

CAUSALIDAD EN LA EXPERIENCIA DEL DOLOR, EL PADECER Y LA VIDA COTIDIANA¹

<https://doi.org/10.25058/20112742.n30.02>

VÍCTOR HUGO LAVAZZA²

Orcid ID: [orcid.org/ 0000-0003-4648-3725](https://orcid.org/0000-0003-4648-3725)

*Universidad de Buenos Aires / Instituto Nacional de Medicina Tropical (INMeT),
Argentina*

vlavazza@hotmail.com

Cómo citar este documento: Lavazza, Víctor Hugo (2019). Causalidad en la experiencia del dolor, el padecer y la vida cotidiana. *Tabula Rasa*, 30, 27-45.
Doi: <https://doi.org/10.25058/20112742.n30.02>

Recibido: 16 de enero de 2018

Aceptado: 15 de mayo de 2018

Resumen:

En las poblaciones de Puerto Iguazú, Misiones (Argentina), existen, al menos, dos sistemas de salud bien definidos, uno proviene del sistema biomédico y el otro de los *mbya-guaraní*. las atenciones en el hospital son frecuentes; en la mayoría de los casos asisten la población de la ciudad, pero también gente mbya-guaraní, niños y adultos (en menor grado). La mayor parte de las mujeres guaraní se hace atender cuando su progenie está afectada porque no hay *opyguá* (sacerdotes-chamanes) que puedan seguir esas dolencias y porque están obligadas a hacerlo por el sistema biomédico. Aquí me propongo establecer grados de inclusión, coexistencia y exclusión de personas a partir de lo que denomino *control de la experiencia del dolor*, conferidos a través del sistema biomédico y del guaraní. El trabajo fue realizado mediante la inserción en el campo, observación participante que incluyó esquemas, fotografías y grabaciones que le dieron forma a la argumentación.

Palabras clave: causalidad, experiencia del dolor, criollos, mbya-guaraníes.

Causality in the experience of pain, suffering, and daily life

Abstract:

In Puerto Iguazú villages, in Misiones, Argentina, at least two established health care systems —one on the biomedical model, and the other one, on the *Mbya-Guarani* tradition. Health care at hospitals is common. In most cases, these facilities assist urban

¹ El artículo se enmarca en el proyecto del INMeT (Instituto Nacional de Medicina Tropical) y su nombre es «Procesos de salud-enfermedad-atención, cartografía social y percepción del riesgo sanitario entre comunidades mbya guaraní, criollos, ocupantes y colonos en la Triple Frontera de Iguazú».

² Doctor en antropología por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.



Grecia - 2019
Johanna Orduz

population, but also Mbya-Guarani people, both children and grown-ups (at a lesser extent). Most Guarani women look for care when their offspring is affected, because there are no *Opyguá* (priests-shamans) who are available to follow up on those illnesses, and because they are forced to look to the biomedical system for health care. Here I intend to lay down several degrees of inclusion, coexistence and exclusion of individuals, based on what I call *control of pain experiences*, as defined within the biomedical and Guarani systems. This work was carried out through fieldwork, participating observation, involving graphs, pictures and recordings to shape reasoning.

Keywords: causality; pain experience; Criollo people; Mbya-Guarani people

Causalidade na experiência da dor, do sofrimento e do cotidiano

Resumo:

Nas populações de Puerto Iguazú, Misiones (Argentina), existem pelo menos dois sistemas de saúde bem definidos, um deles proveniente do sistema biomédico e o outro dos mbya-guaraní. O atendimento no hospital é freqüente; na maioria dos casos a população da cidade recebe atendimento, mas também pessoas do povo mbya-guarani, crianças e adultos (em menor grau). A maioria das mulheres guaranis recorrem ao serviço de saúde quando sua prole fica afetada pela falta de um *Opyguá* (sacerdotes-xamãs) que possa tratar essas doenças e por estarem obrigadas a fazê-lo pelo sistema biomédico. Aqui proponho estabelecer graus de inclusão, coexistência e exclusão de pessoas a partir daquilo que chamo de *controle da experiência da dor*, conferidos por meio dos sistemas biomédico e guarani. O trabalho foi realizado através da inserção no campo, observação participante que incluiu gráficos, fotografias e gravações que deram forma à argumentação.

Palavras-chave: causalidade; experiência da dor; *criollos*; mbya-guaranies.

Presentación

Años atrás Mary Douglas le dedicó un famoso ensayo, *Sobre la naturaleza de las cosas* (1976), al tema de la causalidad. En forma sintética, expresa que, bajo circunstancias de inicio en tiempo y espacio, donde se ubica una causalidad dada, ésta provoca efectos sobre otra instancia «x» por condicionamientos referidos a categorías propias de cada cultura. La autora dedica su estudio a los leles de Kasai, en el Congo; los karam Nueva Guinea y los judíos bíblicos y examina grados de inclusión, neutralidad y exclusión social con otros grupos según la relación que los mismos tienen con animales considerados desde sus sistemas taxonómicos como «anómalos». En el presente trabajo el dilema esta puesto en el *control de la experiencia del dolor* como término de la comparación, ya que nos interesa profundizar sobre la distinción salud-enfermedad. El término *dolor*, entre los *mbya-guaraní* puede colaborar para entender «causas» en el bienestar y malestar, pero esto sucede también entre los *criollos*. Dado este contexto dedico mi interés

a criollos y guaraníes de Puerto Iguazú, en torno a los tratamientos y la atención en salud que dan como resultado inclusión, exclusión y coincidencias en relación con el *dolor*, *rachy* o *hachy* (en guaraní), en la organización social de ambos grupos.

En los estudios de la antropología médica las categorías que conforman los procesos de salud, de enfermedad, atención y prevención (Menéndez, 2017, p. 253) cobran sentido apenas comenzamos a comprender, a través del padecimiento, que se puede hacer algo con los desencajes en el eje corporal de las personas. Dicha situación podría incluirse en lo que Michael Lambek (2004, p. 64) denomina «disrupción del habitus» tomando como base a Pierre Bourdieu (2007, p.86). No solo estamos hablando de la observación simple, de modo frecuente en todos los grupos humanos se tornó necesario actuar sobre el cuerpo cuando la persona sufría por algún motivo cuyo principal síntoma básico es la *experiencia del dolor* que, cruzado un límite, desarma aspectos de la cultura del padeciente y lo deja sin reaccionar ante la afección (Seppilli, 2000, p. 37).

En los espacios urbanizados, grandes y pequeñas ciudades, en lo cotidiano existen momentos en el transcurso del ciclo vital en donde se manifiestan molestias y dolores en el cuerpo de los habitantes urbanos. En edades tempranas adquirimos nociones para entender si estamos padeciendo de manera infrecuente e inusual. No tenemos motivos para pensar que ello no suceda en todo grupo humano si tenemos en cuenta que existen tecnologías asociadas a la actividad de especialistas que «curan». En antropología, estos individuos son sacerdotes que se los designa como chamanes o bien sus nominaciones locales, para el caso guaraní, es el *opyguá*³.

Estos hechos pueden relevarse para analizar la incidencia de la observación práctica localizada, ya que a pesar de que en el mundo institucional biomédico el transcurrir

³ Más allá de que éstos no pueden ser encasillados de manera que encontremos un parecido de curadores en todo lugar, las prácticas de cura suelen estar en manos de una persona especializada. Si nos orientamos por las tesis de Pierre Clastres (1978) cuando teoriza sobre el tema de la sociedad contra «lo uno», podemos inferir que el conocimiento de plantas medicinales está distribuido socialmente en el seno de las familias. De hecho, las personas *mbya* utilizan esas plantas, y antes de ir al chamán se consultan entre ellos cuál sería la mejor medicación desde su propio conocimiento.

de la vida se encuentra pautado más allá de las acciones individuales cotidianas, la auto-atención en salud está muy extendida en la población (Menéndez, 2009, p. 56). Al respecto Menéndez dice que «Lo primero es la auto-atención constituye uno de los principios básicos para asegurar el proceso de producción y de reproducción bio-social y sociocultural de los sujetos y grupos, lo que puede

observarse especialmente a través de los procesos de salud-enfermedad-atención».

En este punto el argumento del artículo es que las coordenadas de espacio y tiempo concurren en las intermediaciones de los cuerpos y de las personas, y dicha acción produce una estructura de aprendizaje determinada e influye de manera condicionante en el eje del *control de la experiencia del dolor*. Lo mencionado es

uno de los aspectos de la clínica del sistema biomédico, la detección del dolor forma parte de la atención. A pesar de los síntomas, cualesquiera sean ellos, los pacientes se desenvuelven, de todos modos, en la vida cotidiana que se encuentra ya distorsionada por las características que posee una dolencia. Los grados de resistencia al dolor, el control de la experiencia de la intensidad del dolor y la manifestación del mismo es parte de un proceso que contiene un dominio temporal y otro espacial, el primero por el devenir del tiempo y el segundo porque acontece en lugares concretos, comúnmente en los espacios de la vida en común y se ubica en el cuerpo de las personas.

La paráfrasis antecedente la he elaborado a partir del concepto del *control de la experiencia ritual* de Godfrey Liendhardt (1976). En su libro *Divinidad y experiencia* llega a ver cómo los momentos de posesión durante el ritual tienen una lógica que es la de hacer que los cuerpos no se extralimiten al punto de la enajenación, a ello el autor lo denominó el *control de la experiencia ritual*. Entonces, de algún modo *el padecer* está presente en la historia personal de los individuos sea cual fuere el lugar donde éstos se desenvuelven, pero dicho espacio se domestica, por decirlo de algún modo, en todos los grupos humanos. Aunque de manera diferenciada podemos encontrar una serie de coincidencias en todas las culturas entendidas como grupos humanos disímiles.

En este sentido, en la *modernidad*, los progenitores y parientes, aunque no sean ellos el eje de la cura, están adiestrados en reconocer si alguien de su familia transita por alguna dolencia. Dichos conocimientos también se aprenden: los cuidados se realizan para paliar el dolor de una enfermedad y forman parte de conocimientos adquiridos con la ayuda de un desarrollo técnico muy experto, pero éstos son fragmentos mixturados de esas instrucciones. Los saberes sobre el cuidado de los dolientes forman parte de la cultura de una región o localidad. Entonces los conocimientos locales se suman a los provenientes de la biomedicina. Los mismos son modalidades de conocimiento que transitan consciente e inconscientemente a través de las personas y grupos que no constituyen el cuerpo, *strictu sensu*, del sistema biomédico.

Parte de dichos conocimientos provienen del campo de las ciencias de la salud, que prepara técnicamente de manera muy minuciosa a las personas que ejercen distintas profesiones. Pero cuando estos conocimientos son apropiados por el común de la gente, se convierten en prácticas de imaginación y creación social. Esto es, los saberes locales se superponen sobre el conocimiento biomédico, es decir, le proporcionan al individuo una sobre-exposición sobre los grados de resistencia al dolor, del control de la experiencia de la resistencia al dolor y del control sobre la intensidad y la expresión del mismo.

Como ejemplo, cuando niños, la primera manifestación de molestias entre los criollos es el llanto más o menos controlado, pero el transcurso de los años traduce el descontrol en una actitud sopesada y graduada según el accidente o la

enfermedad contraída: a dicho proceso lo denomino *control de la experiencia del dolor*. De ello quiero decir que al mismo tiempo constituyen las condiciones en que las personas pueden significar la resolución de problemas relativos en el plano de la actitud corporal cuando existe una afección.

El paciente aprende del médico, pero sólo los fragmentos del discurso entendible para la persona que se atiende. En el plano de lo popular esto es relevante porque dichos conocimientos también sirven para permanecer en las conversaciones que derivarán en la auto-atención, como lo señala Michel de Certeau para otro contexto (2006, p. 121): los dolores, podría decirse, se vuelven «pensables» y requieren una intensa experiencia cultural que resulta en una *praxis* pública (pertenece a todos). Estos saberes sobre el dolor y la enfermedad exigen, en determinados casos zanjar el problema de modo no biomédico mediante un corpus de saberes, pero desde la *medicina popular* (un vendaje se convierte en un empasto, o frotarse alcohol en una zona inflamada por el dolor reemplaza al medicamento, los ejemplos se multiplican). Este tipo de prácticas son realizadas por gente que utiliza los servicios médicos donde aprenden cuestiones básicas de atención mediante estrategias observadas en la instancia de los exámenes clínicos; las personas las aprenden con fines prácticos para transmitir las a otros «pacientes».

Desde el punto de vista occidental, el ámbito de los condicionamientos generados por «la salud» y sus variaciones (los padecimientos), también hacen que la cuestión acerca de cómo debemos comprender los eventos clasificatorios que actúan –en el plano del sufrimiento– son insoslayables e imperativos. El dolor debe cesar de alguna forma tolerable, «El dolor total señala el momento en que el individuo ya no está unido al mundo más que por la irrupción de su dolor; sus sensaciones o sentimientos están inmersos en un sufrir que lo envuelve por completo» (Le Bretón, 1999, p. 35).

Éste se relaciona con la significación en la experiencia del control de lo que es *bueno* para el cuerpo ya que sin ese complemento esto no se haría evidente. La molestia padecida se forma en la intersección del bienestar y el malestar. Pero todo ello forma parte del *preventivismo* si hablamos desde una biomedicina que sabe de sus limitaciones y de sus posibilidades (Arouca, 2008). De modo similar puede haber en sociedades diversas situaciones distintas que, sin embargo, tienen un «parecido» al modo en que Michel Foucault (2002, pp. 300-301) habla de eso. Es decir, un dolor en la zona abdominal puede deberse a una comida opulenta, pero también puede tratarse de una úlcera, desde la auto-atención podría procederse de la misma manera. Por este motivo debemos valernos de la comparación para dejar en claro cuál es nuestro punto de vista y a partir de dónde comenzamos con nuestras investigaciones.

La problemática de dolor y salud-enfermedad en clave comparativa

Para la resolución de dolencias, su inicio es a través de la «carrera moral de paciente» (Goffman, 1998, p. 132) que, utilizado en este contexto, implica que las personas se acostumbran a percibir molestias sobre su cuerpo. La acción no es determinante, pero el médico le enseña al paciente desde edades tempranas a reconocer los dolores que aparecen en la instancia de la diagnosis clínica. Ello no obsta para que, en el mundo occidental, gran parte de las personas sean analfabetos terapéuticos de la biomedicina. Es decir, el estatus y clase social también influyen en las comunicaciones cuando el médico se entrevista con ellos: no tienen las visitas médicas suficientes como para comprender varias vicisitudes, porque el profesional las pregunta con base en aquello que, supone, la gente socializada en el sistema debería conocer (Good, 2003, p. 169).

Pero por lo general a través de los años son las personas que aprenden a transitar por una serie de *stress lines* corporales (Foster, 1992, pp. 121-122) a lo largo del tiempo, lo que da al individuo entrenamiento para reconocer eventos similares de afección. Por ello el sujeto aprenderá durante su vida a manipular algunas situaciones para superar la adversidad. En la sociedad occidental, entre los diversos aprendizajes que pueden naturalizarse en los periodos de contracción corporal, es acostumbrar a la persona a frecuentar a menudo al médico.

Entonces, a través de los años, cuando las personas ya han utilizado una cantidad de veces la consulta médico-clínica aprenden a diferenciar de una manera conclusiva entre lo normal y lo patológico. Aquí autores como Emile Durkheim (1987), acerca los condicionamientos sociales; Georges Canguilhem (1971), consustanciado la epistemología natural-social y Michel Foucault (2003) que discurre sobre la formación del poder desde la clínica médica; a pesar de que son trabajos clásicos y complejos, nos permiten argumentar que la persona ya ha realizado una carrera como *paciente moral* en todo ello de manera asistemática, manteniendo la heurística y la propedéutica de estos autores sin conocerlos. La gente sabe que tiene una patología porque tiene algún dolor, se siente mal (Seppilli, 2000 p. 34), y que, si la auto-atención no da los resultados requeridos, si no funciona la estrategia individual deberá ir al médico de forma obligada bajo el peligro de que la afección se agrave. Por lo que el conocimiento que tiene sobre el tema *dolor* puede ser desperejo pero muy avanzado.

Lo normal y lo patológico se forma a través del aprendizaje del *control de la experiencia sobre el dolor* cuando el paciente se está formando como un *paciente moral*. En este sentido, los conocimientos que el paciente posee y ha aprendido durante las consultas no se manifiestan de forma permanente en su totalidad al mismo tiempo. Las personas normales tienen un cúmulo de instrucciones en

diagnóstico (que se recicla en auto-diagnóstico), y saben actuar muy bien frente al médico en la instancia de atención. Por ello es pertinente ver qué sucede cuando las personas se apropian de estas experiencias. Es cuando entonces comienzan a actuar según las implicancias de diversas etapas de la socialización sobre el control de la experiencia del dolor, en el seno de multitud de haces culturales en el campo de la salud.

Aprendizaje de los umbrales de la experiencia del control del dolor

El *dolor* tiene su genealogía y su configuración esto quiere decir que dado una dirección sociocultural, al modo en que lo desarrolla Norbert Elías (1993), se constituye una sociogenética⁴. Para nuestro caso se trata del desarrollo, por un lado, interno de la

⁴ El mismo N. Elías da como ejemplo cómo se fueron configurando las maneras de mesa en Occidente a través de escritos de «modales» («el decoro externo del cuerpo») de Erasmo de Rotterdam, entre otros. Por proporcionar un ejemplo una vez que se empezaron a usar utensilios de mesa como los cubiertos (el uso del cuchillo y tenedor): esta práctica primero se estandarizó entre la nobleza renacentista pasando a formar parte de la cultura, de modo que en la actualidad la utilización de los mismos es generalizado y usual en casi toda la población que tiene influencia europea (Elías, 1993, pp. 99-253).

ciencia médica y de la biomedicina; pero, por otro, los guaraníes también poseen su propio ámbito eco-etnológico a su disposición para ser mostrado como una orientación determinada (una genealogía con su propia configuración). En ese orden de cosas ellos tienen sus propios dispositivos de cómo debe hacerse la cura, lo que se encuentra vinculado a cierta experiencia del dolor para lograr el bienestar. Los guaraníes poseían un

sistema de cura y cantidad de dolencias que fueron registradas por Moisés Bertoni (1927), el primer etnógrafo guaraní, conocimientos que fueron perdiéndose con la escasez de chamanes debido a procesos de aculturación (Schaden, 1962).

Uno de los condicionantes es que, por lo general en las poblaciones, en los primeros años de vida de los niños, los tutores de un sujeto tienen que seguir un cronograma de vacunaciones regulado por el Estado, en donde se incluye gente *mbya*. Este estado de las cosas condiciona en gran medida de qué manera van a resolverse diversos problemas referidos al examen corporal, en la totalidad de los niños, que se traducen en enfermedades y todas las que, potencialmente, puedan acontecer en el ciclo vital humano. Allí encontramos que se trata de uno de los motivos por los que, en la sociedad criolla, las categorías o términos que describen las oscilaciones en el cuerpo, por diferentes causas, puedan ser imaginados de manera tan opuesta al contrastarlos como salud-enfermedad. Aunque si exploramos en cómo se construyen, veremos que se trata de una cantidad de experiencias distintas que acumulan su resolución en un único instituto: la profesión médica. La salud se encuentra del lado de la medicina, y la enfermedad es el gran problema que los médicos deben resolver, cuando se trata de diagnósticos sobre humanos, mediante la atención.

Al estar integrados el sistema biomédico y el Estado, es un ente que abarca todas las posibilidades terapéuticas, sin dejar prácticamente nada que se refiera a un tratamiento sobre el cuerpo fuera de la medicina, so pena de caer bajo la calificación de «práctica ilegal». La observación de cómo se desarrollan los mismos aspectos en sociedades distintas a la occidental nos hace considerar lo distante que están de imaginar estos procesos como alejados de la «vida normal», sin embargo, dicha observación liga con aspectos que se parecen en grado sumo en ambas sociedades, la criolla y la guaraní. Contrariamente a ello, la diada salud-enfermedad comienza a develar su multiplicidad y significa que la vida no termina en la mera atención resolutoria de una afección, sino que se expande más allá de estos considerandos.

Es decir, si comienzo por el inicio que le atribuyo a estos procesos, la repetición convierte al evento de la experiencia del dolor en un acto de pensamiento en toda sociedad. Quiero significar que fuera de Occidente encontramos otras predisposiciones a los problemas mencionados, y que no tienen la urgencia, ni la jerarquía, ni la normatividad con que se encuentran envueltos en lo que los guaraníes denominan el *mundo de los blancos*. En esta postura vamos a entablar un diálogo con algunas de las significaciones que se refieren al mundo de la enfermedad y el dolor entre grupos de *guaraní mbya* de la ciudad de Puerto Iguazú, provincia de Misiones en Argentina.

Los *mbya-guaraní* son gente de la selva. Se trata de gente que desarrolló su humanidad en torno a múltiples ejes que confluyen en la formación de la persona, en los *habitus* y en el «arco intencional», disposiciones geográfico-culturales y cognitivas que incorpora el individuo a través de los años, y que se convierten en operaciones que se realizan de manera automática (Merleau Ponty, 1986, p. 153) pero en el monte (Larricq, 1993, p. 114). De modo que antropizan la selva, de manera imperceptible para un no-guaraní, y en donde conjuntos de personas *mbya* se socializaron durante un lapso considerable de tiempo. Los mencionados factores encarnan en la cultura del pueblo de tal modo que permiten a los sujetos humanos reconocer y armar las piezas de categorías unidas que formarán su carácter en la línea temporal en lo que hace a las enfermedades. En estos lugares de categorías de la memoria del dolor resultarán una de las experiencias del malestar y, al mismo tiempo, producirán ingentes cambios sobre esa experiencia. En consecuencia, se abrirán varios procesos en donde se formarán los lineamientos del mundo de la vida (Blumenberg, 2013, p. 42), que se producen en la relación entre espacio-tiempo-cuerpo guaraní. Esto lo interpreto así, porque para mi argumentación el centro del problema es la experiencia del *dolor*, que no va a dejar de serlo por ejemplo si es leve o fuerte, si es una herida o un virus, y cuya variación se la ha dispuesto como presencia o ausencia bajo los nombres de salud-enfermedad. Pero al mismo tiempo constituyen las condiciones en que las personas pueden significar la resolución de problemas relativos en cada caso en el plano de la *salud* a través del *control de la experiencia del dolor*.

En el ámbito de los condicionantes generados por la biomedicina (diríamos «la prevención») y sus variaciones, cuando interviene la enfermedad y los padecimientos, estos eventos se relacionan con la significación en la experiencia del control de «lo saludable». Esto implica que las personas poseen diferentes concepciones de lo que la salud y la enfermedad representa para ellos.

Por ilustrarlo de alguna manera en la sociedad donde está extendido el sistema biomédico, cuando la gente padece, frecuentemente se entregan rezos y cadenas de oración para tener una sanación asegurada. Independientemente de que en el mundo científico la oración no tenga incidencia comprobable, sí lo tiene para el proceso de tratamiento y curación para la mirada de quienes realizan estas acciones. A estos eventos medianamente incompatibles con la ciencia médica los denomino *situaciones específicas*. Por ello, la postura adoptada para el artículo comprende describir también las estructuras y la constitución de la enfermedad generada por los individuos en diversos *contextos solapados*, en donde suelen intervenir preferentemente los *blancos*.

Antes de ingresar a estas situaciones (solapado – específico), en la biomedicina, luego de una diagnosis realizada bajo circunstancias controladas, se llega a una serie de categorizaciones que son el conjunto de enfermedades catalogadas como tales: cada una de ellas tendrá su protocolo de acción y de tratamientos a seguir de aquéllas que los tuvieran. Y también contendrán la serie de causalidades hasta donde la investigación sobre una enfermedad determinada haya concluido en su búsqueda. Pero estas investigaciones clínicas se realizan en el hospital (y en institutos de investigación científica), y concentran también a personas, no profesionales, que intervienen de manera activa y participante en diversas esferas de actividad, como convocar a rezar por los enfermos con el fin de que obtengan la cura.

Contextos solapados. Espacio de la biomedicina

La conformación y el estado actual de las ideas asociadas con la salud y la enfermedad adquieren entendimiento conceptual cuando son situadas en esferas de acción específicas. Dichas esferas no son iguales en diferentes grupos. Por ejemplo, sin dejar de entender que existe una dialéctica entre las dos experiencias, que describen dichos conceptos mediante la atención y la prevención, colaboran para un plano de la comprensión de estos procesos. Según mi opinión debemos tomar en cuenta algunas consideraciones: los términos que componen la fórmula salud-enfermedad no los considero opuestos, tal como lo hemos descripto, sino que conviven como dos momentos diferentes de la cotidianidad, aunque la enfermedad siempre contiene excepcionalidad dado que es un padecer. En la enfermedad se padece porque no se encuentra solución al dolor, y el individuo se encuentra en un conjunto de molestias permanentemente.

Hasta que no suceden instancias críticas, la dolencia transcurre en el seno de los vínculos de interacción habitual de cada sociedad. No las considero como categorías que contienen pureza conceptual ya que encuentran sentido no sólo por su negatividad mutua, en la oposición, sino que también se verifican en la complementariedad. En este punto al describir los pares al modo estructuralista, encontraríamos que los dos ejes extremos de un esquema simplemente se referirían a una dualidad enfermedad/salud, cuyos contenidos opuestos sitúan el eje en una situación que es abarcativa: la enfermedad corresponde a la naturaleza y la salud a la cultura. Por ello debemos de concebir instancias de separación y de reincorporación al sistema biomédico, tal como si fuera un rito de pasaje. Las personas entran al sistema con una enfermedad dada y salen con el proceso implicado en la idea de salud mediante la atención. Es decir, la persona se torna paciente para ir transformándose, después de un proceso, nuevamente en una persona culturalmente activa: vuelve a ser *persona completa* cuando termina el tratamiento. Los contextos solapados son aquellas instancias en donde se interceptan dos o más esferas de actividad y circuitos de acción en la esfera de los devenires sanitarios.

Por lo general se encuentran en gran número de interacciones rituales que se desarrollan en la vida cotidiana (Collins, 2009), como continuidad de la relación clínica. El enfermo en la vida cotidiana suele crear condiciones para consolidar el punto de intersección ritual con la asistencia al hospital, que es uno de los factores generadores de sistemas de relaciones que posibilitan la auto-atención. Por lo general un porcentaje de las personas que concurren al médico han pasado por instancias de auto-atención antes de ir al médico o al hospital. Por ejemplo: el vapor de agua con hojas de eucalipto se utiliza, en el saber popular, para tratarse de gripe o resfríos, se supone que es para aminorar la *tos flemática* y lo que hace es *abrir* los pulmones.

En el caso de la sociedad *blanca* muchas de estas interacciones, donde se comunican estas *soluciones*, se dan en los ámbitos donde se desarrolla la actividad de la salud, los hospitales (internaciones, guardias), las clínicas (símil hospital, pero a pequeña escala), los consultorios (varía el tiempo de consulta), las salas (en donde existen atenciones programadas). Los médicos a domicilio (urgencias e internaciones en el hogar) son de carácter diferente porque al estar en un espacio doméstico, las personas deliberan acerca de las instrucciones del médico una vez que éste se retiró del ámbito familiar. Se *solapan* porque en estas instancias se reciben miles de personas al año, cada una con su problemática, y son reconvenidas en un único sistema. Sin embargo, las esferas de acción donde las experiencias cotidianas aparecen nunca dejan de estar presentes en el momento de la consulta médica, y estas son comunicadas por los pacientes entre sí.

Aunque todo el sistema de relaciones esté basado en síntomas, y análisis clínicos, cada paciente debe minimizar los hechos de la vida cotidiana que las personas deben recorrer a cada momento de todos modos durante la consulta. Los médicos

saben que las condiciones de vida de la gente-paciente forman, en numerosas ocasiones, parte del tratamiento por lo que el profesional debe tomar en cuenta donde vive, como se encuentra el hábitat de la persona-paciente, pero de manera protocolar. Aun así, las personas-pacientes, muchas veces, han hecho su diagnóstico en la sala de espera. También sucede que cuando el individuo termina el tratamiento siguen las recomendaciones que han recibido de otros legos.

Las posibilidades abiertas para la auto-atención están abiertas por el espacio del tratamiento médico en sí, y no sólo porque se dan a conocer la significación de las categorías normativizadas por la influencia institucional, sino también por los modos en que lo normativo impacta sobre la población. Pero es para señalar de nuevo que la intención es ver qué sucede cuando las personas se apropian de estas experiencias y comienzan a actuar según las implicancias culturales que se basan en recomendaciones provistas por la biomedicina. El concepto supone que el espacio del tratamiento también puede ser el hogar del paciente, pero esta circunstancia no implica estar en situación de vida cotidiana, sino que está constreñido por la enfermedad y por las indicaciones del médico.

El paciente está en una perspectiva que indica el lugar donde estos eventos se inician, en calidad de patología, en espacios temporales donde los procesos ocurren. En dichas situaciones vemos que el inconveniente se genera en una posición que es la interacción entre enfermedad y vida cotidiana. Pero, sin embargo, es para remarcar que el sistema biomédico –en el plano ideal– supone la inclusión de todos los grupos sociales.

Situaciones específicas. Hachy (dolor) y vínculos socioculturales

Si la dolencia que acontece en un cuerpo *mbya guaraní*, a diferencia de los criollos, éste tiene un umbral mayor de resistencia al dolor por lo que será muy excepcional que vaya a la atención, sea biomédica o a través de un *opyguá*, iría a recurrir antes que nada a la auto-atención. *Dolor* para los guaraní está en relación con el estar quieto, *no estar a gusto –ndojevi'ai–* (Remorini (2005, p. 71) sin un motivo aparente. Entonces el individuo va a ser *observado* por el *opyguá*. Luego, si la aflicción es continua procederá a atenderse con el *opyguá*. Antes que nada, él tomara precauciones para saber si puede curar la afección. De alguna manera los *mbya* adultos tienen las mismas instancias que los *blancos* para con las dolencias, el primer paso es la auto-atención y luego, como lo consideramos, el *opyguá*. Este sistema de actitudes se realizaba así antes que irrumpiera el sistema biomédico así que, si la expresión se refiere a un contenido de *dolor y padecimiento*, la mayoría de los *opyguá* en la actualidad en Puerto Iguazú incitan al individuo a que vaya al hospital para ellos ver la concurrencia de la cura. Quiere decir que los guaraníes ante la falta de *opyguá* comenzaron a asistir al sistema biomédico frente a la enfermedad.

Las salas de atención primaria en las comunidades indígenas tienen una historia que hacen a su formación y son de funcionamiento similar en diferentes grupos en Argentina (ver Lorenzetti, 2017). Básicamente las salas de Atención Primaria de la Salud que se encuentran en las aldeas son socializadoras para el sistema biomédico. En estas instancias se trata de ver por qué en ciertos lugares hay mayor incertidumbre respecto de cuáles son los condicionamientos referidos a la salud, que deberíamos tener en cuenta. Tomemos en consideración que quienes viven en las comunidades y están más lejos de la Sala de Atención Primaria de la Salud (que se encuentran dentro de las comunidades) raramente asisten a ella. Así que no conocen la significación de las categorías normativizadas por la influencia institucional, ello se debe a los modos en que lo normativo (controles de talla y peso, vacunaciones masivas, entregas de leche en polvo) impacta sobre la población de niños guaraní.

En definitiva, los *blancos* siempre se encuentran en el espacio de contextos solapados debido a los valores opuestos de las categorías salud-enfermedad, porque ya fueron socializados en este sistema desde niños a través del médico o atención hospitalaria. En cambio, el *opyguá* piensa que la experiencia del dolor es el núcleo de un malestar. Es un indicador de que algo está mal con la persona a ser tratada. En más de un sentido son depositarios de la cultura guaraní y también aseguran que curan la enfermedad y hacen cesar el dolor. El problema es, según un *opyguá* de Fortín Mbororé, que no hay muchos (*opyguás*), entonces las «especialidades» que tenían como conocimientos, se fueron perdiendo.

En opinión del sacerdote-chamán ellos tienen que combinar biomedicina y cura guaraní «cincuenta y cincuenta por ciento por este motivo» (sic). Una de las cosas más interesantes que me comunicó es que el aprendizaje de un *opyguá* es de más de 15 años, y que la técnica principal es enfermarse ellos mismos y sentir de que se trata esa cuestión, qué dolores se sienten en el cuerpo. Cuando él me explicaba esto se tocaba en todas las partes de su propio cuerpo, como si estuviese seguro de que las posibilidades de la cura provenían de las propias experiencias del control del dolor que él mismo había tenido. Otra cuestión que se suma a la escasez de *opyguá*: antes de que el chamán tenga entre 55 y 60 años no pueden ejercer como tales, porque la gente los considera muy jóvenes como para tener la experiencia suficiente en su tarea.

Como decíamos, la persona guaraní cuando se enfrenta al sistema médico normalmente se inserta en el mismo a través de la Sala APS local, cuando ésta existe. El contacto con el médico resulta esporádico y discreto durante prácticamente todo el ciclo vital. En la actualidad en Puerto Iguazú los contactos de los *mbya* con el sistema biomédico se limitan a la niñez y a las mujeres embarazadas por lo que el conjunto de la atención se centra sobre esas franjas sociales.

Las consultas de los adultos se limitan a problemas de resolución compleja: tuberculosis, mal de *Hansen*, *leishmaniasis*, *dengue*⁵. Pero el mayor énfasis está

⁵ De todos modos, por ejemplo, para el caso del *dengue* hubo muy pocas personas *mbya* ya no solo registrado en una estadística, sino que observamos de manera efectiva entre las seis aldeas, en donde la población oscila en un total aproximadamente en 3.200 personas, cuya sintomatología de *dengue* fue confirmada en un número de seis.

en el embarazo y la lactancia del niño. Por ejemplo, cuando una mujer guaraní queda embarazada, el sistema biomédico se vale de algunos aspectos consuetudinarios para proveer de atención a la situación de embarazo.

Uno de los aspectos más notables es la relación que establecen los agentes sanitarios guaraníes, la mayor parte de ellas son mujeres, con la gente de la comunidad. Las relaciones que ellas consiguen establecer son muy parecidas a la que tendrían como vecinos, son guaraní, comparten los mismos criterios culturales. Sucede que, con un entrenamiento junto a otros agentes tienen –en poco tiempo– un conjunto de conocimientos para desempeñar la actividad.

Mejor que nadie las agentes sanitarias locales conocen si una mujer está embarazada, a partir de entonces comienzan a realizar controles de inmediato. Del mismo modo, con los niños, ellas conocen a todos los de la comunidad porque están consustanciadas con el tema y siguen un control muy minucioso, y de otros aspectos relativos al seguimiento del crecimiento del niño. Los/las agentes tienen un cúmulo de información, casi memorística, de todas las personas que llegan a la sala APS. Por todo lo demás comparten vínculos culturales discretos con personas de aldeas diferentes y, cuando tienen que resolver un problema de salud, recurren de manera primordial a los *opyguá*, pero también a los conocimientos guaraníes de plantas, hierbas y árboles.

Estos recursos se utilizan profusamente, por ejemplo para algunos parásitos utilizan una hierba que denominan *k'ané*. No recurren por si mismos al médico por cierto tipo de dolencias, nunca van cuando se inicia la enfermedad. Ahora bien, adolescentes y adultos *mbya* no van normalmente a las consultas médicas después de los 14 años aproximadamente, por lo que no tienen una socialización acabada en el sistema biomédico porque no asisten más después de esa edad, a menos que se encuentren en una situación de salud muy crítica, como la tuberculosis, entre otras enfermedades.

Del mismo modo que muchos *blancos* que no tienen historial médico para comprender de manera adecuada al médico, en una situación clínica a la que tienen que asistir los *mbya*, las preguntas que hace el médico no son comprendidas por ellos de manera completa. Porque comparados con las personas que asisten desde la infancia de manera continuada y –en virtud de ello– llegan a poseer un cúmulo de aprendizaje no formal de cómo enfrentar la atención médica. Al carecer de dicho aprendizaje en el transcurso de su vida, no saben cómo resolver verbalmente lo que los médicos intentan conocer sobre el paciente. Esto se debe a que los guaraníes no experimentan la misma cualidad de dolor que los *blancos*.

En el caso de los guaraníes el cuidado del niño desde el inicio es con la madre y sus hermanos, sobre todo. En observaciones realizadas sobre el terreno, la detección del dolor es de manera temprana, en la niñez. Entre los *mbya* de Puerto Iguazú, contrariamente, al detectar el dolor porque el niño irrumpe en llanto es visto simplemente como una queja. Los umbrales de las molestias percibidas en el cuerpo, al vivir en el monte, son más amplias que la de los *blancos* de modo que, en poco tiempo, el niño resiste varias molestias como picaduras, irritaciones de la piel, lastimaduras que para un niño habitante de la ciudad serían de tratamiento obligatorio con el pediatra. Por ejemplo, un pequeño que vive con su familia extensa en un sitio denominado *600 hectáreas* es colocado en un pequeño hoyo en el suelo, le colocan una manta cubriendo la tierra y el niño se queda allí sin andar más que entre los límites del hoyo. Pero allí va ejercitando sus frágiles sentidos y lo van «entrenando» para, poco a poco, salir de ese hoyo. El niño aprende sus primeras experiencias de molestias, como sarpullidos generados por bacterias y la acción del sol (que son muy comunes); de modo que lo primero que se curte es la piel de la cara y de extremidades.

Cuando el niño tiene edad suficiente para caminar ya puede hacerlo casi sin problemas, y cuando llega al tercer año de vida logra desempeñarse sin severas dificultades. Debemos recordar que la selva es un lugar que, para las personas que no están acostumbradas es muy inclemente: insectos que pululan incesantemente y se pegan al cuerpo, son terrenos húmedos que hacen que la mojadura sea permanente, y existe la posibilidad que se encuentren con animales peligrosos como el yagareté, tapir, serpientes y otros. Lo destacable es que el niño desde su nacimiento ya se está preparando para las dificultades de la selva dado que es un espacio en donde no existe urbanización, aunque estén muy cerca de la ciudad.

En este sentido, los umbrales de la experiencia del dolor son mucho más amplios que alguien que nació en una ciudad, donde la infraestructura misma genera espacios de comodidad. Estos espacios en el monte son solares aldeanos, por ello es interesante destacar que los dolores corporales del tipo construido para los blancos, para el *mbya* son prácticamente inexistentes, están muy acostumbrados de niños a encontrarse en el medio selvático.

Aquello que para nosotros resulta muy molesto como picaduras, sarpullidos y cosas por el estilo nos llevarían al médico, pero para ellos estas afecciones son normales. Para los *mbya* el dolor está asociado con el *estar quieto* porque no puede actuar por sí mismo, por ello esta expresión contiene un conjunto de interpretaciones para comprender el dolor intenso. Hasta estar cerca del agua o de las fuentes de agua que es un tabú (Cebolla Badie, 2016) proporciona experiencias de aflicción a la gente guaraní.

En la vida guaraní tienen al menos dos espacios bien identificados, el de la vida cotidiana y el de la subsistencia. En la aldea, entre ellos el espacio del dolor se genera allí en el límite del hogar y el espacio de la subsistencia. El restablecimiento se forma en la vida cotidiana, pero si este no se produce puede ocurrir el destierro (o la muerte), no puede permanecer incólume en la vida cotidiana. Nosotros vemos que el espacio de la experiencia del dolor se genera en ambos casos, *blancos* y *guaraníes*, en un lugar preciso que es una posición determinada del sujeto, entre el espacio público y el de la vida cotidiana, que es una coincidencia que existe entre los dos grupos, ya que es el paso previo a la auto-atención o la asistencia a un especialista en ambos casos.

En la sociedad *mbya* los pasos sobre la enfermedad se multiplican, pero las inconsistencias respecto de la integración pos-enfermedad tienen la salida de volver a la vida cotidiana al reestablecerse la cura y, como no pueden tener algo anómalo que pueda afectarlos de manera generalizada y no muestre avances en su situación, cesa de ser atendido y queda fuera del espacio doméstico. La respuesta final es única y contundente. Quitando este último recurso unívoco el número de causalidades atribuidas al dolor ascienden a múltiples posibilidades, pluralidad que ha sido señalada por Héctor Keller (2010), donde habla de las etiologías y tratamientos de algunas enfermedades guaraníes donde para cada afección puede tener diferentes soluciones. Lo que en los guaraní son cálculos individuales basados en diferenciales específicos, se contraponen los cálculos estadísticos y probables, pilares de la biomedicina, por lo que las medicaciones serán estándares para todo paciente que tenga una misma enfermedad, viva donde viva y esté donde esté salvo raras excepciones.

En este texto simplemente constato que, empleando herramientas teóricas, entre ellas la obra de Clifford Geertz (1987), la perspectiva interpretativa en antropología, el ontologismo de Philippe Descola (2012) y la hermenéutica de Paul Ricoeur (1977) podemos establecer conclusiones similares: nada es lo que parece, y toda palabra tiene varios sentidos. En nuestro caso entonces, la interpretación del *dolor* tiene diferencias amplias con la de los *blancos* además de que pueda haber discrepancias internas a cada grupo (diferenciadas por la socialización en sistemas particulares disímiles), pero en la ontología guaraní, *hachy*, está consustanciado con el medio ambiente. En las improntas sociales vemos que la sociedad blanca por un lado rechaza lo extraño y ominoso, al mismo tiempo lo mantiene –a modo de prueba– para ver si en algún momento resulta traducible a sus términos, ello es para que sea culturalmente traducible a un mundo que se sustenta en el consumo y la preeminencia de *lo nuevo*. Pero todo ello en base a la dicotomía salud-enfermedad contenida en el genérico *control de la experiencia del dolor*. En este punto vemos que no hay exclusiones a través del sistema biomédico, pero si severas sanciones (Espósito, 2005, pp. 35-36); por ejemplo, mayor control sobre el paciente.

Entre los guaraní por un lado ocurre algo similar en cuanto a la severidad de la sanción que ya hemos mencionado, el destierro o la muerte cuando la dolencia no encuentra solución. Este destino no le concierne a cualquiera, hay instancias donde el individuo pasa antes de ser reestablecido plenamente a la sociabilidad. Ya que, mientras esta doliente, permanece en la vida cotidiana pues la dolencia no siempre puede ser extrema, pero también tienen otro recurso que es la biomedicina ya que depende de las decisiones de la familia guaraní.

El punto de intersección que es el de dolor/*hachy*, se traduce en *control de la experiencia del dolor*, y el hospital como punto de salida para algunos guaraníes, ya que la biomedicina tiene un giro a la categoría salud como cultura que sería una *vuelta* a la vida cotidiana. Es decir, después de todo hay guaraníes que se van a hacer atender al hospital y esto los devuelve a la vida cotidiana, pero después de este hecho, si no fue consultado con anterioridad, es más complejo que ellos mismos se hagan tratar por un *opyguá* si les concurre otra dolencia.

Comentarios finales

Al inicio nos hemos trazado el problema de la causalidad tal como glosa de lo planteado por Mary Douglas según mi interpretación. El principio del problema indica una circunstancia a ser investigada, en ciencias sociales la causalidad ha sido muy debatida *a causa* de su ligazón con las epistemologías positivistas. Aunque de hecho los desenlaces corresponden a diversas causalidades que dependen de la coyuntura del paciente-padeciente en nuestro caso. Pero el principal objeto del artículo era conocer cómo los umbrales de la *experiencia del dolor* son constituyentes de toda enfermedad. Ya que la última no sería tal si no tuviese otros atributos que el de salud, atención y prevención, aquí veo que la incidencia del *dolor* juega un rol inalienable y excluye o incluye al individuo en un sistema u otro si no existe resolución del problema.

Por lo general ninguna persona acostumbrada al sistema biomédico busca ser tratada de alguna afección en otro lado que no sea finalmente el hospital. Puede suceder que recurran, como observa Eduardo Menéndez (2010, 2017), a la auto-atención o inventen tramas a partir del sistema biomédico. Los rituales de iniciación en el sistema son claros y una vez incorporados son muy efectivos. Son ejemplos los tiempos de espera que suelen ser mucho más extensos que los de consulta, esta es una de las instancias donde se va formando la auto-atención porque las personas, en sus esperas, hablan de las dolencias y mencionan que para determinados diagnósticos se utilizan determinados medicamentos, o bien que hay que realizar una determinada acción para aplacar el dolor.

Todo el aparato de acción ritual hace que el sistema biomédico posea una alta verosimilitud y su enlace con el Estado hace de él, como también lo señaló Menéndez (2010), un ámbito que es hegemónico por el carácter obligatorio

que ciertas enfermedades tienen de tratarse en el interior del sistema médico. En cambio, el modelo guaraní no separa en lo cotidiano aquello que nosotros nominamos como salud/enfermedad/atención-prevención, no conocen la genealogía que llevó a ese estado de las cosas. Por lo general aceptan de mala gana que se los atienda y como me dijo uno de los caciques, «la gente viene a morir a estos lugares (se refería a su propia comunidad) y es porque ya fueron desterrados de los suyos». Para el guaraní el morir en un lugar como el hospital es porque careció de un *opyguá* que quizás podría haberlo curado desde su experiencia. Por esto afirmo que, desde el punto de vista de la experiencia del dolor y de la cura, la sociedad guaraní es totalmente excluyente ya que si no se es guaraní es difícil que los *jurúa* (gente blanca) transiten por las sinuosidades de los procesos curativos guaraníes. Al contrario, si un individuo *mbya* se recobra en un hospital o sus sucedáneos tal vez quedaría fuera de los circuitos de cura propios, pero ya habría ingresado al sistema biomédico para resolver cualquier evento de enfermedad.

Referencias

- Arouca, S. (2008). *El dilema preventivista. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Blumenberg, H. (2013). *Teoría del mundo de la vida*. Buenos Aires: F.C.E.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bertoni, M. (1927). *La civilización guaraní. La higiene y la medicina guaraní. Tomo 3*. Asunción: Edición ExSylvis.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Cebolla Badie, M. (2016). *Naturaleza y cosmología guaraní*. Buenos Aires: Biblos.
- Certeau M. de, (2006). *La escritura de la historia*. México: UIA.
- Clastres, P. (1978). *La sociedad contra el Estado*. Caracas: Monte Ávila.
- Collins, R. (2009). *Cadenas rituales de interacción*. Madrid: Anthropos.
- Descolá, P. (2012). *Más allá de la naturaleza y la cultura*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Douglas, M. (1976). *Sobre la naturaleza de las cosas*. Barcelona: Anagrama.
- Durkheim, E. (1987). *Las reglas del método sociológico*. Buenos Aires: La Pléyade.
- Elías, N. (1993). *El proceso de civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Buenos Aires: F.C.E.

- Espósito, R. (2005). *Inmunitas. Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Foster, G. M. (1992). *Las Culturas tradicionales y los cambios técnicos*. México: F.C.E.
- Foucault, M. (2002). *Las palabras y las cosas*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa.
- Goffman, E. (1998). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Keller, H. (2010). Nociones de vulnerabilidad y balance biocultural en la relación sociedad guaraní y naturaleza. *Avá*, (18), 25-45.
- Lambek, M. (2004). The Saint, the Sea Monster, and an Invitation to a Dîner-Dansant: Ethnographic Reflections on the Edgy Passage – and the Double Edge– of Modernity, Mayotte 1975-2001. *Anthropologica*, 468 (1), 57-68.
- Larricq, M. 1993. *Ipytuma. La construcción de la persona entre los Mbya Guaraní*. Posadas: Editorial Universitaria.
- Le Bretón, M. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Liendhardt, G. (1988). *Divinidad y experiencia*. Madrid: Akal.
- Lorenzetti, M. I. (2017). Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Revista de estudios marítimos y sociales*. 10(11), 148-176.
- Menéndez, E. (2010). *De sujetos, saberes y estructuras*. Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Menéndez, E. (2017). Antropología de la salud en las américas. Contextualizaciones y sugerencias. *Salud Colectiva*, 13(3), 353-357.
- Merleau-Ponty, M. (1986). *Fenomenología de la percepción*. Barcelona: Planeta-Agostini.
- Remorini, C. (2005). Persona y espacio. Sobre el concepto de «Teko» en el abordaje etnográfico de las primeras etapas del ciclo de vida Mbya. *Scripta Ethnológica*. XXVII, 59-75.
- Ricoeur, P. (1977). *La metáfora viva*. Buenos Aires: Megápolis.
- Schaden, E. (1962). *Aspectos fundamentais da cultura guaraní*. São Paulo: Difusão Européia do Livro.
- Seppilli, T. (2000). De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación. Perdiguero E. y Comelles, J. M. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, (pp. 33-44). Barcelona: Bellaterra.