

Del pluralismo médico al nomadismo terapéutico: una propuesta crítica desde los procesos de estratificación social y las estrategias de vida

From medical pluralism to therapeutic nomadism: a critical proposal from the processes of social stratification and life strategies

Rubén Muñoz Martínez

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México
rubmuma@hotmail.com

Recibido: 15/05/2019

Aceptado: 30/09/2019

Formato de citación:

Muñoz Martínez, R. (2020). "Del pluralismo médico al nomadismo terapéutico: una propuesta crítica desde los procesos de estratificación social y las estrategias de vida". *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 85, 88-110, <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/rubmuma2.pdf>

Resumen

El pluralismo médico ha sido un concepto ampliamente utilizado en las ciencias sociales y, en los últimos años, en las ciencias aplicadas en salud. Se han señalado en diversos trabajos sus principales limitaciones, por ejemplo no considerar los procesos estructurales en el análisis de la diversidad de recursos de asistencia en salud, pero son muy escasas las aportaciones conceptuales y epistémicas desde su problematización. Se propone el concepto nomadismo terapéutico para generar ejes de indagación epistémica sobre la atención médica y la cronicidad desde el análisis de los procesos de estratificación social y las estrategias de vida de los actores y grupos sociales. Para ello, se presentan dos estudios de caso en la atención en salud mental dirigida a personas migrantes en Bruselas (Bélgica) y en el apego al tratamiento antirretroviral de personas mayas con VIH en Chiapas (México).

Palabras clave

Pluralismo médico, nomadismo, estratificación social y estrategias de vida.

Abstract

Medical pluralism has been a concept widely used in social sciences and, in recent years, in health-applied sciences. In some researches, it have pointed out its limitations, for example not to consider the structural processes in the analysis of the diversity of

resources on health care, but they are very few conceptual and epistemic contributions from its criticism. We proposed the concept therapeutic nomadism to produce lines of epistemic inquiry on health care and chronicity, taking into account the processes of social stratification and life strategies of the actors and social groups. For this purpose, we presents two case studies, first in mental health care offered to migrants in Brussels (Belgium), and second in the compliance to antiretroviral treatment of Maya people with HIV in Chiapas (Mexico).

Keywords

Medical pluralism, nomadism, social stratification and life strategies.

1. Introducción

En este artículo revisamos algunas de las definiciones, usos y críticas principales del concepto pluralismo médico (o pluralismo asistencial¹) desde las ciencias sociales y respecto a ciertas apropiaciones en la salud pública y la biomedicina, y a la luz de sus actuales limitaciones planteamos la propuesta teórica del *nomadismo terapéutico*. El objetivo es generar ejes críticos de indagación epistémica sobre la atención médica y la cronicidad desde los procesos de estratificación social y las, en términos de Menéndez (1998), estrategias de vida de los grupos sociales. Para ello, recurriremos a dos ejemplos etnográficos a partir de la práctica etnopsiquiátrica en salud mental en Bruselas (Bélgica) y del apego² al tratamiento antirretroviral de personas mayas con VIH en Chiapas (México).

En las sociedades denominadas como occidentales el sedentarismo y el nomadismo han estado históricamente vinculados al binomio norma social/desviación. A la “práctica nómada” se le atribuye, desde las ciencias de la salud, el fracaso del encuentro médico/paciente/institución a partir de dos ejes explicativos: el primero recae en el médico que no se ciñe a un sistema universal, y monocultural, de atención biomédica, comprometiendo, su “no especialización”, la eficacia terapéutica. El segundo reenvía al paciente que transgredió el apego al tratamiento biomédico, entendido como sinónimo de sendentarización/afiliación al “sistema médico”³, y su complementariedad o no con formas de atención no biomédicas reconocidas o sancionadas por la medicina alópata. Desde esta perspectiva, se evade analizar, por un lado, que lo fundamental para que el encuentro clínico (o terapéutico de otra naturaleza) sea real, teniendo como resultado su éxito o fracaso, es que precisamente el médico transite entre modelos, representaciones y prácticas de la salud, a pesar de que su presentación como médico pretenda tener un carácter biomédico monocultural y universal. Y que, por otro lado, el usuario que toma un tratamiento, con el resultado de su apego o no, lo haga a partir de las representaciones y prácticas nómadas que se producen en las fronteras, espacios intermedios y trayectos entre diversas formas de atención.

Definimos el *nomadismo terapéutico* como el proceso de transición epistémica inherente a la atención terapéutica y a la búsqueda de atención, que está conformado por la articulación que los actores involucrados realizan de sus estrategias de vida, entendidas como un conjunto de prácticas de tipo cultural destinadas a la reproducción bio/socio-simbólica, con las condiciones de estratificación social existentes,

¹ Algunos autores lo definen como pluralismo terapéutico (ver Broom y Tovey, 2008).

² El apego a un tratamiento es definido desde la biomedicina como el cumplimiento y vínculo con las recomendaciones del profesional de la salud, por ejemplo la toma de al menos el 95% de tratamiento antirretroviral (Castro, 2005). Aquí problematizamos algunos de sus supuestos.

³ La biomedicina utiliza el término “nomadismo médico” con este fin (ver Boudali *et al.*, 2011).

produciendo que dichos eventos sean reales. El nomadismo terapéutico, como una modalidad crítica del *nomadismo epistémico* (enunciado por Deleuze y Guattari, 1998), es un devenir que, como proceso y no como conjunto de posiciones o puntos fijos, condensa las tensiones sociales y las especificidades de las praxis y el pensamiento humano en torno a la atención terapéutica y a su búsqueda, pudiendo constituirse en la expresión de su éxito o de su fracaso. El *pluralismo médico* evoca la imagen de un mosaico de representaciones, prácticas o sistemas respecto al padecer, a la prevención o a la atención en salud que “conviven” de manera más o menos conflictual y diferenciada. Por el contrario, el *nomadismo terapéutico* remite a, retomando la metáfora de Pitarch (2004) para problematizar la noción “clásica” de adhesión en el campo religioso, un caleidoscopio en el cual no hay una visión unificada de las partes, sin que las partes, en constante transformación y redefinición relacional, estén en el todo y viceversa. Como proceso *ex profeso*, por ejemplo a partir de una metodología terapéutica específica, o *de facto*, existente en las relaciones sociales de forma difusa, el *nomadismo terapéutico* nos permite analizar teórica y metodológicamente la salud/enfermedad/atención-prevención (s/e/a-p) a partir de los siguientes ejes epistémicos: a) Problematizando la enunciación de lo culturalmente plural, como sinónimo de las diferencias entendidas desde opuestos dicotómicos (plural-monismo, tradición-modernidad, sujeto-estructura, etc.), a partir de un análisis de la (re)producción de procesos de estratificación social. b) Señalando los procesos, y no las variables entendidas como puntos o posiciones fijas, respecto a la atención en salud y su búsqueda. c) Descentrando la concepción de la atención en salud basada en sistemas (burocráticos, culturales, sociales o de otro tipo) a partir de las prácticas y estrategias de vida de los actores que buscan atención o la proporcionan. d) Entendiendo las estrategias de vida y los procesos de estratificación social como articulaciones selectivas por sus diversos efectos en la reproducción bio/sociocultural, en una sociedad dada, en función de las posiciones estructurales, y relacionales, de los sujetos y grupos sociales definidas por la clase social, el género, la generación, la etnicidad o la condición de ciudadanía. e) Cuestionando la representación normativa y sacralizada del movimiento o la inmovilidad (física, explicativa, epistémica, etc.) en procesos resolutivos de una demanda de salud que con frecuencia, a partir del actual paradigma de la cronicidad, son analizados desde la(s) afiliación(es)/desafilación(es) terapéutica(s) a uno o más recursos de atención. Consideramos que su definición desde esta perspectiva puede plantear nuevas preguntas sobre las naturalezas de lo instituyente, lo disciplinario y lo político entorno a la atención en salud.

El artículo se divide en los siguientes apartados. En un primer momento, planteamos la propuesta teórica y el marco metodológico. En un segundo momento, se ejemplifica a partir de dos etnografías en los campos de la atención en salud mental en Bruselas (Bélgica) y del apego al tratamiento antirretroviral de personas mayas (tseltales y choles) con VIH en Chiapas (México).

2. El pluralismo médico interpelado y algunas propuestas conceptuales

El *pluralismo asistencial* o *pluralismo médico* es un concepto propuesto inicialmente por el antropólogo Charles Leslie (1980), respecto a los sistemas médicos locales en Asia, que ha sido aplicado en numerosas investigaciones desde diversos contextos del mundo, entendiéndolo como una característica estructural de todas las sociedades, a partir de disciplinas como la antropología, la sociología o, de manera creciente en los últimos años, la salud pública.

Los usos más frecuentes del *pluralismo médico* han sido de tres tipos: experimental, político y teórico. El experimental, entendido como una actividad científica, describe las

realidades de los diversos tratamientos a los que acuden las personas alrededor del mundo. El político, se refiere a la movilización con propósitos políticos del derecho a la existencia de las prácticas de curación no biomédicas. El teórico, remite a un uso analítico del concepto para entender la variabilidad y especificidad contextual de la curación (Horbst *et al.*, 2017).

En el marco de los mencionados usos, el estudio del *pluralismo médico* ha tenido cuatro objetivos principales: el primero, *comprender* las formas en las que las personas atienden su salud desde sistemas distintos al biomédico, o desde la autoatención. El segundo, *conocer* cómo los terapeutas, pertenecientes a tradiciones de atención no biomédicas, atienden a sus pacientes, de manera complementaria o no con la atención biomédica. El tercero, *explorar* cómo la atención biomédica proporcionada por los profesionales de la salud es interpelada por pacientes que tienen trayectorias socioculturales diversas (como por ejemplo los migrantes o las minorías étnicas). El cuarto, *modificar* las representaciones y prácticas de los usuarios de estos recursos de atención en salud, así como las prácticas de atención de tipo biomédico, alternativo o complementario de los terapeutas.

Con frecuencia, desde las ciencias sociales el pluralismo médico ha sido construido y/o aplicado a partir de las denominadas como trayectorias de búsqueda de atención (o itinerarios terapéuticos) entendidas como la reconstrucción científica de las múltiples racionalidades, actores y fuerzas que llevan a una persona que sufre un padecimiento a recurrir a diversas formas de atención en salud de manera incluyente o no. A su vez, al análisis de modalidades de atención en salud en las que la denominada como diversidad cultural se vuelve significativa en la interacción entre el terapeuta y el usuario. Si bien a menudo los trabajos enfatizan en la combinación y síntesis entre modelos de atención (Janzen, 1982; Jacorzynski, 2006), desde las prácticas de los actores, su marco epistemológico es el pluralismo médico. Diversas etnografías al respecto, han señalado sus limitaciones sugiriendo la necesidad de futuros movimientos conceptuales (Lazar y Johannessen, 2006).

Hoy en día el *pluralismo médico* ha cobrado un renovado interés desde la investigación aplicada en salud (Hsu, 2008), aunado a su histórico y hegemónico uso en las ciencias sociales dedicadas al proceso salud/enfermedad/atención-prevención. Tanto la emergencia como la revitalización del concepto se deben a la llegada y/o institucionalización de las medicinas denominadas como complementarias y alternativas, a la crisis de los sistemas de salud (Cant y Sharma, 1999), provocada por el capitalismo global y la desfinanciación de los sistemas nacionales e internacionales públicos (como la OMS), apelando, a partir de Alma Ata, a modalidades de atención menos costosas; o, entre otros factores, al incremento de la movilidad de bienes, personas y prácticas curativas a una escala global (Krause *et al.*, 2012).

A pesar o gracias a su éxito, y a sus usos y exclusiones, son diversas las críticas que se han planteado a las definiciones y aplicaciones, mayoritariamente desde las ciencias sociales pero también de la salud, del *pluralismo médico*. Las principales tienen que ver con cuatro aspectos: el concepto de cultura simplificado; el dominante análisis basado en la perspectiva de los profesionales de la salud; la tendencia conductista en el estudio de la búsqueda de atención; la falsa consciencia respecto a la elección; por subestimar o simplificar la importancia de los procesos estructurales, económicos o de poder y por reproducir una visión monolítica de la biomedicina (Hsu, 2008).

Una de las críticas principales al concepto “plural” del pluralismo médico ha procedido de la antropología médica crítica, la cual ha problematizado su uso desde la biomedicina ocultando la influencia de los procesos socioeconómicos, de la competencia entre subsistemas de salud estratificados y de las jerarquías en el acceso a

la atención médica, para reducir el proceso a una conducta individual basada en la libre elección o en la sobredeterminación cultural (Menéndez, 1983; Baer, 2011). Desde esta perspectiva, señalamos la exclusión o secundarización del análisis de procesos de mercantilización, burocratización, estatalización y/o asimilación biomédica de saberes y prácticas, como modalidades de articulación entre nuevas o viejas formas de estratificación social y producción de subjetividad, bajo la retórica de la pluralidad, la multiplicación y la hibridación de las diferencias fruto del impacto en los mundos locales del capitalismo global (ver p.e., en Chiapas, la denominada como medicina de fusión por Holland (1989) o de transición por Harman (1974). Otra de las críticas a ciertos usos del pluralismo médico se refiere a su concepción de la biomedicina como un sistema homogéneo de conocimiento y/o no cultural ni local desde una aproximación, con frecuencia, funcionalista, enfocada en la causalidad, en la coherencia sistémica y en el principio de determinación de los conocimientos y prácticas al interior de la biomedicina; y, por extensión, respecto a las denominadas como “conductas de búsqueda de atención” en función del esquema norma/desviación. Estas aproximaciones han sido ampliamente cuestionadas por la antropología médica, a partir, entre otras, de redefiniciones del concepto “sistema médico”. Algunos ejemplos de ello son el análisis perspectivista de las diferentes explicaciones de una misma enfermedad entre el personal de salud (Mol, 2002); la interdependencia entre sistemas en función de la distribución asimétrica de poder y recursos (Pedersen y Barufatti, 1989); o cómo la práctica médica se apropia de modelos explicativos locales no biomédicos del padecimiento, utilizados por los pacientes, reforzándolos (Helman, 1978). Estos cuestionamientos se han realizado también respecto a tradiciones terapéuticas no biomédicas, las cuales son con frecuencia asumidas como locales y ahistóricas obviándose sus implicaciones respecto al control social e ideológico y al cambio (Menéndez, 1994), así como sobre sus pretensiones translocales y universalistas.

Si bien son diversos los trabajos que abordan el pluralismo médico o asistencial de forma crítica, muy pocos han planteado nuevas definiciones conceptuales (Horbst *et al.*, 2017), que inviten a subrayar las limitaciones y exclusiones enunciadas a partir de marcos teóricos y epistemológicos específicos. De las escasas propuestas teóricas existentes la mayoría apela a marcos de movilidad transnacional de personas, bienes, ideas o prácticas como formas resolutivas de atención a la salud. En esta línea, la concepción inaugural del pluralismo médico como multiplicidad vinculada a sistemas cerrados, con fronteras nacionales o culturales delimitadas ha sido problematizada por la corriente postestructuralista, las teorías de la globalización y los estudios sobre el transnacionalismo. Los estudios sobre la globalización y el transnacionalismo han interpelado al pluralismo médico a partir de propuestas como los “médicoscapes” desarrolladas por Horbst y Wolf (2014). Cabe mencionar, en este sentido, las denominadas como “therapeutic mobilities” o la “medical mobility” (Beck, 2012) que entienden el movimiento como terapéutico o a la terapéutica a partir de encuentros entre ensamblajes resultado de la movilidad (de fármacos, profesionales médicos, pacientes...) concebida como un medio de producir o consumir terapéutica (Kaspar *et al.*, 2018). Otras propuestas conceptuales, en la línea con los estudios sobre la globalización, han planteado conceptos como la “pluralización médica” (Horbst *et al.*, 2017) o la “diversidad médica” (Parkin, 2013) aludiendo a la creciente diversificación de los préstamos e hibridaciones entre recursos terapéuticos y estrategias de búsqueda de atención. Desde los estudios transnacionales y transfronterizos se han propuesto algunas categorías y/o marcos de análisis para dilucidar las estrategias de atención a partir de la movilidad como por ejemplo, respecto a la salud de los migrantes, la categoría “therapy networks” (Krause (2008), o redes terapéuticas, presuponiendo que

el cuidado se puede realizar sin la existencia de una comunidad cerrada. Dichas propuestas, de gran valor teórico, no invitan sin embargo a problematizar los binomios afiliación/desafiliación institucional, apego/desapego al tratamiento o eficacia/fracaso terapéutico desde la consideración de dos supuestos: el primero, los procesos de atención o de búsqueda, en su puesta en práctica, no están siempre sujetos a la noción inaugural de movilidad o de sedentarismo. El segundo, estos procesos carecen de fronteras epistémicas, disciplinares o culturales nítidas debido no tanto al préstamo, a la hibridación o al sincretismo, sino a las articulaciones entre la producción de estratificación social y estrategias de vida que, desde las relaciones de conflicto y poder, realizan los sujetos y los grupos sociales.

3. El nomadismo terapéutico como ruptura epistemológica con lo plural y móvil

Entendiendo el nomadismo terapéutico como las transiciones epistémicas, que resumen el devenir del pensamiento y la acción humanas, desde la articulación de procesos de estratificación social y estrategias de vida, explicamos ambas categorías. Consideramos los *procesos de estratificación social* como producciones de posiciones estructurales a partir de relaciones sociales ideológicamente configuradas, en función de por ejemplo, el racismo, el sexismo o el clasismo, que definen el acceso y la exclusión a los recursos materiales y simbólicos en una sociedad dada. Para ello, estos procesos producen nuevas diferencias entre grupos sociales e instrumentalizan y/o excluyen las existentes para convertirlas en desigualdades, por ejemplo económicas o políticas, y legitimarlas a través de su naturalización cultural, en este caso respecto a la salud/enfermedad/atención-prevención. Una de las formas que se han utilizado para conceptualizar estos procesos relativos a la afectación en la salud es la *vulnerabilidad estructural*⁴ la cual, siguiendo la propuesta de Quesada y Bourgois (2011), consiste en una intersección, políticamente no neutral, entre la *violencia estructural* y la *vulnerabilidad social* que impacta en la enfermedad y la desatención en salud. En este contexto, las *estrategias de vida* son realizadas por los actores y grupos sociales a partir de representaciones y prácticas que buscan asegurar su reproducción biosocial (Menéndez, 1998) y simbólica (p.e. identitaria). Esto puede implicar procesos de estratificación social a nivel interno y externo de su grupo social o resistir a ellos, o la producción a partir de la resistencia y la resistencia desde formas socioculturales de producir estratificación social. Así, podemos hablar de *estrategias selectivas de vida* en la medida en la que pueden ser desadaptativas para el conjunto de la población en un momento determinado (Devereux, 1980), convirtiéndose en parcialmente adaptativas en otros periodos, o pueden generar una adaptación selectiva (p.e. la atención médica dirigida a los hombres blancos o mestizos de clase media y alta autóctona) en función del estrato social, el género y la posicionalidad étnica que se tiene.

Enfocados en las representaciones y prácticas de los sujetos respecto a la búsqueda y atención en salud, la propuesta del *nomadismo terapéutico* reúne al *proceso de estratificación social* y a las *estrategias selectivas de vida* a partir de la problematización de categorías dicotómicas e inaugurales como determinación-agencia o sujeto/estructura subrayando la importancia de entender los procesos desde las prácticas dinámicas y, en su mayoría, pragmáticas de los actores respecto a la s/e/a-p. Para profundizar en esta propuesta conceptual retomamos la categoría *nomadismo epistémico*. Algunos autores han desarrollado o adoptado el *nomadismo epistémico* desde reflexiones epistemológicas centradas en el quehacer científico como es el caso de la *ciencia nómada* de Gilles Deleuze (1998) o la *ecología de las prácticas* de Isabelle

⁴ Nosotros nos referimos en el texto a *vulneración estructural* entendiéndola como un proceso.

Stengers (1997). Retomaremos aquí la propuesta de Deleuze (1998) y la diferenciación que hace entre movilidad, migración y nomadismo. El objetivo es señalar la especificidad del *nomadismo terapéutico* y sus diferencias con las mencionadas modalidades conceptuales de nuevo cuño centradas en la “movilidad y/o pluralización terapéutica”. El nómada no debe confundirse con el migrante (*ibíd.*: 385). El migrante va “de un punto a otro, incluso si ese otro punto es dudoso, imprevisto o mal localizado”. Para el nómada “los puntos son etapas en un trayecto” y aunque siga caminos habituales su función no es distribuir a las personas en torno a un espacio cerrado y regulado. El trayecto nómada “distribuye a los hombres en un espacio abierto, indefinido, no comunicante”: “el nómada es aquel que no se mueve” (Toynbee en Deleuze, *ibíd.*). Mientras que “el migrante abandona un medio que ha devenido amorfo o ingrato, el nómada es aquel que no se va, que no quiere irse, que inventa el nomadismo como respuesta a ese desafío” (Deleuze, 1998). *El nomadismo epistémico* es un devenir del pensamiento y la acción que, apelando a la necesidad del intermedio, de lo fronterizo y lo procesual, forma parte de un estado de las cosas y resume la diversidad del pensamiento y de la acción humana desde compartimentos no estancos ni dicotómicos, no necesariamente implicados en la diada movilidad/inmovilidad.

Desde el postestructuralismo, la movilidad, entendida como nomadismo (Maffesoli, 2004), se presenta con frecuencia como una respuesta contracultural autónoma que enfrenta al orden sedentario de la afiliación institucional (p.e. como *tribus globales*) evitando ser considerada parte del problema cuando las instituciones, la historia y sus formas de producir estratificación social abocan a las personas, exentas del “don” de la “libre movilidad” entre estructuras sociales, a inventar el nomadismo como estrategia de vida. Si el *pluralismo médico* evoca la imagen de un mosaico y el *nomadismo terapéutico* la disuelve en un caleidoscopio, sus (in)definiciones teóricas no son fruto del azar, de la indeterminación de la vida social o de la autonomía de los procesos simbólicos, remiten a las ideologías y a las relaciones sociales, en el mundo de la toma de decisiones sobre políticas públicas, en los intereses investigativos de la academia y/o en la atención en salud, marcadas por el poder y la historia. La inclusión o exclusión de las posibilidades de cuestionar regímenes conceptuales previos, planteando nuevos escenarios de representación y análisis respecto a la salud, tiene repercusiones en la concepción de la división entre lo público y lo privado, o lo individual y lo colectivo, que interpelan a la naturaleza política del padecimiento.

4. Marco metodológico

La propuesta teórica-conceptual que se presenta y discute en el artículo está metodológicamente fundamentada en una revisión del estado del arte de la categoría “pluralismo médico” y de sus principales usos y problematizaciones; así como en su ejemplificación a partir de casos empíricos. Para ello, recurrimos a dos ejemplos etnográficos, resultado de nuestras investigaciones, sobre la atención a la salud mental de personas migrantes en Bélgica y la búsqueda de atención de personas mayas con VIH en el sur de México, con dos objetivos: discutir el *nomadismo terapéutico* desde el punto de vista de los terapeutas y de las personas que buscan atención en salud, y dar cuenta de dos formas en las que opera; *ex profeso* y *de facto*. La primera, se refiere a un tipo de nomadismo terapéutico que se vuelve visible a partir de una propuesta teórica y metodológica específica respecto a la terapéutica que permite detonar y sedimentar procesos de esta naturaleza. Para ello promueve la circulación, negociación y disputa de modelos explicativos y prácticas que producen nuevas modalidades de enunciación y generación de eficacia terapéutica a partir del devenir de lo fronterizo, lo no dicotómico y lo intermedio. Abordamos en concreto la práctica etnopsiquiátrica en un hospital de

Bruselas, en el cual realicé mi investigación durante el doctorado y posteriores trabajos basados en ella (Muñoz, 2015; Muñoz, 2020), destinada a personas migrantes⁵ que enfrentan padecimientos provocados, en su mayoría, por la vulneración estructural. Algunos de estos procesos se encuentran de forma menos visible en las relaciones sociales de diversos contextos de atención en salud inscribiéndose en la segunda modalidad enunciada, el nomadismo *de facto*. Este será el objetivo del segundo ejemplo etnográfico: las representaciones sociales y prácticas de personas mayas (tseltales y choles) que viven con VIH en Chiapas y frente a procesos de vulneración estructural, tratan de tomar el tratamiento antirretroviral complejizando, tanto en su éxito como en su fracaso, los conceptos de apego y de cronicidad; así como ciertos usos del pluralismo médico que se reducen a enfoques culturalistas e individualizantes. Para ello nos basaremos en una investigación etnográfica, sobre este tema que llevé a cabo en la región tseltal de Chiapas en 2017-2018⁶.

El VIH y el padecimiento mental son dos problemas de salud altamente estigmatizados y desatendidos en estas poblaciones y contextos, y en los dos casos nos permiten analizar el *nomadismo terapéutico* como articulaciones de procesos de estratificación social y estrategias *selectivas* de vida que, por las características de la población afectada y del dispositivo terapéutico analizado, nos invitan a problematizar dicotomías como modernidad-tradición, pluralismo-monismo, movilidad-inmovilidad, sujeto-estructura desde las prácticas de los actores.

5. El nomadismo terapéutico desde los procesos de estratificación social y las estrategias de vida: dos ejemplos etnográficos

En este apartado describiremos dos casos etnográficos que consideramos se ajustan más al concepto de *nomadismo terapéutico*, a partir de la práctica del *nomadismo epistémico* aquí propuesto, que al *pluralismo*. Ambos plantean tres ideas críticas: la primera es la problematización del supuesto respecto a que el monismo cultural y epistémico o la pluralidad complementaria a la hora de proporcionar una terapia como al recibirla, son, además de una realidad, más adecuados en términos de su eficacia. La segunda, reside en la identificación empírica del denominado como *nomadismo terapéutico*, a partir de transacciones y movimientos entre prácticas y representaciones de la salud/enfermedad/atención alentadas por el pragmatismo cuya diferenciación y usos, si atendemos al punto de vista de los actores, es más complejo y dinámico que una visión basada en sistemas de pensamiento o acción delimitados y diferenciados en la práctica. La tercera, la concepción del nomadismo de saberes y prácticas como una especificidad del ser y/o un propósito que no implica necesariamente la movilidad o el desplazamiento geográfico, ni puede resumirse a lugares de hibridación o pluralización cultural, tratándose de un devenir de la acción, mediado por la estratificación social, que lucha por permanecer en el lugar de la eficacia terapéutica y/o en el del apego al tratamiento antirretroviral con efectos contradictorios.

5.1. La clínica etnopsiquiátrica destinada a población migrante con padecimientos mentales: una estrategia de atención nómada

Las prácticas etnopsiquiátricas clínicas, basadas en la propuesta etnopsicoanalítica complementaria de George Devereux (1972) y desarrolladas por Tobie Nathan (1994),

⁵ Incluye a su vez a población no migrante, por ejemplo víctimas de sectas o minorías étnicas locales.

⁶ Se realizaron 55 entrevistas en profundidad a personas con VIH que se autoidentificaron como indígenas tseltales o choles, a sus familiares y a profesionales de la salud. Se llevó a cabo observación participante en el Servicio de Atención Integral a Personas con VIH (SAIH) de Ocosingo durante un mes y medio en la recepción del medicamento y la consulta de enfermería.

han tenido una amplia expansión a partir de la década de los 90 en los países francófonos de Europa y Norteamérica⁷. Su éxito se ha debido principalmente a su eficacia terapéutica con problemas de salud y usuarios, en gran parte migrantes de origen extranjero pero también colectivos minoritarios autóctonos, para los que las prácticas clínicas dominantes destinadas a la población local de clase media no resultan resolutorias. Su aproximación teórica y metodológica, con variantes diversas en función del contexto y la práctica de atención, está inspirada en algunos aspectos del chamanismo como son *la concepción colectiva y pública de la terapéutica, el discurso sobre el paciente, el uso de los fetiches (u objetos activos)* y, desde el psicoanálisis, *la importancia clínica de la transferencia y la contratransferencia afectiva y cultural* (Muñoz, 2013a). Uno de los mecanismos terapéuticos principales de la consulta es el efecto de la *materialización de la alteridad* a partir del cual el usuario encuentra un espacio de representación, la sociedad multicultural belga, desde el cual abordar su padecimiento dejando de ser un sujeto universal asimilado a la cultura dominante, para pasar a ser representante de su(s) cultura(s) de origen o adscripción. Si el padecimiento emerge a partir de la ruptura de un texto con el contexto (Goffman, 1970) el objetivo es revertirlo a través de una configuración específica del encuentro terapéutico. Para ello, convoca a un grupo de participantes con trayectorias socioculturales (procedentes del África subsahariana, del Magreb, europeos, etc.) y disciplinarias diversas (psicólogos, antropólogos, trabajadores sociales...) que actúan como coterapeutas en la sesión coordinada por el etnopsiquiatra (Muñoz, 2013a).

Algunas de las críticas principales que se han realizado a la etnopsiquiatría están basadas, principalmente, en su propuesta teórico-metodológica y en ciertas narrativas de Tobie Nathan (p.e., la llamada a la creación de guetos culturales como resistencia a la asimilación emanada de la concepción de ciudadanía en Francia), pero en pocas ocasiones respecto a sus prácticas específicas. Ciertos autores cuestionan la sobredeterminación cultural de su enfoque (Rechtman, 2000), que secundariza las dimensiones sociales y económicas del padecimiento, y la patologización de los procesos migratorios (Fassin, 2000), produciendo un circuito segregado de atención a usuarios considerados como una “alteridad”. Para el propósito de este artículo, nos interesa analizarla como un escenario de la diversidad terapéutica que representa, de manera performativa, a un ideal de la sociedad multicultural belga y permite, a partir del análisis de las prácticas, visibilizar las transiciones, espacios intermedios y procesos itinerantes de disputa y producción de saberes y epistemes diversos respecto a la salud/enfermedad/atención-prevención. Estos procesos de *nomadismo terapéutico* también se dan en otro tipo de encuentros entre terapeutas/usuarios/instituciones, con una menor formalización y visibilidad. La etnopsiquiatría condensa y vuelve visible y significativos para el terapeuta y para el investigador procesos de *nomadismo ex profeso* que de forma experimental y pragmática buscan la eficacia terapéutica.

Los usuarios que acuden al hospital público de Bruselas llamado Brugmann, en el que tiene lugar la práctica etnopsiquiátrica⁸, han tenido trayectorias terapéuticas complejas e ineficientes en las que sufrieron de exclusiones, iatrogenias y/u otros tipos de violencias en el sector público de atención en salud mental, pero también con terapeutas tradicionales en sus países de origen o en Bélgica. En muchos casos viven situaciones de vulneración estructural al no tener permiso de residencia legal y/o sufrir abusos económicos, laborales, familiares que los llevan a desarrollar un problema de salud mental con frecuencia grave (psicopatológico). Sus trayectorias socioculturales son muy diversas procediendo de países del África subsahariana, de Europa del Este y del

⁷ También están presentes en países no francófonos, como el “Centro Franz Fanon” en Italia.

⁸ Para saber más de sus características, ver Muñoz (2013).

Magreb principalmente, pero también belgas (p.e., de Bruselas) y de otros países de Europa Occidental. Por lo general, llegan a la consulta por una demanda de atención que, desde por ejemplo otros profesionales de la salud o en su comunidad de residencia, es considerada con componentes culturales “difíciles” de atender en los servicios de salud convencionales, o con un padecimiento no visto con anterioridad y que podría remitir a estos. Si bien esto es parte del escenario de llegada, las demandas de los usuarios son muy diversas. En algunos casos demandan un ejercicio de mediación familiar, o un diagnóstico y tratamiento biomédico, o una práctica con elementos no biomédicos de diagnóstico y tratamiento. Con frecuencia, se dan los tres de manera simultánea o itinerante en función de sus necesidades y del marco relacional de la consulta y sus dinámicas (Muñoz, 2013a). A estas prácticas les acompañan en algunos casos peticiones de un ejercicio de intervención social en procesos judiciales (desahucio de la casa, deportación, etc.). Por su parte, los coterapeutas son estudiantes que realizan sus prácticas (p.e., de psicología) procedentes de la Université Libre de Bruxelles u otras universidades.

La consulta definida como “multicultural y multidisciplinaria” (Nathan, 1994) constituye un espacio experimental en el que lo múltiple y plural se diluyen en la práctica dinámica de coproducciones de saberes en relación y de procesos de disputa para su legitimación. La aproximación complementarista de Devereux (1977) implica abordar los factores psicológicos desde un esquema de atención/interpretación psicológico y los socioculturales desde una aproximación sociocultural complementando ambos enfoques. De esta forma el terapeuta podrá diferenciar, desde un punto de vista operativo, entre los datos que obtiene y sus interpretaciones que proceden de sus “fantasmas psíquicos”, de su bagaje cultural o de su posición social. En la práctica estas fronteras disciplinarias y de saberes son más difusas, transaccionales e itinerantes y no dependen tanto de marcos estáticos de elaboración sino de transferencias y metamorfosis continuas a las que se expone el terapeuta, y a la disputa por el descentramiento cultural e ideológico de sus marcos de análisis respecto, por ejemplo, a la definición de la normalidad. Un ejemplo de ello es la posibilidad de que las enfermedades estén propiciadas por traumas culturalmente atípicos, como es el caso que Devereux (1977) proporciona para el chamán y su neurosis. Linares (1982) cuestionará que atribuir esto al inconsciente étnico es idealista y este inconsciente podría más bien interpretarse como la ideología dominante.

A diferencia de lo propuesto por Devereux (1980) respecto a la importancia de estudiar la ansiedad en la contratransferencia con relación al sujeto/objeto de conocimiento, Nathan propondrá que esta es un concepto psicoanalítico y neutral y que es el miedo el operador técnico principal en la terapéutica y el afecto central en el funcionamiento psíquico. Y esto es debido a que la verdad de lo que experimentamos, percibimos y pensamos reside en “otro”. El miedo no será, entonces, un principio universal de humanidad, sino más bien pertenece a un sistema etiológico interactivo que implica procesos psicoterapéuticos múltiples (Nathan, 1994). En otras palabras, implica una *concepción nómada* de la terapéutica y su dimensión técnica. En este sentido, Nathan defiende que el investigador y terapeuta que puede llevar a cabo una labor verdaderamente científica es aquel capaz de abolir las distinciones entre saber moderno (científico) y creencia tradicional. Esta psicopatología no exigirá una definición de la enfermedad que justifica los privilegios de una práctica de curación particular. “Si toda práctica psicoterapéutica crea la enfermedad que luego cura, es decir la inscribe en un dispositivo operativo en el que las palabras y las acciones la fabrican para poder operar sobre ella, una psicopatología científica debe dirigirse a las prácticas y no a los enfermos” (en Stengers, 1977: 50). Para ello, la propuesta de Nathan se basa en una

“ciencia de la influenciología” capaz de prestar atención a las prácticas terapéuticas, sea cual sea su marco cultural, y sus efectos y convertirlos en operadores terapéuticos. Por ejemplo, al aplicar las “técnicas proyectivas” de la lectura de los posos del café o el test de Rochard, es más importante la información que proporciona respecto al vínculo terapéutico que sobre la naturaleza oculta del sujeto y de su padecimiento, y cómo esta información se convierte en un material terapéutico utilizable (Stengers, 1977: 37). La etnopsiquiatría privilegia un efecto práctico basado en la acción y no en la interpretación.

Pondré el ejemplo de algunas de estas dinámicas entre los terapeutas a partir del caso de una paciente que acudió a la consulta en el hospital Brugmann.

“R. es una mujer nacida en Marruecos de 45 años que llega a la consulta, con su hijo adolescente, derivada de otro hospital público de Bruselas. Desde su primer diagnóstico, 11 años atrás, R. acude a diversos psiquiatras de Bruselas, tomando distintos tipos de medicamentos, sin obtener un resultado satisfactorio. R. migró de Marruecos con su familia 30 años atrás. Nos explica que, especialmente al atardecer, 'siente que va perdiendo progresivamente el cuerpo como si fuese una hoja', lo cual le provoca una gran angustia. A ello le acompaña que los objetos oscuros comienzan a cobrar mayor presencia, hasta el punto de que la atrapan y no puede dejar de observarlos. Siente que está en un túnel negro escuchando voces y que no puede salir. La angustia es tan intensa en la noche que sale corriendo de la casa sin rumbo aparente y llega al hospital más cercano. Menciona que 'tiene mucho miedo a morir y que gracias a los medicamentos vuelve a sentir su cuerpo'. A lo largo de las sesiones, y de las intervenciones espontáneas de dos terapeutas musulmanas, una de las cuales viste un velo de cuerpo entero (es la única de los terapeutas cuya vestimenta denota una práctica religiosa), R. explica que atribuye su padecimiento a haber cometido una falta que es sancionada por Alá, al no ser buena musulmana, y que comenzó al perder el conocimiento cuando bajaba las escaleras al sótano de su antigua casa en Amberes. Cuando despertó en el hospital era otra persona y comenzaron sus síntomas. Transcurrido casi un año de esto, tuvo un hijo que actualmente es invidente y vive con una familia de acogida. Su demanda principal, respecto a la consulta, es recibir un tratamiento médico para evitar la angustia y poderle dar un nombre de tipo psiquiátrico a su problema” (Elaborado a partir de la observación participante).

En este caso, al igual que en otros que hemos desarrollado con anterioridad (Muñoz, 2013a), el espacio terapéutico conformado por un grupo multicultural y multidisciplinario de terapeutas permite que el modelo explicativo de la paciente no sea anclado a un marco “monocultural” biomédico, el cual no ha resultado resolutivo, promoviendo la producción y circulación de modelos explicativos respecto a la causalidad, la nosología y la atención del padecimiento. El operador técnico para ello es, por un lado, la consideración (como mencionaba el etnopsiquiatra en algunas sesiones) de que los terapeutas no tienen un marco psicoterapéutico conductista, psicoanalítico... son los pacientes los expertos en la etiología de su padecimiento y los que promueven las aproximaciones terapéuticas. Y, por otro lado, la puesta en práctica del denominado como “discurso chamánico”, esto es la producción colectiva (supervisada de forma pública/grupal para evitar los abusos de poder frecuentes en la relación médico/paciente privada) de un discurso sobre el padecimiento de la paciente, al cual se adscribirá o no, o solo a algunos aspectos del mismo de forma transitoria. Para ello, considero que son

necesarios los procesos de *nomadización terapéutica*, a partir de espacios intermedios y circulatorios de discursos o de objetos, como en el caso de los medicamentos o los fetiches, sistematizados como operadores técnicos en la consulta. Pero esta estrategia ocurre en un campo de relaciones sociales en Bélgica y en Bruselas y redefinidas en la consulta de un hospital público, fruto de las disputas y los conflictos marcados por el poder y por los procesos de estratificación social.

Un ejemplo, retomando el caso descrito, remite a la intervención de una de las coterapeutas, psicóloga y profesora de Islam que viste un velo de cuerpo entero, la cual proporciona algunas explicaciones a los sueños que relata la paciente. Sus explicaciones tratan, desde mi interpretación, de proporcionar herramientas desde un modelo explicativo religioso del padecimiento basado en el sentimiento de culpa de la paciente por no ser una buena practicante. La coterapeuta le proporciona algunas interpretaciones sobre soñar con plomo saliendo del vientre y sobre las posesiones por djines en Marruecos vinculadas a los lugares oscuros y húmedos en los que habitan (similares al sótano de su antigua casa). En una de estas sesiones, el etnopsiquiatra proporciona una interpretación distinta a la posesión y alienta la conversión de la paciente a ser curadora tradicional, en el marco del Islam, ayudada por las voces que escucha. Esta situación desencadena una discusión entre el etnopsiquiatra y la coterapeuta que pone en cuestionamiento el saber cultural del etnopsiquiatra y que, según pude observar a partir de mi estancia y de conversaciones con el etnopsiquiatra y los coterapeutas, manifiesta dos conflictos en la sociedad belga. Uno se refiere a la discusión sobre las expresiones religiosas en las instituciones públicas y laicas de Bélgica y Francia, en aquella época, que se traslada a la Universidad Libre de Bruselas, universidad pública masona⁹ en la que estudiaba psicología la coterapeuta, y, en este caso, en el hospital público de Brugman en el que tiene lugar la consulta etnopsiquiátrica. Su forma de vestir y sus interacciones, saluda dando la mano (y no un beso), se vuelven significativas en las relaciones de poder en el grupo de coterapeutas reactualizando, en el campo clínico, la discusión laicidad vs religión.

La segunda discusión en la que se inscribe la movilización colectiva de modelos explicativos sobre el padecimiento de la paciente es la del papel de los terapeutas tradicionales y los líderes religiosos en el contexto de origen migratorio (Marruecos) y en el de destino (Bélgica). La llamada a ser curadora tradicional y/o el acompañamiento del discurso de ser una buena musulmana (del psiquiatra y la coterapeuta respectivamente), y su expectativa y demanda de ser una paciente psiquiátrica con un diagnóstico y unos medicamentos alopáticos se articula y disputa en la búsqueda de la eficacia terapéutica y del sentido del padecimiento. Pero también en las connotaciones que, por ejemplo, tiene ser terapeuta tradicional en un contexto en el que son discriminados por los líderes religiosos quienes, a diferencia de lo que ocurre en diversos contextos de Marruecos, tratan de monopolizar la función terapéutica con discursos y prácticas islamizantes. Lo cual refleja procesos más amplios de estratificación social en la sociedad belga y al interior de los colectivos culturalmente minoritarios en este caso, que influyen en las dinámicas etnopsiquiátricas. Cabe subrayar que en estas movilizaciones epistémicas y discursivas también colaboran los pacientes. En otros lugares hemos discutido sobre su rechazo, o aceptación provisional, de un discurso cultural no biomédico o psicopatológico biomédico y/o su reelaboración en términos sociales y políticos, por ejemplo al adscribir su padecimiento a la opresión de clase, racial o de género (Muñoz, 2020) en la sociedad belga y/o en su comunidad de adscripción u origen.

⁹ Creada por los liberales masones en 1834 para enfrentar al poder formativo de la iglesia católica en la Universidad de Lovaina.

Otro caso sobre procesos de *nomadismo terapéutico* es el de los “fetiches” u “objetos activos”, incorporados en la mecánica del control de la transferencia y la contratransferencia, como mediadores entre el mundo de las relaciones sociales inscritas en el universo espacial de la consulta, el universo teórico del dispositivo y el emocional del paciente a través de la práctica. Los objetos activos, como *anti-objetos* sin una función cultural determinada en el contexto de uso (Nathan, 1994), actuando en un medio “maná”, tienen una existencia liminar que les permite atravesar modelos explicativos produciendo, mediante analogías formales (p.e., la composición espacial y multicultural de la consulta como (con)textualidad frente a la ruptura texto/contexto del padecimiento), transformaciones orgánicas a través de símbolos que inducen a una reorganización estructural en el inconsciente. Se encontrarían entre la *eficacia simbólica* de Levi-Strauss y el *medio maná* de Marcel Mauss. El “objeto activo” es utilizado en la consulta de dos formas: proporcionándolo el etnopsiquiatra al paciente, como un objeto que representa al grupo en una forma de “don”, o es demandado por aquel para que el paciente lo elabore y entregue al grupo, como un “contra-don”, desencadenando el proceso de transferencia y la eficacia terapéutica (Muñoz, 2020). Un ejemplo desarrollado en otro texto (Muñoz, 2013b) es la circulación por el grupo de coterapeutas de un “franco senegalés” que el etnopsiquiatra tenía, de casualidad, en el bolsillo, para posteriormente entregárselo a una paciente, belga de origen marroquí, mencionándole que “es una moneda que viene de África y puede ayudarla con su problema”. La paciente experimentará una transferencia que le permitirá descubrir y resolver la causa (simbólica y/o mágica), vinculada a un maleficio realizado por su madre como venganza, de uno de los problemas generadores de su aflicción, y su no aparición el día antes de ir a cada consulta: la agresión sexual de un hombre-espíritu durante sus sueños, que representa al hombre con el que no se quiso casar y su familia trató de obligarla. Si las consultas diádicas con el etnopsiquiatra, o con otros terapeutas, no funcionaban, el dispositivo grupal y sus procesos nómadas permiten enfrentar colectivamente al espíritu-amenaza con resultados positivos en la vinculación del texto con el contexto, y por ende en la eficacia terapéutica (Muñoz, 2013b).

Algunos de los procesos de nomadismo terapéutico, constitutivos de la práctica etnopsiquiátrica, también se dan *ex profeso* en dispositivos de acompañamiento terapéutico no profesional, como por ejemplo en la antipsiquiatría intercultural (Muñoz, 2015), a partir del encuentro entre trayectorias socioculturales diversas y la producción colectiva de modelos explicativos y eficacias curativas. En otros casos, operan de manera menos sistematizada o visible, esto es *de facto*, en contextos terapéuticos biomédicos o no biomédicos. Ejemplos de ello son los medicamentos entendidos como fetiches que invitan a ser significados, o las articulaciones de modelos explicativos religiosos, espirituales y científicos entre los psiquiatras (Kareem y Littlewood, 1992), los infectólogos que atienden el VIH (Muñoz, 2018) o los profesionales de la salud en las unidades de cuidados intensivos (Comelles, 2000). Lo cual remite a procesos de pugna o negociaciones desiguales por la hegemonización del discurso y la práctica terapéutica, entendida como una *estrategia selectiva de vida*, desde esquemas culturales biomédicos, religiosos o populares profanos (De Martino, 1999), insertos en mundos locales roturados por la estratificación social.

Son múltiples los estudios que desde las ciencias de la salud problematizan la coexistencia de diversos modelos explicativos sobre el proceso s/e/a-p en los profesionales de la salud mental, y en los pacientes, subrayando cómo esto afecta al diagnóstico o a la eficacia de la atención terapéutica. Un ejemplo de ello es el estudio de Menegatti-Chequini *et al.* (2018) en un hospital de Brasil, apuntando a la incidencia negativa en la práctica clínica (biomédica) de la coexistencia de creencias religiosas y

espirituales en los psiquiatras, lo cual puede estar vinculado a las tensiones históricas entre la salud mental y la religión. En otros casos, se señala que las creencias religiosas de los psiquiatras son beneficiosas para la práctica clínica, y se abordan de manera más abierta que en otras especialidades médicas que tienden a juzgarlas como negativas para el profesional y para el paciente (Curlin *et al.*, 2005). Con frecuencia, en estos trabajos se adopta una perspectiva que opone las creencias (mágicas, religiosas, etc.) a los conocimientos científicos y considera que el encuentro clínico está basado en la relación entre la autonomía del médico y la del paciente, obviando su carácter estructural e ideológico y los procesos en los que estas viejas o nuevas diferencias se hacen significativas o no para la práctica clínica. Desde este enfoque, algunos de estos estudios plantean la necesidad de las competencias culturales respecto al paciente y al terapeuta para evitar prejuicios que incidan negativamente en la eficacia terapéutica celebrando la existencia de lo plural en un subyacente marco biomédico acultural, funcionalista y carente de relaciones de poder. Otros estudios han problematizado el denominado como “eclecticismo psicoterapéutico”, por su poca sistematicidad y/o por su pluralidad terapéutica basada en las diferencias y no en las semejanzas entre aproximaciones apelando a propuestas sincréticas (Patterson, 1989), bajo principios dominantes de la psicoterapia occidental, en un marco teórico común y sistematizado. Es decir, nos recuerdan desde el sincretismo aquello que con frecuencia los psicoterapeutas hacen en sus consultas, en términos pragmáticos, antes de estructurarlo en un relato legítimo adscrito a una inamovible “corriente psicoterapéutica”.

Desde nuestra propuesta nómada, un elemento de análisis principal reside en considerar que para el médico (o el terapeuta tradicional) es importante creer en el componente cultural de otras maneras de explicar o abordar el control o la curación, aunque sea de forma negativa, para poder llevar a cabo su práctica de atención. De no ser así, su práctica, retomando a Litlewood y Lipsedge (1983), pertenecería a la clínica veterinaria. Esto es, su papel como médico estaría exento de aquello que lo constituye: las relaciones sociales y de poder en grupos reales vinculados al mundo. Si retomamos el supuesto de que el poder, según Foucault (2012, [1975]), o la norma, según Levi-Strauss (1985, [1949]), produce, y requiere, de su propia crítica o transgresión, la transgresión aquí no subyace en el tránsito sancionado de una frontera disciplinaria o cultural sino en el performance de su omnimoda permanencia. Lo cual no quiere decir que no se puedan o deban modificar expresiones, p.e. ideológicas, discriminatorias del médico, pero para que esto sea eficaz debe operar a partir de la asunción de que las transiciones epistémicas son una necesidad al interior de las relaciones sociales de la terapéutica, que son las del mundo, y no un elemento fragmentado y prescindible. Esto es, el médico o el chamán no se oponen a la eficacia de la práctica de atención cuando garantizando su pretensión de atender en todo momento y lugar se comportan como personas vinculadas a mundos locales de saberes, valores o experiencias, la realidad del encuentro terapéutico reside en ello, sino cuando tratan de actuar como sujetos universales y autocontenidos. En otras palabras, sin clase social, sin género, sin condición de ciudadanía y sin posicionalidad étnica. A medida que estas características relacionales son significadas en el encuentro clínico, al comprometer o garantizar la eficacia terapéutica, el *nomadismo terapéutico* se hace más visible como efecto de la estratificación social y/o como *estrategia selectiva de vida* en la atención en salud.

5.2. El apego al tratamiento antirretroviral de las personas mayas con VIH en Chiapas: la búsqueda de atención, el nomadismo terapéutico y lo cronificable

El impacto del VIH en los pueblos indígenas en Latinoamérica y en México es un problema escasamente abordado desde las políticas públicas, la academia y la sociedad

civil. Los trabajos existentes dan cuenta de una prevalencia, mortalidad y apego diferenciado al tratamiento antirretroviral, respecto a la población no indígena, en algunos grupos étnicos estudiados (Ponce *et al.*, 2017). En este y en otros contextos del mundo, como por ejemplo África subsahariana, diversos estudios desde la salud pública han analizado la naturaleza pluralista de la atención como uno de los problemas en el apego al tratamiento antirretroviral (Mshana *et al.*, 2006). El pluralismo asistencial es analizado como el uso de diferentes recursos de atención no biomédicos basados en creencias, erróneas, respecto al control del VIH y su causalidad. Por ejemplo, las personas creen que la brujería es la causa del VIH y atacarla permitirá su cura. La noción de pluralismo se articula aquí con la de creencia para culpabilizar a las víctimas del no apego al tratamiento y al conocimiento científico, secundarización el papel de la vulneración estructural (en dicho no apego) a partir de la ausencia de medicamentos, de una atención médica discriminatoria o de las dificultades económicas para viajar al hospital. La búsqueda de atención tiene un componente cultural e individual conductista que deposita el fracaso terapéutico en la “cultura del paciente” y/o en sus “estilos de vida” e inadecuadas decisiones durante el proceso, entendido como un camino en línea recta que va desde lo menos biomédico (la autoatención en casa) a la atención alópata en el centro de salud una vez que las anteriores “fallan”. Esta creencia en el apego implica una concepción evolucionista, lineal y en ocasiones plural-dicotómica del “modelo explicativo” que va de la cura al control. Los escasos estudios que han abordado el apego diferenciado al tratamiento antirretroviral (TAR) de las personas indígenas en Latinoamérica, algunos de los cuales han sido realizados en el contexto mexicano de Chiapas, dan cuenta de representaciones y prácticas discriminatorias de médicos tratantes que, en la línea de lo mencionado, atribuyen el fracaso en su apego al TAR a su etnicidad (Muñoz, 2014). Esta representación, trata de justificar a partir de estereotipos culturales la desafiliación institucional y, por ende, al tratamiento desde explicaciones que con frecuencia se sustentan en el pluralismo médico. Esto es, los indígenas por lo general desconfían de la biomedicina, prefieren ir con los curanderos o tratarse con plantas debido a su ignorancia, a su pobreza y, en síntesis, a su “cultura” entendida como adhesiones étnicas a concepciones de la salud “tradicionales” y opuestas a las “científicas” (*ibíd.*). Frente a este tipo de representaciones, comunes en la atención de otros padecimientos, algunos antropólogos en Chiapas han reivindicado el papel positivo del pluralismo médico (Ayora, 2002). En el contexto regional, la única investigación que ha subrayado las limitaciones de este concepto, pero sin proponer uno nuevo, es la realizada por Hovler *et al.* (2018) respecto a los sistemas de salud locales mayas en Guatemala, señalando que es debido a la imbricación cultural entre los modelos biomédico y tradicionales que los terapeutas logran satisfacer las necesidades de los usuarios.

Los hallazgos que a continuación se discuten se inscriben en una investigación etnográfica en la zona Selva de Ocosingo, en 2017-2018, la cual ha buscado dilucidar los procesos sociales y culturales que inciden en el mayor abandono del tratamiento antirretroviral de las personas indígenas, respecto a las no indígenas, problematizando la mencionada perspectiva discriminatoria del paradigma explicativo dominante en la práctica médica e investigación en salud. Uno de los procesos sociales que encontramos es el caleidoscopio de formas de atención existente y sus usos itinerantes y dinámicos, impulsados por el pragmatismo, con efectos positivos o no en la toma del TAR. Los usos de estos recursos no constituyen una respuesta fetiche sobre el mayor o menor apego al tratamiento, son más bien un observatorio respecto a los procesos de estratificación social, producida por la vulneración estructural, y las estrategias de vida conformadas por prácticas socioculturales de autoatención y de búsqueda de atención.

En la arena de las diversas formas de atención a la salud existentes en estos contextos, analizamos dos aspectos ilustrativos del *nomadismo terapéutico*: por un lado, los usos itinerantes que los participantes realizan respecto a la concepción de la curación y la cronicidad, que entendemos como un “discurso biomédico de la cronificación”¹⁰ (Muñoz, 2018); por otro, cómo esto se articula a la utilización transitoria e itinerante de recursos de atención como la fitoterapia, las iglesias cristianas, los terapeutas ambulantes y la clínica de atención al VIH, entendida como un conjunto de *estrategias de vida*. A continuación expongo, en primer lugar, algunos procesos socioeconómicos y culturales que inciden en el uso de los recursos de atención biomédicos o de otro tipo y, en segundo lugar, ejemplos de *nomadismo terapéutico* que dan cuenta del apego o no al TAR.

Las personas tseltales y choles con VIH participantes en la investigación usan o excluyen ciertos recursos de atención, incluido el TAR, y de autoatención en función de diversos procesos sociales, económicos y culturales que, a su vez, moldean la percepción que tienen de la transmisión y la atención de la infección. Un ejemplo de ello es el curso de la infección y su sintomaticidad, o el tipo de vínculo con el servicio de atención al VIH y su duración implicando una mayor o menor capitalización de las explicaciones recibidas en la clínica sobre el modelo explicativo biomédico (o de otro tipo) respecto a su control. Las redes de cuidados, sus modalidades y las relaciones sociales en las que se inscriben, por ejemplo vinculadas a ciertos recursos terapéuticos, condicionan también la atención a la que se accede y las representaciones sobre esta y sobre el control del VIH. Otros procesos que, articulados con los anteriores, median en el tipo de uso de los recursos de atención son la posibilidad de pagarlos, y el impacto del endeudamiento tras el pago, y de costear el viaje hasta el centro de salud para retirar el TAR; la migración por motivos económicos o, entre otros, el estigma y la discriminación en la familia, en la comunidad o en el centro de salud (Muñoz, en prensa¹¹). Un papel a su vez importante lo juegan las adscripciones religiosas de los participantes y de sus familias y el contexto de conflictividad religiosa en el que residen. Un ejemplo de esto son las comunidades en las que existe una tensión social entre católicos e iglesias protestantes con implicaciones en las persecuciones o expulsiones de algunos de sus miembros (Rivera-Farfán, 2001). O las conversiones de miembros de familias católicas a iglesias cristianas para evitar las acusaciones de brujería y, en esta transición, el abandono de prácticas vinculadas con la curación espiritual (Eroza y Muñoz, en prensa). Estas trágicas consecuencias de las diferenciaciones religiosas y su correlato en las terapéuticas se inscriben en un contexto de histórica vulneración estructural hacia los pueblos indígenas y de conflictividad y violencia social promovida a partir de procesos de estratificación y control político por actores como el estado y las élites locales (Rus, 1995). No podemos pensar, a nivel analítico, en una sumatoria de condiciones como si fuesen variables aislables, sin considerar que se trata de procesos articulados que interactúan entre sí impidiendo o no apegarse al TAR. Esto es, la dimensión económica condiciona prácticas que permiten acceder al TAR, pero esta no se puede entender sin analizar el impacto de los usos sociales del estigma y la discriminación en la comunidad de residencia de la persona con VIH, desde el sector salud y/o los miembros de la misma, o la movilización de modelos explicativos de la

¹⁰ El modelo explicativo biomédico que considera al VIH como una infección crónica. Esta explicación surge a partir de la denominada como universalización del tratamiento antirretroviral en diversos países del mundo. Subrayamos, en este sentido, su carácter discursivo al estar lo “crónico y cronificable” sujeto a, por ejemplo, estratificadores sociales que distribuyen de forma inequitativa el acceso a la prevención, detección y atención oportuna, con consecuencias diferenciadas en términos de morbi-mortalidad.

¹¹ Esta publicación actualmente está en proceso de dictamen por pares en la revista *Convergencia* y tiene por título: “Desigualdades y estrategias en salud en población indígena con VIH en Chiapas”.

transmisión del VIH como una forma de interactuar con el estigma por la condición de salud y/o, por ejemplo, la orientación sexual (Muñoz, 2018). Estos procesos determinan condiciones de acceso a los recursos simbólicos y materiales que redefinen posiciones en la estructura social y en la producción de estratificación y ponen en juego modalidades de relación y disputa por los tipos de atención en salud. Explicado esto, describimos algunas de las estrategias de vida, de tipo sociocultural, que los participantes llevan a cabo en el seno de los procesos mencionados, marcados por la vulneración estructural, las cuales problematizan el pluralismo asistencial subrayando su dimensión nómada.

Algunas personas tseltales y choles que viven con VIH acuden a cultos cristianos en los que, cuando visibilizan su condición de salud, se les alienta a que tomen el medicamento antirretroviral como una forma de controlar la infección. De manera simultánea a ello, ciertos miembros de la congregación alientan la posibilidad de cura a partir del rezo y la creencia en dios, lo cual es incorporado por algunos participantes. En algunos casos, además de la creencia en dios como forma de curación mencionan que existen hierberos, pastores, que en otras comunidades pueden curar este mal y acceden a ellos cuando viajan a estas comunidades o ellos acuden a la ciudad de Ocosingo.

“Si, estoy comenzando a ir a la iglesia, mi familia me lleva, son presbiterianos. Les conté en la iglesia (del VIH) y ellos me apoyan. Le piden a Dios que yo me cure, hacen oración... y que no deje mis pastillas (...) Me dicen en la iglesia que tome yo hierbas pero nunca lo he probado. Me han dicho que hay un doctor en Comitán (que cura el VIH). La verdad no sé. Pues me han dicho aquí (en el SAIH) que no se puede curar” (entrevista, hombre 27 años).

“La persona que nos dijo que tomara esas yerbas, tomó también. Así nos dijo un señor que vive en (nombre de la comunidad), dijo que con esa planta se curó, como es pastor, que eso le ayudó, tanto orando como eso le ayudó” (entrevista, hombre 31 años).

En ciertos casos, los hierberos fueron curanderos que utilizaban elementos terapéuticos sincretizados con el catolicismo y ahora se dedican, en algunos contextos, solo a la fitoterapia o se convirtieron en pastores y curan diversas enfermedades con la palabra de dios. Al igual que sucede en ciertas familias cuyos miembros son de diferentes adscripciones religiosas la persona con VIH, como pude observar en el trabajo de campo, hace un uso nómada, en el sentido de itinerante pero no de errático, acudiendo al culto (protestante) cada fin de semana y pidiéndole a su familiar católico que le contacte entre semana con un curandero (católico) de otra comunidad para que le haga una “limpia”. Por supuesto, esto no es tan evidente en todos los participantes, algunos excluyen ideológicamente un tipo de prácticas defendiendo un corpus de representaciones y prácticas en torno a una forma de atención, por las razones mencionadas anteriormente relativas a la conflictividad, pero han tenido o tienen prácticas itinerantes con otras en espacios extracomunitarios. Si, por ejemplo, observamos desde las prácticas de los actores el rezo colectivo, la limpia espiritual, la fe y su vínculo con la toma o no del medicamento antirretroviral, esta relación no está definida por sistemas (médicos, religiosos, terapias alternativas...) ni por explicaciones delimitadas a ellos sino por personas y relaciones sociales que, procesualmente, reconfiguran y nomadizan el modelo explicativo del participante sobre el control y/o la curación. El abandono de la toma del medicamento no tiene tanto que ver con el tránsito “inter-sistemas/modelos explicativos” sino con cómo este se articula con procesos estructurales a partir de la estratificación social. Esto se observa en el siguiente caso:

Algunas mujeres tseltales que residen en comunidades rurales alejadas de Ocosingo y se encuentran en condiciones económicas y de redes de apoyo precarias, abandonan el apego que tenían al tratamiento antirretroviral tras el engaño de un *terapeuta itinerante*¹² que provoca una deuda en la familia y, fruto de ello, una disminución de sus redes de apoyo que se incrementa con el estigma y la discriminación por su condición de salud en su comunidad de residencia. Las explicaciones sobre el TAR y el control del VIH se articulan con la dificultad económica de ir a la clínica, centralizada en Ocosingo, y con la condición de deber ir acompañadas debido a la inseguridad del trayecto provocada por el crimen organizado y al control al que están sometidas las mujeres que por lo general no salen de su comunidad solas (lo cual implica, entre otras cosas, un gasto doble en el viaje al incluir al acompañante). En el caso de una mujer tselta que durante la investigación sufría esta situación, tras desterrar la cura con hierbas debido a la experiencia del fraude económico de uno de los mencionados terapeutas, manejaba de forma itinerante una explicación del control del VIH con el TAR, al que fatídicamente ella y su hija recién nacida no podían acceder por las razones referidas, al mismo tiempo que creía poder ser curada por rezadores católicos que desde fuera de su casa realizaban rezos para su sanación.

En otros casos, el tránsito entre recursos de atención es propiciado, no de manera lineal, por el tipo de atención especializada que requieren ciertos signos y síntomas desde un abordaje basado en procesos de causación analíticamente diferenciables pero que en la práctica tienen una articulación entre sí para el sujeto. Por ejemplo, el curandero desconoce la condición de salud VIH positiva del participante y aborda la causalidad y el curso de los signos y síntomas que atiende desde el marco explicativo de la intencionalidad provocada por las personas, por ejemplo la brujería, pero una vez atacado este problema, y con un efecto satisfactorio de remisión temporal en el usuario, lo deriva al hospital para que allí sea tratado de aquello que él considera no puede curar. El participante, quien está convencido de la incurabilidad del VIH y de su necesario control con el TAR y dispone de los suficientes medios económicos y de la red de apoyo para acudir al centro de salud especializado a recibirlo, regresa con el curandero para atender aquello que el TAR no puede, ya que es provocado por las personas (el mal de ojo, etc.), e incide en el curso de la infección. Desde este punto de vista, la cura y el control son interdependientes y su abordaje apela a estrategias de vida nómadas (*de facto*) cuya eficacia reside en producir nuevas conexiones entre fronteras explicativas cambiantes e imprecisas. Si a partir del paradigma de la pluralidad entendemos que existen modelos explicativos culturales que se complementan y/o se utilizan de forma simultánea o alternada, como si fuesen compartimentos estancos, esto nos dificulta explorar puntos de vista intermedios, fronterizos y más dinámicos como es el hecho de que la cura y el control no sean antagonistas ni obligatoriamente operen en niveles diferenciados de causación, explicación o manifestación del padecimiento. En este último caso, la cura entendida como un trayecto es necesaria para el control ya que el control “se cura” para poder permanecer asintomático. En otros casos, como el de una mujer que esperaba la cura mediante la fe en el seno de una iglesia cristiana, su representación de la cura no era antagonista a la del control. Dios podía curar a partir de la práctica religiosa de las personas, y la fe y las personas le ayudaban en su control biomédico mediante la toma del TAR mientras alentaban su cura a través de la intervención divina. Lo cual nos habla de que la condición crónica no termina de ser algo más que un “discurso biomédico de la cronificación” cuya materialización no depende solo de nuestras creencias culturales o de las del médico, sino también de

¹² Un tipo de terapeutas que defino como *itinerantes* porque residen en otras regiones pero acuden a Ocosingo, u otras ciudades, para curar con el uso de plantas y/o recursos espirituales.

nuestra posición estructural en los procesos de estratificación social y de los alcances, limitaciones y contradicciones de la práctica de las estrategias de vida a nuestra disposición.

En los casos descritos con anterioridad podemos observar que la explicación sobre la cura y el control no son entidades opuestas ni separadas, de igual forma que la transición de una a otra no remite a visiones culturales plurales ligadas a “lo étnico” y/o a las erróneas creencias del individuo o grupo social. Las limitaciones de entender desde un esquema cultural, no articulado a procesos económicos y sociales, el complejo uso de recursos terapéuticos invitan a no considerarlos como anclados a sistemas estáticos, determinados por una cultura autocontenida y/o basados en una concepción del self inamovible definida, por ejemplo, por dicotomías como la modernidad y la tradición o la acción sociocéntrica o egocéntrica. En otras palabras, una variación racializada del actor intencional a partir de la articulación del principio ideológico de autonomía del individuo con el del sometimiento cultural al ethos colectivo. Revisar las concepciones de lo curable y lo cronificable desde el eje del *nomadismo terapéutico* nos permite dimensionar las líneas de fuga de las explicaciones del padecimiento y de las prácticas de autoatención y de búsqueda de atención desde nuevas conexiones entre los procesos de estratificación social y las estrategias de vida, problematizando los usos reduccionistas y normalizadores del monismo y de lo pluralizable.

6. Consideraciones finales

El denominado como pluralismo médico o asistencial ha sido un fenómeno ampliamente estudiado desde las ciencias sociales, cobrando un renovado interés en los últimos años para la investigación aplicada en salud (Hsu, 2008). Hemos visto algunas de las principales críticas que se han realizado a los usos dominantes de este concepto desde las ciencias sociales o de la salud, subrayando la exclusión del análisis del poder, el énfasis conductista en las prácticas de los sujetos o el uso de la categoría “cultura” o “sistema” de forma simplificada (*ibíd.*). Dichas críticas han sido escasamente acompañadas de propuestas conceptuales (Horbst *et al.*, 2017) que permitan generar nuevas preguntas o revisar aquellas existentes desde nuevos focos teóricos y epistemológicos. Desde hace pocos años, algunos interesantes estudios en el campo de la globalización y los fenómenos transnacionales han recuperado la categoría del pluralismo médico adaptándola a estas realidades. Sus propuestas principales han estado basadas en la movilidad territorial como una forma de pluralización terapéutica o una modalidad de atención resolutive aludiendo a la creciente diversificación de los préstamos e hibridaciones entre recursos terapéuticos y estrategias de búsqueda de atención. Si para las ciencias de la salud el pluralismo médico es el depositario del fracaso terapéutico, para estas propuestas, desde las ciencias sociales, el pluralismo y sus variantes basadas en la movilidad son con frecuencia un fetiche vindicativo que resuelve las demandas de atención, desde lo biomédico o no, y, en algunos casos, permite entender algunas de sus desigualdades a partir de marcos transnacionales.

Desde nuestro punto de vista, estas valiosas propuestas problematizan el concepto “pluralismo médico”, especialmente la visión homogénea de cultura o sistema, pero sugieren una reactualización de esta categoría en contextos de movilidad, secundarizando a menudo el análisis de la estratificación social y las estrategias de vida a la importancia de las alianzas conceptuales entre lo (trans)cultural, lo pluralizable y lo móvil. En la práctica, algunos de los estudios que se enmarcan en estas propuestas también podrían ser explicados desde el *nomadismo terapéutico*, pero otras formas de interacción fronteriza que no impliquen el imperativo de la movilidad no pueden ser explicadas desde ellas. En este artículo hemos planteado cómo esta categoría, más allá

de tratar de explicar nuevos o viejos fenómenos con un “inventivo e inocuo” concepto que no implique perturbaciones epistémicas, pretende problematizar algunas de las lógicas dominantes de representación sobre la eficacia terapéutica y la cronicidad, a través de dos ejemplos en la salud mental y en el apego al tratamiento antirretroviral. Adoptar una perspectiva basada en lo procesual, en lo no dicotómico o sistémico y en la importancia de las prácticas sociales pretende apelar al nomadismo como un instrumento de análisis de la estratificación social y como una estrategia de vida que reconozca las diferencias socioculturales analizando su conversión en desigualdades en los procesos de afrontamiento y de atención al padecimiento.

El *nomadismo terapéutico* es, por un lado, un estado *de facto* de la acción y del pensamiento del terapeuta y del usuario, y, por otro, un devenir práctico *ex profeso* que condensa tensiones sociales y especificidades del ser entendidas como procesos y no como puntos o posiciones fijas. En el *nomadismo terapéutico* se cristaliza tanto la eficacia terapéutica o el apego a un tratamiento problematizando las representaciones basadas en la sedentarización/afiliación, así como la violencia institucional o la vulneración estructural cuestionando la perspectiva individualista y/o culturalista. A medida que la cultura/etnicidad, el género, la generación, la clase social o la condición de ciudadanía de los sujetos involucrados, entendidas estas características como procesos y posicionalidades estructurales, son significativas en el encuentro clínico o en la búsqueda de atención al comprometer o garantizar la eficacia terapéutica o el control del padecimiento, el nomadismo terapéutico se hace más evidente como efecto de la estratificación social y/o como estrategia de vida. Desde esta perspectiva, el *nomadismo terapéutico* tiene tres implicaciones: en primer lugar, convierte al usuario y al terapeuta en sujetos reales, pertenecientes a grupos sociales reales con relaciones de poder y disputa por los recursos materiales y simbólicos. En segundo lugar, invita a analizar la eficacia terapéutica a partir de prácticas que, orientadas por el pragmatismo, requieren de transacciones entre explicaciones teóricamente adscritas a diversas epistemes o corpus de saberes. En tercer lugar, descentra el universal de la condición crónica convirtiéndolo en un “discurso biomédico de la cronificación” cuya materialización depende de nuestra posición estructural en los procesos de estratificación social y de sus articulaciones con las estrategias de vida en disputa.

El *nomadismo terapéutico* entendido como un componente de la especificidad del pensamiento y del devenir de la acción en el campo de la salud, implica puntos de fuga explicativos, transacciones liminares y nuevas conexiones entre los espacios intermedios de *epistemes* teóricamente diferenciadas, pero empíricamente articuladas. Afrontar los usos reduccionistas del pluralismo médico desde nuevas propuestas conceptuales inspiradas en las prácticas de los actores, nos invita a cuestionar los mecanismos hegemónicos de producción de representación de la eficacia terapéutica y de los procesos de cronificación instigando a la insurrección epistémica.

7. Bibliografía

- Ayora, I. (2002). *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas*. México: Plaza y Valdés.
- Baer, H. A. (2011). “Medical Pluralism: An Evolving and Contested Concept in Medical Anthropology”, in Singer, M. y Erickson, P. (eds.) *A Companion to Medical Anthropology*. Malden: Blackwell. Pp. 405-423.
- Boudali, A., Bahiri, R., Hmamouchi, I., Abouqual, R. y Hajjaj N. (2011). “The prevalence of medical nomadism of the followed patients in rheumatology. *Rheumatology International*, 32(6),1639-43.

- Beck, S. (2012). "Biomedical mobilities: Transnational lab-benches and other space-effects". In Knecht, M, Klotz, M. y Beck S. (eds.) *Reproductive technologies as global form. Ethnographies of Knowledge, practices and transnational encounters*. Frankfurt and New York: Campus. 357-374.
- Bromm A. y Tovey P., (2008). *Therapeutic pluralism: exploring the experiences of Cancer Patients and Professionals*, London, Routledge.
- Castro, A., (2005b). "Adherence to Antiretroviral Therapy: Merging the Clinical and Social Course of AIDS", *Plosmedicine*, v. 2, n. 12, p.1217-1221.
- Comelles, J., (2000). "Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo". En Perdiguero, E. y Comelles, J. (eds.). *Medicina y cultural. Estudios entre la antropología y la medicina*. Bellaterra. 305-352.
- Curlin, F.A., Roach, C.J., Gorawara-Bhat. R., Lantos, J.D., Chin, M.H. (2005). "When patients choose faith over medicine: physician perspectives on religiously related conflict in the medical encounter". *Arch. Intern. Medicine*, 10. N. 165(1). 88-91.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (1998). *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia, Pre-textos.
- De Martino, E. (1999). *La tierra del remordimiento*. Barcelona, Bellaterra.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentaire*. Paris, Flammarion.
- Devereux, G. (1977). *Essais d'ethnopsiquiatrie générale*. Paris: Gallimard.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris, Flammarion.
- Eroza, E. y Muñoz, R. (En prensa). "La diabetes como experiencia sociocultural. Las narrativas de dos ancianos mayas de los Altos de Chiapas". En Sesia, P. y Muñoz, R. (coords.) *Salud y enfermedades emergentes de los Pueblos indígenas del Sur de México*. México: Casa Chata, CIESAS.
- Fassin, D. (2000). "Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britanniques aux banlieues parisiennes". *L'homme*, 153: 231-250.
- Foucault, M. (2012, [1975]). *Vigilar y Castigar*. México, SXXI.
- Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Harman, R. (1974). *Cambios médicos y sociales en una comunidad maya tzeltal*. México: Instituto Indigenista Nacional.
- Helman, C. (1978). "Feed a cold, starve a fever - folk models of infection in an english suburban community, and their relation to medical treatment". *Culture, Medicine and Psychiatry*. Vol. 2, N. 2. 107-37
- Holland, W. (1989). *Medicina maya en los Altos de Chiapas*. México: Instituto Indigenista Nacional.
- Hörbst, V. y Wolf, A. (2014). "ARVs and ARTs: medicoscapes and unequal place-making for biomedical treatments in sub-Saharan Africa." *Medical Anthropology Quarterly*. 28 (2). 182-202.
- Hörbst, V., Gerrets, R. y Schirripa, P. (2017). "Revisiting medical pluralism". *L'Uomo*, N.1. 7-26.
- Hovler, E., Martínez, R., Mehta, K., Nisonoff, H., Boyd, D. (2018). "Beyond medical pluralism: characterising health-care delivery of biomedicine and traditional medicine in rural Guatemala". *Glob. Public Health*, 13(4).
- Hsu, E. (2008). "Medical Pluralism". In: Heggenhougen, K y Quah, S. (eds.), *International Encyclopedia of Public Health*, vol. 4. Amsterdam: Elsevier. 316-321.
- Jacorzynski, W. (2006). "The war of the Spiders: Constructing Mental Illnesses in the Multicultural Communities of the Highlands of Chiapas". En: Johannessen H. and

- Irme L. (eds.) *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*. New York: Berghahn Books, 163-183.
- Janzen, J. (1982). *The Quest of Therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press.
- Johannessen H., Irme, L. (eds.) (2006). *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*. New York: Berghahn Books.
- Kareem, J. y Littlewood, R. (1992). *Intercultural therapy: themes, interpretations and practices*. Oxford, Blackwell.
- Kaspar, H., Margaret, W. y Audrey, B. (2019). *Therapeutic mobilities*. New York: Taylor-Francis.
- Krause, K. (2008). "Transnational Therapy Networks among Ghanians in London". *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 34(2). 235-251.
- Krause, K., Gabriele A., y Parkin D. (2012). "Medical Knowledge, Therapeutic Practice and Processes of Diversification". Göttingen: Max Planck Institute for the Study of Religious and Ethnic Diversity. *Working Paper*. Núm. 1211.
- Leslie, Ch. (1980). "Medical pluralism in world perspective". *Social Sciences and Medicine*. Vol. 14. N. 4. 191-195.
- Levi-Strauss, C. (1985 [1949]). *Las estructuras elementales del parentesco*. Madrid: Planeta.
- Linares, J.L. (1982). *Ideología médica, sanidad y sociedad*. Madrid: Akal.
- Littlewood, R. y Lipsedge, M. (1982). *Aliens and alienist. Ethnic minorities and psychiatry*. London: Penguin books.
- Maffesoli, M. (2004). *El nomadismo: vagabundeos iniciáticos*. España: Fondo de Cultura Económica.
- Menegati-Chequini, M. (2019) "How psychiatrists think about religious and spiritual beliefs in clinical practice: findings from a university hospital in São Paulo, Brazil". *Brazilian Journal of Psychiatry*. Vol. 41. N1.
- Menéndez, E. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa*. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. México: Casa Chata. CIESAS.
- Menéndez, E. (1994). "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?". *Alteridades*. Vol. 4. N 7. 71-83.
- Menéndez, E. (1998). "Modelo Médico Hegemónico. Reproducción técnica y cultural". *Natura Medicatrix*, N 51. 17-22.
- Mol, A. (2002). *The body multiple. Ontology in medical practice*. Londres: Duke University Press.
- Mshana, G., Wamoyi, J., Ross, A. y Wight, D. (2006). "The man who believed he had AIDS was cured: AIDS and sexually-transmitted infection treatment-seeking behaviour i rural Mwanza, Tanzania". *AIDS Care*. 18(5). 460-466.
- Muñoz, R. (2013a). "Cuando la psiquiatría se reconfigura en la diversidad cultural. Debates en torno al lugar, los destinatarios y la metodología de la práctica etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas". *Revista Cuicuilco*, 57 (20).
- Muñoz, R. (2013b). "Un antropólogo en la consulta hospitalaria". En Romaní, O (coord.). *Etnografías, técnicas cualitativas e investigación en salud. Un debate abierto*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. 213-239.
- Muñoz, R. (2014). "Atención Médica, Adherencia Terapéutica al Tratamiento Antirretroviral y Discriminación. Algunas problemáticas en la atención a personas que viven con VIH-sida, desde una perspectiva antropológica", *Revista Pueblos y fronteras digital*. 9. n. 17. 95-115.

- Muñoz, R. (2015). “Psiquiatría, antropología e interdisciplinariedad: Encuentros en el abordaje del padecimiento en la diversidad cultural”. *Desacatos*, n. 48. 92-107.
- Muñoz, R. (2018). “El estigma y la discriminación en los procesos de falta de adherencia al tratamiento antirretroviral. Un análisis en el contexto familiar, comunitario e institucional médico en Guayaquil (Ecuador)”. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 78, 33-67.
- Muñoz, R. (2018). “Estigma estructural, adherencia al tratamiento antirretroviral y cultura organizacional de cuidados en la atención hospitalaria en VIH y Sida en Guayaquil (Ecuador)”. *Andamios. Revista de Investigación Social*, 36, 311-341.
- Muñoz, R. (2020). *Antropología, psiquiatría y magia: de los médicos etnógrafos a la colectivización intercultural del cuidado*. Tarragona: Universitat Rovira I Virgili.
- Nathan, T. (1994). *La influence qui guerit*. Paris: Odile Jacob.
- Parkin, D. (2013). “Medical crisis and therapeutic talk”. *Anthropology and Medicine*. 20. N. 2. 124-141.
- Patterson, CH. (1989). “Foundations for a systematic eclectic psychotherapy”. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 26(4), 427-435.
- Pedersen, D. y Varuffati, V. (1989). “Healers, deities, saints and doctors: elements for the analysis of the medical systems”. *Soc. Sci. Med.* Vol 29. N.4. 487-96.
- Pitarch, P. (2004). “La conversión de los cuerpos. Singularidades de las identificaciones religiosas indígenas”. *Liminar*. 2. N. 2. 341-358
- Ponce, P., Muñoz, R. y Stival, M. (2017). “Pueblos indígenas, VIH y Políticas Públicas en Latinoamérica: Una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno”. *Salud Colectiva*. 13(3). 537-554.
- Quesada, J., Hart, L. y Bourgoise, P. (2011). “Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States”. *Medical Anthropology*. 30(4): 339-362
- Rechtman, R. (2000). “De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries”. *Hommes et migrations*. 1225. 46-61.
- Rivera Farfán, C. (2001). “Expresiones del cristianismo en Chiapas”, *Pueblos y Fronteras*, 1. 67-91.
- Rus, J. (1995). “La comunidad revolucionaria institucional: La subversión del gobierno indígena en los Altos de Chiapas, 1936-1998”. en Viqueira, J. y Ruz M. (eds.) *Chiapas los rumbos de otra historia*. México: UNAM, CIESAS, CEMCA, UAG. 251-277.
- Stengers, I. (1997). *Pour en finir avec la tolerance. Cosmopolitiques VII*. Paris, La Decouvert.

* * *

Rubén Muñoz Martínez es profesor-investigador titular en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, CIESAS, sede Ciudad de México.