

DÉCIMOTERCERA EDICIÓN, noviembre 2016. ISSN 2528-7907

REVISTA
SAN GREGORIO

EDICIÓN ESPECIAL CEISAL 2016 "PALABRAS PARA SANAR"

**LAS OPINIONES EXPRESADAS EN LOS ARTÍCULOS DE ESTA REVISTA SON RESPONSABILIDAD DE SUS AUTORES
Y NO REFLEJAN LA OPINIÓN DE LA REVISTA SAN GREGORIO NI DE SU CONSEJO EDITORIAL**

CONSEJO EDITORIAL

Abinzano, Roberto Carlos , Ph.D. Universidad Nacional de Misiones (Argentina)
Borroto Cruz, Radamés, Ph.D. USGP (Ecuador)
Farfán Intriago, Marcelo , Ph.D (c).USGP (Ecuador)
Fernández de Rota y Monter, Antón, Ph.D. Universidad de A Coruña (España)
Pérez Taylor Aldrete, Rafael, Ph.D. Universidad Nacional Autónoma de México (México)
Prieto del Campo, Carlos, Ph.D. New Left Review. (España)

COMITÉ CIENTÍFICO

Alarcón de Andino, Lyla. MsC. USGP Ecuador	García Mingo, Elisa, Ph.D. Universidad Complutense de Madrid. España
Alarcón Zambrano, Jaime Alfredo. MsC. USGP Ecuador	Golías Pérez, Montserrat, Ph.D. Universidad de A Coruña. España
Alfonso Bouhaben, Miguel. Ph.D-USGP Ecuador	González de la Fuente, Iñigo, Ph.D. Universidad de Cantabria. España
Alfonso Manzanet, José Enrique, Ms.C-Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Cuba	Lemus Lago, Elia Rosa, Ph.D. Universidad de Ciencias Médicas. Cuba
Aliaga Sáez, Felipe Andrés , Ph.D. Universidad Santo Tomás. Colombia	Molina Cedeño, Ramiro, Abg. USGP. Ecuador
Alonso González, Pablo, Ph.D. Instituto de las Ciencias del Patrimonio, España	Muñoz Cantos, Patricio, Mg.SC. USGP. Ecuador
Alvarez Sousa, Antón, Ph.D. Universidad de A Coruña. España	Oliveira del Río, Juan Antonio, Ph.D. USGP. Ecuador
Anta Félez, José Luís, Ph.D. Universidad de Jaén. España	Oramas González, René , Ph.D. Universidad de Ciencias Médicas. Cuba
Aparicio Gervás, Jesús María, Ph.D. Universidad de Valladolid. España	Palacios Ramírez, José, Ph.D. Universidad Católica de Murcia. España
Ayllón Pino, Bruno, Ph.D. IAEN. Ecuador	Párraga Muñoz, Sonia, ing. USGP. Ecuador
Barredo Ibáñez, Daniel , Ph.D. ULEAM. Ecuador	Peña y Lillo, Julio, Mg. SC. CIESPAL. Ecuador
Brandariz, José Angel, Ph.D. Universidad de A Coruña. España	Peón Sánchez, Fernando, Ph.D. ISDI. Cuba
Cabrera Toledo, Lester Martín, Ph.D (c). FLACSO. Ecuador	Pérez Caramés, Antía, Ph.D. Universidad de A Coruña. España
Camas Baena, Victoriano, Ph.D. ULEAM. Ecuador	Pini, Claudia Helena Mónica, Lic. Universidad Nacional de Misiones. Argentina
Cano Herrera, Mercedes , Ph.D. Universidad de Valladolid. España	Prieto Díaz, Vicente, Mg. SC. USGP. Ecuador
Cazzaniga, Hernán, Lic. Universidad Nacional de Misiones. Argentina	Restrepo , Eduardo, Ph.D. Universidad Javeriana. Colombia
Chao Pérez, Luca, Ms.C, Universidad de A Coruña. España	Rey Fau, Rafael, Ph.D(c). Universidad de la República. Uruguay
Delgado Burgos, María Angeles , Ph.D. Universidad de Valladolid. España	Riadigos Mosquera, Carlos, Ph.D. Universidad de Vicosá. Brasil
Diz Reboredo, Carlos , Ph.D(c). Universidad de A Coruña. España	Ruiz Blázquez, José , Ph.D. Universidad de las Américas. Ecuador
Dueñas Espinosa, Xavier, MBA. USGP. Ecuador	Taboadela Alvarez, Obdulia, Ph.D. Universidad de A Coruña. España
Fernández de Rota, Antón, Ph.D. Universidad de A Coruña. España	Terán, Fabián, Ms.C, Universidad Iberoamericana del Ecuador. Ecuador
Fernández Sotelo, Adalberto, Ph.D. Universidad Nacional de Chimborazo. Ecuador	Trejo Peña, Alma Paola, Ph. D(c), Colegio de la Frontera Norte. México
Fernández Suárez, Belén, Ph.D. Universidad de A Coruña. España	Vicedo Tomey, Agustín, Ph.D. Universidad de Ciencias Médicas. Cuba
Ferreiro Bahamonde, Xulio, Ph.D. Universidad de A Coruña. España	Villalba Martínez, Félix, Ph.D. Universidad Complutense de Madrid/Instituto Caro y Cuervo de Bogotá. España/Colombia
Ferrer Muñoz, Manuel, Ph.D. PUCE (Ibarra). Ecuador	Zambrano Santos, Robeth, Ph.D. ITSUP. Ecuador
Fidalgo Castro, Alberto, Ph.D. Universidad de A Coruña. España	

DIRECTOR DE LA PUBLICACIÓN

Eleder Piñeiro Aguiar, Ph.D. UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO. Ecuador
elederpa1983@gmail.com

CONCEPTO GRÁFICO

Lic. Rey Rondón Sierra (reyrondonsierra@gmail.com)

EDICIÓN: PORTOVIEJO- MANABÍ- ECUADOR

ENTIDAD RECTORA: UNIVERSIDAD SAN GREGORIO DE PORTOVIEJO

DIRECCIÓN: AVENIDA METROPOLITANA No. 2005 Y AVENIDA OLÍMPICA. PORTOVIEJO

TELÉFONOS: (593 5) 2935002/ (593 5) 2931259/ (593 5) 2932837

CÓDIGO POSTAL: 130105

La revista San Gregorio es una publicación científica, de frecuencia SEMESTRAL, orientada a la investigación transdisciplinar y dirigida a investigadores, estudiantes, pedagogos y comunidad científica nacional e internacional.

TODOS LOS ARTÍCULOS QUE APARECEN EN ESTE NÚMERO FUERON REVISADOS Y APROBADOS POR PARES EXTERNOS.

REVISTA SAN GREGORIO es una publicación del Centro de Investigación de la Universidad San Gregorio, de la ciudad de Portoviejo, Manabí, Ecuador.

LOS ENVÍOS DE ARTÍCULOS Y COLABORACIONES SERÁN RECIBIDOS MEDIANTE LA PLATAFORMA OPEN JOURNAL SYSTEM DE LA REVISTA.

LOS ARTÍCULOS DEBEN SER POSTULADOS EN : www.revista.sangregorio.edu.ec



TODOS LOS CONTENIDOS DE LA EDICIÓN ELECTRÓNICA E IMPRESA DE ESTA REVISTA, SE DISTRIBUYEN BAJO UNA LICENCIA DE USO Y DISTRIBUCIÓN "CREATIVE COMMONS ATTRIBUTION-NONCOMMERCIAL-SHAREALIKE 4.0 INTERNATIONAL PUBLIC LICENSE" (CC-BY-NC-SA)



ÍNDICE

José Palacios Ramírez
Juan Antonio Flores Martos
Eleder Piñeiro Aguiar

PRESENTACIÓN

04

Montserrat Pulido-Fuentes

Salud y enfermedad desde la
narrativa de los pacientes en la
Amazonia Ecuatoriana

06

Eleder Piñeiro Aguiar

Palabra-alma-nombre. Espiritualidad
guaraní como acto de resistencia

20

Luisa Abad González

Narraciones sobre la enfermedad en ermitas y
santuarios de devoción: un modelo de storytelling
en la proyección socio-comunitaria del sufrimiento.

30

Lorena González Godoy

Umbanda y sanación: experiencia en
Uruguay y en España

40

Alba Hortencia González Reyes

Hay golpes en la vida, como del odio de
Dios. Violencia sexual por incesto

50

Juan Antonio Flores Martos

Nuevas definiciones de evidencia. Narrativas
de TDAH y TLP desde la perspectiva de la
antropología de las emociones.

58

Trilce Rangel Lara

La función de las tecnologías de visualización
en la experiencia hospitalaria: el caso del
embarazo

70

Hipólito Rodríguez

Impactos de la globalización en el comer:
¿mutaciones de los patrones de consumo y en
el ordenamiento territorial?

80

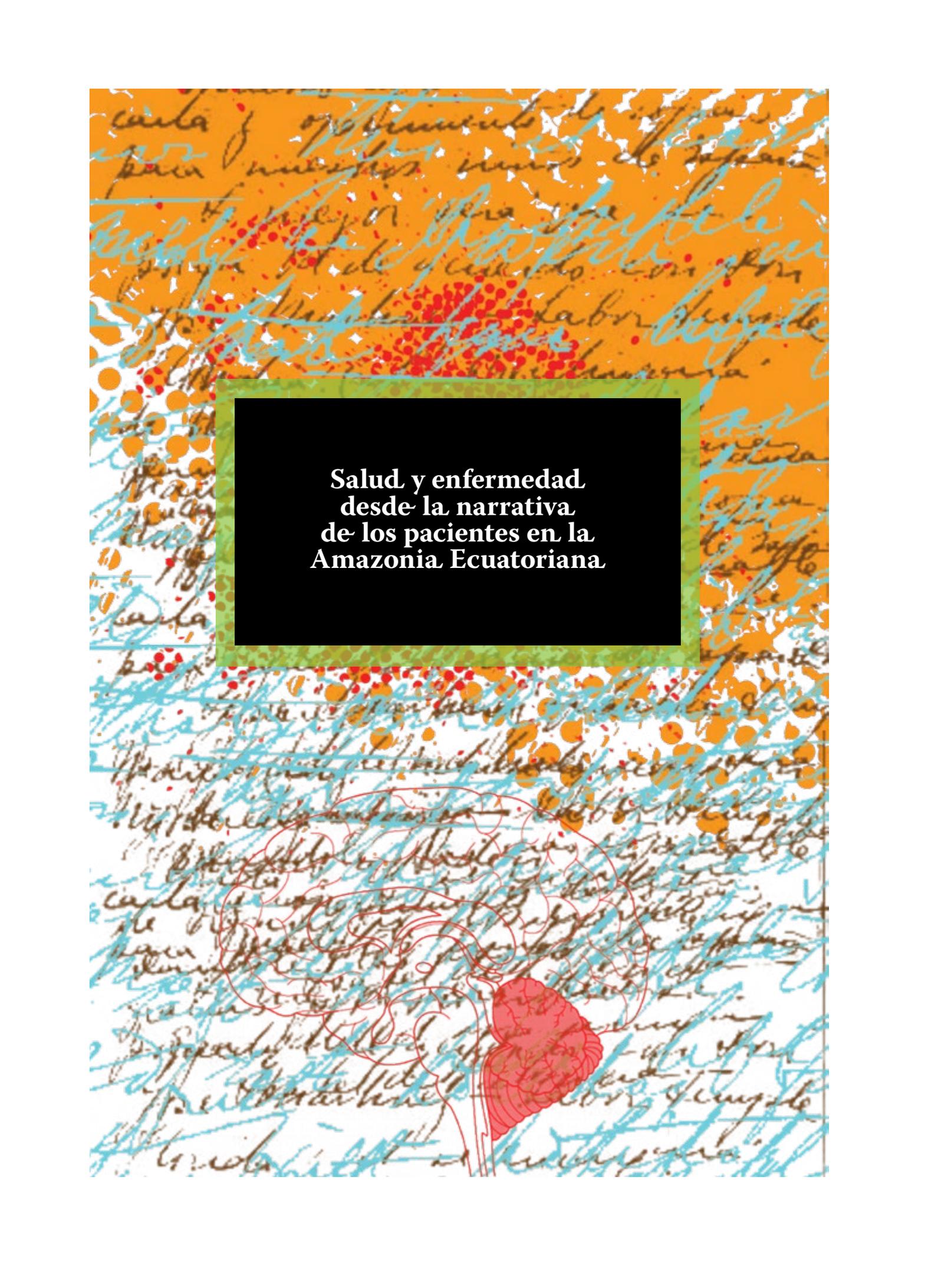
José Palacios Ramírez,
Julia Navas López

Experiencias, sentido e identidad personal:
narrativas de mujeres con sobrepeso en
tratamiento en el sur de España

90

NORMAS DE REDACCIÓN PARA ARTÍCULOS Y
COLABORACIONES

102



**Salud y enfermedad
desde la narrativa
de los pacientes en la
Amazonia Ecuatoriana**

SALUD Y ENFERMEDAD DESDE LA NARRATIVA DE LOS PACIENTES EN LA AMAZONIA ECUATORIANA

HEALTH AND DISEASE FROM THE NARRATIVE OF THE PATIENTS IN THE ECUADORIAN AMAZON

RESUMEN

Los sistemas médicos y prácticas sobre salud es uno de los aspectos menos conocidos de la etnografía Achuar y de los grupos jíbaros (Warren 1994, Santos 2007, Descola 2005). Esta circunstancia genera diversas clasificaciones, relacionadas con diferentes categorías de males o enfermedades e interpretaciones sobre el origen de las mismas. Los límites entre unas y otras dolencias no quedan claramente delimitados, ni tampoco las formas de resolverlas. En este tipo de contextos alejados del modelo de salud biomédico, el cual se ha introducido de manera insidiosa y poco cuidadosa en ocasiones en forma de políticas sanitarias o programas de salud culturalmente poco competentes (Abad 2005, Kleinman and Benson 2006, Pulido 2010, Knipper 2013), se considera oportuno y necesario incorporar las narrativas del paciente. Se persigue comprender el modelo de salud Achuar como un proceso intersubjetivo, resultando un modelo de salud vivo y en construcción. A partir de algunos estudios de caso, como estrategia de investigación, se pretende ilustrar y clarificar las dinámicas que la población Achuar pone en funcionamiento dentro de los procesos de salud-enfermedad-atención.

PALABRAS CLAVE: Amazonía Ecuatoriana; Biomedicina; Estudio de casos; Medicina basada en narrativas; Sistemas Médicos.

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©

ABSTRACT

Medical systems and practices on health is one of the lesser known aspects of Ethnography Achuar and jivaro groups (Warren 1994, 2007 Santos, Descola 2005). Medical systems and practices on health is one of the lesser known aspects of Ethnography Achuar and jivaro groups (Warren 1994, 2007 Santos, Descola 2005). This circumstance generates different classifications, related with different categories of evils or diseases and interpretations about the origin of the same. The boundaries between some and other ailments are not clearly delimited, or not the ways of solving them. In this type of context away from the biomedical model of health, which has been introduced so insidious and little careful sometimes in the form of health policy or health programs culturally little competent (Abbot 2005, Kleinman and Benson 2006, Pulido 2010, Knipper 2013) is considered timely and necessary to incorporate narratives of the patient. It is intended to understand the model of health Achuar as a process of intersubjective, resulting a living model of health and construction. From some case studies, such as research strategy, is intended to illustrate and clarify the dynamics that the Achuar people put into operation within the processes of health - care.

KEYWORDS: Biomedicine; Case Studies; Ecuadorian Amazon, Medical Systems; Narrative Based Medicine

Copyright © Revista San Gregorio 2016. ISSN 2528-7907. ©



ARTÍCULO RECIBIDO: 23 SEPTIEMBRE 2016

ARTÍCULO ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN: 23 DE OCTUBRE 2016

ARTÍCULO PUBLICADO: 30 DE NOVIEMBRE DE 2016

INTRODUCCIÓN

En parte de la frontera entre Perú y Ecuador se encuentra una zona de selva amazónica donde perviven pobladores Jíbaros o Aínts, concretamente son los Achuar los que forman parte de esta investigación. La taxonomía de estos grupos presenta sutiles diferencias en función del investigador, así como de la región a la que se haga referencia, cambiando incluso su nomenclatura. El reconocido etnógrafo en la Alta Amazonía Ecuatoriana Philippe Descola (1996: 23), entiende que los Achuar son uno de los cuatro grupos dialectales que constituyen la familia lingüística Jívara juntos con los Shuar, los Aguaruna y los Huambisas.

Tal y como lo señalan varios autores (Warren 1994, Santos 2007, Descola 2005), los sistemas médicos y las prácticas sobre salud es uno de los aspectos menos conocidos de la etnografía Achuar y de los grupos jíbaros en general. Por otro lado, el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas (2015)¹ llama la atención sobre la falta de datos de calidad con respecto a la salud de los pueblos indígenas y sobre la evidencia de una brecha en salud entre las poblaciones indígenas y no indígenas. Esto está en conflicto con los derechos humanos y, en particular, con los derechos de los pueblos indígenas, por lo que se pide un mayor énfasis en la provisión de servicios de salud interculturales que respondan y reflejen las nociones de salud y enfermedad de estos pueblos, sus conocimientos y prácticas. El 20 de mayo de 2016 finaliza su 15ª edición solicitando la participación de los pueblos indígenas en la aplicación de la Agenda 2030, además de señalar fuertes recomendaciones para garantizar sus derechos.

Conforme los estudios sobre los modelos de salud referentes al territorio Achuar Ecuatoriano se encuentran diversas

clasificaciones, relacionadas con diferentes categorías de males o enfermedades, tratamientos para las mismas e interpretaciones sobre el origen de las mismas. Según Warren (1994:12), la enfermedad es para los Achuar la consecuencia de la invasión del espacio interno por parte de un principio patógeno externo. Los episodios patológicos humanos corresponden a tres categorías: játa, míngkau y sungkúr. La primera de las categorías engloba todas las patologías que los Achuar consideran graves (játa, de jástin: morir). Estas son agresiones de brujería tanto por parte de chamanes humanos como espíritus (clase wáwek), así como los cuadros repentinos posteriores al encuentro con algún espíritu iwianch (clase páju), sentimientos de vergüenza (clase napin), o por el deseo de objetos, alimentos o personas (clase sutmármau). Los míngkau, son los cuadros patológicos que afectan a los niños de pecho, por el contacto con objeto, por la violación de ciertas normas. Del mismo modo se pueden clasificar en tres categorías, yuruámu (habiendo comido), se haya manipulado takásamu, o se haya respirado tapimú (respiración afanosa). La tercera clase son los sungkúr que se refieren a los procesos patológicos menores atribuidos a causas banales y manifiestas.

Descola (2005:233) distingue entre los Achuar dos grandes categorías de males: los tunchi, provocados y sanados por los chamanes, y los sunkur, todo el resto. Éstos últimos solo pueden ser curados por el hombre blanco y por la medicina moderna. La diferencia depende de muchas circunstancias y del contexto, y no hay distinción clara entre “brujería” y “enfermedad”. En este sentido, mucho de los sunkur resultan de las maniobras de un hombre o un espíritu, y como los tunchi, pueden ser remitidos a causas externas, pues los Achuar entienden el origen del mal entre los otros. Cualquier sunkur que no se resuelve con el tratamiento es reinterpretado como un tunchi. Según el autor francés, no son los síntomas lo que hace diferenciar estas dos categorías, sino la resistencia a las técnicas no chamánicas de curación determinará que se trata de un tunchi, aun cuando el origen accidental esté probado.

Un presupuesto fundamental de la cosmovisión Achuar, según Uriarte (2007:101),

1. El 28 de julio de 2000 el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) estableció el Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de la ONU. Es un órgano que examina cuestiones de desarrollo económico y social de los pueblos indígenas.

es que toda enfermedad y sobretodo la muerte es resultado de un acto chamánico premeditado, con dos excepciones a este axioma; una tradicional, el asesinato físico y directo y otra moderna que corresponde a las epidemias y muertes causadas por las enfermedades de los "blancos civilizados", lo que se denomina sunkúr, evadiendo explicaciones chamánicas, las cuales solo pueden ser curadas por el hombre blanco y por la medicina moderna. Todas las demás han de ser curadas por un wawék o por un uwishín ya que han sido ellos quienes las han causado.

El estudio de Descola (2005:235), sugiere que la procedencia terapéutica del modelo chamánico puede explicar el hecho de que los límites entre unas y otras dolencias no quedan claramente delimitados, con un modelo gobernado por dos principios, la exterioridad de la causa del mal y las semejanzas entre éstos y los agentes de curación. En este sentido, se considera que la eficacia de las terapias no depende tanto de las propiedades inherentes al remedio, como de las cualidades de quien lo administra y de las condiciones en las cuales se desarrolla la escena.

La medicina Achuar cuenta con sus propios medios de diagnóstico y recursos terapéuticos, entre los cuales destacan ceremonias rituales o el uso de diversas plantas medicinales. Un tercer escalón lo componen todos los enseres, fármacos, mobiliarios, útiles, remedios, lenguajes, que la medicina occidental ha acarreado con las mejores de sus intenciones (Pulido, 2014). Como señala Calavia (2004:169), al hablar de medicina indígena, no debe suponerse sin más que ella se encuentre en las aldeas indígenas; en cierto sentido, la medicina está allí donde los pacientes – principales protagonistas de la medicina, por mucho que suela obviárseles– la buscan. En el caso que nos ocupa debemos tener en cuenta, que el panorama de la medicina indígena estaría incompleto si no nos acordásemos de incluir en él, el uso que los indígenas hacen de la biomedicina. No sólo estaría incompleto, sino que al ser la más vistosa, la menos oculta, es difícil no dar cuenta de ella aunque pretendiéramos excluirla de lo que los puristas puedan entender como medicina Achuar.

Este es el contexto donde una organización española ejecuta un proyecto de cooperación

internacional de promoción de la salud desde las lógicas de la biomedicina occidental y de la cooperación al desarrollo dirigido a población Achuar ecuatoriana. Dicho proyecto se lleva a cabo en colaboración con la contraparte local, de origen religioso, con el personal de salud local, auxiliares de enfermería, microscopistas y con una médica ecuatoriana dependiente del Ministerio de Sanidad que ha trabajado en la zona más de quince años. La actividad sanitaria se realiza en cuatro puestos de salud distribuidos por el territorio y un subcentro de salud de referencia, el cual hace las veces de un pequeño hospital cuando es necesario. Dada la enorme dificultad encontrada para que los trabajadores de la salud del país quieran trabajar con población Achuar y, puesto que solo se ha conseguido muy ocasionalmente y de forma temporal que haya algún médico y escasos profesionales de enfermería en alguno de los puestos de salud, los cuales terminan marchándose, pues no "se acostumbran a este modo de vida", desde el Ministerio de Salud se intenta compensar al personal de salud que cubra estos puestos, aunque ya se ha retirado un suplemento económico que durante un tiempo fue aplicado. Mientras, las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), fundaciones y otras instituciones con modelos teóricos que contemplan la diferencia y la convivencia entre distintos, plantean proyectos de desarrollo con personal cooperante y voluntario. Las principales líneas de acción del proyecto señalado se dirigen a la capacitación y el refuerzo de una red de promotores de salud, actividades médico-preventivas, actividades formativas y de promoción dirigidas a las familias y escolares, tratando de coordinar las actividades con el Ministerio de Salud y establecer alianzas entre los diversos actores involucrados en los procesos de salud-enfermedad-atención, así como en la inversión de infraestructuras.

El presente trabajo pretende mostrar la perspectiva narrativa del paciente Achuar, la cual ha sido recogida a partir de algunos estudios de caso como estrategia de investigación. Es un intento por ilustrar y clarificar las distintas dinámicas que la población Achuar pone en funcionamiento dentro de los procesos de salud-enfermedad-atención en el contexto amazónico descrito. Explorar los ámbitos de significación en relación a los procesos de salud-enfermedad-atención y sus mecanismos de producción,

es parte del propósito de este texto, desde las experiencias de los pacientes Achuar y sus familiares, a partir de la vivencia de la enfermedad que desencadena una serie de sucesos que tratan de explicar la compleja relación entre la narración, su propia cultura y la experiencia.

LA ESTRATEGIA NARRATIVA COMO HERRAMIENTA DE INVESTIGACIÓN

El concepto de salud-enfermedad y atención requiere de un abordaje exquisito para recuperar su enfoque más integral. Más allá de las fronteras del modelo de salud que se considere, esta mirada incorpora la perspectiva del paciente y, su participación en el proceso de salud-enfermedad-atención es más que un logro y un reconocimiento, pues está relacionada con la eficacia, con criterios de calidad y con el encuentro de respuestas. Se considera que tanto la enfermedad como el padecimiento son socialmente construidos, desde pautas y relaciones sociales que se hacen explícitas y manifiestas a través del lenguaje, recogidas por medio de estrategias narrativas que son al mismo tiempo elaboradas por el propio paciente o familiares. Good (2003: 255), considera que por medio de la estrategia narrativa “la experiencia es representada y relatada, los acontecimientos son presentados con un orden significativo y coherente, las actividades y acontecimientos son descritos junto a experiencias asociadas a ellas y la significación que les aporta sentido para las personas afectadas”. Martínez Hernández, Masana, DiGiacomo, (2013) señalan que las narrativas permiten comprender la enfermedad y sobre todo al enfermo como persona por un camino distinto alternativo al modelo médico hegemónico, aquello que los propios actores nos cuentan desde dentro, en sus relatos de aflicción y sufrimiento y en la construcción de sus illness narratives (Kleinman, 1988).

Los estudios de caso y la investigación biográfico-narrativa comparten, desde su origen como metodología de investigación social (Escuela de Chicago), ser enfoques hermenéuticos, alternativos a formas positivistas (Bolívar, 2002) dónde las experiencias recuperan un papel muy significativo en la investigación. Las limitaciones de aquellos otros métodos de investigación que desprecian la perspectiva emic, lo que el actor tiene que decir, adquieren especial relevancia en los estudios enmarcados

en el ámbito de la salud. Desde la perspectiva del paciente Achuar y su narrativa, la investigadora en su trabajo de campo trata de aproximarse a lo que aquel define como salud y enfermedad, y a sus procesos de atención. Pretende identificar los recursos en salud de la comunidad, respondiendo todo ello a acontecimientos sociales y a criterios propios y locales, social y globalmente construidos. Se busca comprender los procesos de enfermar que la población Achuar maneja y sus significados a partir de la singularidad y particularidad de los estudios de caso.

La metodología cualitativa ubica a la investigadora cerca del grupo y del fenómeno social investigado, es por ello que la narrativa se ha recogido en el lugar donde se dan los hechos, donde los que cuentan experimentan la vida dentro de su contexto de vida real. En estos casos la investigadora es un mero instrumento, a partir de la lectura atenta de las narrativas de enfermos, de la escucha y de la observación directa, describiendo lo que se hace, lo que se dice, lo que se dice que se hace. Todo ello se convierte en relato con una parte reflexiva e intersubjetiva y bajo la petición de cierta coherencia, es importante captar las motivaciones, los juicios, los valores y las explicaciones que subyacen a lo que se cuenta. A través de la investigación narrativa, se trata de otorgar toda su relevancia a la dimensión discursiva de la individualidad, a los modos como los humanos vivencian y dan significado a su mundo mediante el lenguaje (Bolívar 2002).

CRISIS CONVULSIVAS VERSUS PÁJU

En las inmediateces del puesto de salud se oyen unas voces que llegan de lejos y se dirigen al puesto de salud, “corran, la hija de Fausta se ha muerto, están pidiendo auxilio”. Una niña de tres años ha perdido el conocimiento, se encuentra con palidez de piel y mucosas, frialdad generalizada y no responde a órdenes verbales. Se intenta que Fausta, la madre de la niña que carga con ella en brazos y que va llorando sigilosamente, con un quejido ronco y con paso lento, avance con premura para “actuar”. El padre, Fulgencio, desfigurado, callado, apagado, cabizbajo, con la hija mayor al lado no contesta a lo que se le pregunta. Mientras, Fausta recita algo que no se entiende, se les ve realmente afectados y en un gesto casi de abandono.

En el puesto de salud se encuentra la doctora, se tumba a la niña en la camilla y se le canaliza una vía venosa periférica, se le examina minuciosamente, siendo la exploración neurológica normal, por lo que se decide dejar en observación con un tratamiento conservador. En pocos minutos se concentra toda la comunidad en el puesto de salud. La niña recupera el estado de hipotonía, desde la perspectiva médica parece haber sufrido una importante crisis convulsiva. El padre va a la casa y regresa portando algodón en sus manos, la doctora al verle le dice, "dale con algodón si quieres", Fulgencio calla y no dice nada.

Desde la perspectiva biomédica se debe descartar cualquier otra posibilidad, se revisa la casa y sus alrededores, todo está en su lugar, los fármacos que el locutor almacena están intactos. Toda la comunidad mastica un único pensamiento, ha venido el espíritu de un muerto encarnado en un animal o en los fantasmas antropoides, lo que estos pobladores reconocen como iwianch², a llevarse a la niña. Se trata de la posesión de un niño por el wakan³ de un muerto, suerte de contagio espiritual llamada imimketin. (Descola 2005: 231). Estos espíritus tienen envidia de los vivos y se llevan a uno de ellos por un tiempo, teniendo predilección por los niños puesto que son más débiles por no tener bien formada el alma.

Figura 1 y 2: Niña ahumada por el tsuakratin, chamán curandero, y lavada por la mamá después de sufrir crisis convulsivas según el modelo biomédico, o páju visión aterradora de diablos para los Achuar. (Anexos)

Nosotros sabemos decir que cuando pasa esto es porque ha visto al diablo y así saben quedar, pero ¿porqué pasó esto a mi hijita?- se pregunta constantemente- igual ustedes no creen en todo esto, ni en brujos pero nosotros así sabemos creer, también le pasó a mi hijita mayor, ¿Por qué sabe pasar a mis hijitas?, la niña comió bien, sajino, que yo mismo cacé

a la mañana, estaba comiendo choclo -me muestra el maíz que comía- porque con la otra decían sino había comido. Fulgencio, padre de la niña, estudia magisterio en la comunidad donde ejerce de locutor de radio.

Cuando la niña se despierta Valeriano, el Tsuakrat está en el puesto de salud para procurarle los cuidados oportunos, trataría de ahumarla con el humo del tabaco, untarla con ceniza tibia hasta teñirla de negro para que el espíritu no la viera de nuevo y fortalecer así su wakan. El resto de las mamás se ocupan de cuidar a sus hijos puesto que el diablo puede venir por ellos, y se escucha: "vengan a la casa que va a venir el diablo". La decisión médica de sacar a la niña al hospital de Macas para el estudio de lo ocurrido no se lleva a cabo, no parece tener sentido para los padres. Meses después, al encontrar de nuevo a los padres en la ciudad de Macas con su hija, hubo que asegurarse que era aquella niña debilitada la que corría cargada de envases de plástico vacíos para llevarlos "dentro"⁴ y, que le servían de juego en esos momentos. Los padres refieren que no ha vuelto a repetirse ningún otro episodio, se marcharon de esa comunidad a otra donde el locutor ha empezado a trabajar como profesor.

El concepto de salud y enfermedad varía interculturalmente, acercarnos a las creencias sobre las causas de las enfermedades nos permite entender todo el conjunto de comportamientos que hay detrás de las mismas y los que posteriormente se desencadenan. La construcción de la etiología, la búsqueda de las causas, rompe con el prototipo que mantiene el origen biológico de la enfermedad y, a pesar de los paradigmas que desde la antropología médica se advierten, persiste el influjo del modelo biomédico. Si bien para la población Achuar el wakan de los niños es más débil y por ello los iwianch tienen predilección por ellos, esto hace que no sea una enfermedad únicamente de origen biológico sino también del alma. La relación con la alimentación que el padre

2. Término genérico que designa ciertas manifestaciones nefastas del mundo sobrenaturales y de la práctica chamánica.

3. El wakan de los Achuar se corresponde aproximadamente con lo que la filosofía occidental y la teología cristiana llaman alma, componente de la persona, dotada de existencia propia y susceptible de separarse de su soporte temporalmente durante los sueños, los trances visionarios, o definitivamente durante la enfermedad. La muerte para los Achuar, resulta de la decisión voluntaria del wakan de separarse del lugar donde se había establecido poco después de la concepción del feto, por ello los muertos son eternos insatisfechos y los niños resultan un receptáculo soñado por la permeabilidad a las influencias del entorno y el estado inacabado de su wakan, donde el alma de los muertos encuentra en estos cuerpos una ventana al mundo.

4. Las categorías "dentro" y "fuera" son expresiones empleadas por la gente local, haciendo referencia al espacio respecto del límite de selva propiamente dicha, marcado por la difícilmente penetrable vegetación, es decir cuando se traspasa la cordillera Kutucú, lo que implica que en un traslado en avioneta nos adentramos en la selva y al salir de este territorio nos encontramos fuera.

alude deja abierto el debate sobre el cometido de los cuidados. Los varones empiezan a asumir otro tipo de compromisos que les hace descuidar la caza y la pesca, principales fuentes de suministro de alimentos de forma tradicional. Los nuevos roles, que sobretodo los varones adquieren, conllevan un reconocimiento social pero no les deja indemnes y forman parte de las causas y de la etiología de algunas de las enfermedades.

En este tipo de grupos se ha detectado un descenso en el uso y conocimiento de sus productos locales, la variedad de alimentos se ha visto reducida según diferentes estrategias narrativas apuntan. La concentración de las comunidades en torno a las pistas de aterrizaje, siendo para este territorio el medio aéreo la forma más sencilla de estar en contacto con el mundo de “fuera”, implica que los recursos vegetales y de caza se encuentran cada vez más alejados de sus asentamientos, lo que supone mayores desplazamientos a pie para su adquisición y el descenso en el acceso a las mismas por entrar en competencia con sus vecinos. Por otro lado, los salarios de algunos de los varones y el bono de pobreza, o de desarrollo que se entrega a las mujeres permiten el acceso a nuevos recursos que llegan de “fuera”, con todo su exotismo y carga simbólica. La narrativa que establece la conexión entre la falta de alimentos con problemas de nutrición, problemas de salud en general y con pautas inadecuadas de crianza o de relaciones sociales devuelve la responsabilidad al individuo. Esto se hace visible en las demandas que la población realiza al personal de salud atento a responder sus inquietudes, se solicita que se les enseñe a comer, “ya no sabemos comer, olvidamos comer bien y por eso es que enfermamos, ya no conocemos las plantas y la caza no se encuentra”. Así lo indicaba Nayash Tsamaraint, Director de escuela. Desde el Ministerio de salud se entiende que se debe capacitar y reforzar el conocimiento de sus recursos: “El otro componente es el fortalecimiento de los productos para la seguridad alimentaria, hay unos 67 productos de los cuales solo se usan 13 ya que la mayor parte de los productos son carbohidratos, en años anteriores contaban con esos productos y no había la desnutrición”. Milton Shiwiach, Coordinador del Servicio de Salud Intercultural.

La falta de datos objetivos sobre morbimortalidad no permite indicar que cambios se

han producido fruto de las nuevas relaciones sociales que se establecen y, en parte producto de los nuevos contactos con diversos grupos culturales que imprimen parte de su esencia cultural (grupos religiosos, agentes de desarrollo, personal sanitario...) y que arrastran otro tipo de alimentos y prácticas de salud. Al lado del origen de la enfermedad en causas sobrenaturales, el modelo biomédico se cuela entre los discursos y las prácticas, se apunta la alimentación deficiente o insuficiente como otro de los motivos, donde se responsabiliza a los padres y madres por sus acciones y omisiones, que como hemos señalado se van imponiendo en este nuevo orden social que la población Achuar está viviendo desde hace años y ante el cual no queda al margen. El modelo biomédico trata de restablecer lo que se ha inculcado sobre la responsabilidad individual del paciente en su proceso de enfermar, descuidando la influencia de los determinantes sociales en la salud. En este sentido, en el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) pone en marcha una comisión sobre determinantes sociales de la salud con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria, el primer informe sale a la luz en 2008 (WHO, 2008).

El pueblo Achuar, como otros muchos pueblos indígenas, engrana el comportamiento social con su cosmovisión y forma de entender el mundo y desde ahí explican el origen de sus enfermedades y ahí encuentran la explicación a los desequilibrios. Tratar de comprender estas nuevas enfermedades que surgen más allá de los alimentos que se ingieren, lleva a tener en cuenta el nuevo orden social establecido en el pueblo Achuar. Del mismo modo se aplica en la búsqueda de respuestas y terapias que van paralelas a los procesos sociales contemporáneos.

VIOLACIÓN DE CIERTAS NORMAS, YURUÁMU -HABIENDO COMIDO-

En una de las comunidades que dispone de puesto de salud, y en el cual se realizan tareas de vacunación, se interrumpe el ritmo de trabajo sobre las once de la mañana al acudir el padre de un bebé de ocho meses preocupado y relatando el motivo de su consulta. Este hombre ha estado por la mañana temprano en la radio, sorprende su vestuario de ropas nuevas, camisa de aspecto planchado, pantalones de tela y zapatos, así

como un enorme reloj dorado que se dejaba ver perfectamente y resalta con su tono de piel morena. Sus movimientos pausados, sus gestos de total tranquilidad, nada tienen que ver con su real preocupación por la situación de su hijo y la solicitud de ser atendido con urgencia. En ocasiones este tipo de comportamientos, al igual que el ritmo de Fausta, confunde al personal de salud ajeno a las lógicas locales, por la ausencia de movimientos bruscos, agitación..., que es más frecuente encontrarlo en su entorno. El proceso de construcción del rol de paciente es distinto, se ponen en marcha conductas sociales culturalmente aceptadas y en este caso no reconocidas.

Se trata del responsable de la radio -principal medio de comunicación en este territorio- y, por algún motivo consulta ese día después de llevar ya varios días el bebé con deposiciones negras. La decisión de acudir a la consulta se construye desde la reelaboración de acontecimientos. La presencia de personal sanitario de origen occidental atrae a los pacientes a acudir al puesto de salud. Estas figuras sanitarias "favorecen" las transferencias aéreas, porque fuera de la selva se duda de la valía de los auxiliares de enfermería encargados de este tipo de trámites. Por este motivo, el auxiliar responsable de este centro solicita que sea el personal colono el que hable con el médico de "fuera" al solicitar la ambulancia aérea o avioneta para alguno de los pacientes.

Cuando el papá -interlocutor principal- refiere que el niño lleva varios días haciendo deposiciones negras, en el personal de salud se enciende la señal de alarma. Se trata de un medio con "escasos" recursos, un bebé de apenas 8 meses... tratar de corroborar los datos y descartar posibles errores es prioritario. Puede que no se trate de un sangrado intestinal o gástrico, en ocasiones y en períodos de lactancia la sangre puede proceder del sangrado del pezón. De forma casi intuitiva y, sin ser conscientes de los movimientos, la intranquilidad se ha trasladado al auxiliar y este se ha desplazado del radio de acción y confía que sea el personal colono quien pueda tomar las riendas y dar respuesta a este problema de salud. La presencia del personal local es necesaria e imprescindible para reforzar el tema de la

traducción -entre otros aspectos de gran importancia- a pesar que el padre habla bien español, en ocasiones no es fácil entender y captar el sentido de lo que quieren transmitir.

La mamá que ha quedado en la puerta del centro cargada con el niño, se le pide que pase, se procede a explorarle. El bebé está pálido, bajo de peso y según refiere el auxiliar, hace dos semanas ha tenido que salir al hospital por un cuadro de diarrea que termina resuelto con un tratamiento antibiótico. Se comprueba que se trata de un proceso grave, sangre en las heces. Se comunica a los padres que es necesario evacuar al niño en avioneta lo antes posible, puesto que este tipo de "enfermedades" deben ser tratadas en el hospital, "aquí no podemos hacer nada" señalan los sanitarios locales.

Desde la lógica Achuar y según los estudios sobre los sistemas médicos Achuar, algunas de las enfermedades aparecen con la presencia de personal de salud colono⁵, como si de brujos o chamanes se trataran y en una suerte de contagio se adquieren "enfermedades de los colonos". En este sentido, la frase que se escucha con la llegada del personal de salud colono, es: "ya vino la doctorita, ya podemos enfermarnos" que apunta este tipo de cuestiones. Por otro lado, y si cabe de forma más relevante se expone el acceso a otro tipo de remedios, pues junto con la enfermedad portan en sus maletines toda una serie de cualidades que harán eficaces sus remedios. Cabe recordar que el terapeuta es el que determina la eficacia de sus tratamientos y la resistencia a los mismos determinará el origen de la enfermedad. En este sentido, se recoge la perplejidad que, tanto familiares, como sanitarios locales, muestran ante las limitaciones de los sanitarios colonos, se extrañan y les resulta difícil de entender que no se pueda hacer nada y por ello preguntaban "¿para qué han venido aquí, sino para atender?".

El padre del niño Rumpik, nos dice con mucha serenidad "hoy no puede salir, porque esto ocurre cuando el papá ha comido algo que no debía, hoy mismo voy hacer tratar de curar en la comunidad, aquí lo llamamos Titsatin, mañana vemos si sacamos". La medicina indígena, enfoca el fenómeno de la causalidad, en lo que a la enfermedad

5. Con este término se designa a las personas que no son de origen Achuar, sea ecuatoriano o no.

concierno, desde un marco conceptual opuesto al racional, orientación básica de la biomedicina. Para aquella, lo irracional-emotivo se tiene por fundamental, y lo físico-racional, por accesorio, pero también pecaría de unilateral si se sostiene una única causalidad emotiva, la misma que cometió la biomedicina al sostener, como única causa, la causalidad físico-biológica (López 2004:153).

Las palabras de aquel padre llevan mucha fuerza y están llenas de convicción, no nublan la actitud del personal de salud colono de respeto ante la decisión de los padres, que por otro lado no entienden. El niño, no al día siguiente sino varios días después, salió al hospital con la mamá. La mamá refería estar muy angustiada en el hospital, solicitaba constantemente que saliera su marido, la estancia del niño en el hospital se prolongó, ella estaba asustada y sola. El marido salió y refería que le hacían muchas cosas, pero que no mejoraba, los padres “cansados” del hospital decidieron sacar al niño a pesar de ser la situación bastante grave y lo llevaron al chamán. Aproximadamente un mes después el niño falleció.

EN BUSCA DEL REMEDIO

Los “itinerarios terapéuticos” según la definición de Sindzingre (1985:14), son todos los procesos que se llevan a cabo para buscar una terapia. Desde que aparece el problema, se ponen en marcha diversos tipos de interpretación y cura, y se utilizan diversas instancias terapéuticas, institucionales o no, todo ello en un contexto de pluralismo médico. Los razonamientos que se encuentran, al elegir el itinerario más adecuado entre los que cada modelo de salud ofrece, son una construcción a partir de la producción de sucesos. Este territorio tiene sus particularidades que permiten alumbrar algunas consideraciones sobre el origen de la enfermedad, las posibles alternativas para enfrentarla y los mecanismos y estrategias que rodean a todo el proceso de salud-enfermedad-atención. Good (2003:281) considera que “las personas que tienen acceso a un sistema médico plural no eligen simplemente una entre las formas alternativas de curación sino que se inspiran en todas ellas”.

Es el caso de un niño de 8 meses y sus padres que realizan todo un periplo entre diversos modelos médicos, siendo atendidos por diversos terapeutas que no alcanzan a

resolver el problema de salud que los padres refieren. En primer lugar, el niño afectado por un problema respiratorio es valorado por un médico y una enfermera que, desde hace unos meses y casi un año respectivamente, están trabajando en el puesto de salud de su comunidad. Se queda ingresado pues presenta una grave dificultad respiratoria y requiere recibir tratamiento antibiótico a través de una perfusión sanguínea. A los pocos días se decide evacuar –por vía aérea- al Hospital de referencia, pues el problema respiratorio no se resuelve, así lo cuenta el padre Ceferino Tanchim:

“Sí, antes cuando antes estaba enfermo ingresé aquí,- en el puesto de Salud - esto aquí, aquí me dio transferencia para salir al hospital, ahí estuvo 11 días y dieron suero, tratamientos y seguía lo mismo ... cuando sigue mal yo mismo saqué yo mismo, para hacer ver con los que saben hacer, con los que saben curar mal de aire... allí mismo mis familiares que andaban afuera eso sí, con eso hice ver,... con eso mejoró con eso le hice ver, con el mal de aire y con eso mejor, de vuelta ya quería ingresar pero no aceptaron, ya tú mismo sacaste... no me aceptaron volver, no me dejaron volver al hospital entonces yo dije que manden Wasakentsa, ahí mismo mi tío... un mayor ... curó un poco y vuelta ingresé, -en el Subcentro de salud-, me dieron como es... medicamentos y suero... dieron tratamiento y dieron el suero, entonces ya cuando el tiempo de ir la doctora mandó aquí cuando regresa doctora, porque ella ya... le toca el tiempo de ir, entonces que confíe en cuidar” .

No se contempla salir del hospital por decisión voluntaria del paciente en busca de otra alternativa terapéutica. Esto implica no solo la posibilidad de regresar al hospital, sino también la transferencia aérea, es decir que el vuelo de regreso a la comunidad debe asumirlo el propio paciente y no el Ministerio de salud como lo hace cuando se trata de evacuaciones justificadas médicamente, y que siguen las pautas del modelo sanitario que respalda. En este sentido, la constitución de la República de Ecuador de 2008 en su artículo 363 “garantiza las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos”. A pesar de haber incipientes propuestas bajo lo que se viene considerando interculturalidad, la cultura dominante no se ha interesado por estos

saberes, conocimientos y estrategias técnicas de los hombres y mujeres "de sabiduría médica ancestral" protegidas por garantías constitucionales como derecho colectivo, quedando debilitadas y cuestionadas cuando los sanitarios colonos señalan que "los indígenas solo quieren las avionetas para ir al chamán". Cabe preguntarse por el inconveniente de dicha actuación, pero al mismo tiempo se debe señalar que los sanitarios que han estado en contacto con esta realidad encajan este tipo de prácticas como respuesta a un modelo de salud diferente, "a mí me da igual si se curan con el chamán, con el cura o conmigo, yo quiero que estén sanos". Oscar, médico que ha trabajado en uno de los puestos de salud durante algunos meses.

La presencia de la médica en el Subcentro de Salud hace que los padres se acerquen para ser revisados por la doctora. Se decide que el niño debe quedar ingresado, se le canaliza una vía venosa periférica y sigue un tratamiento antibiótico entre otros. A los cuatro días y sin terminar el tratamiento, debido a la salida de la médica en su período de descanso, el niño es trasladado con el suero y por vía aérea al puesto de salud de su comunidad para su seguimiento. Durante estos días el personal de salud colono también está de descanso por lo que el niño se queda a cargo del microscopista, quien realiza tareas de prevención y detección de enfermedades tales como la tuberculosis y la malaria. La médica refiere que la familia solicita ir a visitar al chamán, cosa que hará dos días tal y como explica el padre:

"No, no sino que comenté con la doctora y traje, como tenía que ver dos veces al día por la noche y en el día voy donde el hospital....si sí acerque y digo, que hay que hacerle ver con los que saben hacer, con los que saben mal de aire, con eso ...el chamán no sabe mal de aire ...no el solamente sabe de su trabajo... el chamán cura cosa... cosa que por hechicero eso saben curar pero los que saben curar mal de aire ellos solo saben lo que saben... con eso se mejoró y cuando según mi... seguía aquí como un ronco...eso también faltó y eso también hice ver aquí no con el chamán otro que sabe mal de aire Masinkish, mi cuñado.. eso sí pasó....si sí le curó y ahora solamente quiero que eso no pase... el mal de aire cuando a veces, cuando podemos ver a una persona muerta empieza con la diarrea...los que no saben curar el mal de aire con eso si

puede morir...sino que, sino que los niños no ven, sino que los papás o la mamá si ven los muertos".

La combinación de diferentes terapias se encuentra en espacios donde la sabiduría ancestral tiene cabida, en algunos hospitales dependientes del Ministerio de Salud Ecuatoriano hay iniciativas interesantes en este sentido (Pulido, 2016). La población Achuar no encuentra problema en combinar los distintos modelos a su alcance, esto también como respuesta al momento histórico y la situación social en la que se encuentran, donde el mundo de fuera debe ser conocido, explorado e identificado como posible peligro externo, para ello deben realizar largos viajes exploratorios y buscan los medios de hacerlo.

Figura 3: Tsuakratin aplicando en el puesto de salud achiote con leche materna. (Anexos)

CONCLUSIONES

La etnografía de estos relatos ilumina el proceso de construcción social en el ámbito de la salud de forma concreta y específicamente para el pueblo Achuar. Los profesionales sanitarios en su formación no reciben las habilidades necesarias, no son capacitados en competencia narrativa. Se mantiene el modelo donde no cabe la incertidumbre, persisten los esquemas de preguntas y respuestas aprendidos y trasladados a la consulta y estandarizados por el modelo hegemónico, no queda espacio para lo que el paciente quiera añadir fuera del guion preestablecido, o que considere oportuno aportar por ser relevante para él y tal como lo entiende Valverde (2008), se interpreta que no hay espacio para el que vive la enfermedad con todos sus significados personales y culturales.

Si la tecnificación de la medicina ha subestimado la importancia de conocer a los pacientes en el contexto de sus vidas y de ser testigos de sus alegrías y sufrimientos, a los investigadores sociales (Greenhalgh, 2014; Cohen 2013) les preocupa que el énfasis en la evidencia experimental pueda devaluar las ciencias básicas y el conocimiento tácito que se acumula con la experiencia clínica. La competencia cultural, y en el ámbito de la salud de forma específica, supone tener en cuenta los factores culturales de las personas que se encuentran en cualquier proceso de interacción, quedando de relieve una relación de intersubjetividad y reflexividad

que implica tener en cuenta consideraciones éticas. La medicina narrativa trata de establecer puentes entre los pacientes y los profesionales sanitarios, promueve la introducción de relatos en su formación buscando generar destrezas imaginativas que aproxime el saber acerca de la enfermedad con el comprender la experiencia (Carrió 2007:73), valora las narraciones de los pacientes puesto que estas se refieren a la manera en que los pacientes padecen. Las estrategias narrativas y por tanto la práctica clínica de la medicina narrativa debe ir fortalecida por la capacidad de los profesionales sanitarios, médicos, enfermeros, trabajadores sociales de saber qué hacer con las historias que el paciente nos cuenta (Charon, 2008), puesto que la capacidad narrativa afecta directamente tanto a las habilidades de los profesionales sanitarios así como a sus sensibilidades éticas.

En este sentido se contempla la complementariedad que persigue la medicina narrativa (Mariano, Flores y Cipriano 2013: 31) y, trata de relacionar la búsqueda del sentido individual con la evidencia proporcionada por la investigación clínica cuantitativa. Este tipo de competencia narrativa se hace exigible en todos los actores que participan en el proceso de salud-enfermedad-atención. Dada la necesidad de establecer relaciones políticas, y con otros países como consecuencia de los movimientos globales de población, se plantean nuevos desafíos a los profesionales de la salud siendo necesario contar con personas competentes que puedan mejorar las prácticas sanitarias, lo cual también implica según Abramowitz et al (2015) alejarse del modelo dual y dicotómico biomedicina/medicina tradicional, siendo un reto no solo para los proveedores de salud, sino para las instituciones sanitarias, agencias de desarrollo, gobiernos y estados en relación a la formación de nuestros futuros profesionales del campo de la salud. 

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, L. (2005): El concepto de "competencia cultural" aplicado a los agentes y actores de cooperación con pueblos indígenas de América latina. En, V. Bretón, y A. López, (coords), Las ONGS en la reflexión antropológica sobre el desarrollo y viceversa. Perspectivas africanas y latinoamericanas (pp.87-103). Sevilla: Fundación El Monte, FAAEE, ASANA
- Abramowitz, S., Marten, M., & Panter-Brick, C.. (2015). "Medical Humanitarianism: Anthropologists Speak Out on Policy and Practice". *Medical Anthropology Quarterly*, 29(1): 1-23.
- Bolívar, A. (2002): El estudio de caso como informe biográfico-narrativo. *Arbor*, 171(675), pp. 559-578.
- Calavia O. (2004). La barca que sube y la barca que baja. Sobre el encuentro de tradiciones médicas. En, G. Fernández (coord.). *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas* (pp.169-181). Quito: Abya Yala.
- Carrió S. (2007): *Medicina narrativa. Relaciones entre el lenguaje, pensamiento y práctica médica profesional*. Tesis doctoral. FLACSO
- Cohen, D. (2013): "FDA official: "clinical trial system is broken"?" *BMJ*, 347:f6980.
- Charon, R., Peter W., & NEBM Working Group (2008): "Narrative evidence based medicine." *The Lancet* 371.9609, pp. 296-297.
- Descola, P., (1996). *La selva culta. Simbolismo y praxis en la ecología de los Achuar*. Ecuador: Abya-Yala.
- Descola, P., (2005): *Las lanzas del crepúsculo. Relatos jíbaros alta Amazonía*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas (2015): Informe E/C.19/2015/4 Nueva York: ONU
- Good, B. [1994-2003]. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Greenhalgh, T., Jeremy H., & Neal M. (2014): "Evidence based medicine: a movement in crisis?" *BMJ*, 348: g3725 doi: 10.1136/bmj.g3725.
- Kleinman A. & Benson P. (2006): "Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it". *PLoS Med* 3(10), e294
- Kleinman, A. (1988) *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. London: Basic Books.
- Knipper, M (2013). *Joining ethnography and history in cultural competence training. Culture, medicine and psychiatry*, 37(2), pp. 373-384.
- López G., J. (2004). Promotores rurales de salud en el Oriente de Guatemala. De la negociación a la desorientación ante capacitaciones médicas occidentales. En, G. Fernández (coord.). *Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas* Quito: Abya Yala, pp.153-169.
- Mariano, Lorenzo, Flores, Juan Antonio y Cipriano, Carmen (2013): *Nosotros, los trastornos límite de la personalidad. Narrativas y relatos de aflicción*. España: Editorial Circulo Rojo.
- Martínez, Á., Masana, L. y DiGiacomo, S. (2013). *Evidencias y Narrativas en la Atención Sanitaria. Una Perspectiva Antropológica*. Tarragona/Porto Alegre: URV Publicaciones y Rede Unida.
- Peláez, I. (2013). *La construcción del sufrimiento como evidencia: compaginación de los movimientos de la medicina basada en la evidencia y en la narración (MBEYN)?* En, A. Martínez, L. Masana y S. DiGiacomo. *Evidencias y Narrativas en la Atención Sanitaria. Una Perspectiva Antropológica* (pp 73-85). Tarragona/Porto Alegre: URV Publicaciones y Rede Unida.
- Pulido, M. (2010): An effective medicine between cultures? The experience of a health program of primary care in indigenous communities from the Amazonian Ecuadorian jungle. *Index de Enfermería* 2010; 19(2-3), pp. 208-212.
- Pulido, M. (2014). *Otros colonialismos: La Cooperación al Desarrollo en Programas y/o Proyectos de Salud. Medicinas en cuestión y Medicinas en promoción en un contexto Amazónico Ecuatoriano* (Doctoral dissertation, Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología).
- Pulido, M. (2016). *Diálogos y contrastes entre proyectos de desarrollo y modelos de salud. Experiencia y consideraciones en torno a los achuar de la Amazonía Ecuatoriana*. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* (En prensa).
- Santos, F. y Barclay, F. (2007). *Guía Etnográfica de la Alta Amazonía. Volumen VI: Achuar, Candoshi*. Lima: Instituto Smithsonian de Investigaciones tropicales, Instituto Francés de Estudios Andinos (IFEA).
- Sindzingre N. (1985). "Présentation, tradition et biomédecine". *Sciences sociales et santé*, 3, (3-4), pp. 9-26.
- Uriarte, L. (2007). Los Achuar. En F. Santos y F. Barclay, (edit). *Guía Etnográfica de la Alta Amazonía*. (pp. 5-243) Lima: Instituto Smithsonian de Investigaciones tropicales, Instituto Francés de Estudios Andinos (IFEA)
- Valverde, C. (2008). *Enfermería centrada en los significados del paciente: un modelo basado en la narrativa y en la ética del otro*. *Revista Index de Enfermería*. 17(3).
- Warren, P. (1994). *Representaciones cognitivas y administración social de las enfermedades en los Jíbaros-Achuar*. En P. Warren, C. Hess y E. Ferraro, *Salud y antropología*. (pp.7-38). Quito: Abya-Yala



ANEXOS



Figura 1 y 2: Niña ahumada por el tsuakratin, chamán curandero, y lavada por la mamá después de sufrir crisis convulsivas según el modelo biomédico, o páju visión aterradora de diablos para los Achuar.

Fuente: Fotografías tomada por la autora previa autorización.



Figura 3: Tsuakratin aplicando en el puesto de salud achiote con leche materna.

Fuente: Fotografías tomada por la autora previa autorización.

