería*. Buenos Aires: EU-DEBA.
- Pérez de Nucci, A.  
1989 *Magia y Chamanismo en la Medicina Popular del Noroeste Argentino*. San Miguel de Tucumán: Editorial Universitaria de Tucumán.
- Perdiguero, E. 1996.  
El curanderismo en la comarca l'Acantí: Similitudes entre 1890 y 1990 in *Creer y Curar: La Medicina Popular*, ed J. González Alcantud and S. Rodríguez Becerra, 63-94. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- Puigdégolas, M. & R. Miranda. 1978. *La medicina popular*. Barcelona: Deposa
- Piovesan, A. 1959. *Antropología*. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Ratier, H. 1972. *La medicina popular*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Pitluk, M.  
2007 El *shiatsu* y la búsqueda de nuevas opciones médicas en Buenos Aires. En: *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*, T. I, editora A. Idoyaga Molina. Buenos Aires: IUNA- CAEA
- Redfield, R. y A. Villa Rojas  
1934 *Chan Kom: A Maya Village*. Washington D. C.: Carnegie Institute of Washington.
- Reminick, R.  
1976 The Evil Eye Belief among the Amhara, in *The Evil eye*, ed C. Maloney, 85-101. New York: Columbia University Press.
- Remorini, C. y A. Sy  
2002 Las sendas de la imperfección. Una aproximación etnográfica a las nociones de salud y enfermedad en las comunidades *Mbya*. *Scripta Ethnologica*, XXIV
- Rivert  
1996 Del médico a la curandera: Usos de las distintas opciones de curación en un pueblo de Andalucía Oriental. En *Creer y Curar: La Medicina Popular*, editores J. González Alcantud y S. Rodríguez Becerra. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- Roberts, J. M.  
1976. Belief in the Evil Eye in World Perspective, in *The Evil eye*, ed C. Maloney, 223-278. New York: Columbia University Press.
- Rodríguez Becerra, S.  
1996 Enfermedades humanas con tratamiento divino: La curación mágico-religiosa en Andalucía. En *Creer y Curar: La Medicina Popular*, editores J. González Alcantud y S. Rodríguez Becerra. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- Rodríguez López, J. 1943. *Supersticiones de Galicia y Preocupaciones Vulgares*. Buenos Aires: Ediciones Nova.
- Rubel, A.  
1960 Concepts of Disease in Mexican-American Culture. *American Anthropology*, 62.
- 1964 The epidemiology of a folk illness: susto in Hispanic America. *Ethnology*, 3.
- Rubel, A. C. O'neil y R. Collado Ardán  
1984 *Susto: A folk illness*. Berkeley: University of California Press  
1992 Introducción al susto. En *Antropología Médica en México*, T. II R. Campos editor. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ruz, M.  
1992 Los profesionales de la medicina. En *Antropología Médica en México*, T. II R. Campos editor. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Saizar, M.

2003a En búsqueda de la salud y el bienestar. La selección de terapias en sectores medios y urbanos de Buenos Aires. *Kallaway*, XX.

2003b El yoga y los discursos sobre la salud. *Mitológicas*, XVIII.

2005a *Nuevas búsquedas de salud. El Yoga en el área Metropolitana*. Buenos Aires: Centro Argentino de Etnología Americana

2005b Cuando el Dr Usui meditó en el Monte Kurama. Una aproximación al análisis del mito de origen del Reiki Usui. *Mitológicas*, XX.

2008 Todo el mundo sabe. Difusión y apropiación de las técnicas del yoga en Buenos Aires (Argentina). *Sociedade Cultura*, 11 (1).

2009 *De Krishna a Chopra. Filosofía y Prácticas del Yoga en Buenos Aires*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia

Saizar, Mercedes y Anatilde Idoyaga Molina

2008 El yoga y las concepciones sobre la materia. Reflexiones sobre el cuerpo, las emociones y el pensamiento en el área metropolitana (Argentina). En: *El cuerpo y sus espejos: Estudios antropológicos Culturales*. Teresa Porceskanki editora.

Sal y Rosas, F.

1958 El mito del *jant* o susto de la medicina indígena del Perú. *Revista de la Sanidad de Policía*, 18.

Saunders, L.

1954 *Cultural differences and medical care*. New York: Russell Sage Foundation.

Seijas, H.

1960. Algunos aspectos de la Etnomedicina de los Indios Sibundoy de Colombia. *Boletín Informativo* 6: 5 16.

Seligman, S.

1910 *Der Böse Blick*. Berlín: Universidad Berlin

Sluka, J.

1989 Living on their Nerves: Nervous Debility in Northern Ireland. *Health Care for Women International*, 10.

Spooner, B.

1976 a Anthropology and the Evil Eye. En *The Evil Eye*, ed. C. Maloney. New York: Columbia Univer-

sity Press.

1976 b The Evil Eye in the Middle East, in *The Evil eye*, ed C. Maloney, 76 84. New York: Columbia University Press.

Stein, H.

1976 Envy and the Evil Eye: An Essay in the Psychological Ontogeny of Belief and Ritual, in *The Evil eye*, ed C. Maloney, 193 222. New York: Columbia University Press.

Sturzenegger, O.

1999 *Le mauves oeil de la lune*. Paris: Karthala Swiderski, R.

1976 From Folk to Popular: Plastic Evil Eye Charms, in *The Evil eye*, ed C. Maloney, 28 41. New York: Columbia University Press.

Taussig, M.

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

Teitelbaum, J.

1976 The Leer and the Loom-Social Controls and Handloom Weavers, in *The Evil eye*, ed. C. Maloney, 63 75. New York: Columbia University Press.

Thomas, K.

1991 *Religion and The Decline of Magic. Studies in the popular beliefs in sixteenth and seventeenth century England*. Londres: Penguin.

Turner, T.

1988 Ethno-ethnohistory: myth and history in native South American representation of contact with western society, in *Rethinking History and Myth*, ed J. Hill, 235 281. Urbana y Chicago: University of Chicago Press.

----- 1995 Social Body and Embodied Subject: Bodiliness Subjectivity and Sociality among the Kayapó. *Cultural Anthropology*, 10 (2).

Turner, V.

1967 *The Forest of Symbols*. Ithaca: Cornell University Press.

1964 Witchcraft and Sorcery: Taxonomy versus Dynamics. *Africa*, Vol. 34, No. 4.

1984 Colonialism and international health; a study in social change in Ghana. *Social Science and Medi-*

- cine, 15B.  
Uzzell, D.  
1974 Susto revisited, illness as strategic role. *American Ethnologist*, 1.
- Valdizán, H., y A. Maldonado  
1922 *La medicina popular peruana*. Lima: Torres Aguirre.  
Van Schaik, E.  
1989 Paradigms Underlying the Study of Nerves as a Popular Illness Term in Eastern Kentucky. *Medical Anthropology*, 11.  
Viotti, N.  
2003 Deshaciendo daños. Representaciones y prácticas de la brujería en el NOA. *Scripta Ethnologica* 25.
- Vituro  
1998 Bio and etnomedicine: complementary alternatives from the perspective of the patient. *Scripta Ethnologica*, vol XX, Buenos Aires  
Vogt, E.Z.  
1969 *Zinacantan: A Mayan Community in The Highlands of Chiapas*. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.  
Wilson, M.  
1951 Witch Beliefs and Social Structure. *American Journal of Sociology*. Vol. 56. No. 4.  
Young, A.  
1976 Internalizing and Externalizing Medical Belief Systems: An Ethiopian Example. *Social Science and Medicine*, 10.  
Young, J. C.  
1981 *Medical choice in a Mexican village*. New-brunswick: Rutgers University Press.
- Young, J. C. y L. Garro  
1994 *Medical Choice in a Mexican Village*. Prospect Heights **falta**.
- Ziegeler, W. y L. Amaya  
1989 Análisis comparativo de motivos relacionados con la brujería en la llanura de la baja Sajonia (Alemania) y la llanura Cordobesa (Argentina). *Iberoamerikanische Archiv*, 15 (2)  
Zimmer, H.  
1979 *Filosofías de la India*. Buenos Aires: EUDEBA
- Ziou-Ziou, A.  
1996 La psiquiatría tradicional Marroquí, entre el charlatanismo y el integrismo. En *Creer y Curar: La Medicina Popular*, editores J. González Alcantud y S. Rodríguez Becerra. Granada: Diputación Provincial de Granada.
- Zolla, C., S. Bosque del, V. Mellado, A. Tascón and Carlos Maqueo. 1992. Medicina tradicional y enfermedad, in *Antropología Médica en México* T. II, editor R. Campos, 71 104. México: Universidad Autónoma Metropolitana