

Le concezioni del cancro tra gli indigeni maya del Chiapas, Messico

Lorenza Menegoni

antropologa, Ph.D.

Il presente articolo espone i risultati di una ricerca sulle interpretazioni culturali del cancro, che ho condotto tra gli indigeni tzeltal e tzotzil (Maya) del Chiapas, nel Messico meridionale, nella primavera del 1992. Questi due gruppi linguistici occupano la parte centrale dell'Altipiano del Chiapas – comunemente chiamato Los Altos. La vasta area include l'entroterra della città di San Cristóbal de Las Casas, il principale centro di cultura ispanica della regione (110.000 abitanti), come pure centro economico e commerciale verso il quale gravitano le comunità indigene dell'Altipiano. La popolazione tzeltal e tzotzil ammonta approssimativamente a 500.000 persone e vive distribuita in 17 unità territoriali di origine coloniale, chiamate *municipios*. I municipi indigeni comprendono un centro municipale, o *cabecera*, che è la sede degli organi amministrativi locali, ed una serie di piccoli villaggi dispersi sui pendii più pianeggianti delle valli. L'economia è basata principalmente sull'agricoltura di sussistenza (mais e fagioli) ed è integrata con l'allevamento degli ovini, l'artigianato (tessuti e terracotte), alcune piccole attività commerciali e, là dove le condizioni climatiche lo permettono, la coltivazione su piccola scala del caffè.

I Maya del Chiapas sono entrati drammaticamente sulla scena con l'insurrezione zapatista del 1994, che ha portato all'attenzione internazionale le condizioni di povertà ed emarginazione delle comunità indigene. Questo conflitto ha messo in luce, ancora una volta, il precario stato di salute della popolazione maya e il perdurare delle cosiddette "malattie della povertà": malnutrizione, malattie parassitarie e infettive, alta mortalità infantile, ecc. Sebbene i programmi di assistenza medica fossero presenti nelle comunità indigene, anche se in gradi diversi, non erano sufficienti a migliorare la situazione. In assenza di un programma articolato e globale di sviluppo economico e sociale, i servizi medici non potevano da soli incidere positivamente sulle condizioni di salute delle comunità. Le rivendicazioni del movimento zapatista per una maggior partecipazione politica e sociale

hanno incluso, fin dall'inizio, la richiesta di servizi medici più adeguati e di tutti quelli interventi atti ad innalzare gli standard di vita e di salute della popolazione rurale. Oggi, a dieci anni dall'inizio del conflitto, vari fattori indicano un deterioramento drammatico delle condizioni di salute a causa delle conseguenze della guerra sull'economia locale e sulla vita sociale, come pure a causa della progressiva paralisi dei servizi medici pubblici. Per far fronte a questa situazione, in alcune aree de Los Altos, il movimento zapatista ha iniziato da tempo a fornire autonomamente medicina di base alle comunità con il supporto di varie organizzazioni internazionali.

Per la diversità etnica e la ricchezza di espressioni culturali, l'Altipiano Centrale del Chiapas ha sempre esercitato un forte richiamo e ha offerto ampie possibilità per la ricerca antropologica. Tra le maggiori etnografie si possono citare i lavori di Cancian (CANCIAN F. 1965), Vogt (VOGT E. 1969) e Nash (NASH J. 1970) che, assieme ad altre numerose pubblicazioni, hanno delineato gli aspetti generali della cultura dei Tzeltal e dei Tzotzil. Tuttavia, mentre le opere a carattere generale contengono molti dati relativi alle credenze e alle pratiche mediche indigene, i lavori più specifici sono stati relativamente pochi. Le maggiori monografie a carattere medico-antropologico hanno analizzato le concezioni delle malattie e la cura sciamanica (FABREGA H. Jr. - SILVER D. B. 1973); il pluralismo medico, cioè l'uso alterno della medicina tradizionale e di quella occidentale (HOLLAND W. 1963); gli effetti del cambiamento religioso (Protestantesimo) sulle pratiche mediche (HARMAN R. 1974). Seppur ampi e dettagliati, questi lavori non hanno dato molto spazio all'analisi delle concrete condizioni di salute nelle comunità indigene o allo studio di malattie particolarmente frequenti o molto gravi. Le ricerche sul problema della tubercolosi, che ho svolto nel Chiapas nel 1987-1988, avevano come scopo quello di considerare anche questi aspetti, esaminando non solo le concezioni mediche tradizionali, ma anche l'incidenza di vari tipi di malattie e l'organizzazione dei servizi sanitari (MENEGONI L. 1991, 1996). Anche le ricerche più recenti di Elois e Brent Berlin sulle conoscenze botaniche degli indigeni tzeltal e tzotzil hanno seguito una simile linea di indagine. La loro opera, *Medical ethnobiology of the Highland maya* (BERLIN E. A. - BERLIN B. 1996), rappresenta uno studio ampio e sistematico delle classificazioni indigene delle diarreie e dei disturbi intestinali e dei rimedi botanici utilizzati per curarli. Anche se prevalentemente ad orientamento socio-culturale, le ricerche di Eber sul problema dell'alcoolismo contengono molti dati rilevanti per lo studio dei problemi di salute in generale (EBER C. 1995, 2001).

Nel corso della mia ricerca sulla tubercolosi (febbraio 1987 - luglio 1988), avevo lavorato soprattutto con una popolazione indigena di religione prote-

stante, fortemente orientata verso la medicina occidentale. Le mie ricerche si erano svolte nella comunità tzeltal di Yochib (municipio di Oxchuc) e tra un gruppo di indigeni tzotzil, che si erano rifugiati a San Cristóbal a causa del conflitto religioso nella loro comunità di origine, Chamula. La mia ricerca sulle concezioni del cancro, invece, si è svolta principalmente tra una popolazione di religione maya tradizionale ed è quindi complementare rispetto alla precedente. Trattandosi di una ricerca a breve termine (maggio e giugno del 1992), lo studio si è basato per la maggior parte su contatti diretti e interviste con vari guaritori e levatrici indigeni in differenti comunità. L'articolo esamina prima i dati epidemiologici riguardanti l'incidenza del cancro nella regione de Los Altos. Successivamente, presenta le mie osservazioni circa la comprensione di questa malattia e le reazioni emotive di alcuni pazienti indigeni con diagnosi di cancro. La parte centrale dell'articolo analizza un gruppo di categorie etnomediche che si riferiscono a processi di crescita e/o degenerazione di organi e tessuti.

In anni recenti, il problema del cancro è diventato oggetto di un crescente numero di studi in antropologia medica. A causa dell'elevata incidenza di questa malattia nei paesi industrializzati, gli antropologi hanno lavorato soprattutto con popolazioni occidentali o occidentalizzate. Per esempio, Balslem (BALSLEM M. 1991) ha esaminato le percezioni e atteggiamenti verso il cancro tra i membri della classe operaia in una comunità degli Stati Uniti. Chavez *et al.* (CHAVEZ L. R. *et al.* 1995) hanno condotto uno studio comparato delle percezioni del rischio di cancro cervicouterino e mammario tra le donne americane e quelle ispaniche residenti negli Stati Uniti. Seguendo una diversa linea di indagine, Good M. J. *et al.* (GOOD M. J. *et al.* 1990) hanno analizzato il discorso sul cancro nell'oncologia americana. In due diversi articoli, Hunt ha discusso i modelli interpretativi del cancro tra gli oncologi messicani nella città di Oaxaca (HUNT L. M. 1994) e tra i pazienti di estrazione sia meticcia che indigena nella stessa città (HUNT L. M. 1998).

Questo articolo discute il problema del cancro tra una popolazione indigena solo parzialmente familiare con i concetti medici occidentali. Sebbene il cancro non sia una malattia nuova nel Chiapas, la cultura medica indigena non possiede dei concetti adeguati per riconoscerne le manifestazioni. Questo articolo si propone due obiettivi: illustrare come i principi ideologici nativi influenzino le percezioni del cancro degli indigeni maya; stabilire se le categorie indigene che si riferiscono alla crescita o degenerazione di parti del corpo possano, in certi casi, avere una relazione con il cancro come definito dalla medicina scientifica. L'analisi di queste categorie potrebbe fornire delle indicazioni utili all'elaborazione di campagne di in-

formazione per gli indigeni che siano culturalmente sensibili e quindi più accettabili. Potrebbe inoltre aiutare il personale medico a valutare e riconoscere in modo più efficace la presenza di casi di cancro tra la popolazione indigena.

Metodi

I dati epidemiologici relativi al periodo della mia ricerca sono stati tratti dagli archivi dei due maggiori ospedali di San Cristóbal, l'Ospedale generale della Secretaría de salud (Ministero messicano della salute) e l'Ospedale rurale del Programma IMSS-Solidaridad⁽¹⁾. Ai fini del presente articolo, questi dati sono stati aggiornati con le statistiche più recenti derivanti dal sito web della Secretaría de salud del Chiapas (si veda più avanti). Oltre a consultare i registri ospedalieri, ho avuto frequenti contatti con il personale medico locale e questi mi hanno permesso di ampliare la mia indagine e inquadrare il problema del cancro nei suoi vari aspetti.

I dati riguardanti le percezioni e atteggiamenti degli indigeni nei confronti di questa malattia sono stati raccolti attraverso le interviste con alcuni pazienti con diagnosi di cancro (cinque pazienti). Il difficile caso di un bambino tzotzil, affetto da un cancro avanzato all'occhio, mi ha permesso di osservare più da vicino il processo mediante il quale gli indigeni prendono coscienza della natura di questa malattia, come indirizzano la loro ricerca della terapia e quali ostacoli incontrano in tale ricerca. Alcuni pazienti con cancro mi sono stati indicati dai medici, altri da amici e informatori. I contatti e le interviste con loro sono stati condotti in spagnolo o con l'aiuto di interpreti bilingui. Per la diversità di situazioni umane e la gamma di emozioni espresse da questi pazienti, le loro interviste saranno analizzate dettagliatamente in una sezione separata.

Lo studio delle nozioni tradizionali relative ai processi di crescita e/o degenerazioni di parti del corpo ha costituito la parte più estesa della mia ricerca. Questi dati sono stati raccolti attraverso le interviste con i guaritori e le levatrici locali in varie comunità indigene⁽²⁾. I miei informatori più importanti di lingua tzotzil hanno incluso quattro guaritori originari di Chenalhó, Zinacantán, Chamula e La Ventana (un villaggio nel municipio di Chamula). Questi guaritori erano molto conosciuti nelle loro comunità, come pure a San Cristóbal. Due di loro erano membri dell'OMIECH, un'organizzazione creata dai guaritori indigeni per preservare le loro tradizioni. Tre dei miei informatori erano delle persone altamente bilingui, che

avevano viaggiato estesamente al di fuori delle loro comunità; due di loro avevano lavorato con antropologi stranieri nel passato. Oltre ai guaritori, ho intervistato alcune levatrici tzotzil a Chenalhó, Zinacantán e Larráinzar (o San Andrés, come lo chiamano gli indigeni dal nome del santo patrono).

Nei centri municipali tzeltal ho potuto intervistare soltanto le levatrici indigene (cinque levatrici originarie di Amatenango, Tenejapa e Cancuc). Non ho potuto invece intervistare i guaritori, o per difficoltà pratiche o perché questi si mantenevano nell'ombra a causa delle frequenti accuse di stregoneria mosse nei loro confronti. Nel centro municipale di Oxchuc ho intervistato una guaritrice indigena di fede protestante, che diagnosticava e curava le malattie mediante l'imposizione delle mani. In questo municipio, la medicina tradizionale ha subito un declino in conseguenza della conversione in massa al Protestantismo tra il 1950 e il 1955. Tale processo era stato iniziato da alcuni missionari statunitensi, appartenenti alla Chiesa Presbiteriana, i quali hanno introdotto l'uso della medicina occidentale e osteggiato le pratiche mediche tradizionali, fondate in gran parte sulla stregoneria come forma di controllo sociale (si veda, HARMAN R. 1974; MENEGONI L. 1993).

La mia indagine ha incluso anche levatrici di cultura ispanica o *ladina*. Nel Chiapas si definiscono *ladinos* le persone di discendenza spagnola o mista (queste ultime sono chiamate *mestizos*, cioè meticci, nel resto del Messico). La cultura *ladina* non è una cultura omogenea in quanto riflette una struttura sociale stratificata, seppur non rigida, e una diversità di influenze sia locali (indigene) che nazionali (MCVAY C. - VOGT E. 1988). Nei termini delle pratiche mediche, si possono distinguere due orientamenti predominanti: una cultura basata sulla medicina scientifica occidentale, di cui sono portatori i membri dei ceti medio-alti, e una tradizione di medicina popolare appartenente ai ceti più bassi. La medicina popolare ha i propri praticanti (*curanderos*, erboristi e levatrici) e possiede un sistema specifico di credenze circa la natura e le cause delle malattie. Secondo Manning e Fabrega (MANNING P. K. - FABREGA H. Jr. 1973), alla base della medicina popolare *ladina* c'è l'idea che i conflitti interpersonali e gli stati emotivi troppo intensi o negativi (come la rabbia, l'invidia o il risentimento) siano dei fattori determinanti nell'insorgere delle malattie. Pur possedendo le proprie caratteristiche, la medicina popolare *ladina* incorpora vari elementi della medicina scientifica, come i farmaci più comuni e alcuni semplici tipi di analisi ed esami medici. A seconda delle situazioni o del tipo di malattia, può essere utilizzata anche dalle persone che normalmente si rivolgono ai servizi medici di tipo occidentale. Infine, essa risente dell'influenza delle tradizioni mediche indigene, di cui ha assimilato varie credenze, come quelle relative all'*ojo* (malocchio), al *susto* (spavento) e alla stregoneria.

Ad esclusione di qualche municipio, come Chamula, nei centri municipali indigeni vive generalmente una popolazione *ladina* più o meno numerosa, dedita soprattutto al commercio e alla gestione di piccoli negozi. Anche se i rapporti inter-etnici sono spesso caratterizzati da atteggiamenti di superiorità e perfino disprezzo da parte dei *ladinos*, tra i due gruppi esistono molte interazioni quotidiane e molte influenze reciproche, che si manifestano anche nel campo della salute. Le levatrici *ladinas* non solo assistono le donne indigene nei parti, ma spesso condividono le credenze indigene sul malocchio, il *susto* e la stregoneria; molte di loro utilizzano le erbe medicinali conosciute dagli indigeni. Sei sono le levatrici *ladinas* da me intervistate nei centri municipali tzeltal.

Anche i paramedici indigeni hanno rappresentato una importante fonte di informazione. Alcuni di loro lavoravano nei servizi pubblici di salute, mentre altri lavoravano indipendentemente nei programmi di attenzione medica gestiti dalla Chiesa presbiteriana o dall'Azione cattolica. I paramedici tzeltal che ho intervistato (sei in tutto) provenivano da Tenejapa, Oxchuc e dalla comunità di Yochib nel municipio di Oxchuc. Tra i Tzotzil, ho intervistato soltanto un paramedico di Chamula, incaricato di un programma sanitario finanziato dal Centro di salute di San Cristóbal (servizi della Secretaría de salud). In tutti i centri municipali indigeni che ho visitato, ho avuto vari contatti e scambi di informazioni con i medici e le infermiere dei centri di salute e delle unità mediche locali⁽³⁾. Questi contatti mi hanno permesso di approfondire le problematiche relative alle condizioni di salute della popolazione indigena e mi hanno spesso fornito indicazioni importanti riguardo il problema specifico del cancro.

Oltre a intervistare i guaritori, le levatrici e i paramedici indigeni, ho raccolto altre informazioni chiedendo alle persone comuni nei vari villaggi. A San Cristóbal ho intervistato alcune persone originarie di Chamula, ma che ora vivevano nei quartieri più poveri alla periferia della città. Come molti altri indigeni di Chamula, anch'essi erano stati espulsi dai loro villaggi qualche anno prima, perché si erano convertiti al Protestantismo⁽⁴⁾. Negli ospedali di San Cristóbal, ho avuto degli scambi con delle persone indigene che stavano facendo visita ai loro parenti ricoverati in ospedale.

Nella maggior parte dei casi, ho potuto condurre personalmente le interviste in spagnolo e solo in quattro casi ho dovuto ricorrere all'aiuto di un interprete bilingue. Considerata la complessità dell'argomento della mia ricerca, la possibilità di comunicare direttamente con i guaritori e le levatrici indigeni ha rappresentato un grande vantaggio. Tutte le interviste estese sono state registrate e successivamente trascritte (16 interviste). Le intervi-

ste includevano una serie prestabilita di domande, ma gli intervistati erano liberi di espandere l'argomento e approfondire gli aspetti che consideravano più importanti.

Incidenza del cancro nell'Altipiano del Chiapas

Come in altri paesi in via di industrializzazione, i dati sulle condizioni di salute in Messico negli ultimi decenni evidenziano una tendenza al declino delle malattie infettive e al progressivo aumento delle malattie cronicodegenerative, in primo luogo le malattie cardiovascolari, il diabete e il cancro (fonte: www.salud.gob.mx, sito web del Ministero messicano della salute). Il cancro, tuttavia, non è una malattia caratteristica soltanto delle società tecnologicamente avanzate. Vari studi hanno dimostrato che l'incidenza di certi tipi di cancro varia nel tempo e a seconda del grado di occidentalizzazione e industrializzazione (DOLL R. - ARMSTRONG B. 1981). Le forme di cancro più frequenti in Messico sono, in ordine di importanza, il cancro dei polmoni, dello stomaco, della cervice, del fegato e della prostata. Gli indici di mortalità per l'anno 2000 collocano il cancro (tutte le forme) al terzo posto nella lista delle prime dieci cause di morte⁽⁵⁾.

Per quanto riguarda l'incidenza del cancro nello stato del Chiapas, i dati epidemiologici relativi al 1990, ma corroborati dai dati più recenti (anno 2000), evidenziano una situazione diversa rispetto al resto del Messico. In primo luogo, i tumori maligni rappresentano la prima causa di morte nel Chiapas. In secondo luogo, il cancro gastrico è la forma più frequente di tumore maligno, sia in termini di morbilità che di mortalità⁽⁶⁾. Al riguardo, si può notare che l'incidenza di questa forma di cancro è diminuita enormemente nei paesi occidentali negli ultimi decenni. Le altre due forme più comuni di cancro nel Chiapas sono il cancro della cervice e del fegato. Le tre forme di cancro menzionate (stomaco, cervice e fegato) sono maggiormente tipiche dei paesi poveri; la loro eziologia è stata associata alle abitudini alimentari e ai comportamenti sessuali e riproduttivi delle società tradizionali⁽⁷⁾. Altre forme frequenti di cancro nel Chiapas sono il cancro dei polmoni, della prostata e del seno.

Per analizzare il problema del cancro nella regione de Los Altos, è necessario esaminare prima i dati epidemiologici relativi al periodo della mia ricerca (1992). Questi dati si riferiscono alla Giurisdizione sanitaria II, una divisione amministrativa dei servizi della Secretaría de salud del Chiapas, che comprende la città di San Cristóbal e i 17 municipi tzeltal e tzotzil

gravitanti su quella città. I dati disponibili tuttavia non forniscono un quadro completo della situazione, particolarmente per quanto riguarda le comunità indigene. Le uniche statistiche esistenti per il periodo 1990-1992 si riferivano al cancro cervico-uterino ed erano basate sulle diagnosi effettuate negli ospedali di San Cristóbal e su di un numero limitato di campagne di prevenzione e diagnosi precoce. Di queste, solo alcune erano state implementate nelle comunità indigene e con esiti diversi. Per ottenere dei dati sull'incidenza di altre forme di cancro, ho dovuto consultare personalmente i registri dei due maggiori ospedali di San Cristóbal⁽⁸⁾.

Poiché i dati relativi alla morbilità per cancro erano basati principalmente sui casi diagnosticati in ospedale, gran parte della popolazione indigena sfuggiva a questa indagine. Lasciando da parte per il momento le conseguenze dell'attuale situazione di conflitto, si possono enumerare vari fattori che limitano il ricorso ai servizi ospedalieri urbani da parte della popolazione indigena, specialmente il ricovero in ospedale (si veda, MENEGONI L. - HENDERSHOTT C. 1992). Questi fattori includono le barriere linguistiche e le differenze culturali; un atteggiamento di profondo rifiuto degli interventi chirurgici da parte degli indigeni; la separazione dall'ambiente familiare e dagli amici; la presenza di pregiudizi etnici tra il personale sanitario, specialmente tra le infermiere locali. I fattori economici giocano pure un ruolo importante. Anche qualora i servizi ospedalieri vengano offerti gratuitamente, le famiglie dei malati devono sostenere i costi indiretti di un eventuale ricovero, per esempio le spese di viaggio e tutte le altre spese necessarie per assistere un parente in ospedale. L'insieme di questi fattori fa sì che eventuali casi di cancro, sospettati dai medici nei servizi sanitari rurali, difficilmente raggiungano gli ospedali della città e vengano quindi diagnosticati. Inoltre, anche se i pazienti indigeni si rivolgono agli ambulatori degli ospedali, le infermiere *ladinas* a volte trascurano di registrare il loro nome e luogo di residenza, specialmente se si tratta di bambini. Nel corso della mia ricerca ho potuto constatare vari casi del genere.

La mia analisi dei registri ospedalieri per gli anni 1990, 1991 e 1992 (gennaio-giugno) dimostrò che la maggioranza delle donne con diagnosi di cancro cervico-uterino erano *ladinas*. Questo dato, comunque, potrebbe essere semplicemente il risultato della maggior utenza dei servizi ospedalieri da parte della popolazione *ladina* rispetto a quella indigena che, come si è detto, evita il più possibile il ricovero in ospedale. I dati derivanti da altre fonti, come le campagne di screening e diagnosi precoce (pap test ed eventuale biopsia), non sono conclusivi e non dimostrano in modo univoco una maggior incidenza di questa forma di cancro tra le donne *ladinas* rispetto a quelle indigene. Si deve comunque considerare il fatto che le campagne

di screening implementate nelle comunità indigene sono state relativamente poche e, di queste, solo quelle appoggiate dal DIF hanno avuto un certo successo⁽⁹⁾. I valori culturali tradizionali spesso impediscono alle donne indigene di sottoporsi ad esami ginecologici, specialmente se i medici sono uomini, e questo limita l'efficacia dei programmi di prevenzione.

Gli stessi registri mostravano che il cancro allo stomaco, il secondo in termini di morbilità, colpiva ugualmente gli uomini indigeni e quelli *ladinos*. L'eziologia di questo tipo di cancro, in particolare la sua relazione con i fattori alimentari, è stata oggetto di uno studio a lungo termine condotto da alcuni ricercatori dell'Università di Stanford (California) in collaborazione con l'Ospedale generale di Comitán, nella parte meridionale dell'Altipiano (HALPERIN D. C. - BELGRADE M. E. - MOHAR A. 1988). Altre forme di cancro presenti nell'Altipiano del Chiapas includevano il cancro della pelle, del colon, del retto e il cancro al seno (a quel tempo, il cancro al fegato, oggi frequente, veniva diagnosticato raramente). Tra i bambini indigeni erano stati diagnosticati alcuni casi di retino-blastoma, una forma congenita di cancro dell'occhio. Durante la mia permanenza nel Chiapas, un bambino *tzotzil* venne ricoverato all'Ospedale generale di San Cristóbal per un rhabdomyosarcoma, una forma più rara di cancro congenito dell'occhio. Nello stesso periodo, un bambino *ladino* stava morendo per questa terribile malattia.

Mentre alcuni medici ritenevano che il cancro fosse ancora raro tra gli indigeni, altri pensavano che i casi fossero numerosi e addirittura in aumento. Generalmente erano i medici che lavoravano nelle comunità indigene, e che vivevano quindi a più stretto contatto con la popolazione rurale, a ritenere che i casi di cancro fossero più numerosi di quelli riportati dalle statistiche ufficiali, che come si è visto presentavano molte lacune. Inoltre, secondo uno di loro, nelle comunità indigene stavano cominciando ad apparire delle forme di cancro più tipiche dei paesi industrializzati, come la leucemia. Le statistiche più recenti sembrano confermare l'opinione di questi medici.

I dati epidemiologici relativi al 2000, e in misura minore quelli relativi al 2001, mostrano un netto aumento del numero dei tumori maligni nel dipartimento sanitario di San Cristóbal, che come si è detto corrisponde alla regione de Los Altos. Le statistiche non forniscono dati circa la morbilità per cancro, perché i tumori maligni non rientrano nelle prime dieci cause di morbilità (tra queste, le infezioni respiratorie e quelle intestinali occupano, rispettivamente, il primo e il secondo posto, come del resto ci si può aspettare sulla base del bassissimo tenore di vita di gran parte della popolazione). Secondo le statistiche, invece, i decessi per cancro occupano il

secondo posto nella lista delle prime dieci cause di morte: le forme più frequenti sono il cancro dello stomaco e il cancro della cervice⁽¹⁰⁾.

I dati relativi al 2000 indicano un totale di 164 decessi per cancro nel dipartimento sanitario di San Cristóbal (con un tasso del 32,5 per 100.000 abitanti), mentre quelli del 2001 indicano un totale di 128 decessi (24,9 per 100.000). Come osservato sopra, questi dati evidenziano un notevole aumento dei casi di tumore maligno rispetto al 1990, ma alcuni fattori inducono a pensare che l'incremento sia maggiore. In primo luogo, i dati relativi al 2000-2001 si riferiscono ai decessi per cancro, mentre i dati relativi al periodo 1990-1992 si riferivano unicamente alla morbilità (26 casi accertati nel 1990, 20 casi nel 1991 e 26 casi nel periodo gennaio-giugno 1992). In secondo luogo, mentre i dati relativi alla città di San Cristóbal sono probabilmente affidabili (rispettivamente, 75 e 64 decessi per cancro nei due anni considerati, il che colloca il cancro al primo posto come causa di morte), ci sono motivi per ritenere che i dati disponibili per le aree rurali non siano completi e non rappresentino in modo esaustivo la situazione nei municipi indigeni (rispettivamente, 89 e 64 decessi per cancro nei due anni considerati).

L'incompletezza e inaffidabilità dei dati è direttamente legata al perdurare del conflitto politico-militare ne Los Altos e al conseguente sconvolgimento della vita sociale e, di riflesso, al mancato funzionamento dei servizi medici rurali. Sulla base delle notizie provenienti dal Chiapas, sembra che la parziale paralisi dei servizi medici rurali sia da attribuire a più fattori: la situazione di insicurezza fisica e la difficoltà di movimento delle persone, incluso il personale di salute; il ritiro da parte dello stato delle risorse indispensabili al funzionamento dei servizi sanitari; e, in alcune aree, il rifiuto della popolazione indigena di utilizzare i servizi medici pubblici e lo sforzo del movimento zapatista di fornire autonomamente attenzione medica primaria alle comunità. Non è dato di sapere se questa situazione di sotto-utilizzo riguardi tutti i servizi medici rurali e in che misura essa influisca sul normale svolgimento delle loro attività amministrative, in particolare la notificazione dei dati epidemiologici agli organi centrali di controllo. Nonostante le difficoltà attuali, alcune fonti indicano un'espansione dei servizi medici rurali rispetto al 1992. I dati epidemiologici forniti dalla Secretaría de salud del Chiapas, suddivisi per località e tipo di servizio, mostrano un incremento del numero dei centri di salute e delle unità mediche rurali nei municipi indigeni, anche se non offrono indicazioni circa il personale incaricato dei vari servizi⁽¹¹⁾.

Per queste e altre ragioni, discusse di seguito, è difficile determinare con certezza l'incidenza del cancro nelle comunità indigene de Los Altos.

La diversità di situazioni e di contesti rende complesso il confronto con le problematiche di altre aree. Tra le regioni limitrofe, comunque, soltanto il dipartimento sanitario di Comitán presenta un'incidenza maggiore dei tumori maligni, un fatto legato in parte alla presenza di un centro diagnostico molto attivo in quell'area⁽¹²⁾. Un altro aspetto da considerare è il fatto che, nonostante le statistiche siano basate sulla residenza abituale dei pazienti, i dati disponibili non permettono di stabilire (nella misura in cui queste distinzioni etniche possono avere un senso preciso) in che misura il cancro colpisca la popolazione indigena e quella *ladina*, rispettivamente. Per esempio, non è dato di sapere quanti dei 75 decessi per cancro, riportati nel 2000 dagli ospedali di San Cristóbal, riguardassero pazienti *ladinos* e quanti riguardassero invece pazienti indigeni. Nonostante le difficoltà di accesso agli ospedali urbani, gli indigeni utilizzano queste risorse quando si tratta di malattie molto gravi. Oltre a ciò, la città di San Cristóbal (circa 110.000 abitanti) include una numerosa popolazione indigena di immigrati e di rifugiati appartenenti a varie sette evangeliche (solo questi ammontavano a più di 15.000 nel 1992).

Per quanto riguarda le aree rurali, le statistiche del 2000 riportano un totale di 89 decessi per cancro per i 17 municipi indigeni compresi nel dipartimento sanitario di San Cristóbal (64 decessi nel 2001). Questi decessi si distribuiscono abbastanza uniformemente nelle varie aree, mostrando però tre picchi, rispettivamente, nel municipio di Villa Las Rosas (20 decessi), nel municipio di Teopisca (13 decessi) e nel municipio di Oxchuc (13 decessi). Sebbene si tratti di cifre molto piccole per essere statisticamente significative, rimane comunque il fatto che i tumori maligni rappresentano la prima causa di morte a Teopisca, la seconda causa a Villa Las Rosas e la terza causa a Oxchuc. Per quanto riguarda il tipo di cancro, quello gastrico è il più frequente ovunque ed è seguito dal cancro al fegato, alla cervice e al colon; le statistiche riportano anche alcuni casi di leucemia (fonte: www.salud.chiapas.gob.mx).

Nel loro insieme, i dati del 2000-2001 forniscono un quadro più preciso della situazione, anche se sembrano ancora sottovalutare l'incidenza del cancro nelle aree rurali. Sia per quanto riguarda la città di San Cristóbal che i municipi indigeni, comunque, è difficile stabilire se i dati epidemiologici indichino un aumento reale del numero dei tumori maligni, o se siano invece il risultato di una accresciuta attività di diagnosi e di un miglior sistema di notificazione, specialmente considerate le lacune dei dati relativi al 1992. Ciò nonostante, si può concludere affermando che il cancro rappresenta un problema di una certa gravità ne Los Altos del Chiapas. Certamente, l'incidenza di questa malattia è ancora lontana dai

livelli raggiunti nei paesi industrializzati. Nel Chiapas, tuttavia, la situazione dei pazienti indigeni affetti da cancro è resa più grave dalle deficienze dei servizi medici e dalla mancanza di terapie adeguate.

Gli aspetti socioculturali del cancro

I sentimenti e le percezioni dei pazienti

La mia descrizione delle percezioni e delle reazioni emotive dei pazienti affetti da cancro si basa sulle interviste condotte con cinque pazienti (quattro indigeni e una donna *ladina*). Oltre a queste persone, ho intervistato i parenti di un maestro indigeno che stava morendo di cancro al colon e ho seguito da vicino il caso di un bambino tzotzil, ricoverato per un cancro avanzato all'occhio all'Ospedale generale di San Cristóbal (servizi della Secretaría de salud). In un caso, ho potuto solamente far visita al paziente e osservare il suo ambiente familiare, senza però poter porre domande.

La malattia definita “cancro” dalla biomedicina scientifica non è molto conosciuta tra gli indigeni, che si tratti dei guaritori locali o delle persone ordinarie. I pazienti indigeni con diagnosi di cancro apprendono alcuni fatti circa la natura e le caratteristiche di questa malattia dal personale medico. Sanno di soffrire di una malattia spesso incurabile, ma non riescono a comprenderne pienamente la natura e il trattamento. Poiché le procedure e il linguaggio della medicina scientifica sono estranei alle modalità di pensiero degli indigeni, concetti come quelli di malattia maligna e di crescita incontrollata delle cellule risultano oscuri per loro. Nelle mie interviste con i pazienti, il cancro era percepito come una malattia che portava al progressivo corrompersi e consumarsi – quasi un “venir divorato” - degli organi e dei tessuti. La diffusione del cancro nel corpo era definita come una “infezione” degli organi contigui. Il processo degenerativo dei tessuti veniva descritto come una “produzione di pus”. La radioterapia era concepita come un trattamento che distruggeva il cancro “bruciandolo”.

Il senso di impotenza era un tema che affiorava spesso nelle mie interviste con i malati. In alcuni casi, questo sentimento era accompagnato dalla speranza di trovare una medicina miracolosa, che avrebbe curato la loro malattia. I sentimenti di impotenza dei pazienti non avevano solo a che fare con le caratteristiche stesse della malattia, ma anche con le circostanze della loro diagnosi. Poiché gli indigeni si rivolgono agli ospedali solo quando gravemente malati, al momento della diagnosi il loro cancro è spesso ad uno stadio avanzato. Questo limita enormemente i risultati delle terapie e riduce la loro possibilità di sopravvivenza.

La tecnologia medica è limitata nel Chiapas. Negli ospedali di San Cristóbal vengono effettuati soltanto gli interventi chirurgici per asportare i tumori maligni. Per sottoporsi a radioterapia, i pazienti devono andare a Tuxtla Gutiérrez, la capitale dello stato del Chiapas, e per sottoporsi alla chemioterapia devono andare a Città del Messico. Da questo punto di vista, la situazione sembra immutata rispetto al 1992, almeno per quanto ho potuto verificare attraverso le fonti a me accessibili⁽¹³⁾. Al tempo della mia ricerca, i pazienti dovevano pagare una parte della terapia all'Ospedale generale di San Cristóbal, anche se potevano contare sull'aiuto economico del DIF (Desarrollo integral de la familia, un programma federale di sostegno alle famiglie). Il trattamento era gratuito all'Ospedale rurale del Programma IMSS-Solidaridad, ma anche in questo caso i costi indiretti potevano impedire ai pazienti indigeni di completare un trattamento prolungato. Come menzionato in precedenza, questi costi possono includere le spese di viaggio, vitto e alloggio per i parenti che assistono un paziente ricoverato in ospedale; questa assistenza è necessaria specialmente se il paziente non parla lo spagnolo. A volte ai pazienti con cancro avanzato veniva offerta la possibilità di andare a Città del Messico per sottoporsi a chemioterapia. A questo scopo, essi potevano usufruire di un programma dell'Istituto nacional indigenista [INI], che copriva tutti i costi del trattamento, come pure le spese di viaggio del paziente e di un familiare. Ma solo pochi accettavano questa opportunità. Più spesso sceglievano di ritornare alle loro case per morire là.

Le difficoltà incontrate dai pazienti indigeni nell'ottenere un trattamento adeguato, e la frequente incapacità dei medici di aiutarli in modo efficace, rendevano molto difficile la loro situazione. Mentre il senso di impotenza era un sentimento comunemente espresso dai pazienti, le mie interviste con loro hanno messo in luce un'ampia gamma di reazioni emotive. Queste variavano da atteggiamenti di incredulità e diniego, incertezza e speranza, accettazione e conforto trovato nella fede religiosa, silenzio e impotenza nei confronti di eventi impenetrabili. Una breve descrizione dei vari casi può aiutare a cogliere lo stato d'animo dei malati.

Le reazioni dei pazienti variavano in relazione al loro background culturale e alla maggior o minor familiarità con la medicina occidentale, come pure in relazione alle loro vicende personali e alle circostanze della loro malattia. Un'anziana donna di Tenejapa, con sospetto cancro cervicouterino, si era dimostrata incredula circa le spiegazioni del personale medico riguardo la sua malattia. Sebbene non sapesse dare una spiegazione ai suoi persistenti dolori addominali, non riusciva a cogliere il significato delle parole dei medici. Nelle sue reazioni di incredulità e diniego, si pote-

va riconoscere l'influenza dei concetti tradizionali della malattia, in particolare il significato localmente attribuito al cosiddetto "cancro dell'utero" (un'infezione dell'utero causata dal freddo dei morti, che sarà discussa più avanti). Al lato opposto, c'era il caso di una giovane maestra tzeltal, residente a San Cristóbal, che era estremamente consapevole della gravità della sua situazione, un tumore invasivo della cervice. La maestra era stata sottoposta a isterectomia e radioterapia, ma i segni di diffusione del tumore erano preoccupanti. Sebbene considerasse il trattamento medico occidentale l'unica forma possibile di terapia, essa era incerta circa l'esito finale e angosciata al pensiero di poter morire.

Poiché capiva la natura della sua malattia, la maestra si sentiva impotente e sapeva che anche i medici avrebbero potuto non essere in grado di salvarla. Non sempre però i pazienti, o i loro parenti stretti, erano consapevoli dei limiti della tecnologia medica. Nella speranza di una soluzione positiva, non esitavano nel tentare tutte le possibili terapie ed erano determinati a combattere fino all'ultimo. Questo atteggiamento si può riconoscere nel comportamento del padre del bambino tzotzil affetto da cancro all'occhio, un caso che verrà analizzato in modo più dettagliato nella sezione successiva. Questo caso mostrerà in modo drammatico come le speranze dei pazienti indigeni, o dei loro familiari, siano a volte poco realistiche e quanto poco essi si rendano conto delle scarse possibilità di sopravvivere a un tumore maligno diagnosticato ad uno stadio avanzato.

La fede religiosa aiutava i malati terminali a rassegnarsi al loro destino e affidarsi a Dio con la preghiera. Questo atteggiamento di rassegnazione era caratteristico soprattutto dei pazienti anziani, più preparati ad accettare la morte che non quelli giovani, come nel caso di un'anziana donna tzotzil, originaria di Chamula, affetta da un cancro gastrico allo stadio terminale. La donna apparteneva ad una chiesa evangelica (Avventisti del Settimo Giorno) e viveva con i figli in un quartiere alla periferia di San Cristóbal, assieme a molti altri indigeni di fede protestante che erano stati espulsi da Chamula. Pur trovando consolazione e coraggio nella fede in Dio, i pazienti più giovani non riuscivano a rassegnarsi facilmente al loro destino e si interrogavano continuamente sul perché della loro malattia e sul significato della loro morte prematura. Questi atteggiamenti sono illustrati dalle vicende di un giovane tzotzil di religione protestante, al quale era stato diagnosticato un cancro avanzato al retto all'Ospedale San Carlos di Altamirano, nella parte meridionale dell'Altipiano. Poiché non aveva più parenti stretti nella sua comunità di origine, questo malato, ricoverato da vari mesi all'Ospedale di San Carlos, sperava di poter rimanere e terminare lì i suoi giorni. (Anche al momento attuale questo piccolo ospedale

cattolico, amministrato dalle suore dell'ordine di San Vincenzo da Paola, continua a rappresentare un'importante risorsa per gli indigeni).

Quando il malato era giunto alla fine e non c'era ormai più nulla da fare per lui, la famiglia si chiudeva nel proprio dolore, rifugiandosi nel silenzio e rifiutando la presenza di persone estranee. Ho potuto osservare di persona queste reazioni visitando un malato terminale (cancro al retto) nel centro municipale di Oxchuc – un'esperienza che mi ha tristemente mostrato quanto poco aiuto potessero ricevere questi malati, privi anche dei più basilari farmaci antidolorifici. Altre volte, la famiglia viveva come un destino imperscrutabile e malvagio la malattia di un membro della famiglia e, non potendo spiegarne il motivo, la attribuiva alla stregoneria. Sentimenti simili vennero manifestati dai fratelli di un giovane maestro di Amatenango, che stava morendo di cancro al colon (il maestro viveva a San Cristóbal, ma morì prima che potessi trovare la sua casa). I fratelli credevano che il maestro fosse stato vittima di un atto di stregoneria e si mostrarono un po' diffidenti con me e anche con la mia interprete, una donna della loro stessa comunità. La loro percezione di oscure cause della malattia era forse legata al fatto che l'anno precedente era morto un altro fratello, anche lui per un cancro al colon.

Tra gli atteggiamenti manifestati dai pazienti indigeni, o dai loro familiari, non ho mai trovato delle reazioni che potessero rivelare dei sentimenti di vergogna o dei tentativi di nascondere la vera natura della malattia. La percezione del cancro come di una malattia da nascondere si può cogliere invece nell'atteggiamento di una donna *ladina* di mezza età, residente a San Cristóbal. La donna negava di essere stata operata di un tumore allo stomaco tre anni prima (un problema completamente risolto, fra l'altro) e si ostinava a raccontare di essere stata operata per un'ulcera. Tra i *ladinos* è frequente scoprire atteggiamenti del genere. La cultura *ladina* stigmatizza alcune malattie, come il cancro e la tubercolosi, ma questi atteggiamenti non sono presenti tra gli indigeni.

La ricerca della terapia: analisi di un caso

Nei miei contatti con i pazienti indigeni malati di cancro, generalmente non ero riuscita a ottenere delle descrizioni dettagliate circa la loro ricerca della terapia, un fatto dovuto alla gravità della loro malattia e ai loro sentimenti di ansia. La vicenda del bambino tzotzil, affetto da un cancro all'occhio, esemplifica il complesso processo attraverso il quale i pazienti indigeni, in questo caso la famiglia del bambino, diventano consapevoli della natura di questa malattia e della difficoltà del suo trattamento. Illu-

stra anche la situazione di pluralismo medico che caratterizza l'Altipiano del Chiapas, come pure il ruolo giocato dai fattori economici nell'ostacolare la ricerca del trattamento medico occidentale da parte degli indigeni.

Questo bambino viveva con la famiglia in una comunità del municipio di Chamula, non lontano da San Cristóbal. Il padre parlava fluentemente lo spagnolo e aveva una certa familiarità con i servizi medici urbani. Il bambino iniziò ad avere dei problemi nell'autunno del 1991, quando apparve una piccola escrescenza vicino al suo occhio sinistro. Il padre allora lo portò da un erborista indigeno, che applicò al gonfiore un cataplasma di erbe per farlo maturare e scoppiare. (Il padre non seguì subito il consiglio di un amico di famiglia, uno straniero che viveva a San Cristóbal, di portare il bambino da un medico). Successivamente, quando un'escrescenza incominciò a crescere dentro l'occhio sinistro del bambino, il padre lo portò da un *pulsador*. Con questo termine si indica un guaritore indigeno capace di diagnosticare le malattie ascoltando il battito del polso e interpretandone i segnali⁽¹⁴⁾. Attraverso la tecnica del sentire il polso, il guaritore stabilì che la malattia del bambino era un *pozlom* ed era incurabile. Nel sistema etnomedico dell'Altipiano del Chiapas, il *pozlom* è una malattia molto grave con differenti manifestazioni (si veda più avanti).

Preoccupato dalla diagnosi del *pulsador*, nel dicembre del 1991, il padre portò il bambino da un oftalmologo che aveva uno studio privato a San Cristóbal. Il medico spiegò che il bambino aveva un cancro dell'occhio e offrì di operarlo per due milioni di pesos (circa 700 dollari a quel tempo). Poiché non aveva il denaro necessario ed era egli stesso malato, il padre aspettò fino al maggio del 1992 prima di cercare altre possibilità di trattamento all'Ospedale generale di San Cristóbal (servizi della Secretaría de salud). A quel punto, però, il tumore si era sviluppato così rapidamente che il viso del bambino era sfigurato. Il suo occhio sinistro era cresciuto fuori dall'orbita così da formare una lunga protrusione ed una escrescenza oscura e maleodorante si estendeva dall'occhio fino all'orecchio sinistro.

Nelle nostre conversazioni, il padre del bambino continuò ad affermare che l'oftalmologo non aveva indirizzato il bambino all'ospedale (dove gli indigeni potevano ottenere degli sconti sul costo delle cure). Il personale medico, invece, sosteneva che l'oftalmologo aveva effettivamente indirizzato il bambino all'ospedale e dava la colpa al padre che aveva aspettato troppo a lungo. Non mi fu mai possibile stabilire i motivi della discrepanza tra ciò che presumibilmente aveva detto l'oftalmologo e ciò che il padre del bambino aveva capito. Una diagnosi di cancro provoca solitamente

delle forti reazioni emotive, che interferiscono con la capacità dei pazienti e delle loro famiglie di valutare con serenità ed equilibrio la situazione. Inoltre, quando si ha a che fare con dei pazienti indigeni, è spesso difficile stabilire in che misura le loro decisioni siano influenzate da una mancanza di informazioni o dalle ristrettezze economiche.

Il bambino fu ricoverato per due settimane all'Ospedale generale di San Cristóbal. Dopo aver completato vari esami, i medici decisero che il suo caso richiedeva un intervento di chirurgia specialistica e un trattamento di chemioterapia, entrambi disponibili soltanto a Città del Messico. Inizialmente il verdetto dei medici gettò i genitori in uno stato di angoscia. Il padre pensò che i medici gli avevano mentito in precedenza, quando avevano promesso che avrebbero operato suo figlio. Riflettendo poi con più calma, riuscì a capire la necessità di un trattamento specialistico e, usufruendo del programma dell'Istituto nacional indigenista [INI], portò il bambino a Città del Messico. Tuttavia, egli sperava ancora che il problema del figlio sarebbe stato risolto rapidamente.

Il bambino rimase ricoverato per un mese e mezzo nel reparto oncologico dell'Ospedale generale di Città del Messico. Con la chemioterapia il tumore sul suo viso si ridusse notevolmente e anche la protrusione cancerosa dell'occhio diminuì di grandezza. Il bambino fu dimesso dall'ospedale e riportato a casa. Poiché anche la mia permanenza in Chiapas era terminata, riuscii solo a sapere dai suoi parenti che l'intervento chirurgico non era più necessario: «*ya no sirve*», mi dissero. Sulla base delle loro affermazioni, non potei stabilire con certezza se il tumore del bambino fosse troppo avanzato per essere operato, o se i medici sperassero di distruggerlo completamente ripetendo la chemioterapia.

Le nozioni indigene di crescita e/o degenerazione di parti del corpo

Le difficoltà manifestate dai pazienti indigeni nel capire il concetto biomedico di cancro stimolò il mio interesse a investigare le interpretazioni tradizionali delle malattie. Questa ricerca risultò in uno studio focalizzato di un gruppo di categorie etnomediche, che si riferiscono ai processi di crescita e/o degenerazione di organi e tessuti. Le malattie considerate nel mio studio hanno incluso le condizioni definite come: *cáncer* (una ferita molto infetta); *k'ael* (cancrena); *chakal* (nodulo, ascesso); *apon* (tumore); *pozlom*, una malattia caratterizzata da rigonfiamento e ingrossamento di varie parti del corpo.

Considerato il periodo limitato in cui la mia ricerca si è svolta, la presentazione dei dati raccolti non pretende di fornire un'analisi esaustiva delle suddette categorie. Tuttavia, dai dati emergono alcune caratteristiche distintive e comuni alle diverse classificazioni, che ricerche ulteriori potrebbero confermare o affinare. Per ovviare in parte al problema del numero limitato delle mie fonti, dove possibile, ho fatto riferimento al materiale etnografico di altri autori. Non sempre però tale materiale è utile ai fini della comparazione a causa della variabilità dei termini linguistici. Nei diversi municipi indigeni si parlano delle varianti locali, o dialetti, delle lingue tzeltal e tzotzil e, di conseguenza, termini simili possono riferirsi a malattie diverse e viceversa.

Cáncer de la herida (“cancro della ferita”)

Nel sistema etnomedico dell'Altipiano del Chiapas, il termine *cáncer* è utilizzato per indicare una ferita molto infetta o una piaga che guarisce molto lentamente. Questa concezione preserva il significato di “ulcera cancerosa” che il termine cancro aveva originariamente nella medicina europea ed è stata incorporata nella medicina indigena del Messico durante il periodo coloniale⁽¹⁵⁾. Alcune ricerche sulle malattie dermatologiche riconosciute nella medicina tradizionale dei Maya hanno mostrato che la malattia definita come *cáncer* è un concetto diffuso nel Chiapas. In un'indagine svolta nel 1983 attraverso i servizi medici rurali di 200 comunità maya, il “cancro della ferita” è risultato essere al quinto posto nella lista delle malattie della pelle più frequentemente menzionate dai guaritori tradizionali (ZURITA ESQUIVEL M. - ZOLLA C. 1986). Anche nella mia ricerca ho trovato che il concetto di “cancro della ferita” è ampiamente conosciuto nelle comunità tzeltal e tzotzil de Los Altos. Sulla base dei dati da me raccolti, tuttavia, esso sembra avere un ruolo più importante nel sistema di classificazione dei Tzeltal, che non in quello dei Tzotzil.

Gli indigeni tzeltal e tzotzil credono che il “cancro della ferita” sia causato dal freddo che emana dal corpo delle persone morte⁽¹⁶⁾. Dicono che se una persona ferita guarda un cadavere, la sua ferita peggiorerà ulteriormente. Le donne che hanno appena partorito svilupperanno una grave infezione, o “cancro”, dell'utero. Poiché si ritiene che il freddo dei morti influisca su di una partoriente anche a distanza, in alcune comunità si mettono attorno al letto della donna degli oggetti di ferro, come secchi e *machete* (lunghi coltelli), che hanno l'effetto di “tagliare” o neutralizzare il freddo dei morti. Il “cancro della ferita” si cura con i rimedi a base di erbe.

Sebbene le credenze circa questa malattia e le sue cause siano presenti in tutti i municipi tzeltal che ho visitato, esse non sono accettate ovunque allo stesso modo. Nella mia indagine, ho riscontrato che queste credenze sono molto diffuse ad Amatenango e a Tenejapa, mentre in altri municipi la loro importanza si è ridotta in seguito al cambiamento religioso (Protestantesimo e movimento di Azione cattolica). A Oxchuc, per esempio, gli indigeni di religione protestante non conoscevano questa malattia oppure, se la conoscevano, la concepivano semplicemente come una grave infezione senza alcuna relazione con il freddo dei morti. Anche a Yochib, il villaggio nel municipio di Oxchuc dove ho lavorato nel 1987-1988, il concetto di “cancro della ferita” era poco conosciuto. A Cancuc i membri dell’Azione cattolica rifiutavano la credenza nel freddo dei morti e la ritenevano ormai obsoleta e dimenticata da tutti. Secondo altri informatori, invece, la credenza era ancora ampiamente accettata dalla maggioranza della popolazione di religione tradizionale.

Per quanto ho potuto verificare, i *ladinos* che vivevano nei centri municipali tzeltal condividevano spesso la credenza indigena nel freddo dei morti. Tutte le levatrici di cultura *ladina*, che ho intervistato a Tenejapa e Oxchuc (quattro levatrici), accettavano questa concezione. La stessa credenza mi è stata riferita anche per le classi più basse della popolazione *ladina* di San Cristóbal (gli appartenenti a queste classi sono spesso indigeni di seconda o terza generazione).

Il rifiuto delle idee tradizionali circa il “cancro della ferita” non era legato soltanto all’appartenenza ai gruppi protestanti o dell’Azione cattolica. Anche la familiarità con la medicina occidentale aveva un’influenza sulle credenze della gente, ma questa influenza appariva variabile. In certi casi, le persone addestrate presso i locali centri di salute rifiutavano completamente le concezioni tradizionali, ma in altri casi esse cercavano di conciliarle con le interpretazioni biomediche. Tra i paramedici indigeni che ho potuto intervistare, alcuni non conoscevano affatto il “cancro della ferita”; altri lo conoscevano, ma non erano realmente sicuri che fosse provocato dal freddo dei morti. Un paramedico del Centro di salute di Oxchuc mise in dubbio inizialmente la validità della credenza, ma poi si chiese come mai i malati ricoverati in ospedale non subissero gli effetti negativi della morte di altri pazienti. Concluse che ciò non accadeva perché l’ambiente dell’ospedale era “pulito” e “sterile”.

La presenza della nozione tradizionale di cancro creava una certa confusione semantica, rendendo a volte difficile per me ottenere informazioni sul cancro come definito dalla medicina scientifica. La maggior parte delle

persone rispondeva alle mie domande facendo riferimento contemporaneamente al modello indigeno e a quello biomedico di cancro. In modo più o meno esplicito, i miei informatori distinguevano le due malattie nella maniera seguente: il “cancro della ferita” può essere curato, anche se in un periodo di tempo piuttosto lungo, ed è trattato con i rimedi tradizionali a base di erbe. Il cancro nel senso occidentale è incurabile, è diagnosticato soltanto dai medici e richiede un intervento chirurgico. Nelle mie interviste, tuttavia, questa distinzione non veniva sempre fatta in modo chiaro e soltanto il contesto generale del discorso suggeriva di quale tipo di cancro gli intervistati stessero parlando.

Alcuni informatori conoscevano unicamente il concetto tradizionale di cancro; altri avevano sentito parlare della nuova malattia, ma ne avevano un’idea alquanto vaga. Perfino i paramedici e le levatrici indigeni ammettevano di non essere molto informati: “*se conoce poco*”, era una risposta frequente. Tra i paramedici e le levatrici indigeni, quelli più informati definivano il cancro come “qualcosa che cresce” dentro il corpo o sulla pelle; alcuni di loro riferirono anche di casi concreti di cancro nelle loro comunità. A causa del loro background culturale, le levatrici di estrazione *ladina* avevano una maggior familiarità con questa malattia e la distinguevano in modo più esplicito dal “cancro della ferita”.

Tranne che in pochi casi (per esempio, i paramedici di religione protestante), la maggior conoscenza del concetto biomedico di cancro non sembrava essere collegata unicamente alla scomparsa o al rifiuto della nozione tradizionale. All’opposto, per la maggior parte dei miei informatori, il “cancro della ferita” forniva la terminologia per definire il concetto occidentale: espressioni come “*se infecta*” o “*se disemina*” venivano spesso applicate al concetto meno familiare. Diversamente dal “cancro della ferita”, comunque, il cancro nel senso biomedico implicava l’idea addizionale di un qualche genere di escrescenza o di massa ingrossata, che doveva essere asportata chirurgicamente. Una discussione più articolata delle percezioni del cancro da parte degli indigeni richiede l’analisi del loro concetto di tumore, il quale verrà esaminato più avanti in relazione alla malattia chiamata *apon*.

Questa sezione si è concentrata principalmente sulle concezioni del cancro presenti tra i Tzeltal, ma le mie osservazioni sulla distinzione tra i due tipi o modelli di cancro sono valide anche per i Tzotzil. Nelle comunità tzotzil, tuttavia, il concetto di “cancro della ferita” non è così diffuso come tra i Tzeltal. Tra i quattro guaritori tzotzil che ho intervistato, solamente uno (il guaritore di La Ventana) conosceva questa malattia e la attribuiva al freddo

dei morti. Gli altri guaritori si limitarono a riconoscere che la morte delle persone ha un qualche genere di influenza sugli altri. Anche le levatrici tzotzil avevano opinioni differenti circa il “cancro della ferita”: due di loro accettavano la credenza, mentre le altre due la rifiutavano.

La minor importanza della nozione di “cancro della ferita” tra i Tzotzil può essere dovuta al numero relativamente limitato dei miei informatori, ma questo fatto è confermato anche dalla letteratura etnografica. Il termine *cáncer* non appare né nell’etnografia di Zinacantán scritta da Fabrega e Silver, né in quella di Larráinzar scritta da Holland. Per quanto riguarda Zinacantán, Fabrega e Silver riportano il termine *poslom* per indicare delle piaghe difficili da curare (FABREGA H. Jr. - SILVER D. B. 1973: 243), mentre Holland riporta il termine *ka’el* per indicare una ferita infetta o qualsiasi lesione che contenga del pus (HOLLAND W. 1963: 285). Il termine *cáncer* non appare nemmeno in un importante documento pubblicato a cura dell’OMIECH (1989), in cui vengono presentati le discussioni e il confronto circa la diagnosi e il trattamento delle malattie più comuni tra un folto gruppo di guaritori indigeni. Poiché a quel tempo l’OMIECH era composto a larga maggioranza da guaritori e levatrici tzotzil, provenienti principalmente da Chenalhó e Chamula, si può ritenere che le interpretazioni delle malattie discusse nel documento riflettano soprattutto le tradizioni mediche dei Tzotzil.

A causa della sua importanza limitata nella medicina dei Tzotzil, il “cancro della ferita” non poteva essere contrapposto o utilizzato per ottenere informazioni sul cancro nel senso medico-scientifico. Come per i Tzeltal, un’analisi più approfondita delle percezioni del cancro tra i Tzotzil può essere sviluppata solo in riferimento al concetto di tumore. Poiché la medicina dei Tzotzil presenta alcune caratteristiche che la differenziano da quella dei Tzeltal (come l’eziologia e la classificazione delle malattie), questa analisi verrà svolta separatamente nella sezione dedicata al *pozlom*.

K’ael (putrefazione)

K’ael (putredine, decomposizione) è il termine tzeltal e tzotzil per cancrena, ma il termine presenta alcune varianti locali come *k’aish* a Tenejapa⁽¹⁷⁾. La maggior parte dei miei intervistati considerava il *k’ael* una malattia molto seria e perfino fatale; molti erano consapevoli del fatto che spesso la malattia richiedeva l’amputazione dell’arto colpito. Mentre il concetto di *k’ael* era ampiamente conosciuto nelle comunità tzeltal, questa malattia era riconosciuta solo da alcuni dei miei informatori tzotzil. Tra i guaritori tzotzil, alcuni dissero di non aver mai visto dei casi di *k’ael* nel corso della loro

pratica; altri ritenevano che la malattia fosse frequente nei bassipiani tropicali, ma rara nei freddi altipiani. Solo il guaritore di La Ventana conosceva la malattia e sapeva come curarla; a questo scopo, utilizzava dei piccoli cristalli azzurri (che mi mostrò), con i quali raschiava via dalla pelle i tessuti morti o infetti. La malattia era conosciuta da alcune, ma non da tutte le levatrici tzotzil.

Il *k'ael* era distinto chiaramente dal “cancro della ferita”, come pure dal cancro nel senso occidentale. Come si è però visto per il “cancro della ferita”, anche il concetto di *k'ael* forniva la terminologia per descrivere il cancro nel senso biomedico. Il diffondersi del cancro era descritto spesso come un processo di putrefazione dei tessuti. Anche i pazienti affetti da cancro avevano descritto la malattia come un decomporsi e consumarsi della carne.

I dati da me raccolti sul *k'ael* non concordano con le interpretazioni fornite da altri autori, che hanno lavorato nelle comunità tzotzil. Nell’etnografia di Zinacantán scritta da Fabrega e Silver, il termine *k'ael* – che gli autori traducono in inglese con *rotting* (decomposizione, putrefazione) – si riferisce a una malattia venerea o a qualche irritazione simile degli organi genitali (FABREGA H. Jr. - SILVER D. B. 1973: 251). Come si è già visto, Holland riporta l’uso del termine *k'ael* per indicare semplicemente una ferita infetta a Larráinzar (HOLLAND W. 1963: 285). Questa discrepanza si può forse spiegare nei termini della variabilità linguistica che si riscontra non solo tra i diversi municipi indigeni, ma pure all’interno della stessa comunità. Per esempio, a Larráinzar, la comunità studiata da Holland, ho trovato che la parola *k'ael* aveva anche il significato di gangrena.

Chakal e apon (noduli e tumori)

Presso i Tzeltal e i Tzotzil, il termine *chakal* indica un grosso foruncolo (*grano* in spagnolo) o un ascesso (*nacido* e *absceso*). Il *chakal* è definito in modo simile dai vari gruppi etnici ed è concepito come un’infezione “esterna” (subcutanea). Viene descritto come un’area rigonfia di dimensioni diverse, che produce pus e poi si rompe facendo fuoriuscire il suo contenuto⁽¹⁸⁾. A meno che non sia più grosso del normale, il *chakal* non è considerato un disturbo grave; per aiutarlo a guarire vi si applicano dei cataplasmi di erbe.

Nelle classificazioni etnomediche de Los Altos, il *chakal* è spesso associato con l’*apon* (*apun* nella lingua tzotzil), un termine che può essere tradotto in senso lato con tumore o tumefazione. I miei dati indicano che presso i Tzotzil il termine *apun* viene utilizzato per lo più con il significato di “gros-

so *chakal*". La parola *apun*, tuttavia, non appare nella classificazione delle malattie fornita da Fabrega e Silver per il municipio di Zinacantán. Secondo questi autori, soltanto il termine *chakal* è in uso a Zinacantán ed esso indica una tumefazione o una sacca di pus che può rompersi; per indicare un'escrescenza o massa ingrossata si utilizza invece il termine *vo'an* (FABREGA H. Jr. - SILVER D. B. 1973: 250-251). Holland riporta l'uso del termine *apun chakal* a Larráinzar per indicare vari tipi di tumefazioni o tumori che possono rompersi, ma ritiene che certe forme della malattia possano corrispondere al cancro (HOLLAND W. 1963: 284). Nel documento dell'OMIECH già citato, invece, né il *chakal* né l'*apun* sono menzionati tra le malattie più gravi o più frequenti (OMIECH 1989).

Con qualche eccezione, il termine *apon* sembra essere distribuito più uniformemente nelle comunità di lingua tzeltal⁽¹⁹⁾. Il suo significato però è piuttosto ampio, in quanto può includere qualsiasi tipo di nodulo o di massa rigonfia o ingrossata. Per ragioni di chiarezza espositiva, come pure per la maggior ricchezza delle informazioni, questa sezione si focalizza sul concetto di *apon* dei Tzeltal.

Il termine *apon* è tradotto in spagnolo con *bulto* (rigonfiamento della pelle), *bola* (escrescenza) e *tumor*. Tuttavia, quando gli indigeni definiscono l'*apon* come un "tumore", essi non attribuiscono a questo termine il significato specifico che generalmente vi attribuiscono gli occidentali, cioè quello di un tumore benigno o maligno. Come ha osservato un medico di San Cristóbal, gli indigeni usano il termine tumore nel senso generico, derivante dal latino, di "aumento di dimensioni". Questo significato più ampio del termine indigeno permette di includere nella categoria di *apon* delle condizioni e dei processi patologici, che la medicina occidentale considera distinti.

In generale, l'*apon* era definito come più grande del *chakal* e come localizzato all'interno del corpo invece che all'esterno. Le descrizioni più specifiche tuttavia variavano perfino all'interno della stessa comunità. Per differenti persone, il termine *apon* poteva significare un ascesso, l'ingrossamento dei gangli all'inguine e alle ascelle, un'ernia intestinale, o un tumore localizzato dentro il corpo, specialmente nell'addome o *ch'ut*, un termine generico che include l'utero⁽²⁰⁾. In un caso, venne definita come *apon* una ciste alle ovaie, per la quale una ragazza di Oxchuc aveva subito un intervento chirurgico a San Cristóbal. In un altro caso, il termine venne utilizzato per indicare un fibroma all'utero (la donna, una levatrice di Amatenango, conservava ancora il fibroma in un vaso colmo di formalina). Dati i molteplici significati del termine, la scelta di definire come *apon* un

disturbo piuttosto che un altro sembrava essere basata più sull'esperienza diretta delle persone, che non su delle definizioni accettate o condivise da tutti. Tranne che in pochi casi, tutti i tipi di *apon* erano considerati malattie di origine naturale.

Perfino quando l'*apon* veniva definito come un tumore all'interno del corpo, c'erano delle differenze importanti nell'uso di questo concetto. Alcuni informatori lo concepivano semplicemente come un *chakal* interno che produceva pus e poi si rompeva, a volte provocando la morte del paziente. Altri intervistati dissero che poiché l'*apon* cresceva all'interno del corpo, non sapevano se si rompeva o meno. Altri ancora definirono l'*apon* come un tumore, sia interno che esterno, caratterizzato da un aumento di massa dei tessuti o degli organi, ma senza produzione di pus - *pura carne*, come disse un informatore. Tra tutte le definizioni che ho raccolto, questa sembrava la più vicina al concetto occidentale di tumore benigno.

Le persone indigene, che non avevano familiarità con le categorie mediche occidentali, non erano in grado di collegare il concetto di *apon* (nel senso di tumore) con quello di cancro. Al contrario, i paramedici e le levatrici indigene erano più propensi a interpretare certi tipi di tumore come forme di cancro. In termini più o meno precisi, essi definivano come *apon* i tumori che potevano essere risolti completamente con un'operazione chirurgica e come cancro i tumori incurabili. Le levatrici *ladinas* distinguevano più chiaramente le due malattie, ma, come i paramedici e le levatrici indigene, sembravano non conoscere i termini di tumore benigno e tumore maligno. Solamente un paramedico di Yochib conosceva questa distinzione, ma la applicava anche al *chakal* (che è inteso generalmente come un piccolo rigonfiamento sulla pelle o come un nodulo subcutaneo), cioè egli definiva il *chakal* come un tumore benigno e l'*apon* come un tumore maligno.

Le percezioni del cancro, espresse dai miei informatori, erano influenzate e plasmate dalle concezioni tradizionali. Per descrivere questa malattia, essi utilizzavano gli stessi termini che usavano per il *chakal* e per l'*apon*: per esempio, un'escrescenza cancerosa era descritta come "una massa che aumentava di dimensioni e faceva fuoriuscire del pus", oppure come "un tumore che era stato asportato, ma che cresceva di nuovo da qualche altra parte". Le cause del cancro erano sconosciute sia ai praticanti medici indigeni che a quelli *ladinos*. Alcune levatrici di Amatenango e di Tenejapa attribuirono le cause del cancro alla stregoneria.

Considerata la familiarità delle levatrici con i problemi ginecologici, le mie interviste con loro si sono focalizzate in modo particolare sulle loro percezioni del cancro dell'utero. Queste percezioni, tuttavia, erano piutto-

sto complesse in quanto erano influenzate, di volta in volta, da altre categorie mediche. Il cancro nel senso biomedico veniva interpretato non solo con riferimento al “cancro della ferita” o al “cancro dell’utero” causato dal freddo dei morti, ma anche in relazione alla malattia chiamata *matriz hinchada* o “utero gonfio” (*sitel ch’ut* in tzeltal, alla lettera “addome gonfio”). Alcune levatrici consideravano l’ “utero gonfio” una complicazione del parto che poteva essere curata con i rimedi di erbe, ma altre ritenevano che la malattia avrebbe potuto portare all’insorgere del cancro. Sia le levatrici indigene che quelle *ladinas* espressero queste opinioni, in quanto le loro concezioni circa questa malattia erano molto simili. Le levatrici *ladinas*, tuttavia, distinguevano più chiaramente i tumori benigni da quelli maligni, mentre le levatrici indigene tendevano a confonderli. Tutte le levatrici affermarono di non aver mai visto dei casi di cancro all’utero nel corso della loro pratica. Come ho potuto accertare in varie occasioni, generalmente le levatrici venivano a conoscenza dei casi di cancro nella loro comunità solo dopo che questi erano stati diagnosticati dai medici.

Pozlom

Nel sistema di classificazione degli indigeni tzotzil, il *pozlom* (pronunciato *pozlóm*) è una malattia molto grave che possiede differenti manifestazioni⁽²¹⁾. Il suo significato principale si riferisce al rigonfiamento e ingrossamento di varie parti del corpo (arti, tessuti e organi interni). Questa forma della malattia è definita “*pozlom* freddo”. Un’altra forma, meno frequente, ma molto pericolosa, è quella chiamata “*pozlom* caldo”, che è caratterizzata da febbre, dolori in tutto il corpo, a volte vomito e diarrea, ma mai da gonfiore. Generalmente il *pozlom* è trattato dai guaritori indigeni e solo raramente dalle levatrici. La diagnosi viene effettuata attraverso la tecnica del *pulsear* (sentire il polso) e il trattamento include i rimedi di erbe e le preghiere. In accordo con i principi della medicina tradizionale indigena, il “*pozlom* freddo” viene curato con i rimedi “caldi” e viceversa⁽²²⁾.

La categoria nosologica di *pozlom* non è generalmente conosciuta nella medicina dei Tzeltal e, anche laddove appare, ha un significato più ristretto. L’unico municipio tzeltal in cui sono riuscita a raccogliere informazioni sul *pozlom* è stato quello di Cancuc, dove il termine è *pazlam*. A Cancuc, tuttavia, il termine *pazlam* si riferisce unicamente al gonfiore delle gambe o all’infiammazione delle spalle, ma non ai tumori interni. Si riconoscono forme diverse, più o meno gravi, del *pazlam*.

La letteratura etnografica sul Chiapas non offre molte informazioni sul *pozlom*. Come già menzionato, nello studio di Fabrega e Silver, il termine

poslom indica semplicemente delle piaghe difficili da curare (FABREGA H. Jr. - SILVER D.B. 1973: 243). Nell'etnografia di Holland, il *pos lom* – definito anche come *mal aire* (vento nocivo) – appare non tanto come una malattia in se stessa, ma come un agente eziologico che interviene nell'insorgere di varie malattie "fredde", tra cui il *sital chamel* (rigonfiamento totale o parziale del corpo) (HOLLAND W. 1963: 267, 285).

Diversamente dai resoconti etnografici, il materiale contenuto nel documento dell'OMIECH, più volte menzionato, conferma l'importanza della categoria di *pozlom* nella medicina dei Tzotzil, sia per quanto riguarda la gravità della malattia che la sua frequenza. Nel documento vengono descritte le classificazioni indigene delle malattie più pericolose o più comuni, sia di quelle che possono essere curate soltanto dai guaritori indigeni (tra queste c'è anche il *pozlom*), che di quelle che possono essere curate anche dai medici occidentali. Sono incluse sei brevi descrizioni del *pozlom*, raccolte tra alcuni guaritori di Chenalhó e Chamula, nelle quali vengono discusse la natura, le cause e il trattamento della malattia. Ad esclusione di due descrizioni che si riferiscono principalmente alla forma "calda" del *pozlom*, tutte le altre includono, tra i sintomi più importanti della malattia, il rigonfiamento di parti del corpo, in particolare il gonfiore alle gambe. Soltanto un guaritore però menziona i tumori allo stomaco o nell'addome (OMIECH 1989: 50-54).

I miei dati sul *pozlom* sono basati principalmente su delle interviste con quattro guaritori tzotzil provenienti da Chenalhó, Chamula, Zinacantán e La Ventana (un villaggio nel municipio di Chamula). Altre informazioni sono state raccolte dalle levatrici, sia tzotzil che *ladinas*, dai paramedici indigeni e dalle persone comuni. Poiché il trattamento del *pozlom* compete quasi esclusivamente agli *iloles* (guaritori indigeni), la mia analisi di questa malattia è basata principalmente sulle interviste con questi praticanti. La mia analisi, inoltre, si restringerà alla forma "fredda" del *pozlom*, perché solo questo tipo include i tumori e può quindi avere una qualche relazione con il cancro.

La caratteristica più generale del "pozlom freddo" è il gonfiore (*inchazón, entumaciòn, in spagnolo*)⁽²³⁾. La natura del *pozlom* quale malattia "fredda" si deduce chiaramente da quanto affermato dal guaritore di Chenalhó: «*Todo lo que hincha es puro frío... eso es pozlom* [Tutto ciò che provoca gonfiore è puro freddo... questo è il *pozlom*]». Il guaritore di Chenalhó paragonò il *pozlom* alla nebbia che sale da una laguna e penetra nelle varie parti del corpo. Quello di Chamula aggiunse che il *pozlom* è trasportato attraverso il corpo dal flusso del sangue. In modo simile, il guaritore di Zinacantán

disse che il *pozlom* si sposta da una parte all'altra del corpo, facendola gonfiare. Una delle manifestazioni più frequenti del *pozlom* è il gonfiore alle gambe, ma la malattia può provocare anche tumori nell'addome e nell'utero.

Le forme che il *pozlom* assumerà, e quali parti del corpo colpirà, dipendono dalla sua origine o causa. Tutti i guaritori concordarono sul fatto che il *pozlom* delle gambe derivava dal calpestare inavvertitamente le fronde e i rami che erano stati usati per purificare e liberare dalle malattie i pazienti. Secondo le credenze dei Tzotzil, la malattia così estratta dal malato rimane attaccata ai rami e può essere contratta da altri. I rami possono essere abbandonati su di un sentiero da un guaritore negligente, ma più spesso vengono gettati là intenzionalmente per far ammalare qualcuno. La malattia è così contratta per una specie di contagio.

Anche se aveva origine nelle azioni di persone malvagie, il *pozlom* contratto dai rami non era attribuito direttamente alla stregoneria. Per i guaritori, le malattie causate dalla stregoneria costituivano una categoria a sé stante e avevano sintomi differenti. Per esempio, il guaritore di Chenalhó fece una chiara distinzione tra un gonfiore provocato dal *pozlom* e un'infiammazione accompagnata da suppurazione purulenta: egli definì soltanto quest'ultima come *mal echado* ("male gettato addosso" o "malattia proiettata", *ak' chamel* nella lingua tzotzil). Il *pozlom* delle gambe non era attribuito solamente al contatto con dei rami infetti. Secondo il guaritore di La Ventana, anche l'esposizione al freddo poteva provocare il *pozlom*. Poiché molti indigeni portano ancora la tradizionale tunica corta e indossano solo dei sandali di cuoio, anche in inverno, essi sono molto esposti a questa malattia.

Accanto al gonfiore, i guaritori classificarono come *pozlom* i noduli o i tumori che crescevano all'interno del corpo e sulla pelle (il guaritore di La Ventana incluse tra le manifestazioni esterne del *pozlom* anche i *chakal* e i bernoccoli pruriginosi). Tutti i guaritori consideravano i tumori nell'addome e nell'utero come le forme più pericolose di *pozlom*. In termini di causalità, essi interpretavano questi tumori come "malattie dell'anima" e le attribuivano ai "cattivi sogni" – *malos sueños*. Le credenze che le malattie possano derivare dai sogni sono diffuse nella cultura dei Maya. Per gli indigeni, i sogni sono esperienze reali dell'anima (*chu'lel*), che abbandona il corpo durante il sonno per vagare liberamente⁽²³⁾. Nel suo vagabondare, però, l'anima può diventare vittima del *pukuh* (diavolo) o di altre entità malvagie. Qualsiasi cosa di male capiti all'anima durante i sogni, può manifestarsi come malattia. Anche nel documento dell'OMIECH (1989), l'ori-

gine del *pozlom* è attribuita ai sogni, oltre che al calpestare i rami usati nelle guarigioni; questi sogni sono molto simili a quelli descritti dai miei informatori.

I guaritori tzotzil chiamavano *malos sueños* i sogni in cui la persona è aggredita da animali o vede il diavolo in forma animale, come pure i sogni in cui la vittima, più spesso una donna, è sedotta da una persona di sesso opposto. Il guaritore di Chenalhó spiegò che i sogni di seduzione sessuale erano un “inganno del *pukuh*”, che può camuffarsi e assumere l’aspetto umano⁽²⁴⁾. Come conseguenza di un sogno di seduzione, nell’utero della donna si svilupperà un tumore che provocherà dolori intensi ed emorragia prolungata.

Sebbene tutti i guaritori concordassero su questa eziologia del *pozlom*, le loro interpretazioni dei tumori e della possibile relazione tra questi e il cancro variavano. Il guaritore di Chenalhó, per esempio, riteneva che i tumori dell’utero e il cancro fossero la stessa malattia, ma attribuiva al termine cancro semplicemente il significato di “qualcosa che cresce”, piuttosto che quello di una malattia incurabile; disse che tutti i tumori potevano essere curati con i rimedi di erbe e con le preghiere. Il guaritore di Chamula, che pure identificava i tumori con il cancro, aveva maggior familiarità con l’interpretazione occidentale di questa malattia. Egli riteneva comunque che, anche se i medici conoscevano in modo approfondito questa malattia, essi non erano in grado di curarla perché non sapevano riconoscere, e quindi eliminare, le sue cause ultime. Queste sono di natura spirituale e vengono rivelate al guaritore attraverso la pratica del sentire il polso. Egli spiegò che per curare il cancro, i guaritori indigeni usano dapprima le erbe per ridurre le dimensioni del tumore e poi svolgono una cerimonia di guarigione.

Il guaritore di La Ventana riteneva che i tumori dell’utero fossero frequenti, ma non li associava con il cancro, una malattia che sembrava conoscere poco (tuttavia suo figlio, che fungeva da interprete tra me e il padre, identificò il *pozlom* con il cancro). Questo guaritore interpretò i tumori dell’utero come *alchich* (“ritardo della mestruazione”), una malattia in cui il sangue mestruale è trattenuto nell’utero provocandone il rigonfiamento. Anche il guaritore di Zinacantán non identificava i tumori causati dal *pozlom* con il cancro. Invece associava il cancro dell’utero a delle piaghe che si diffondono senza mai guarire, come pure ai *chakal* interni che aumentano di grandezza e poi si rompono. Secondo la sua opinione, entrambe le malattie erano fatali.

Più degli altri guaritori, il guaritore di Zinacantán sottolineò le conseguenze a lungo termine che il *pozlom* può avere se non viene curato prontamen-

te. Così, il *pozlom* delle gambe può peggiorare fino a divenire *reuma* (dolore cronico delle ossa). Il *pozlom* inoltre può danneggiare in modo permanente le parti del corpo che colpisce, per esempio, può rendere una persona cieca o zoppa⁽²⁵⁾. Alcune forme di *pozlom* possono risultare in *sital chamel* (gonfiore generalizzato del corpo). Queste descrizioni sono importanti in quanto mettono in evidenza delle nozioni di malattie croniche o degenerative, come pure la consapevolezza da parte dei guaritori indigeni della sfida che queste malattie rappresentano per la medicina tradizionale.

Anche i guaritori di Chamula e Chenalhó ritenevano che i tumori potessero portare alla morte del paziente, qualora non fossero trattati tempestivamente. Forse possiamo vedere nelle loro affermazioni un riconoscimento implicito della natura spesso incurabile del cancro. Comunque, nessuno dei guaritori ammise apertamente di non essere mai riuscito a curare con successo queste forme di *pozlom*. Queste affermazioni non contraddicevano le spiegazioni dei guaritori circa il fallimento delle terapie tradizionali, che essi imputavano ad un trattamento tardivo o inappropriato. I guaritori tradizionali sono spesso riluttanti a trattare delle malattie che considerano troppo avanzate o addirittura fatali. Il caso del bambino tzotzil con cancro all'occhio illustra questo fatto. Inizialmente i guaritori consultati dal padre del bambino cercarono di curare con le erbe la piccola escrescenza sul lato sinistro del suo viso (che avevano diagnosticato come *pozlom*). Quando però l'escrescenza crebbe di nuovo, essi dissero al padre che la malattia del bambino era incurabile e che non potevano fare nulla per salvarlo.

In generale, le spiegazioni fornite dalle levatrici indigene concordavano con quelle dei guaritori, anche se a volte rivelavano delle differenze nei dettagli. Per esempio, una levatrice di Larráinzar incluse, tra le manifestazioni del *pozlom*, i *chakal* e i bernoccoli pruriginosi (anche il guaritore di La Ventana aveva identificato questi disturbi con il *pozlom*). La levatrice, inoltre, identificava il *pozlom* con la malattia chiamata *aire*, o "vento", che è pure classificata come malattia "fredda" dagli indigeni (l'*aire* può provocare dolori reumatici e alcuni disturbi intestinali). Poiché il *pozlom* è associato con l'*aire* anche nell'etnografia di Larráinzar scritta da Holland (HOLLAND W. 1963: 267, 285), è possibile che questa interpretazione rappresenti una variante locale di concetti più generali.

Diversamente dai guaritori, le levatrici tzotzil mostravano di conoscere il concetto tradizionale di "cancro della ferita" e lo distinguevano dal cancro nel senso biomedico, una malattia che però conoscevano solo vagamente. Tutte affermarono di non aver mai visto dei casi di cancro all'utero nella loro pratica e menzionarono invece altri problemi ginecologici, come l'utero

“gonfio” e il ritardo delle mestruazioni. Sebbene concordassero sul fatto che il *pozlom* può provocare tumori nell’addome, esse non erano in grado di dire se potesse provocare anche il cancro.

Solo due delle quattro levatrici sapevano che il cancro era una malattia incurabile ed erano a conoscenza di alcuni casi. Una levatrice di Chenalhó aveva un’anziana zia che stava morendo di cancro all’utero. Alla zia era stato diagnosticato un cancro avanzato dell’utero sei mesi prima a San Cristóbal, ma a causa delle sue condizioni fisiche e all’età avanzata, i medici avevano ritenuto che la donna non avrebbe sopportato un’operazione; la levatrice attribuiva la malattia della zia alla stregoneria. La levatrice di Larráinzar, menzionata sopra, ricordava il caso di un uomo che era morto per un cancro al naso. L’uomo era andato fino a Città del Messico per sottoporsi a delle cure specialistiche, ma tutto era stato inutile. La levatrice utilizzò il termine *k’ael* (putrefazione) per descrivere il diffondersi del cancro sul volto dell’uomo. Si è già notato l’uso dei termini indigeni per descrivere una escrescenza cancerosa.

Le levatrici *ladinas*, che vivevano nei centri municipali *tzotzil*, condividevano in varia misura le concezioni indigene. Una levatrice di Zinacantán, per esempio, accettava pienamente la nozione di *pozlom* e riteneva che alcune sue forme corrispondessero al cancro. Un’altra levatrice *ladina*, originaria di Chenalhó, non conosceva il concetto di *pozlom*, ma condivideva invece le idee locali sulla stregoneria; essa mostrava di conoscere la distinzione tra tumori benigni e tumori maligni e attribuiva questi ultimi alla stregoneria. Le infermiere professionali, anche se cresciute nei centri municipali indigeni, mostravano una minor familiarità con le concezioni native del *pozlom*. Sebbene vivessero a stretto contatto con gli indigeni, la loro posizione socio-economica e il loro background culturale le portava a ignorare, e spesso a svalutare, le pratiche mediche native. Sulla base della loro esperienza, tuttavia, esse facevano a volte delle osservazioni interessanti riguardo al problema del cancro nelle comunità indigene. Per esempio, un’infermiera, che lavorava presso l’unità medica rurale di Larráinzar, disse che a volte gli indigeni raccontavano che, prima di morire di *k’ush ch’ut* (dolori addominali), il paziente aveva macchiato il letto con una sostanza scura; l’infermiera osservò che ciò poteva indicare dei casi di cancro. Nei termini della mia ricerca, le sue osservazioni erano importanti perché suggerivano la possibilità che altre classificazioni indigene delle malattie, come appunto il *k’ush ch’ut*, potessero implicare delle forme di cancro.

Nel corso della mia ricerca, ho avuto vari contatti con indigeni che vivevano a San Cristóbal e anch’essi hanno rappresentato una fonte di informa-

zione. Tra quelli che ritenevano che il *pozlom* fosse associato con il cancro, c'erano un predicatore protestante, originario di Chamula, e un paramedico, anch'esso di Chamula, che lavorava presso il Centro di salute di San Cristóbal. Poiché il paramedico aveva familiarità sia con la medicina tradizionale che con quella occidentale, la sua opinione che la categoria di *pozlom* potesse includere dei casi di cancro era particolarmente rilevante per il mio studio.

Conclusioni

Questo articolo ha cercato di affrontare il problema del cancro tra la popolazione de Los Altos del Chiapas nei suoi vari aspetti, epidemiologici e socioculturali, focalizzandosi in modo particolare sulle interpretazioni di questa malattia nella cultura medica indigena. Nella prima parte, si è cercato di determinare la possibile incidenza del cancro tra la popolazione maya, integrando i dati relativi al periodo della mia ricerca con le statistiche più recenti (anno 2000). Si è visto come i dati relativi al periodo 1990-1992 sottovalutassero la magnitudine di questo problema in tre modi: i dati si basavano principalmente sulle diagnosi effettuate negli ospedali; il sistema di notificazione era carente; infine, non erano disponibili gli strumenti per valutare il numero dei casi che rimanevano non diagnosticati nelle comunità indigene e che quindi venivano attribuiti ad altre cause.

Le statistiche più recenti sembrano aver ovviato in gran parte a queste carenze, ma rimangono ancora incomplete. La situazione di instabilità politica e la conseguente parziale paralisi dei servizi medici rurali inducono a ritenere che i dati relativi alle comunità indigene non rappresentino in modo esaustivo l'incidenza del cancro tra questa popolazione. Rispetto al 1992, comunque, le statistiche del 2000 offrono un quadro più preciso e dettagliato sia per quanto riguarda il problema specifico del cancro, che per altre diffuse patologie. Il dato più rilevante che emerge da queste statistiche è l'aumento considerevole del numero dei decessi per cancro nel dipartimento sanitario di San Cristóbal, dove i tumori maligni rappresentano ora la seconda causa di morte. Da una parte, questa tendenza sembra confermare l'opinione di quei medici che ritenevano che l'incidenza del cancro ne Los Altos fosse maggiore di quella suggerita dai dati ufficiali. Dall'altra parte, anche le statistiche del 2000 non forniscono valutazioni certe, in quanto è difficile determinare se esse indichino un aumento reale del numero dei tumori maligni o se derivino invece dall'intensificazione delle attività di diagnosi e di controllo epidemiologico. Le statistiche, inol-

tre, non permettono di scorporare i dati per gruppo etnico, ad esclusione di quelle relative alle comunità indigene, dove tuttavia vivono numerosi *ladinos*. Pur con queste limitazioni, i dati disponibili permettono di affermare che il problema del cancro, seppur non quantificabile in modo preciso, è un problema abbastanza serio nelle comunità de Los Altos e che la situazione merita una maggior attenzione e degli interventi più mirati di screening e diagnosi precoce.

Le risorse economiche alquanto ridotte delle istituzioni di salute nel Chiapas, specialmente quelle delle strutture ospedaliere a San Cristóbal, limitano la possibilità di fornire terapie adeguate ai pazienti affetti da cancro, siano essi indigeni o *ladinos*. Come già menzionato, gli interventi di chirurgia specialistica e i trattamenti di chemioterapia non sono disponibili localmente e questo può forse spiegare, almeno in parte, il fatto che nel Chiapas i tumori maligni rappresentino la prima causa di morte. Tra tutti i pazienti, sono soprattutto quelli indigeni a soffrire maggiormente delle conseguenze di questa situazione. Poiché i servizi sanitari nelle aree rurali offrono soltanto attenzione medica di base, i pazienti con patologie gravi o complesse vengono indirizzati agli ospedali della città per i necessari esami e per le visite specialistiche. Tuttavia, vari ostacoli, sia di natura economica che socio-culturale, rendono difficoltoso per i pazienti indigeni l'accesso ai servizi medici urbani. La distanza dalla città e la mancanza di mezzi economici, anche solo per le spese di viaggio, frequentemente li costringono a dilazionare le visite presso gli ambulatori degli ospedali e, quando infine si rivolgono agli ospedali, la loro malattia è spesso ad uno stadio avanzato. Anche allora, può risultare proibitivo per questi pazienti sopportare tutti i costi connessi a prolungate cure ospedaliere. Molti pazienti indigeni muoiono nelle loro case senza assistenza medica e senza nemmeno i più basilari farmaci antidolorifici. Lo stato di inferiorità sociale in cui vivono aggrava la loro situazione. I pregiudizi etnici nei loro confronti li inducono spesso ad evitare il ricovero in ospedale o comunque impediscono loro di usare liberamente i servizi medici, ai quali pure hanno diritto. La loro scarsa familiarità con le procedure e i concetti della medicina occidentale interferisce con la capacità di comprendere la complessità della loro malattia e del suo trattamento ed è a volte causa di sfiducia nei confronti del personale sanitario, come nel caso del padre del bambino tzotzil che accusava i medici di avergli mentito sulle condizioni reali del figlio e sulla loro capacità di curarlo.

Le interpretazioni tradizionali delle malattie influenzano in vari modi le percezioni del cancro da parte dei pazienti indigeni. I concetti medici occidentali sono spesso reinterpretati nei termini delle concezioni a loro più

familiari. La cultura medica indigena non include delle nozioni di cancro e di malattia maligna, nel senso in cui questi concetti sono utilizzati nella biomedicina. Questi sono il prodotto dello sviluppo scientifico della ricerca e della tecnologia medica nei paesi industrializzati e si fondano su di un orientamento culturale e filosofico diverso. Alla base delle differenze nell'interpretazione delle malattie ci sono profonde differenze nella visione del mondo e nella concezione della natura e dell'uomo. Questo divario culturale è un aspetto importante da considerare, se si vuole creare una possibilità di dialogo e migliorare la comunicazione tra i pazienti indigeni e il personale medico.

L'analisi dei dati etnografici che ho raccolto ha mostrato la complessità delle interpretazioni tradizionali di alcune malattie, che potrebbero avere una relazione con il cancro. Queste includono, in modo particolare, certe forme di *apon* e di *pozlom*, come pure il cosiddetto *cáncer de la matriz* (la definizione indigena di un tipo di infiammazione dell'utero), ma anche le classificazioni più generiche come il *k'ush ch'ut* (dolori addominali). Questi concetti tradizionali, tuttavia, non sono facilmente riconducibili a quelli biomedici, perché si basano su dei criteri non rigidamente sintomatici, e in una certa misura variabili, di diagnosi e identificazione delle malattie. Come la mia analisi ha evidenziato, le classificazioni etnomediche sono più ampie, o inclusive, delle categorie mediche occidentali, specialmente quando descrivono delle malattie localizzate all'interno del corpo. Strettamente collegata a queste caratteristiche, è l'importanza dell'eziologia nell'interpretazione delle malattie. Le teorie eziologiche che collocano la causa delle malattie nella sfera spirituale contrastano enormemente con l'approccio della medicina scientifica, che si focalizza esclusivamente sui fattori biologici. La preoccupazione e l'interesse per le cause ultime delle malattie, caratteristici della medicina indigena, rendono più complesso il confronto tra i concetti tradizionali e quelli biomedici. Tuttavia, anche se non è possibile stabilire una corrispondenza univoca tra questi concetti, un'analisi attenta e sistematica può rivelare quei casi in cui determinate categorie etnomediche potrebbero coprire o nascondere delle forme di cancro. Lo studio di queste concezioni è al tempo stesso utile e necessario. Rivelando possibili corrispondenze o punti di contatto, tale ricerca potrebbe suggerire dei modi per trasmettere importanti concetti biomedici agli indigeni in una forma culturalmente più accessibile. Potrebbe inoltre contribuire a identificare dei casi concreti di cancro, fornendo così una base più adeguata per valutare la gravità di questo problema e per definire gli interventi appropriati.

Gli interventi diretti a fornire dei servizi medici più accettabili e un'informazione più adeguata non implicano un tentativo di confinare la medici-

na tradizionale ad un ruolo subordinato o di negare il valore che essa possiede per gli indigeni. Grazie al suo approccio olistico, la medicina tradizionale può rispondere ai bisogni psicologici e alle esigenze legate alla sfera religiosa dei pazienti molto più di quanto non possa farlo l'approccio biologico della medicina scientifica; può quindi rappresentare un complemento ed un'integrazione di questa. Si deve considerare anche la possibilità che lo studio delle ricche conoscenze botaniche dei guaritori indigeni – simile a quello condotto da Ann e Brent Berlin per il trattamento delle diarree – si riveli utile per aiutare a identificare dei rimedi atti ad alleviare le sofferenze dei malati di cancro. Anche per questo, sarebbe molto importante che i servizi medici riuscissero a sviluppare una collaborazione più fattiva con i guaritori indigeni, invece di ignorarli.

Al tempo della mia ricerca, sia l'Instituto nacional indigenista [INI], che alcuni ricercatori indipendenti, stavano collaborando con i guaritori indigeni e con la loro associazione (OMIECH) in un progetto volto a recuperare le conoscenze e le esperienze terapeutiche dei guaritori indigeni e a valorizzare non solo gli aspetti naturalistici delle loro pratiche, ma anche quelli più propriamente rituali e religiosi. Anche la Secretaría de salud mostrava un certo interesse per la medicina indigena, ma questo si limitava soprattutto allo studio dei rimedi botanici. Per quanto riguarda le levatrici indigene, invece, le istituzioni pubbliche di salute avevano avviato da tempo una collaborazione più fruttuosa e alcune di quelle che ho incontrato avevano già preso parte a dei corsi di formazione. Poiché i guaritori e le levatrici indigeni rappresentano ancora importanti risorse in molte comunità, il loro interesse e disponibilità ad indirizzare i pazienti gravi o i casi più difficili ai servizi medici occidentali potrebbe contribuire ad un maggior riconoscimento del problema del cancro da parte del personale sanitario e a migliorare l'attenzione medica fornita agli indigeni. A questo scopo, sarebbero pure indispensabili la riqualificazione e l'addestramento ulteriore dei paramedici indigeni. Come si è notato in precedenza, a volte il tentativo da parte dei paramedici di conciliare i concetti indigeni con quelli occidentali, anziché contribuire ad un'informazione corretta, risulta invece in una mescolanza di concetti eterogenei, come nel caso del paramedico che riteneva che l'ambiente sterile dell'ospedale neutralizzasse il freddo dei morti.

Il perdurare del conflitto politico-militare ne Los Altos, la cosiddetta guerra di bassa intensità portata avanti dallo stato contro le comunità indigene, ha aggravato notevolmente le condizioni di salute della popolazione maya. Si può intuire come ciò abbia reso ancora più drammatica la situazione dei pazienti indigeni sofferenti di cancro. Per fornire aiuto alle comunità, in

alcune aree, il movimento zapatista ha iniziato a creare una rete autonoma di servizi medici di base, costituita principalmente da un gruppo di promotori di salute, addestrati e seguiti nelle loro attività dal personale medico. Con l'aiuto di varie organizzazioni internazionali, incluse alcune ONG italiane, il movimento zapatista ha anche creato una struttura più ampia e complessa in grado di fornire alcuni servizi di tipo ospedaliero alla popolazione – la cosiddetta Clinica di Oventic, nel municipio di Mitontic, situata a circa un'ora di strada da San Cristóbal (altre quattro cliniche simili sono in attesa di essere costruite come parte della creazione e sviluppo delle autonomie municipali indigene). Tuttavia, per quanto è possibile giudicare sulla base delle notizie disponibili, né questa clinica né i servizi di base ad essa collegati sono in grado di fornire cure mediche adeguate ai pazienti indigeni affetti da patologie gravi e complesse come il cancro. Per questo tipo di malattie, le strutture sanitarie pubbliche sono, e rimarranno, indispensabili. Infatti, anche alla Clinica di Oventic i pazienti con patologie gravi vengono trasportati negli ospedali urbani. È importante che il coordinamento tra i servizi sanitari pubblici e quelli istituiti dal movimento zapatista sia mantenuto e potenziato in modo da favorire quella pluralità di risorse, che sola può rispondere ai molteplici bisogni di attenzione medica dei pazienti indigeni, specialmente quelli sofferenti di cancro.

Note

⁽¹⁾ L'Instituto mexicano de seguro social (IMSS) è l'istituzione nazionale che fornisce assistenza medica ai lavoratori dell'industria e dell'agricoltura industriale. Attraverso il programma federale di Solidarietà (originariamente programma COPLAMAR, istituito nel 1979), l'IMSS ha esteso l'assistenza medica di base a tutta la popolazione rurale e indigena del Messico. L'Ospedale - Clinica rurale [Clinica-Hospital de campo], che il programma IMSS-Solidaridad gestisce a San Cristóbal, offrono gratuitamente attenzione medica specialistica e cure ospedaliere agli indigeni. L'Ospedale generale e l'annesso Centro di salute, entrambi appartenenti alla Secretaría de salud, offrono vari tipi di servizi, alcuni gratuiti e altri a pagamento, alla popolazione non coperta dalla previdenza sociale.

⁽²⁾ Nella lingua dei Tzotzil, i guaritori indigeni sono chiamati *ilol* (plurale *iloletik*, in spagnolo *iloles*). Gli *iloles* del Chiapas sono dei guaritori spirituali ed esperti erboristi, ma non sono sciamani nel senso stretto del termine. Sebbene si rivolgano alle entità e alle forze del mondo invisibile per effettuare la guarigione, essi non utilizzano la tecnica del viaggio per la diagnosi e la cura delle malattie (sulla tecnica del viaggio come elemento distintivo dello sciamanismo, si veda ELIADE M. 1974 [1951]). Per sottolineare il valore delle loro pratiche, gli *iloles* si definiscono *médicos indígenas* in spagnolo (ne Los Altos il termine *doctor* è utilizzato per i praticanti della medicina occidentale, mentre il termine *curandero* si riferisce ai praticanti della medicina popolare *ladina*). Molti *iloles* sono membri dell'OMIECH (Organización de médicos indígenas del Estado de Chiapas), un'associazione creata per preservare le loro tradizioni e promuoverne lo sviluppo. Come in altre parti

del mondo, esistono diverse categorie di guaritori: quelli che diagnosticano le malattie tastando il polso del paziente (*pulsadores*); gli esperti dei rimedi a base di erbe o *hierberos*; gli acconcia-ossa o *hueseros*; quelli che hanno il compito di intercedere per un malato o per l'intera comunità pregando i santi e le divinità del panteon maya (*rezadores*). Le levatrici indigene (*parteras*) si occupano soprattutto dell'assistenza ai parti e di alcuni problemi ginecologici.

⁽³⁾ Al tempo della mia ricerca, i servizi medici nelle comunità indigene includevano 12 centri di salute dipendenti dalla Secretaría de salud e 56 Unità mediche rurali (UMR) appartenenti al Programma IMSS-Solidaridad. I Centri di salute e le UMR fornivano gratuitamente attenzione medica di base agli indigeni. Il personale incaricato dei servizi rurali includeva un medico e uno o più infermieri ed era affiancato da un gruppo di promotori di salute che lavoravano nelle comunità più lontane.

⁽⁴⁾ A partire dal 1950, le comunità indigene del Chiapas sono state investite da un processo di cambiamento religioso, a seguito della diffusione del Protestantismo. Nel municipio di Chamula, uno dei municipi più tradizionalisti de Los Altos, questo processo ha cominciato ad affermarsi soltanto intorno al 1970. Negli anni successivi, soprattutto dal 1975 in poi, la diffusione di numerosi gruppi protestanti, appartenenti a varie denominazioni (Presbiteriani, Pentecostali, Battisti, Adventisti del Settimo Giorno), ha dato origine a violenti conflitti che si sono spesso conclusi con l'espulsione degli indigeni convertiti dai loro villaggi. Gli *expulsados* di Chamula si sono rifugiati per la maggior parte a San Cristóbal, insediandosi nei quartieri più poveri alla periferia della città o creando delle nuove colonie nelle sue vicinanze. Nel 1992 questi rifugiati ammontavano a circa 15.000 persone.

⁽⁵⁾ Secondo i dati della Secretaría de salud (anteriormente, Secretaría de salubridad y asistencia, SSA), i tassi di incidenza delle cinque forme più comuni di cancro nel 1985 erano i seguenti: 29,9 (per 100.000 abitanti) per il cancro ai polmoni, 25,9 per il cancro allo stomaco, 24,5 per il cancro della cervice, 12,9 per il cancro alla prostata e 11,4 per il cancro al seno. Questi tassi sono basati sull'incidenza del cancro nella popolazione messicana di età superiore ai 25 anni (SSA 1990).

Le statistiche del 2000, alle quali ho potuto accedere attraverso il sito web della Secretaría de Salud, si riferiscono soltanto alla mortalità per cancro, ma non alla morbilità. Un dato significativo che emerge da queste statistiche è l'aumento dei tumori al fegato, che rappresentano ora la quarta causa più frequente di morte per cancro. Gli indici di mortalità per le cinque forme più comuni di cancro nel 2000 sono i seguenti: 6,19 (per 100.000 abitanti) per il cancro ai polmoni, 4,95 per il cancro allo stomaco, 4,58 per il cancro della cervice, 4,15 per il cancro al fegato e 3,81 per il cancro alla prostata (fonte: www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/mortalidad2000).

⁽⁶⁾ Nel 1986 i tassi di incidenza per le cinque forme più comuni di cancro nel Chiapas erano: 38,5 (per 100.000 abitanti) per il cancro allo stomaco, 32,2 per il cancro della cervice, 13,1 per il cancro ai polmoni, 7,8 per il cancro alla prostata e 7,7 per il cancro al seno. Anche questi dati si riferiscono alla popolazione di età superiore ai 25 anni (SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DEL CHIAPAS 1992).

Come per i dati a livello nazionale, le statistiche disponibili per l'anno 2000 si riferiscono soltanto alla mortalità per cancro. Con un tasso del 46,3 per 100.000 abitanti, i tumori maligni rappresentano la prima causa di morte nel Chiapas (il tasso per il 2001 è del 46,4); le tre forme più frequenti sono il cancro allo stomaco, il cancro della cervice e il cancro al fegato (fonte: www.salud.chiapas.gob.mx/morta/PDF-SEED-2000). In rapporto agli altri stati del Messico, il Chiapas presenta la più alta mortalità per cancro allo stomaco sia negli uomini (19,1) che nelle donne (16,2), mentre la mortalità per cancro cervico-uterino (19,9 per 100.000 abitanti) colloca il Chiapas al terzo posto dopo Nayarit (23,3 per 100.000) e Morelos (21,6 per 100.00) (fonte: www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/mortalidad2000).

⁽⁷⁾ Nonostante la quantità enorme di ricerche sulle cause del cancro, la biomedicina non è ancora in grado di spiegare con certezza perché il cancro si sviluppi in certe persone che sono state esposte agli agenti cancerogeni, ma non in altre. Allo stato attuale, l'eziologia di questa malattia può essere capita solo nei termini del concetto statistico di rischio, cioè come accresciuta probabilità di sviluppare la malattia. In linea generale, tuttavia, gli studi epidemiologici associano la prevalenza del cancro allo stomaco e al fegato ai fattori alimentari e alla dieta. Più specificatamente,

si ritiene che il cancro gastrico sia legato al consumo di cibi bruciati e mal conservati e che le cause di certi tipi di cancro al fegato siano da attribuire alle aflatoossine, cioè alle muffe che si producono sui cereali conservati in luoghi umidi. Per quanto riguarda il cancro della cervice, alcuni studi associano questa forma di cancro ai modelli sessuali e riproduttivi delle diverse popolazioni, in particolare a fattori come l'elevata fertilità e i parti in età relativamente giovane. Altre ricerche lo attribuiscono più direttamente alla promiscuità e carenza di igiene sessuale, in particolare alla trasmissione del papilloma cancerogeno da maschio a femmina nel coito (v. DOLL R. - ARMSTRONG B. 1981). In letteratura, si riporta una frequenza minore di cancro cervico-uterino tra le popolazioni che praticano la circoncisione, rispetto alle popolazioni non circoncise.

⁽⁸⁾ I registri del Programma di Controllo per il Cancro cervico-uterino dei servizi della Secretaría de Salud a San Cristóbal (Centro di salute e Ospedale generale) elencavano 16 casi di cancro cervico-uterino per il 1990, 12 casi per il 1991 e 13 casi per il 1992 (gennaio-giugno); questi dati includevano i casi di cancro cervico-uterino diagnosticati in altre istituzioni di salute. Per quanto riguarda le altre forme di cancro, gli archivi dell'Ospedale generale e dell'Ospedale rurale (IMSS-Solidaridad) registravano 11 casi nel 1990, 8 casi nel 1991 e 12 casi nel primo semestre del 1992.

⁽⁹⁾ Il Sistema nacional de desarrollo integral de la familia (DIF) è un programma istituito dal governo messicano per assistere economicamente e socialmente le famiglie, specialmente quelle più indigenti. Al tempo della mia ricerca, il DIF aveva rappresentanti locali in tutti i municipi indigeni (le mogli dei presidenti municipali, come in tutto il Messico) e questo spiega il maggior successo delle campagne di screening implementate con il suo appoggio.

⁽¹⁰⁾ Gli indici di mortalità per il 2000 sono i seguenti: 32,5 per 100.000 per tutte le forme di tumore maligno (seconda causa di morte), 7,9 per il cancro allo stomaco e 3,4 per il cancro della cervice (fonte: www.salud.chiapas.gob.mx/morta/PDF-SEED-2000/Jr-II). Gli indici di mortalità per l'anno 2001 sono: 24,9 per tutte le forme di tumore maligno (quarta causa di morte), 5,1 per il cancro allo stomaco e 2,9 per il cancro della cervice (fonte: come sopra). Non è dato di sapere perché il numero di decessi per tumore maligno nel 2001 sia inferiore a quello del 2000.

⁽¹¹⁾ Questa espansione si deduce dalle tabelle relative ai Dati Preliminari del 2000 pubblicate sul sito web della Secretaría de salud del Chiapas (www.salud.chiapas.gob.mx). Secondo questi dati, i Centri di salute, le Unità mediche rurali e le Unità mediche familiari presenti attualmente nei municipi indigeni ammontano complessivamente a 118.

⁽¹²⁾ La giurisdizione sanitaria di Comitán, nella parte meridionale dell'Altipiano, comprende la popolazione *ladina* residente nella città di Comitán (circa 70.000 abitanti) e una numerosa popolazione indigena di lingua tojolabal (maya), distribuita nelle aree rurali. Secondo i dati forniti dalla Secretaría de salud del Chiapas (www.salud.chiapas.gob.mx/morta/PDF-SEED-2000/Jr-III), i tumori maligni rappresentano la prima causa di morte nel dipartimento di Comitán (181 decessi nel 2000 con un tasso del 42,0 per 100.000 e 178 decessi nel 2001 con un tasso del 40,7) e, di nuovo, le forme più frequenti sono il cancro gastrico e quello cervico-uterino. La maggior concentrazione dei casi riguarda la città di Comitán (68 casi nel 2000 e 69 nel 2001). Si è notato in precedenza come l'Ospedale generale di Comitán (Secretaría de salud) avesse iniziato già da tempo, nel 1985, a condurre delle ricerche mirate sul cancro, in particolare il cancro gastrico, con la partecipazione di alcuni ricercatori dell'Università di Stanford in California. Questo spiega forse il fatto che il numero dei tumori maligni sia più alto rispetto al dipartimento di San Cristóbal, come riflesso di un'indagine più mirata e di una maggior attività di diagnosi.

⁽¹³⁾ Queste fonti sono le pagine web degli Istituti di cancerologia di Tutxla Gutiérrez e di Città del Messico, rispettivamente www.uicc.org/publ/directory/mxcecch.html e www.uicc.org/publ/directory/mxincan.html.

⁽¹⁴⁾ Per diagnosticare le malattie, i guaritori indigeni tastano il polso del paziente, appoggiando il dito pollice sulla parte interna del polso del malato, e ascoltano "ciò che il sangue dice". Poiché il sangue è la sede della forza vitale, che può essere integra o affievolita, esso rivela al guaritore la natura della malattia ("calda" o "fredda") e la sua causa (naturale o soprannaturale); gli fornisce inoltre le indicazioni circa il trattamento necessario (si veda, FABREGA H. JR. - SILVER D. B. 1973: 151-152).

⁽¹⁵⁾ Questa informazione è contenuta nell'articolo di Zurita e Zolla sulle malattie dermatologiche nella medicina tradizionale del Messico (ZURITA ESQUIVEL M. - ZOLLA C. 1986). Anche Orellana

(ORELLANA S. L. 1987: 122) riferisce che, durante il periodo coloniale, era presente in Guatemala una malattia chiamata *cancro*, che probabilmente corrispondeva alla sifilide. Nella medicina europea il termine cancro, o canchero, descriveva originariamente le ulcere cancrenose provocate dalla sifilide.

⁽¹⁶⁾ Campos (CAMPOS T. 1983: 217) riporta delle credenze simili tra i Maya tojolabal nella parte meridionale dell'Altipiano (regione di Comitán).

⁽¹⁷⁾ Nota linguistica: per convenzione, l'apostrofe nel corpo di una parola (') simbolizza la consonante glottale delle lingue maya, un suono plosivo che è percepito come un leggero schiocco.

⁽¹⁸⁾ Le interpretazioni locali del *chakal* non contraddicono la definizione generale, ma la arricchiscono con ulteriori dettagli. A Cancuc, per esempio, il termine *ishim chakal* indica un piccolo rigonfiamento o nodulo subcutaneo, mentre *chakal* si riferisce a un nodulo di medie dimensioni; *tum chakal* viene utilizzato per un nodulo più grosso ed è quasi un sinonimo di *apon*. A Tenejapa e Oxchuc, il termine *tsi'zim chakal* descrive una stringa di piccoli noduli purulenti sul collo. Alcuni medici ritenevano che il *tsi'zim chakal* corrispondesse alla tubercolosi gangliare.

⁽¹⁹⁾ Nel municipio di Tenejapa il termine *apon* non è molto usato. Al suo posto si utilizza il termine *chakal* per indicare quei disturbi che sono classificati come *apon* in altre comunità; il termine è accompagnato da un'espressione che specifica dove il tumore è localizzato, per esempio, *chakal ta ch'ut* indica un tumore nell'addome.

⁽²⁰⁾ Per quanto ho potuto osservare nel corso delle mie precedenti ricerche nel Chiapas, le conoscenze anatomiche dei Maya contemporanei non sono molto dettagliate. Mentre esistono molti termini indigeni per descrivere le parti esterne del corpo e le ossa corrispondenti, solo i principali organi interni e le loro funzioni sono conosciuti. Alcune persone però sembrano possedere una conoscenza maggiore dell'anatomia umana, che a volte ricalca quella conosciuta attraverso l'uccisione degli animali domestici. Secondo Elois e Brent Berlin (BERLIN E. A. - BERLIN B. 1996), le conoscenze degli indigeni tzeltal e tzotzil sull'anatomia e fisiologia umane sono molto più precise e dettagliate di quanto generalmente riportato nella letteratura etnografica, ma nemmeno questi autori trattano l'argomento in modo approfondito.

⁽²¹⁾ Il termine *pozlom* usato per indicare la malattia non deve essere confuso con la parola simile *poslom*. Quest'ultima descrive una luce che appare come sospesa sopra la cima di una collina, rivelando con ciò l'esistenza di un tesoro sepolto. Il termine *poslom* indica anche una sfera di fuoco che si muove velocemente attraverso il cielo o anche una stella cadente. I miei informatori tzotzil non distinguevano sempre la pronuncia delle due parole e tendevano ad usare il termine *pozlom* anche per la luce sospesa nell'aria.

Il mio uso della forma *pozlom* per indicare la malattia differisce da quello di altri autori che utilizzano, con un significato un po' diverso, le forme *poslom* o *pos lom* (FABREGA H. Jr. - SILVER D. B. 1973: 242, 432; HOLLAND W. 1963: 267, 285). Tuttavia, in una pubblicazione dell'OMIECH (1989: 50-53), il nome della malattia è scritto come *potzloom*. In questo articolo, ho adottato la dizione *pozlom* perché i miei informatori pronunciavano la parola in quel modo (cioè con una "z" dura). Solo un informatore bilingue la pronunciava come *poslom* (cioè, con una "z" dolce); le levatrici *ladinas* la pronunciavano sempre come *poslom*.

⁽²²⁾ Le caratteristiche "calde" o "fredde", che gli indigeni attribuiscono alle erbe medicinali, non si riferiscono tanto alla temperatura del decotto, ma descrivono piuttosto una qualità intrinseca o virtù curativa delle erbe. Nel loro studio delle classificazioni etnomediche delle diarree, Elois e Brent Berlin hanno notato che, ad esclusione degli stati febbrili, la maggior parte delle malattie riconosciute dagli indigeni tzeltal e tzotzil sono qualificate come "fredde" e di conseguenza sono trattate con rimedi considerati "caldi". Secondo questi autori, la prevalenza delle malattie "fredde" si spiega non solo con il fatto che gli agenti naturali come il freddo, il vento e la pioggia sono considerati cause frequenti di infermità. Ancora più importante è il fatto che, nelle concezioni indigene, ogni malattia rappresenta un evento (anche se non irreversibile) che avvicina alla morte, lo stato "freddo" finale. Anche dal punto di vista linguistico c'è uno stretto rapporto tra malattia e morte, in quanto la parola *chamel* (malattia) deriva dalla radice verbale *cham* (morire) (BERLIN E. A. - BERLIN B. 1996: 55).

⁽²³⁾ Le concezioni indigene dell'anima sono state descritte ampiamente nella letteratura etnografica sull'Altipiano del Chiapas (per esempio, GUTTERAS-HOLMES C. 1961: 297-306; VOGT E. 1969: 369-

374). Come discusso da Gossen nel suo articolo su Chamula (GOSSEN G. H. 1994), queste concezioni possono essere abbastanza complesse. In termini molto generali, gli indigeni distinguono tra un'anima interna (*ch'ulel*) e un'anima animale o "co-essenza", rappresentata dall'animale compagno di un individuo: questo è chiamato *lab* in tzeltal e *chanul* o *wayel* in tzotzil (a volte è utilizzato anche il termine *nagual*, che deriva dal nahuatl, la lingua degli Aztechi, oggi in uso nel Messico centrale). Entrambi i tipi di anima possono venir perduti o feriti, portando malattia o sfortuna alla persona. Quando i miei informatori definivano il *pozlom* come una malattia dell'anima [*una enfermedad del espíritu*], si riferivano al *ch'ulel*, non all'anima animale.

⁽²⁴⁾ Sebbene tutti i guaritori e le levatrici tzotzil, che ho intervistato, ritenessero che i sogni di seduzione sessuale fossero abbastanza frequenti, non sono riuscita a raccogliere delle testimonianze dirette nel 1992. Tuttavia, nel corso della mia ricerca precedente nella comunità di Yochib (1987-1988), due donne tzeltal mi avevano raccontato di queste esperienze. Le donne descrissero i loro sogni come delle esperienze terrorizzanti. L'entità o la forza che si impadroniva di loro ("*me agarraba*") era così schiacciante ("*me prensaba*") che esse si sentivano paralizzate e incapaci di chiedere aiuto. Le descrizioni delle due donne suggeriscono che, almeno in certi casi, questi sogni possano essere qualcosa di più o di diverso dall'espressione onirica di impulsi sessuali repressi e che possano invece implicare un'esperienza, simile alla trance, di possessione da parte di spiriti disincarnati. Il terrore paralizzante e l'incapacità di articolare le parole sono reazioni che le persone sperimentano anche negli incontri notturni con degli spiriti potenzialmente pericolosi come l'*Hik'al* o Uomo Nero, il *Sombrerón* e la *Pak'inte*, una donna dall'aspetto indigeno, che ammalia gli uomini e poi li abbandona nel bosco in uno stato di semi-incoscienza.

Nella letteratura etnografica sul Chiapas, i *malos sueños* sono stati considerati per lo più come comuni incubi o come sogni particolarmente gravosi. Il materiale da me raccolto, per quanto limitato, suggerisce invece delle analogie con un tipo simile di sogno che è stato documentato tra gli Iban del Borneo da Derek Freeman, il quale ne ha fornito una interpretazione psicoanalitica (FREEMAN D. 1967). Nella comunità di Yochib, i sogni di seduzione sessuale erano chiamati *monos de la noche* ("scimmie della notte"). Questa definizione si accorda con la mitologia dei Tzotzil, in cui le scimmie sono associate con il Pukuh (diavolo) e altri spiriti malvagi (BRICKER REIFLER V. 1973: 93, 128). Nel Carnevale di Chamula, i cosiddetti *Monos* ("Scimmie", cioè uomini con un copricapo di pelo di scimmia) rappresentano i demoni che tormentavano Gesù nel deserto.

⁽²⁵⁾ Secondo i medici dei servizi rurali, alcuni casi di *pozlom* delle gambe potevano corrispondere all'osteomielite (una grave infezione delle ossa e del midollo osseo), una malattia frequente tra gli indigeni. Le descrizioni di forme acute del *pozlom* delle gambe, fornite da alcuni guaritori e levatrici, confermavano questa interpretazione.

Riferimenti bibliografici

- BALSHEM Martha (1991), *Cancer, control, and causality: Talking about cancer in a working-class community*, "American Ethnologist", vol. 18, n. 1, 1991, pp. 152-172.
- BERLIN Eloise Ann - BERLIN Brent (1996), *Medical ethnobiology of the Highland Maya of Chiapas, Mexico*, Princeton University Press, Princeton (New Jersey).
- BRICKER REIFLER Victoria (1973), *Ritual humor in Highland Chiapas*, University of Texas Press, Austin (Texas).
- CAMPOS Teresa (1983), *El sistema médico de los Tojolabales*, vol. 3, pp. 195-234, in RUZ Mario H. (curatore), *Los legítimos hombres*, UNAM, Città del Messico.
- CANCIAN Frank (1965), *Economics and prestige in a maya community*, Stanford University Press, Stanford (California).
- CHAVEZ Leo R. - HUBBELL F. Allan - McMULLIN Juliet M. - MARTINEZ Rebecca G. - MISHRA Shiraz I. (1995), *Structure and meaning in models of breast and cervical cancer risk factors: a comparison of perceptions among Latinas, Anglo Women, and Physicians*, "Medical Anthropology Quarterly", nuova serie, vol. 9, n. 1, marzo 1995, pp. 40-74.

- DOLL Sir Richard - ARMSTRONG Bruce (1981), *Cancer*, pp. 93-110, in TROWELL H. C. - BURKITT D. P. (curatori), *Western diseases: their emergence and prevention*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts).
- EBER Christine (1995), *Women and alcohol in a Highland maya town. Water of hope, water of sorrow*, ediz. riveduta e ampliata, University of Texas Press, Austin (Texas).
- EBER Christine (2001), "Take my water": liberation through prohibition in San Pedro Chenalhó, Chiapas, Mexico, "Social Science & Medicine", vol. 53, n. 2, 2001, pp. 251-262.
- ELIADE Mircea (1974 [1951]), *Lo sciamanismo e le tecniche dell'estasi*, traduz. dal francese, Edizioni Mediterranee, Roma [ediz. orig.: *Le chamanisme et les Techniques archaïques de l'extase*, Paris, 1951].
- FABREGA Horacio Jr. - SILVER Daniel B. (1973), *Illness and shamanistic curing in Zinacantan*, Stanford University Press, Stanford (California).
- FREEMAN Derek (1967), *Shaman and incubus*, vol. IV, pp. 315-343, in MUENSTERBERGER Warner - AXELRAD Sidney (curatori), *The psychoanalytic study of society*, International Universities Press, New York.
- GOOD DELVECCHIO Mary-Jo - GOOD Byron J. - SCHAFFER Cynthia - LIND Stuart E. (1990), *American oncology and the discourse on hope*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", vol. 14, n. 1, 1990, pp. 59-79.
- GOSSEN Gary H. (1994), *From Olmecs to Zapatistas: A once and future history of souls*, "American Anthropologist", vol. 96, n. 3, 1994, pp. 553-570.
- GUIERAS-HOLMES Calixta (1961), *Perils of the soul: the world view of a Tzotzil Indian*, The Free Press of Glencoe, New York.
- HALPERIN David C. - BELGRADE M. E. - MOHAR Alejandro (1988), *Stomach cancer cluster in Mexico. letter to the editor*, "The Lancet", vol. 1, n. 8593, 7 maggio 1988, p. 1055.
- HARMAN Robert (1974), *Cambios médicos y sociales en una comunidad maya Tzeltal*, INI, Città del Messico.
- HOLLAND William (1963), *Medicina maya en los Altos de Chiapas*, INI, Città del Messico.
- HUNT Linda M. (1994), *Practicing oncology in provincial Mexico: a narrative analysis*, "Social Science & Medicine", vol. 38, n. 6, 1994, pp. 843-853.
- HUNT Linda M. (1998), *Moral reasoning and the meaning of cancer: causal explanations of oncologists and patients in Southern Mexico*, "Medical Anthropology Quarterly", nuova serie, vol. 12, n. 3, settembre 1998, pp. 298-318.
- MANNING Peter K. - FABREGA Horacio Jr. (1973), *The experience of self and body: health and illness in the Chiapas Highlands*, pp. 251-301, in PSATHAS George (curatore), *Phenomenological sociology. Issues and applications*, John Wiley & Sons, New York.
- McVAY Cynthia - VOGT Evon (1988), *Some contours of social class in a Southern Mexican town*, "Ethnology", vol. 27, n. 1, 1988, pp. 27-44.
- MENEGONI Lorenza (1991), *Tuberculosis and health care in Highland Chiapas, Mexico: an ethnographic Study* (tesi per il Ph.D., New School for Social Research, New York), UMI, Ann Arbor (Michigan).
- MENEGONI Lorenza (1993), *Conflitto religioso e pratiche mediche. Rapporto su una comunità maya*, "Etnoantropologia", anno I, n. 1, giugno 1993, pp. 130-148.
- MENEGONI Lorenza (1996), *Conceptions of tuberculosis and therapeutic choices in Highland Chiapas, Mexico*, "Medical Anthropology Quarterly", nuova serie, vol. 10, n. 3, settembre 1996, pp. 381-401.
- MENEGONI Lorenza - HENDERSHOTT Carmen (1992), *The challenge of health care provision: a case study from Mexico*, "Dialectical Anthropology", vol. 17, n. 3, 1992, pp. 199-214.
- NASH June (1970), *In the eyes of the ancestors*, Yale University Press, New Haven (Connecticut).
- OMIECH (1989), *Memorias del cuarto encuentro de médicos indígenas del Estado de Chiapas*, OMIECH, San Cristóbal de Las Casas (Chiapas).
- ORELLANA Sandra L. (1987), *Indian medicine in Highland Guatemala. The pre-hispanic and colonial periods*, University of New Mexico Press, Albuquerque (New Mexico).

SECRETARÍA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA [Ssa] (1990), *Programa de prevención y control del cáncer*, Dirección General de Medicina Preventiva - Ssa, Città del Messico.

SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE CHIAPAS (1992), *Programa de prevención y control del cáncer cérvico uterino y mamario*, Ssa, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

VOGT Evon (1969), *Zinacantan: A Maya Community in the Highlands of Chiapas*, Harvard University Press, Cambridge (Massachusetts).

ZURITA ESQUIVEL Maritza - ZOLLA Carlos (1986), *Enfermedades dermatológicas en la medicina tradicional de México*, "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana", vol. 101, n. 4, 1986, pp. 339-345.

Scheda sull'Autrice

Lorenza Menegoni, nata a Borgo Valsugana (provincia di Trento) il 28 marzo 1948, si è laureata in sociologia presso l'Università degli studi di Trento nel 1978. Ha poi continuato i suoi studi in antropologia presso la Graduate Faculty della New School for Social Research di New York, specializzandosi in antropologia medica. Nel 1985 ha ottenuto il Master e nel 1990 il Ph.D. (Dottorato di ricerca). Come parte del suo training, ha condotto ricerche sul campo in Messico, studiando il problema della tubercolosi nelle comunità maya del Chiapas (febbraio 1987-luglio 1988). Ricercatrice in campi diversi, si è occupata del fenomeno della stregoneria europea e sta ora conducendo studi sullo sciamanismo. È insegnante accreditata e membro della Foundation for Shamanic Studies (Mill Valley, California), abilitata ad insegnare, in Italia, seminari di base e avanzati nel *core shamanism*, l'approccio transculturale sviluppato dall'antropologo statunitense Michael Harner.

I suoi studi in antropologia culturale si sono concentrati sull'area della Mesoamerica (Messico e Guatemala). Le sue ricerche in antropologia medica si sono focalizzate sui problemi di salute in paesi in via di sviluppo, sulle concezioni e pratiche mediche nelle società indigene e sul rapporto tra la medicina occidentale e le medicine tradizionali. Attualmente i suoi interessi si concentrano sullo studio dello sciamanismo, sia nelle sue forme classiche o tradizionali, che nelle sue forme occidentali moderne.

Fra le sue pubblicazioni: *The challenge of health care provision: a case study from Mexico*, co-autrice Carmen Hendershott, "Dialectical Anthropology", vol. 17, n. 3, 1992, pp. 199-214 / *Conflitto religioso e pratiche mediche. Rapporto su una comunità maya*, "Etnoantropologia", anno I, n. 1, giugno 1993, pp. 130-148 / (curatrice e traduttrice) HARNER Michael, *La via dello sciamano*, Edizioni Mediterranee, Roma, 1995 [ediz. orig.: 1980] / *Conceptions of tuberculosis and therapeutic choices in Highland Chiapas, Mexico*, "Medical Anthropology Quarterly", nuova serie, vol. 10, n. 3, settembre 1996, pp. 381-401 / *Introduzione*, pp. v-xxviii, in LELAND Charles G., *Aradia, il Vangelo delle streghe*, a cura di Lorenza MENEGONI, Leo S. Olschki Editore, Firenze, 1999 (Collana "Lares"), [ediz. originale, London, 1899] / (curatrice e traduttrice) COWAN Tom, *Sciamanismo: una pratica spirituale per la*

vita quotidiana, Edizioni Crisalide, Latina, 2000 [ediz. orig. inglese 1996] / (curatrice) INGERMAN Sandra, *Il recupero dell'anima. Tecniche sciamaniche per risanare il Sé frammentato*, Edizioni Crisalide, Latina, 2001 [ediz. orig. inglese 1991] / *Lo sciamanismo transculturale: la pratica sciamanica contemporanea nell'approccio di Michael Harner*, "Uomini e Idee", nuova serie, anno XLIV, n. 11, aprile 2002, pp. 105-112 / *Metodologie del Core Shamanism: sciamanismo transculturale*, "Anthropos & Iatria", anno VII, n. IV, ottobre-dicembre 2003, pp. 89-96 / (curatrice) INGERMAN Sandra, *Medicina per la Terra*, Edizioni Crisalide, Latina, 2004 [ediz. orig. inglese: 2000].

Riassunto

Le concezioni del cancro tra gli indigeni Maya del Chiapas, Messico

Questo articolo discute il problema del cancro tra la popolazione Maya dell'Altipiano del Chiapas, cercando di considerarne sia gli aspetti epidemiologici che quelli socioculturali. L'articolo si focalizza in modo particolare sulle interpretazioni di questa malattia nella cultura medica indigena e sulle categorie che essa ha sviluppato per descrivere i processi di crescita e/o degenerazione di organi e tessuti. I dati etnografici presentati mostrano come i concetti biomedici di cancro siano ancora poco conosciuti dagli indigeni e come vengano quindi reinterpretati nei termini delle concezioni a loro più familiari. Illustrano inoltre le difficoltà che i pazienti indigeni incontrano nell'ottenere terapie adeguate. A conclusione, l'articolo offre dei suggerimenti per rendere più efficaci le attività di informazione e i programmi di assistenza ai pazienti indigeni malati di cancro.

Résumé

Les conceptions du cancer chez les indigènes Maya du Chiapas, Mexique

Dans cet article, l'auteur considère le problème du cancer dans la population Maya du haut plateau du Chiapas et elle s'efforce de prendre en compte à la fois les aspects épidémiologiques et les aspects socioculturels. Elle insiste en particulier sur les interprétations de cette maladie dans la culture médicale indigène et sur les catégories qu'elle a développées pour décrire les processus de croissance et/ ou de dégénération des organes et des tissus. Les données ethnographiques présentées montrent que les notions biomédicales de cancer sont encore peu connues des indigènes et qu'elles sont donc réinterprétées dans les termes des conceptions qui leur sont plus familières. Elles indiquent aussi les difficultés auxquelles se heurtent les patients indigènes pour obtenir des soins appropriés. Pour conclure, l'auteur suggère quelques moyens de rendre plus efficaces les activités d'information et les programmes d'assistance des patients indigènes atteints de cancer.

Resumen

Las concepciones sobre el cáncer de los indígenas Maya de Chiapas, México

Este artículo discute el problema del cáncer entre la población Maya de los Altos de Chiapas, tratando de considerar tanto los aspectos epidemiológicos como socioculturales de la enfermedad. El artículo se focaliza en las interpretaciones del cáncer en la cultura médica indígena y analiza las diferentes categorías etnomédicas que se refieren a los procesos de crecimiento y/o degeneración de los órganos y tejidos. Los datos etnográficos presentados muestran como los conceptos biomédicos de cáncer todavía sean poco conocidos entre los indígenas y por tanto como sean reinterpretados según sus propias concepciones tradicionales. Ilustran también los obstáculos que los pacientes indígenas encuentran en la búsqueda de tratamiento adecuado. En fin, el artículo sugiere unas maneras para mejorar y hacer más efectivas las actividades de información y los programas de asistencia para los pacientes indígenas que padecen de cáncer.

Abstract

Conceptions of cancer among the the Maya Indians of Chiapas, Mexico

This article discusses the problem of cancer among the Maya population of Highland Chiapas, trying to consider both the epidemiological and sociocultural aspects of the disease. The article focuses on the indigenous interpretations of this illness and analyzes a group of ethnomedical categories that refer to processes of growth and/or degeneration of organs and tissues. As the ethnographic data show, biomedical concepts of cancer are only partially known to Indians; they are often reinterpreted in more familiar, traditional terms. The data also illustrate the various obstacles that Indian patients encounter in their search for therapy. Finally, the article suggests ways for providing better information and improving the provision of health care for Indian patients with cancer.

