

All'origine del male: il carcelazo.

Corpo, persona e malattia fra i reclusi del carcere di San Pedro (La Paz, Bolivia)

Francesca Cerbini

dottore di ricerca in Etnologia ed etnoantropologia (Sapienza Università di Roma) e in Storia (Universidad Complutense de Madrid) / ricercatrice presso il Centro de ciências da saúde, Universidade estadual do Ceará (Fortaleza, Brasil)
[francescacerbini@gmail.com]

Premessa

Prima di trattare le tematiche principali di questo articolo è necessario fare una breve premessa sul peculiare funzionamento del carcere di San Pedro, sebbene non sia possibile in questa sede dare conto di tutte le anomalie che concernono l'applicazione della legge, la gestione dello spazio carcerario e l'organizzazione interna dei detenuti, praticamente indipendenti e autogestiti.

Situato nel cuore della città di La Paz, questo penitenziario, dalla sua costruzione alla fine del 1800 sino ad oggi, non è mai stato oggetto di una vera e propria ristrutturazione, per cui è un luogo fatiscente e, sia nell'aspetto logistico che gestionale, è stato, di fatto, lentamente abbandonato dallo Stato. Inficiando la nozione stessa di "giustizia", le leggi vigenti si applicano senza tener conto delle effettive condizioni di vita a cui sono costretti i detenuti, considerando inoltre che la corruzione, il razzismo e il classismo assicurano pene lievi o addirittura l'impunità ai ceti ricchi, che dunque difficilmente vivono l'esperienza del carcere.

I circa 1500 reclusi, che eccedono di gran lunga il numero di persone che tale struttura potrebbe ospitare, si sono dovuti adattare, rimodellando essi stessi gli spazi in base alle proprie necessità e alla disponibilità economica. Per cui oggi San Pedro è formato da poche celle lussuose e da una moltitudine di tuguri affastellati ovunque è stato possibile costruire. Il risultato è un agglomerato di minuscole residenze che si affacciano su viuzze e corridoi stretti e oscuri, che hanno cancellato del tutto quella concezione dello spazio razionale, sicura e "scientifica" del progetto ot-

tocentesco. Analogamente, si sono “dissolti” anche i principi positivistici secondo cui il penitenziario, liberato dal castigo inteso come supplizio e sofferenza fisica, doveva essere un luogo di riabilitazione “morale” e “sociale” della persona, attraverso tutta una serie di “tecniche minuziose sul corpo” volte a plasmare l’agire e il sentire del recluso (FOUCAULT M. 2005 [1975]).

A San Pedro i detenuti possono circolare liberamente⁽¹⁾, assumere alcol e droga, mangiare nei ristoranti, organizzare un’attività, lecita o illecita, vivere di rendita e addirittura risiedere nel carcere con la propria famiglia. Ciò potrebbe suscitare la grata sensazione che sia svanito quel meccanismo di rigido controllo che regola la vita nel panottico, così com’è stato mirabilmente descritto da Michel Foucault. Tuttavia, solamente lo sguardo distratto di chi vive “fuori” e guarda “dentro” potrebbe non accorgersi che invece quelle “tecniche del corpo”, lungi dall’essere obsolete, si sono affinate, si sono anch’esse adattate alla peculiarità di questo carcere, “mimetizzate” con l’apparente maggiore libertà di cui, in teoria, i reclusi godrebbero. Invece, contrariamente alle apparenze, a San Pedro vige un sistema sociale speculare a quello esteriore, in cui la maggioranza dei reclusi, abbandonati e indigenti già prima della cattività, sono travolti dalla mancanza di una cella, un letto o un cibo nutriente e sufficiente; servizi fondamentali che, per logica, dovrebbero essere gratuiti e assicurati dall’istituzione e invece si ottengono solo a pagamento. Questo stato di cose produce nei bisognosi un malessere profondo e lacerante, unito alla presa di coscienza di trovarsi in una vera e propria trappola per topi, in cui l’unica possibilità di sopravvivenza è porsi al servizio dei “capi”, ossia i reclusi che risiedono al vertice del potere di questa piccola società, o alla mercé di coloro che ricevono sostegno economico dall’esterno.

Dominati da una “giustizia” arbitraria, che come è noto si applica in modo sommario e benevolo con le persone agiate, mentre è spietata e ingannevole con i settori più deboli e svantaggiati della società, i reclusi hanno vissuto e continuano a vivere senza possibilità e senza speranze. Proprio questi fattori, in sostanza, saranno all’origine delle patologie del carcere, o il *carcelazo*, come dicono i reclusi, eco di un dramma sociale di enormi dimensioni e che precede la reclusione, diluito nella biografia accidentata e disperata di coloro che si sono macchiati per lo più di crimini marginali o “minori”.

Anche se all’interno di questo penitenziario non ci sono i grandi narcotrafficienti, i politici corrotti o i cosiddetti “colletti bianchi”, bianchi anche nella pelle, si sono ricreati privilegi e classi sociali e, dunque, ineguaglianze e razzismo. Certi spazi sono esclusivi, abitati da pochi

detenuti più facoltosi che vivono con tutti i comfort, inimmaginabili per la moltitudine, che invece trascorre il periodo di detenzione in ambienti angusti e insalubri.

La quasi totale assenza di assistenza medica è una delle carenze più gravi, sebbene venga percepita dai reclusi con maggiore indulgenza rispetto ad altre mancanze; in parte perché c'è un'altissima percentuale di detenuti "preventivi", dunque non ancora giudicati in via definitiva, per la quale le preoccupazioni legate al processo in corso prendono il sopravvento su ogni altra questione; in parte perché la popolazione carceraria è abituata già prima della reclusione al mal funzionamento del sistema sanitario boliviano. I detenuti provengono in gran parte dalle aree rurali limitrofe alla città di La Paz (CICR 2006: 15), parlano *aymara* come lingua madre e mostrano nei confronti del sistema biomedico un atteggiamento sfiduciato e diffidente, simile a quello registrato nei territori di provenienza, in cui l'autocura o il ricorso al medico tradizionale sono di gran lunga le opzioni sanitarie più sperimentate (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1999, 2008; RAMÍREZ HÍTA S. 2005, 2009; MENÉNDEZ E.L. 2002). Dunque, essi tendono a non confidare nel medico della *posta sanitaria*, data anche la sua scarsissima capacità risolutiva, dovuta al sovraffollamento di pazienti che chiedono di essere curati soltanto con i pochi medicinali gratuiti a disposizione. Infatti, lo stato di indigenza in cui versano molti reclusi impedisce loro di impiegare le poche risorse nella cura, anche nel caso in cui ci si possa rivolgere a un medico tradizionale (*yatiri*), anch'egli recluso. Così, se il proprio stato di salute non è gravemente pregiudicato, in genere non si prendono provvedimenti e chi non presenta un quadro clinico grave, chi non è considerato un'"emergenza", deve attendere di diventarlo per aspirare a ricevere attenzioni sanitarie da parte dell'istituzione penitenziaria.

Questa situazione alimenta anche in carcere l'idea, diffusissima fra le popolazioni urbane marginali della Bolivia, che all'ospedale si va solo per "morire" (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 2006) e che dunque chi esce dal penitenziario per curarsi probabilmente non vi tornerà più. Ed è abbastanza verosimile che in genere i reclusi non facciano ritorno, poiché si concede l'uscita con il permesso immediato del governatore del carcere di San Pedro solo ai malati gravi o "urgenti", cioè i moribondi. In tutti gli altri casi è indispensabile l'approvazione del giudice, che si ottiene attivando una burocrazia complessa e farraginosa, che spesso deve essere "agevolata" dal denaro per corrompere i funzionari. Molti reclusi non possono permettersi determinate spese e comprendono a stento il complicato linguaggio della burocrazia e della legge, per cui la cura "istituzionalizzata" si rivela

in genere piuttosto umiliante e costosa, ed è quindi una soluzione impraticabile.

Appare evidente allora, oltre ogni altra considerazione, che il detenuto a San Pedro è un individuo “speciale”, un “homo sacer” si direbbe, che vive in un inframondo legale svuotato di diritti, per cui è possibile privarlo di tutto, anche della vita (AGAMBEN G. 2008 [1995]).

Come vedremo nei seguenti paragrafi, il caso di Antonio Mamani e di tutti coloro che, come lui, sono affetti dalla patologia del *carcelazo* e dai disturbi che ne derivano, si iscrive nel contesto brevemente descritto. Proprio a partire da esso, infatti, certe malattie assumono un particolare significato da cui scaturisce una critica profonda al sistema penitenziario e, in una prospettiva più generale, fanno luce sul concetto di “sofferenza sociale” espresso attraverso il linguaggio del corpo (KLEINMAN A. - DAS, V. - LOCK M., cur., 1997).

I reclusi dunque, speculando sull'origine e sulle ragioni del malessere, manifestano il loro modo di vivere la disuguaglianza, la stigmatizzazione, la paura e la necessità, e in tal modo mostrano i meccanismi attraverso i quali l'ingiustizia sociale arriva ad essere “incorporata” nell'individuo, trasformandosi in una determinata patologia. Il paradigma dell'incorporazione (CSORDAS T. 1990; SCHEPER HUGHES N. - LOCK M. 1987; GOOD B. 2006), dunque, come vedremo, svela in che modo la dimensione intima e personale della malattia possa assumere un significato più ampio, capace di dar conto di quelle forze sociali, economiche e politiche che hanno devastato le vite dei reclusi e quelle dei propri cari.

Il caso Mamani⁽²⁾

«Si immagini ora un uomo a cui, insieme con le persone amate, vengano tolti la sua casa, le sue abitudini, i suoi abiti, tutto infine, letteralmente tutto quanto possiede: sarà un uomo vuoto, ridotto a sofferenza e bisogno, dimentico di dignità e discernimento, poiché accade facilmente, a chi ha perso tutto, di perdere se stesso»

Primo Levi, *Se questo è un uomo*

Antonio Mamani versava in un tale stato di prostrazione, che impietosì persino i suoi vicini di cella, abituati a vedere uomini in condizioni disperate. Diagnosticarono nell'amico una forma particolarmente grave di *carcelazo*, contratto dopo aver ricevuto una sentenza di trent'anni senza indulto, ovvero il massimo della pena:

«La giustizia, sappiamo che è per quelli con i soldi... non entrano in carcere, ci siamo solo quelli senza soldi, soprattutto i contadini [...] Entrare in carcere è brutto, fa male, pensi pensi e ti ammali, ormai tutta la vita [...] la mia famiglia non viene, ti abbandonano... solo, qui stai male, ti ammali» (Antonio Mamani, 1 aprile 2008)⁽³⁾.

Ormai completamente scoraggiato dagli eventi, Antonio Mamani ha perso fiducia nella giustizia e, contrariamente a quanto in genere fanno i reclusi nei momenti più difficili, ha anche deciso di allontanarsi da qualsiasi culto. Secondo lui, era probabilmente vittima del *susto*⁽⁴⁾:

«Il mio *ajayu*⁽⁵⁾ se ne va quando ci spaventiamo e non credo che sia tornato, perciò la gente è mezza impazzita, senza *ajayu*. Siamo diversi qui dentro, mezzi matti ormai [...] Per questo si chiama carcere, la gente cambia molto il suo carattere» (Antonio Mamani, 1 aprile 2008).

Dopo sette anni di reclusione i parenti ormai non andavano più a visitarlo. Suo padre, per esempio, era molto anziano e non poteva percorrere il lungo cammino che quasi dalla frontiera col Cile conduce a La Paz, mentre sua madre era morta di “bile” due anni prima. Nella vescica biliare⁽⁶⁾ le si era accumulato tutto il dispiacere per la reclusione e per l'ingiusta sentenza del figlio e dunque, non potendo più sopportare questo dolore, l'organo è scoppiato causando il decesso della donna.

La mancanza dei familiari, inoltre, produce un malessere specifico, chiamato *amartelo*:

«Quando le famiglie non vengono, no? E quando abbiamo l'amartelo, abbiamo l'anemia urgente. Sembra che ho proprio l'anemia [...] tutto il corpo mi fa male...la testa mi fa male...a volte, quando vedo il cibo, mi fa schifo il cibo [...] della testa sto male, del cuore pure [...] Avevo due figli, piango anche per loro [...] Quando piensiamo [*sic*], molto, il cervello sembra che si stanca, abbiamo eliminato il cervello [...] Fuori non sapevo cos'era la malattia, e invece entrando qui molti si ammalano» (Antonio Mamani, 9 aprile 2008).

I familiari dunque non vogliono visitarlo:

«Dicono che hanno paura di entrare in carcere. Mio cugino un giorno è venuto, dice che arrivato fino alla porta e siccome i pazzi stavano gridando [...] ha avuto paura e ha pensato che siamo tutti così qui dentro. Ma non siamo tutti così» (Antonio Mamani, 9 aprile 2008).

L'*amartelo* è un'afflizione che è possibile curare procurandosi un indumento indossato dalla persona che si vuole vicina:

«Bisogna lavare e bisogna bere [...] ne prendi un cucchiaino [dell'acqua del lavaggio] e ti dimentichi [...] i vestiti sporchi dei miei figli, di mia madre. Solo questa è la medicina per l'amartelo» (Antonio Mamani, 23 aprile 2008).

Così, infatti, si ingeriscono in piccole quantità le sostanze espulse dall'organismo dei propri cari e in questo modo esse entrano in circolo nella fisiologia del malato di *amartelo* il quale, attraverso questa fusione, allevia la pena tremenda della perdita delle persone care.

Come in genere succede in simili circostanze, Antonio Mamani, avendo dovuto sostenere le spese legali per il processo, ha perso anche tutti i suoi risparmi, e perciò non poteva più permettersi di impiegarli nelle cure mediche. Ma voleva sapere almeno il nome della sua malattia, e dunque si era rivolto a tutti gli specialisti disponibili nel carcere di San Pedro: il medico della *posta sanitaria*, il medico forense, la naturista, che ogni giovedì e domenica entrava per vendere i suoi unguenti e le erbe medicinali, e lo *yatiri*, lo specialista rituale recluso.

Le cure del medico della *posta sanitaria* si rivelarono inutili o addirittura nocive quando Antonio ha ingerito il doppio della dose prescritta di farmaci, pensando che in maggior quantità fossero più efficaci⁽⁷⁾.

La visita con lo *yatiri* fu ugualmente deludente poiché, sebbene diagnosticò nel paziente il *susto* e la perdita dell' *ajayu*, gli chiese una cifra molto esosa per il trattamento che avrebbe portato al suo recupero, sperando che il suo paziente avesse una famiglia disposta a pagare.

In teoria, Antonio Mamani aveva diritto a chiedere il permesso per la visita medica *extra muros*. Era necessario il consenso del medico forense, il quale doveva recarsi da Antonio entro le 48 ore previste dalla legge, e invece non arrivò che due settimane dopo, per giunta chiedendo al paziente una cifra esorbitante per rendere più "promettente" la richiesta al giudice.

Quando la famiglia non si occupa del parente detenuto in pratica non c'è diritto o burocrazia che resista alla negligenza o alla corruzione. La richiesta relativa al caso di un recluso senza parenti rimane sepolta fra le scartoffie della scrivania del funzionario, finché qualcuno non elargisce il denaro necessario per la sua riesumazione:

«[Il medico legale] voleva 100 boliviani⁽⁸⁾ e quando sarei uscito altri 100 boliviani. Io alla fine non ho detto niente, mi sono scoraggiato completamente. La prima cosa che mi ha chiesto: "Viene la tua famiglia?"» (Antonio Mamani, 15 maggio 2008).

Nel carcere le visite mediche erano gratuite ma si prescrivevano unicamente i medicinali donati dal padre Filippo Clementi, il parroco italiano della chiesa cattolica del penitenziario. Siccome i mali dei reclusi si dovevano adeguare ai rimedi, la capacità risolutiva del medico era molto limitata e la maggior parte delle volte si limitava a somministrare calmanti ed analgesici. Perciò Antonio Mamani manifestava spesso delle perplessità

riguardo alla sua reale possibilità di guarigione e faceva molto affidamento sui suoi sogni, che considerava come una premonizione-guida per gli avvenimenti futuri.

Si rivelava utile prestare attenzione anche alle malattie degli altri che assomigliavano alle proprie, in modo da poter ingerire le stesse medicine, seguirne consigli e spartire le speranze di recuperare un certo benessere. Oscar Huanca, per esempio, affetto da sintomi simili ai suoi, probabilmente soffriva di “bile”. Era inappetente, sentiva un peso sullo stomaco e più in alto, vicino al cuore:

«Molti hanno la bile qui. Bisogna operarsi, è collera, come un palloncino cresce quando ci arrabbiamo [...] Quando è avanzata [la malattia] arriva al cuore, come un palloncino, lo vuole coprire, è una sacchetta che se ci arrabbiamo, cresce sempre di più»⁽⁹⁾ (Antonio Mamani, 1 aprile 2008).

Antonio non sapeva dire se anche lui era affetto dalla malattia di “bile”, così come sua madre e molti dei suoi compagni internati. L'oppressione che sentiva, il pianto e il “*reniego*”, cioè una sorta di rabbia repressa, facevano pensare che potesse essere vittima del medesimo male. Lui sottolineava in particolare la perdita della forza e, nell'ultima intervista, dipingeva la sua situazione con parole drammatiche:

«Siamo in carcere come morti, la famiglia non viene più, ci dimenticano. Fuori non sapevo cos'era la malattia. Qui ci sentiamo tristi, siamo in un altro modo, diversi. Qualcuno è allegro, ma noi siamo tristi, quasi non mangiamo. Quando arrivano i nuovi, vengono i loro parenti con cibi buoni, portati da fuori, e noi ne vorremmo...vengono...ma i reclusi antichi [chi è in carcere già da tempo] non hanno i parenti, si dimenticano, non riceviamo più visite.

D. *Che vuol dire siamo in un altro modo?*

Non mi sento come quando ero fuori, fuori è diverso, non è uguale. Qui puzza, fuori no [...] Fuori c'è l'aria aperta, qui no. Possiamo andare al cortile, ma viviamo come conigli che vanno e vengono, e non c'è aria»⁽¹⁰⁾ (Antonio Mamani, 15 maggio 2008).

Nel suo “itinerario terapeutico”⁽¹¹⁾ le convinzioni riguardanti l'origine della sua malattia si consolidavano e si modificavano quotidianamente, perché Antonio Mamani prestava grande attenzione ai commenti dei suoi vicini di cella. Ma in un ambiente così eterogeneo come il carcere di San Pedro si concentrano le teorie più disparate sul perché delle cose, delle persone e delle loro affezioni. Ogni scenario curativo produce una diagnosi e trascina con sé un immaginario e un bagaglio di soluzioni per ritrovare la salute, in un vuoto generalizzato di punti di riferimento (la famiglia, la comunità, lo specialista di fiducia, etc.) che in condizioni

normali, ovvero fuori, i malati hanno la possibilità di creare intorno a sé (MENÉNDEZ E. L. 1990). Ma allora, cos'era questo male misterioso, chiamato *carcelazo* dai compagni di Antonio Mamani?

Per definirlo, dovremmo in primo luogo chiederci “se questo è un uomo”, quando della vita di Antonio Mamani non è rimasto nulla. Poi, è necessario andare oltre la prigione, facendo riferimento ai significati del corpo e del concetto di persona nel contesto andino (ABSÍ P. 2005, ALLEN C. 1982, ARNOLD D. 1992, BASTIEN J. 1985, BERNAND C. 1986, CANESSA A. 2006, FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1995, 1999, 2004, GOSE P. 2001, OBLITAS POBLETE E. 1963, RAMÍREZ HITA S. 2005, 2009, SPEDDING A. 1994, 2004, 2005). Si capirà allora che questo suo dolore impreciso, il *carcelazo*, implica, come vedremo, un problema di salute e una questione di identità.

Il carcelazo

Il termine *carcelazo* si apprende in carcere nel proprio circolo di amici e conoscenti e si diffonde quando qualcuno sembra mostrare i sintomi rivelatori della malattia. Il vocabolo si impiega poco fra coloro che provengono dalle zone rurali del paese, come i “*campesinos*” oppure, come dicono in modo dispregiativo, gli “*indios*”, cioè le persone di provincia, o chi da poco è emigrato nella città (o “*residentes*”). In genere queste persone identificano certi disturbi con la perdita di una delle anime che compongono la persona (l'*ajayu* menzionato precedentemente) e perciò non usano la parola *carcelazo* e neanche, come dicono altri, “depressione”.

Quindi, alcuni non diranno “ho il *carcelazo*”, mentre è più normale che definiscano il proprio malessere identificandolo con il “mal di cuore”, il “mal di testa”, con la “perdita dell'anima”, con l'*amartelo* o con l’“*anemia*”; mentre altri riconosceranno la malattia che è propria del carcere, il *carcelazo*.

Evidentemente, neanche Antonio Mamani comprendeva cosa fosse il *carcelazo* quando rispose ai suoi compagni:

«Questo è il *carcelazo*? Ma questo è il diavolo! Il diavolo che vuole mangiar-ti, è potente. Quando uno entra, ti acchiappa subito, dicono, ti acchiappa» (Antonio Mamani, 3 aprile 2008).

Il *carcelazo* e le sofferenze che ne conseguono sono qui intesi, dunque, come il risultato del furto della componente fondamentale dell'essere umano da parte di un'entità maligna che si nutre di essa, accrescendo così

il proprio potere a scapito della persona defraudata, che può ristabilirsi solo con l'intervento di uno *yatiri*.

In ogni caso, a prescindere dalle cause, tutti prima o poi sperimentano questo male, che colpirebbe i reclusi che hanno trascorso un periodo di tempo a San Pedro molto variabile: per alcuni sono sufficienti anche solo pochi giorni.

Non esiste dunque una consolidata retorica che spieghi come si manifesta e quando agisce il *carcelazo*; inoltre, né il medico, né lo psicologo del carcere hanno familiarità con questa malattia, e con lo *yatiri* recluso si produrrebbe la stessa incomprendimento, poiché il paziente sarebbe affetto da un malessere che, chiamato in questi termini, non troverebbe riscontro nell'ambito di intervento del maestro rituale.

Fondamentalmente, la questione è che chi non ha avuto il *carcelazo* non può capire, e dunque era notevole lo sforzo dei malati per qualificare il loro patimento. Certi tentativi esegetici e alcune incertezze sui sintomi e sulla nomenclatura nosologica da applicarvi, si dovevano anche alla materia intima e profonda del *carcelazo*. Per parlarne e forse anche per riconoscerlo, in se stessi o negli altri, era necessario costruire una "biografia del dolore" e un "mito d'origine" del male, e ciò era possibile solo attraverso il racconto autobiografico (Good B. 2006 [1994]: 181-206).

Ma oltre gli adattamenti del linguaggio all'esperienza, il *carcelazo*, come mostra la sua etimologia, ha come agente patogeno il carcere e in tale prospettiva è un male complesso, che può avere fasi acute e può cronicizzarsi, può essere sintomatico e asintomatico. Un male che, provocato dalla vita nel penitenziario, si annida nel corpo individuale del recluso, ma anche nel suo corpo sociale e dunque, in sostanza, nel suo corpo "pensante"⁽¹²⁾ (SCHEPER HUGHES N. - LOCK M. 1987).

In ogni caso, tutti concordano nel ritenere che il *carcelazo*, in qualsiasi forma esso si manifesti, produce uno stato di stress, nervosismo, depressione o disperazione dovuti all'incarcerazione da cui, in sintesi, scaturisce una profonda inquietudine, egoismo, irascibilità e trascuratezza delle relazioni sociali e sentimentali.

Anteriormente all'esordio del *carcelazo*, il recluso in qualche modo ha saputo gestire il suo disagio. Di fatto, questo malessere coincide con la prima grande delusione che per molti è il verdetto, ma può manifestarsi anche subito, soprattutto tra coloro che pensano di essere entrati in carcere per errore. Per questi il *carcelazo* non sarebbe depressione, quanto piuttosto disperazione:

«Non ho più pazienza [...] mi sto ammalando gravemente [...] l'altro giorno ho avuto un attacco cardiaco perché il mio cuore è pieno di pensieri e... mi sale alla testa... e perdo la memoria, non ho più memoria, sono perso [...] il mio cuore mi fa male [...] soffro, sono disperato. A volte vorrei solo morire per il fatto di trovarmi qui [...] La preoccupazione mi sta uccidendo, non mi lascia la preoccupazione, perciò presto voglio essere libero e voglio che mi tirino fuori da questo penitenziario [...] I miei attacchi cardiaci ce li avevo perché ero disperato per la mia famiglia [...] Penso a come staranno e perché non vengono a trovarmi, ad aiutarmi, a portarmi qualcosa [...] Questi pensieri mi fanno proprio male e quando vorrei essere felice, allegro, mi spunta una lacrima, mi arriva ai sentimenti. [...] il mio cuore è come se si fosse rotto in due parti, non è più il mio cuore, è diviso, maltrattato, si sta per seccare come un avocado, non è più il mio cuore. Pure la mia testa è perduta» (David, 10 maggio 2008).

David non definisce il suo male *carcelazo* ma sperimenta i sintomi come “attacco di cuore”. Per lui rimanere in carcere per tre mesi è qualcosa di insostenibile, infatti ha già speso tutti i suoi risparmi e quelli della sua famiglia per l'avvocato. Tuttavia, se le prove non dovessero scagionarlo, è probabile che sia condannato con il massimo della pena, dopo aver creduto nella possibilità di uscire durante i primi mesi di reclusione.

Dunque, il trascorrere del tempo è un elemento determinante per la genesi del *carcelazo*, come afferma Ángel Serrano:

«Dopo che stai un anno, un anno e mezzo, cominci a perdere la famiglia e ti ritrovi solo [...] Non sai che fare e ti senti scoraggiato per tutto, cerchi quasi di litigare con la famiglia se viene a trovarti, sei con i nervi totalmente a pezzi, questo è il *carcelazo* [...] ci prende a tutti. Tutti quelli che sono stati almeno due anni [...] Il primo anno passa volando: sei mesi, un anno, passano volando. Dal primo anno già si comincia a sentire [...] ti senti angosciato, vicino al cuore, un nodo in gola. Molte volte va via quando beviamo e ci sfoghiamo [...] i nuovi non lo conoscono [il *carcelazo*]. La gente che c'è stata un po' di tempo lo sa» (Ángel Serrano, 4 maggio 2008).

Il *carcelazo* può manifestarsi in due forme. La più lieve affligge il detenuto appena entrato in carcere, quando i consumatori assidui di sostanze stupefacenti gli offrono la possibilità di trovare facilmente alcol e droga. Così il *carcelazo* si risolve in un susseguirsi di sbornie nell'arco approssimativo di una settimana. Questo non è neanche *carcelazo* secondo alcuni, ma semplicemente disorientamento nel nuovo ambiente. L'altra forma, più grave, colpisce dopo un anno di reclusione, così come spiegava Ángel Serrano, o dopo aver ricevuto la sentenza:

«Alcuni, quando sono stati condannati a trent'anni, si sono uccisi. Una coppia si è suicidata insieme dopo la sentenza.

D. Questo è carcelazo?

Sì, non hanno resistito a stare qui dentro. È la depressione, è quando ti senti solo, abbattuto, che niente ha senso, quando senti che il mondo non ha più senso nella tua vita» (Jaime, 6 marzo 2008).

Così, ognuno scandisce il ritmo del suo *carcelazo*. Si forma una specie di calendario della sofferenza i cui cardini simbolici sono gli episodi giudiziari o sentimentali più rilevanti: l'entrata o lo scadere dell'anno di prigionia, la sentenza o l'allontanamento della famiglia.

Prima del *carcelazo* il tempo era un elemento fondamentale dell'esistenza dei reclusi. Anche in cattività, per esempio, bisognava sbrigarsi per ottenere la libertà, per muovere in fretta gli ingranaggi giusti per uscire. Dopo il *carcelazo* il tempo collassa, perde il suo potere di organizzazione sull'esperienza (GOOD B. 2006 [1994]: 193) e diventa abbondante, omogeneo e indifferenziato.

Citando le parole di Jaime, condannato a trent'anni di reclusione, il *carcelazo* si impone "quando il mondo non ha più senso nella tua vita". In tali circostanze, la malattia scatena la perdita del senso dell'esistenza; rappresenta la rottura con tutto quanto era familiare e vicino e che costituiva giorno dopo giorno la persona, prima della reclusione. Elaine SCARRY (1990 [1985]) afferma che tutte le esperienze di sofferenza estrema producono la distruzione del mondo del dolente, provocando un cambio nell'esperienza "incorporata" del mondo (GOOD B. 2006 [1994]: 180). Si perde dunque quel flusso di reciprocità con l'esterno che, nel caso menzionato da Jaime e da molti altri, può indurre al suicidio.

Per sopravvivere è perciò necessario un grande atto di volontà mediante il quale sia possibile conferire ordine e contenuto al tempo. Chi non ne è capace può impazzire e addirittura morire, come è successo a Ramiro Flores:

«Non so se hai conosciuto il defunto Ramiro Flores, era giovane [...] mai si aspettava una sentenza di trent'anni e ancora meno per assassinio, perciò quando arrivò la sentenza ovviamente ha avuto il *carcelazo*. Si è depresso, gli si sono abbassate le difese, gli è venuta un'influenza forte e siccome i medici del penitenziario non ti auscultano, non ti sentono i polmoni, il tuo cuore, non ti visitano gli occhi [...] nel suo caso, senza visita gli hanno cominciato a dare le medicine per un' influenza comune. Dagli esami del medico legale abbiamo capito che ha avuto febbre alta e ha avuto... la meningite. In pratica, gli si è cotto il cervello, è diventato un bambino, faceva cose assurde, il medico dice che è matto [...]

D. *Questo è carcelazo?*

Sì, senza dubbio. Un *carcelazo* forte, anche se ad altri che gli viene il *carcelazo* si ubriacano e si drogano, cambiano la personalità e poi magari si riprendono. Ma Ramiro no, non ha resistito, gli è andata male [...] perché ti si

abbassano le difese con una notizia inaspettata, ti viene la malattia» (Fabio Rodríguez, 19 marzo 2008).

Il *carcelazo* scatena malattie gravi perché “si abbassano le difese”, al punto che i reclusi possono morire di *carcelazo* sotto forma di meningite, se il medico non somministra le cure opportune. Ovviamente, come sappiamo, nessuno chiederebbe al medico di curare un *carcelazo*, inguaribile senza la libertà, ma solo di combatterne certi effetti.

Il caso di Ramiro era stato molto dibattuto fra i reclusi. La diagnosi di meningite, che si stabilì solo in seguito ai risultati autoptici, non è stata presa seriamente in considerazione dai suoi amici, che invece focalizzarono l'attenzione sull'improvvisa follia del giovane. Infatti, gli effetti del *carcelazo* hanno qualcosa in comune con la pazzia.

I capelli sporchi e spettinati, la mancanza di decoro corporale, la trascuratezza nel vestire e l'assenza di regole alimentari sono caratteristiche dei “*locos*”, i matti, secondo la specifica connotazione che, per esempio, assumono nella zona andina (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 2004a: 191; SPEDDING A. 2005: 98). La follia infatti si manifesta anche in casi estremi di *susto* e perdita dell'*ajayu* (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1999: 105-116, 2004: 203); senza *ajayu* la persona è priva in primo luogo delle sue capacità sociali, come quando abusa di alcol e droga.

Molti dissero che il repentino squilibrio mentale di Ramiro era dovuto alla sentenza inaspettata che lo lasciò in balia dei *saxras*, entità maligne che rubano le anime della persona (come spiegò anche Antonio Mamani parlando del “diavolo”), e ovviamente la diagnosi di meningite non variò in alcun modo questa interpretazione del male di Ramiro Flores, e anzi il responso dei medici rappresentò una nuova e particolarmente violenta manifestazione del male del carcere.

“Non è più gente” dicono i reclusi quando parlano dei “*locos*”, che in genere si identificano con i tossicodipendenti e gli alcolizzati che vivono in carcere. La follia, una delle conseguenze più sperimentate del *carcelazo*, può colpire momentaneamente o permanentemente, a seconda della gravità del caso, ma le categorie di classificazione e di giudizio etico e morale sulle persone, proprie della società dei reclusi di San Pedro, fanno eccezione solo quando si manifesta nella forma lieve, perché si capisce che possa vacillare la ragione di coloro che hanno ricevuto sentenze superiori a dieci anni o che sono stati abbandonati dalle loro famiglie.

Non c'è indulgenza invece per coloro che non riescono a risolvere il proprio *carcelazo*, i quali divengono i rappresentanti di un'irriducibile alterità: sono l'ultimo stadio dell'essere umano nell'ultimo luogo della

terra. Il rifiuto, così come la pietà che molti carcerati dimostrano verso questi malati cronici, nasconde d'altro canto il timore che, da fuori, tutti siano visti alla stessa maniera di coloro che gridano alla porta d'entrata: magrissimi, con pochi denti marci e distrutti come i detenuti che spaventarono i familiari di Antonio Mamani, al punto che non tornarono più a visitarlo.

Coloro che non riescono a reagire soffrono di *carcelazo* permanente e si lasciano consumare dalle droghe, fino ad impazzire. Anche l'inappetenza cronica toglie loro le forze e camminano trascinando i piedi, rasentando i muri del carcere, in cerca di elemosina. All'imbrunire intimoriscono chi transita nelle stradine oscure del penitenziario e se qualcuno si rifiuta di lasciare una moneta, la paranoia e la crisi d'astinenza da pasta base di cocaina e *crack* li trasforma in una specie di assaltatori o "*cogoteros*", come si dice nel gergo criminale. Fra loro si definiscono come li vedono gli altri: "morti viventi". Sono considerati perciò persone pericolose, escluse dalla comunità. Attraggono a sé tutte le malattie perché i loro valori morali non riescono più a proteggerli da certe aggressioni (DOUGLAS M. 1973 [1966]:16); in tal senso "abbassano le difese" come diceva Fabio Rodríguez.

Secondo lo *yatiri* i "*locos*", anche chiamati "*tisis*", sono maligni e imprevedibili come gli spiriti *saxras* e quando ci si imbatte in uno di loro, il maestro rituale consiglia di *ch'allarse* e cioè aspergere alcol nella direzione del pericolo, in segno di protezione, perché inoltre possono trasmettere tremende malattie attraverso il solo contatto. Il povero José, per esempio, "gringo", spagnolo, odiato e temuto dai suoi compagni, malato di AIDS, alto, dai capelli rossi e magrissimo, rappresentava l'immagine stereotipata del diverso.

Invece i detenuti che malgrado le circostanze sono riusciti a mantenere il proprio aspetto intatto si considerano "sani". I sani non fanno uso abituale di droghe e alcol e conducono una vita senza eccessi. Nel carcere di San Pedro il concetto opposto di "sano" non è "malato" ma "folle" oppure "non è una persona"⁽¹³⁾ o "è un altro tipo di persona"⁽¹⁴⁾, nel senso che questi "altri" non rispettano le regole minime di convivenza sociale, avendo perduto le qualità umane dell'essere. Il significato contrario di "stare tranquillo", invece, è "essere malato", dal momento che la calma e l'equilibrio sono gli elementi per eccellenza del benessere. La salute diventa quindi un paradigma chiarificatore della dimensione sociale della persona: chi è malato/folle non può avere accanto a sé una donna, una famiglia, un'occupazione. Un aspetto "differente", una condotta di vita distinta impedisce all'essere umano che ha il *carcelazo* cronico di andare

avanti e lottare contro le vicissitudini del carcere. Chi invece si mantiene sano e tranquillo protegge la propria umanità e sa inserirsi nel meccanismo di sopravvivenza del carcere di San Pedro.

Dunque, il *carcelazo* attiva un processo di carattere iniziatico che promuove una nuova condizione esistenziale della persona reclusa: trasforma in modo permanente i “folli” rimasti incastrati nel loro vortice mortifero, e cambia in modo temporaneo coloro che sono stati appena condannati, ma che hanno mantenuto il vigore necessario per continuare a combattere e a reagire. Anche questi ultimi comunque, quando hanno il *carcelazo*, sospendono le loro abituali attività, allontanano i propri cari, sono trasandati e sporchi; poi tornano alla normalità, anche se “cambiati”.

Come spiega Fabio Rodríguez “siamo gli stessi, ma questi stessi non possono essere uguali a come erano fuori”, riferendosi con ciò a quella tensione dialettica suscitata dal *carcelazo*, che in sostanza si configura come un marchio di alterità capace di separare non solamente chi è dentro e chi è fuori, ma anche gli internati: alcuni si riprendono, adattandosi con spirito di sopravvivenza. Altri no.

Così, se lo *yatiri* di San Pedro e i suoi clienti intendono questo malessere come perdita dell'*ajayu*, la cui mancanza rompe la fondamentale integrità della persona, gli altri considerano il *carcelazo* come il principio di una metamorfosi.

Molti reclusi dicono di sentirsi “diversi” dopo il primo *carcelazo* e soprattutto notano che sono i loro parenti a vederli cambiati, uguali agli altri reclusi: perciò saranno allontanati dai propri cari. È il *carcelazo* dunque, uno dei principali responsabili della trasformazione della persona che, col trascorrere del tempo, è capace di sottrarre il recluso all'affetto della famiglia. Una volta abbandonato, al detenuto rimangono solo i ricordi:

«Ci sono giorni in cui ci alziamo con questo che chiamiamo il *carcelazo*. Ti svegli e ti dimentichi, credi che sei a casa tua, ma poi [...] il rancio, la cella...ti senti giù, è il famoso *carcelazo* che prende molti; alcuni sono violenti [...] quando mi prende il *carcelazo* ritorna tutto il mio passato all'improvviso, e non si può nascondere. Tutte le cose che mi sono successe e mi hanno fatto male, ritornano all'improvviso» (Jesús Blanco, 13 maggio 2008).

«D. Che senti quando pensi di avere il *carcelazo*?

Mi sento giù, sconsolato, ti passano per la testa tante cose. Il cervello è matto, è come avere un grande amore e perderlo, questa è la sensazione di vuoto [...] Tutte le malattie che hai avuto nella tua vita, sembra di recuperarle. Se avevi mal di testa, hai mal di testa; se avevi un'ulcera, ti torna l'ulcera; se avevi mal di stomaco, hai mal di stomaco, indisposizione, nervi» (Reinaldo Vargas, 5 marzo 2008).

Il collasso del tempo descritto per le fasi del *carcelazo* è alimentato dall'incursione dei ricordi nel vissuto presente. È un passato la cui eredità sociale e sentimentale non esiste più, ma ritorna attraverso il male del carcere, che si configura come un conflitto fra le esperienze passate e la realtà presente, che genera "rimorso"⁽¹⁵⁾, separazione, disgregazione e sofferenza. Il "passato ritorna all'improvviso" come afferma Jesús Blanco, rompendo in modo lacerante la nuova quotidianità, creando nuovamente un conflitto senza soluzione.

Jesús Blanco dice che mille volte è stato vittima del *carcelazo* perché mille volte ha pensato ai suoi figli. Jaime fa coincidere il *carcelazo* con il momento in cui fa uso di droghe, mentre Reinaldo Vargas vi identifica l'origine della sua ulcera gastrica. Antonio Mamani curava il suo amartelo/anemia/*carcelazo* bevendo un po' dell'acqua sporca risultante dal lavaggio degli indumenti dei figli. Il corpo mantiene sempre la memoria del conflitto esistenziale e infatti, quando il "ricordo" riattiva il *carcelazo*, ritorna anche la malattia, come spiega Reinaldo Vargas, in un quadro simbolico di riferimento distinto per ognuno. Se da un lato, come dice Jaime, "il mondo perde di senso", dall'altro riaffiora alla memoria come il ricordo doloroso delle opportunità perdute, le privazioni e l'ingiustizia.

Perciò, anche fra coloro che si considerano "sani", il *carcelazo* può persistere durante lungo tempo e dare origine a tutta una serie di disturbi che si concentrano negli organi preposti alla custodia della memoria e del ricordo.

Vescica biliare o "bile", testa e cuore

Con il trascorrere del tempo dunque, *carcelazo* dopo *carcelazo*, i debiti esistenziali e le preoccupazioni si accumulano. Il ricordo doloroso si fa spazio nel corpo, cerca la sua sede, danneggiando così alcune parti dell'organismo: la vescica biliare, la testa e il cuore. Perciò, la bile, il mal di testa e il mal di cuore si considerano le affezioni più diffuse, la cui eziologia si spiega in termini difficilmente riconoscibili in ambito biomedico, malgrado il nome consueto, assimilabile a disturbi molto comuni⁽¹⁶⁾. In ogni caso, anche quando i reclusi parlano chiaramente di parti del corpo, l'analisi del significato della malattia induce a intendere i sintomi come formule di un malessere generalizzato, che pervade tutta la persona, e non solamente parte di essa (BASTIEN J. 1985: 598). L'interpretazione dei dati etnografici va dunque oltre la concezione "settoriale" del corpo umano promossa dalla biomedicina attraverso lo studio anatomico dei

cadaveri, sconnessi dalle loro vite ed empiricamente sezionati (GOOD B. 2006 [1994]: 101-128).

Cominciamo allora dalla situazione sanitaria del carcere di San Pedro. Lo *yatiri* riassume come segue il quadro clinico comune alla maggior parte dei carcerati⁽¹⁷⁾:

«Si ammalano molto per l'abbandono dei familiari, che li dimenticano. A volte molti si ubriacano qui dentro e non ci lasciano dormire tranquilli, non ci lasciano riposare ... molti litigano, fanno rumore. Così, alcuni sono spaventati, a volte si arrabbiano in silenzio e perciò si ammalano, prendono le malattie per la rabbia o per lo spavento⁽¹⁸⁾, perché non sono abituati, perché vecchi e nuovi sono mischiati qui dentro, diventano deboli [...] ci sono malattie della testa e del cuore» (Manuel Macha, *yatiri* recluso, 3 marzo 2008).

Le preoccupazioni attaccano direttamente la testa, sede dei pensieri, mentre l'eccessiva afflizione provoca seri disturbi al cuore (BERNARD C. 1986: 68; RÖSING I. 1990), che anche in termini "tradizionali" si configura come un'entità molto complessa.

In genere, la capacità dell'essere umano di avere pensieri ed emozioni non si distingue da altre funzioni dell'organismo, la cui fisiologia è concepita come un complesso olistico in cui "il tutto è più grande della somma delle parti". Il corpo dunque si costituisce a partire dall'interazione di forze centripete e centrifughe che articolano i fluidi, i quali a loro volta permettono la formazione e il passaggio dei lubrificanti, dei nutrienti, delle emozioni e dei sentimenti della persona (BASTIEN J. 1985: 598).

Il cuore⁽¹⁹⁾, elaborando tutti i fluidi, è responsabile delle funzioni respiratorie, circolatorie e digestive dell'organismo e si afferma pertanto come il punto di integrazione e di origine dell'aria, del sangue, dell'acqua e degli alimenti che danno luogo ad altre sostanze fondamentali, quali il grasso, la bile, lo sperma, il latte materno, o altri sub-prodotti come le feci, l'urina o il sudore. Inoltre, tutti i fluidi vitali che si distillano al centro del corpo e attraverso il cuore si distribuiscono verso le estremità imprimono anche il carattere e i sentimenti della persona (BASTIEN J. 1985: 598-561). Appare quindi evidente come ogni squilibrio fisiologico coinvolga il cuore e cambi la forma e la sostanza della persona.

Il cuore o "*chuyma*" (in lingua aymara) è l'organo da cui promana il coraggio e la forza per affrontare le avversità della vita, regolando un equilibrio fisiologico che ha ripercussioni sulle capacità sociali dell'essere umano, sulle sue caratteristiche etiche e morali. Per esempio, chi esercita una carica all'interno della comunità "ha cuore" o "*chuymani*", un concetto

che rappresenta la sapienza mediante cui sviluppa le sue funzioni di comando, con integrità e benevolenza (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1995: 67, 131). La persona con il cuore danneggiato pertanto subisce conseguenze gravi sul piano delle relazioni sociali e delle sue propensioni verso gli altri, per cui il “mal di cuore” diventa il segno del suo svantaggio sociale e di una socialità impoverita.

Sappiamo che il *chuyma* si danneggia quando, in seguito al *susto*, gli spiriti maligni lo penetrano per saziare la loro fame, afferrando “l’anima” o *ajayu* che ha lì la sua sede⁽²⁰⁾. La perdita dell’*ajayu* è molto grave per colui che deve affrontare la cattività, assalito dalla paura, dalla fiacca o dall’indolenza che sono sintomi del “mal di cuore” e sono considerati essi stessi “malattie”. I timidi sono malaticci, mentre i coraggiosi si ammalano difficilmente (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1999: 119).

Questi attacchi “cardiaci”, come alcuni li chiamano (si veda per esempio David), pregiudicano il senno, la memoria, la prudenza, facoltà che anch’esse risiedono nel *chuyma* degli esseri umani (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 2004a: 188-191). “Avere cuore” o “coraggio” è imprescindibile al principio, quando i nuovi reclusi si sentono sostanzialmente diversi e ancora non hanno cominciato il processo di trasformazione proprio dell’ontologia del carcerato.

In un altro contesto del complesso scenario culturale andino, le miniere di Potosí, il cuore o *sonqoy*, in lingua quechua, è un termine che designa anche le interiora, il fegato e i polmoni dell’essere umano, elementi fondamentali dell’etnofisiologia del minatore (ABSÍ P. 2005: 241), poiché sono organi che custodiscono l’energia vitale, la forza, il valore e il coraggio, doti essenziali per lavorare in miniera e resistere agli attacchi del *Tío*, il diavolo che mangia il cuore del minatore. Danneggiare il cuore (*sonqoi*) significa dunque pregiudicare la capacità di lavorare e ciò trasforma il minatore in una persona stanca e debole.

Uno dei minatori avverte che “non bisogna entrare nella miniera con rabbia, mai. Se ti arrabbi, ti ammali” (ABSÍ P. 2005: 243), rinvenendo perciò in questa sorta di rabbia repressa che è il “*reniego*” un sintomo della mancanza di autocontrollo e di equilibrio, che è castigato con la malattia (ABSÍ P. 2005: 252-253).

Allo stesso modo, quei reclusi che appena entrati in carcere cominciano a “*renegar*”, a litigare con la famiglia, oppure a pensare ossessivamente ai propri cari, soffrono irrimediabilmente di “mal di testa” e “mal di cuore”, perché l’angoscia e la sofferenza debilitano la testa e il cuore (BERNAND C. 1986: 61).

Fabricio, condannato a trent'anni di reclusione e probabilmente vittima di un errore giudiziario, commenta come segue la sua situazione:

«Avevo il tumore della testa per pensare all'abbandono, siccome hanno abbandonato la mia persona che si ammalava, non c'era medicina per questo, non c'era la cura di nessuno.

D. Si è ammalato per l'abbandono?

Sì, perché uno che lo condannano a trent'anni, che fa? La mia vita è finita qui dentro. La famiglia non viene più, mi minaccia di non tornare, e quindi se ormai non viene nessuno, che vivo a fare? [...] Ti si traumatizza il cuore, la testa, è insopportabile l'ingiustizia della sentenza, nessuno lo può sopportare. Ma che ci posso fare, non ho alternative, ho mia figlia, ne ho due piccole, e per loro devo sopportare tutto [...]

D. Che malattia ha avuto?

Vescica biliare e anche ulcere e un trauma della mentalità [*sic*][...] ho perso la mia mentalità, psicologicamente. Non riesco più a riflettere. Io vengo dalla campagna, povero, e adesso non so che fare, non ho famiglia, a chi rivolgermi quando uscirò. So che mia moglie è in ospedale, ma dove? Chi la aiuterà? Non so niente. Sta male come me, di sopportare tanti anni che sono qui dentro. Anche mia moglie ha la vescica biliare [è malata alla vescica biliare o cistifellea].

D. È andato dal medico per la sua vescica biliare?

Sono andato, pero non ha fatto niente, mi voleva operare. I naturisti mi hanno dato un trattamento e questo mi hanno detto di fare e così l'ho tolta [la malattia]. L'operazione non serve [...] L'operazione poi neanche è gratis, ti chiedono sempre soldi» (Fabricio, 15 aprile 2008).

Sergio Villegas, il protagonista della seguente intervista, è un fervente evangelico; ha fiducia nella medicina ufficiale, soprattutto perché la considera antagonista della tradizionale, che aborre. Elimina con cura dal suo linguaggio ogni riferimento alle "credenze" autoctone sul corpo e sulla malattia, che ha rifiutato una volta avvenuta la sua conversione in carcere, perciò spiega i suoi "nervi" e la sua rabbia repressa e impotente attraverso la descrizione delle alterazioni del suo cuore, facendo intravedere un'eredità familiare della malattia. Tuttavia, l'episodio che ha scatenato il male e la tachicardia, ormai una costante della sua vita, è stata la morte del suo amico Ramiro Flores:

«Fuori non avevo nessuna malattia, nessun disturbo, ma arrivando qui la prima cosa che è andata male è la salute, è lo stress di essere in questo posto, avere il processo, avere la famiglia lontano. La maggior parte ha la famiglia lontano, come me, che non ho parenti qui [a La Paz]. Allora lo stress fa sì che attacchi qualche parte del tuo corpo [...] Nel mio caso mi ha attaccato al cuore, ad altri attacca allo stomaco o alla testa, cioè, dipende dal metabolismo di ognuno. Nel mio caso, il primo anno che sono stato qui

sono andato all'ambulatorio [del carcere]. Fuori non avevo nessun disturbo al cuore, ma qui mi è venuta una specie di tachicardia e mi hanno detto che è per lo stress del processo, ma piano piano uno lo supera. Faccio un trattamento permanente con dei calmanti che quando mi viene questa sensazione che io già conosco, allora prendo questo e mi calma [...] è un calmante per i nervi, a me mi ha danneggiato il nervo. Quello che mi ha detto il medico è che i nervi si gonfiano...come quelle persone che hanno un dispiacere o un'allegria...i nervi reagiscono a seconda della reazione che ha il corpo e nel mio caso devo avere un nervo vicino al cuore, che mi fa male, e mi si gonfia il cuore. Il mio cuore è un organo molto delicato, che qualsiasi cosa gli dà fastidio, si altera, non bisogna molestarlo [...] Mia madre è morta vent'anni fa, per embolia. Era delicata di cuore, batteva male il cuore e perciò questo sale al cervello e scoppia ed è morta [...].

D. Quando hai cominciato a sentire questo dolore al cuore?

Dopo due mesi, dopo pochi mesi. Al principio sentivo l'ansia di stare qui [...] non ho famiglia, chi mi porterà da mangiare? I vestiti? Qualcosa per vivere? Perché qui quando arrivi tutto è per soldi, devi pagare il tuo ingresso al penitenziario, alla sezione, se vuoi una cella devi comprartela⁽²¹⁾ La legge dice che il governo ti dà una cella col tuo materasso, ma in realtà non è così [...] Tutto questo posto è dello Stato, ma qui dentro c'è una compra-vendita [di celle], devi comprarti la cella, devi comprarti tutto! Quando sono arrivato avevo dei soldi e ho potuto pagare l'ingresso al penitenziario e solo una parte dell'entrata nella sezione e perciò ho dovuto fare il *salonero*. I *saloneros* sono quelli che puliscono, che portano da mangiare [...] e allora così ho potuto pagare l'ingresso alla sezione, ma poi non avevo i soldi per comprare la cella, che sono almeno 100 dollari⁽²²⁾ una cella, una messa male, una topaia. [...] Dopo poco che ero entrato, il mio amico [...] si ammalò e morì⁽²³⁾. Gli hanno dato una sentenza di trent'anni ed è durato un mese, si stressò molto, al massimo, è impazzito il ragazzo [...] mi ha talmente impressionato psicologicamente quello che gli è successo che mi è venuta una tremarella terribile [...] pensavano che anche io sarei morto. La malattia al cuore è ereditaria, ma anche se non è ereditaria mi è venuto questo male per le circostanze dello stress, perché qui è stressante [...] Questo male ormai vive con me, mi sono abituato al male. Prima mi spaventavo, adesso vive con me e lo prendo subito [il calmante]» (Sergio Villegas, 7 marzo 2008).

Sergio Villegas, come Fabricio, associa il suo mal di cuore alle molte situazioni umilianti e all'abbandono familiare che hanno caratterizzato prima la sua vita, e poi la reclusione. Cerca di spostare il piano semantico del suo impalpabile concetto di "stress" su un nervo specifico del suo corpo che è posto vicino al cuore, dando così una spiegazione più empirica o di taglio "biomedico" del suo malessere.

Fabricio invece conferisce al suo linguaggio un registro più "scientifico", con tecnicismi quali il "tumore per il pensiero dell'abbandono", il "trauma" al cuore o alla testa, la perdita della "mentalità", che si traducono

in effetti interni ed esterni al corpo. Fuori, la sofferenza, la tristezza, la svogliatezza, la mancanza di appetito; dentro, gli eccessi emozionali producono uno squilibrio umorale che fa prevalere i fluidi nocivi della bile. Fabricio denuncia così il suo malessere, che inoltre contagiava sua moglie, ammalata di “bile”.

La medesima esperienza è propria anche di molti altri reclusi, per esempio, Julio Quispe. Quando viveva a El Alto era un esperto “*partero*”, una specie di ostetrico tradizionale e conoscitore della medicina naturale, nella quale confidava ciecamente:

«Qui la gente si cura con la medicina naturale perché a volte i medici non sono buoni, la maggior parte si cura così. Ho un padrino [interno di San Pedro] che si è curato con una purga, ma a lei [Margarita, sua moglie, presente al momento dell'intervista] non ha fatto effetto. Ogni 8-6 mesi si purga per non farla accumulare [la bile] e così la tira fuori. Quando si purga si sente molto alleggerito, tranquillo, non ha più voglia di arrabbiarsi; quando è carico di bile uno si sente più rabbioso in questo periodo, diventa più arrabbiato. Quando non è carico, si sente tranquillo, qualsiasi cosa brutta, uno non ha voglia di prendersela, è tranquillo. Ai nervi mi fa male quando non mi purgo; quando mi purgo sto tranquillo [...] L'abbiamo fatto prendere a mia figlia e ha fatto effetto, per bene. A mia moglie quasi per niente perché la bile è più in profondità. Cioè la bile in profondità non si rimuove, quella in superficie la smuove, gialla, verde, è aaaagra [...] Disgraziatamente sono stato male quasi due settimane fa, mi faceva male lo stomaco, tutte le ossa, non era influenza, era diverso, neanche adesso sto bene, sto un po' male e mi hanno consigliato di farmi operare. Ma io sto così anche perché ho troppi pensieri» (Julio Quispe, 30 aprile 2008).

Julio Quispe concepisce la “bile” come un malessere ereditario. Sarebbero infatti ereditarie le condizioni per le quali i figli piccoli e la figlia maggiore potrebbero avere questa tendenza alla rabbia, che come sappiamo influisce direttamente nella formazione della bile in eccesso e produce il deposito del fluido nella cistifellea⁽²⁴⁾. Se si ripulisce il corpo periodicamente con le erbe appropriate, è possibile evitare l'operazione chirurgica, che è la conseguenza più drammatica (e costosa). Margarita ad esempio, orfana e “rabbiosa”, stanca di non ricevere aiuto dai familiari, è già ad uno stadio avanzato della malattia e non riesce neanche tranquillizzarsi, insomma non riesce proprio a guarire. Invece Julio dice che la purga non solo rimuove la bile, ma lo fa sentire anche più calmo e “non ha più voglia di arrabbiarsi”, anche quando ricorda cose spiacevoli. In pratica è tranquillo, dunque sano:

«Sono orfano, non ho mai conosciuto mia madre. Quando avevo otto mesi mia madre era morta, allora ho vissuto con estranei, gli estranei ti maltrattano, non fanno neanche caso se hai freddo, fame, sete, solo ti fanno

lavorare e se non lo fai ti sgridano, ti picchiano, ti fanno un maltrattamento fisico e psicologico. Da piccolo sono cresciuto così, con altra gente, e per non farmi picchiare...sono cresciuto nella provincia ... e per non farmi picchiare sono venuto di nascosto dalla provincia e qui non sapevo dove dormire e dove stare ... Sono arrivato a un centro di bambini, Enda Bolivia, dove c'erano bambini orfani. Lì potevo dormire e potevo mangiare e da lì andavo a lavorare. Ho lavorato da "voceador"⁽²⁵⁾ in un minibus, pero non mi conveniva, non ce la facevo, e dopo ho lavorato come lustrascarpe, e poi come aiutante di autobus, e poi come conducente. Con mia sorella ho anche avuto un mezzo di trasporto ma c'era molta invidia e l'abbiamo venduto, ci andava sempre peggio e perdevo i soldi che mettevo da parte. Tutto quello che ho guadagnato in questo periodo, ci mancava qualcuno che lo amministrasse. Uno aveva soldi, ma da giovani poi uno non sente che poi gli mancheranno. Hai soldi e li spendi, compri qualsiasi cosa, siccome non hai spese, siccome ero solo spendevo per mia sorella, figurati che gli compravo la bombola del gas, cibo, anche queste cose mi ricordo che compravo. Ma quando stai così, distrutto, neanche si ricordano di te [...].

D. Anche Margarita ha la bile?

Forse si arrabbia da quando è piccola, lei si arrabbia per qualsiasi cosa, è sempre arrabbiata. A volte forse pensa anche a come farà, anche lei è senza madre e senza padre, è orfana. Sono tre fratelli, come me, due fratelli e una sorella, lei è l'unica figlia femmina. Mio fratello è a Tarija, mia sorella a El Alto, suo fratello anche a El Alto, e gli altri fratelli in campagna [...] Per la sua famiglia io sono un grande delinquente, forse anche la mia famiglia pensa questo: "Quei carcerati, quei delinquenti". Alcuni dicono che da qui si esce peggio, delinquente [...].

D. Sua figlia di 16 anni ha già la bile?

Ce l'ha perché viene da sua madre o da suo padre. Sua madre si arrabbia molto e il figlio ha lo stesso carattere, si irrita molto facilmente. Ma non ha la bile in stato avanzato, io le ho dato la purga così non diventa come sua madre, se si purga da adesso, annualmente, dopo si accumula [...] Molti mi hanno raccontato che quando si fanno operare, dopo sono tagliati e non è la stessa cosa di prima, non possono più lavorare, prendere pesi, non possono più. Allora è meglio un trattamento da piccoli in modo che non si accumula, perché tutto il grasso che mangiamo non si deposita bisogna pulire lo stomaco annualmente, una volta, così stiamo tranquilli» (Julio Quispe, 30 aprile 2008).

Nella successiva intervista, Daniel Llanos spiega come, controllando i propri nervi, riesce a contenere la formazione della bile, la cui produzione in eccesso, anche per lui, comincia dalla fanciullezza:

«Io penso che siccome ho cominciato a lavorare da quando avevo 10 anni, ho imparato a controllare i nervi, ma ci sono persone che devono provare rabbia per la giustizia che funziona così. Per esempio, le persone che hanno i soldi, per loro c'è la giustizia. Ma per le persone che non hanno soldi invece gli vogliono togliere pure tutto quello che hanno, e questo ti

fa ammalare perché uno si arrabbia, si arrabbia e ti prende alla vescica, la bile, ti arrabbi. Io, è ovvio che mi arrabbio, ma un attimo, in quel momento mi dico che se continuo mi sento male io, ma altri devono arrabbiarsi e in quello stesso momento non ti succede niente, ti succede col tempo, quando si aggrava, quando è maligno. Adesso è benigno, ma stiamo male da quando siamo piccoli» (Daniel Llanos, 28 aprile 2008).

In un certo senso, Daniel Llanos è abituato al malessere sin da piccolo, perciò “è benigno” o comunque sa gestirlo meglio di altri, che non hanno tanta familiarità con la rabbia.

Un altro aspetto che compromette la salute è la ridotta esteriorizzazione della collera, dal momento che “la rabbia silenziosa”, come al principio diceva lo *yatiri* e conferma poi Samuel Villa, può essere ancora più nefasta:

«Un giorno ho avuto la bile perché mi comincia a fare male la schiena, e proprio qui, sul cuore, e io so che è bile perché mia moglie si è fatta operare di bile e mia figlia si è fatta operare di bile. Dicevano che avevano male alla spalla [...] Quando uno ha molta rabbia dentro, per esempio io normalmente quasi non mi arrabbio, mi trattengo per non litigare con chi mi ha molestato, per non essere aggressivo sto zitto, e credo che è questo che fa accumulare la bile. Dicono che bisogna lanciare qualcosa, rompere bottiglie, bicchieri, qualsiasi cosa per sfogarsi, ma io non sono così, e sembra che mi si sta accumulando.

D. Dov'è la bile?

Proprio qui, sotto al cuore [...] qui c'è tanta gente che è morta di bile, per la rabbia [...] perché la giustizia è bendata con un fazzoletto, è cieca [...].

D. Il dolore della bile le è venuto inaspettatamente o per qualche ragione precisa?

Mah, così, poco a poco. Quel giorno mi sono irritato, ed è cominciato, quando uno si arrabbia comincia. Mi sono irritato interiormente ed è cominciato. Fa così. Quando uno si arrabbia, dopo viene il dolore» (Samuel Villa, 30 aprile 2008).

Ernesto Ramos, naturista, spiega i tratti peculiari della disfunzione della vescica biliare:

«Bile è dove si accumula il grasso e allora può scoppiare. La chiamano vescica biliare, vero? [...] Il grasso si accumula come delle palline e scoppia [...] attacca il fegato, attacca tutte le parti il grasso [...] e poi la preoccupazione, la tensione, tutte queste cose ci portano a questo. La preoccupazione più di tutto. Non è solo il grasso, questo si accumula con tutte queste cose» (Ernesto Ramos, 11 marzo 2008).

Si deduce dunque che, oltre al grasso, il fattore determinante che favorisce l'accumulazione della bile nella vescica biliare è la preoccupazione che, insieme alla rabbia, come diceva Julio Quispe, entra in circolo costituendosi come un elemento essenziale della fisiologia umana.

A causa della frequente preoccupazione o dei pensieri più tediosi, a essere attaccati per primi sono la testa e il cuore, il fegato e la vescica biliare, organi che, come su una pellicola fotografica, imprime il “negativo” della vita passata, affermandosi allo stesso tempo come un “registro storico” (PITARCH P. 1996: 195)⁽²⁶⁾ delle “malattie biografiche” (AUGÉ M. - HERZLICH C. 1986).

Sulla capacità degli organi interni di ritenere questo “passato negativo” o questa sorta di memoria storica individuale, fanno luce, ad esempio, certi rituali di purificazione, che in genere si praticano con piccoli animali come il “*cuy*”, detto anche “*wank'u*”, cioè il porcellino d'india, o il rospo, nella zona andina ecuadoriana (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1995; BERNARD C. 1986: 61).

Il terapeuta sfrega il corpo del paziente con l'animaletto che si impregna delle sostanze perniciose, ossia quei fluidi umorali che si producono dopo aver vissuto eventi negativi o tensioni sociali nel proprio ambiente, o per causa del *susto*. In tal modo l'infermo si pulisce e si libera della sua biografia dannosa, e dunque della malattia, che si trasferisce alle viscere dell'animale. Per verificare il successo del rituale, lo si sacrifica e seziona, mostrando in tal modo al paziente il malessere, che è ormai esterno al suo corpo (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1999: 135).

In realtà, anche gli organi del corpo umano registrano la “malattia biografica” e, così concepiti rappresentano: «la storia intima, il passato remoto di ognuno, un altro segreto o forse un tesoro ben custodito. Custodito nelle stanze più occulte dell'inconscio e nei più lontani rifugi della memoria [...] Quando sapevamo soltanto balbettare, prima di conoscere la sintassi della nostra lingua, con le sue classificazioni dell'esperienza; quando non sapevamo dove conservare ciò che si stava vivendo con tanto sconcerto, tutto si scagliava, informe, senza etichetta, in un pozzo senza fondo, impossibile da esplorare in una vita intera. Rimane lì, ben nascosto [...] perso per noi, per loro e per tutti quelli che non possono sapere, neanche io, se si tratta di un tesoro o, come probabile, solo di un fondo pantanoso e scivoloso come il fango della coscienza. In queste profondità interiori, il tempo è fermo e gli accadimenti esterni non alterano la condizione immutabile, salvo quando una catastrofe emozionale smuove le acque del pozzo e la tenue argilla del fondo sale fino alla superficie della parola e del volto» (GUTIÉRREZ ESTÉVEZ M. 2002: 105-106).

La bile è il prodotto di questo balbettio, previo alla comprensione della sintassi dell'esperienza, della rabbia silenziosa o irruenta del “*renegar*” o della collera. La rabbia, soprattutto quando è sopita, masticata con parole

confuse, a mezza bocca, protegge gli altri dai propri sentimenti negativi ma, senza esprimersi chiaramente, si riversa dentro, nell'interiorità di ciascuno ed entra in circolo, nella delicata e controversa fisiologia dell'essere umano. Per non aver saputo gridare o tirare oggetti, il fegato straripa del liquido umorale che gli è proprio, fino a che il corpo è sopraffatto dalla bile.

Un eccesso di bile conduce a un temperamento collerico, provoca ansia e tendenza all'insoddisfazione⁽²⁷⁾. Così la collera ha ripercussioni nel corpo individuale del recluso, sebbene abbia origine nel corpo sociale dominato dalle tensioni non risolte con i familiari, che peraltro patiscono la stessa malattia. Le conseguenze di tali disordini suppongono l'insorgere dei disturbi più pericolosi, che vengono considerati di maggior impatto sulla salute perché implicano la perdita dell'anima e, di conseguenza, la frammentazione dell'essere (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1999: 150) o l'"apertura del corpo".

Infatti, per "guardare" dentro se stessi, è estremamente nocivo farsi operare chirurgicamente, perché il corpo è un'entità chiusa e come tale deve rimanere nell'arco di tutta l'esistenza⁽²⁸⁾. Le soluzioni proposte dalla biomedicina per curare la vescica biliare sono dunque estremamente aggressive, poiché si utilizzano strumenti invasivi, profanatori dell'unità indissolubile dell'essere e, così come spiegavano Fabricio e Julio Quispe, debilitano irrimediabilmente il paziente, trasformando il suo corpo chiuso e resistente in un organismo propenso a contrarre malattie (FERNÁNDEZ JUÁREZ G. 1999: 78).

Analogamente, il *carcelazo*, nelle sue manifestazioni più violente, taglia le relazioni sociali dell'individuo e le sue interiorità diventano deboli e indifese. Così, i corpi docili descritti da Michel FOUCAULT (2005 [1975]), mansueti e quieti perché plasmati dalla moderna istituzione penitenziaria, rigidamente controllati dalla severa vigilanza del panottico, si trasformano a San Pedro in corpi deboli, come affermava lo *yatiri*, dominati da un concetto più intimo e profondo di "disciplina", il cui risultato è la stessa calma apparente.

Conclusioni: pena incorporata e incorporazione della pena

Dopo la sentenza, nuove e spesso drammatiche certezze si abbattono sui destini dei reclusi, che cambiano il modo di pensare e condurre la propria esistenza, il rapporto con gli altri detenuti e con l'esterno.

Il processo di adattamento della persona alla vita in carcere si definisce nei manuali di criminologia con il termine di “prigionizzazione”⁽²⁹⁾ che, mostrando la stessa etimologia del *carcelazo*, indicherebbe gli effetti della reclusione nell’essere umano, ossia quelle pene “collaterali” che, di fatto, costituiscono buona parte della condanna e di cui la sentenza non fa menzione. In tribunale si quantifica solo il tempo di internamento o l’ammontare della cauzione, lasciando invece al margine il conto della sofferenza del recluso⁽³⁰⁾.

È vero che non esiste un metodo scientifico per pesare il dolore sul piatto della bilancia, in particolar modo quando si pretende che la pena sia “incorporea” (FOUCAULT M. 2005 [1975]: 14-19), cioè senza peso sul corpo. L’integrità del corpo e la sua (teorica) inviolabilità da parte dell’istituzione penitenziaria assicurerebbero ai funzionari statali e a gran parte dell’opinione pubblica che la “dolcezza” dei castighi (FOUCAULT M. 2005 [1975]: 113-144), incorporei per legge e per “umanità”, protegga dal maltrattamento fisico istituzionalizzato. Per tanto la prigionizzazione si concepisce come un effetto della reclusione sulla psiche, la cui alterazione sfocerebbe in “sindromi reattive all’imprigionamento”, posto che la permanenza in istituzioni “chiuse” produce una lunga serie di effetti psicopatologici⁽³¹⁾. Tali effetti non costituiscono un delitto poiché, seguendo la formula in voga nel paradigma scientifico dello studio dell’essere umano, ampiamente accettata dal diritto penale, mente e corpo sono entità fondamentalmente distinte. Dunque, gli attentati all’equilibrio psichico del recluso non si considerano alla pari delle ingiurie corporali, vietate e fortemente stigmatizzate, e l’istituzione penitenziaria assume impunemente la sua funzione di agente patogeno.

Eppure neanche nel “fisico” è possibile nascondere le conseguenze perniciose della vita in cattività e della prigionizzazione, perché è fuori di dubbio che il corpo del recluso è sofferente.

Il dottor Daniel Gonin, medico penitenziario francese, criticando l’essenza coercitiva e repressiva degli istituti di pena, descrive un complesso mondo di patologie carcerarie sofferte dai suoi pazienti. Oltre a disturbi sensoriali, vertigini, anestesi del gusto, dell’olfatto e sfasamenti spazio-temporali (GONIN D. 1994 [1991]: 76-84), molte affezioni assumono l’aspetto di veri e propri martiri o sacrifici (LE BRETON 2005 [2003]: 105). «Un giorno, durante una sessione di psicoterapia di gruppo, un rumore prima secco e poi cristallino interruppe bruscamente gli scambi di opinione che si svolgevano in modo particolarmente vivace. Vidi di colpo, senza ben capire, dei pezzi di vetro sparsi dappertutto nella zona centrale del gruppo e un ragazzo chinato a quattro zampe, che in un primo tempo pensai stesse

raccogliendo i cocci sparsi, per scrupolo di ordine e pulizia. Ma con mio enorme stupore realizzai poco dopo che il giovane li stava ingurgitando con una sorta di avidità rabbiosa. Volli intervenire, ma non feci che rendere più precipitosi i suoi gesti, che divenuti maldestri, gli procurarono tagli sulle labbra a causa dei vetri rotti che ingoiava. Il sangue rosso vivo si rifletteva sulle schegge e il fascino estetico accresceva l'orrore suscitato dalla bocca insanguinata, da cui colava quel cibo particolare. Avevo fatto la conoscenza di un *ingoiatore* in collera» (GONIN D. 1994: 105). Gli "ingoiatori" ingeriscono di nascosto ogni tipo di oggetto a disposizione, e siccome non percepiscono la propria interiorità come un limite, «uno spazio o una posizione del dentro in contrasto con un fuori» (GUTIÉRREZ ESTÉVEZ M. 2002: 95), incorporano indiscriminatamente ciò che appartiene all'esterno, manifestando con questo gesto il loro supplizio.

La pena intesa come dolore e afflizione, ma anche come istituzione penitenziaria che si riflette nelle leggi, nei diritti e nei benefici, così come nell'aria, nei sapori e negli odori del carcere, si materializza in piccoli oggetti che penetrano il corpo e cominciano a farne parte, evidenziando la formula fittizia dell'"incorporeità", quando il dentro e il fuori si fondono secondo la logica perfetta dell'"incorporazione".

Il concetto di incorporazione (*embodiment*) come paradigma dello studio dell'essere umano (CSORDAS T. 1990: 5; SCHEPER HUGHES N. - LOCK M. 1987) pone in rilievo come esso sia una costruzione culturale plasmata attraverso un'interazione osmotica, inseparabile e continua con il mondo circostante. Superando la distinzione corpo/mente come formula binaria dell'ontologia del soggetto, si svincola la corporeità dalla sua dimensione esclusivamente "biologica", e la si intende invece come parte e prodotto di processi storici e sociali che si configurano come sistemi di riferimento utili per dare valore e senso alle cose (PIZZA G. 2007: 29-31).

Molti antropologi hanno sottolineato come in diversi contesti di marginalità, povertà ed esclusione il linguaggio della malattia, ad esempio i cosiddetti "nervi", rappresentino l'"incorporazione" della sofferenza connessa a fattori economici e alla subalternità politica e sociale (ENNIS-McMILLAN M. 2001; FARMER P. 1988, 2006; LOCK M. 1988, 1993; LOW S. 1981, 1994; MIGLIORE S. 2001; ONG A. 1988; REBHUN L. A. 1993; SCHEPER HUGHES N. 1997 [1992]; SCHEPER HUGHES - LOCK M. 1987; TAPIÁS M. 2006). Queste etnografie mostrano come nel campo del corporeo, messi in luce attraverso la narrazione della malattia, si possano esprimere conflitti, tensioni sociali, ineguaglianze e tragedie familiari che, siccome fanno parte della biografia individuale, non si considerano scatenati da fattori

esterni al malato, mascherando in tal modo le ragioni e le cause sociopolitiche del malessere, celato nell'ambito dell'ordine naturale delle cose e nell'inevitabile della disgrazia e della sofferenza umana (FARMER P. 2006). Inoltre tali autori, in consonanza con il significato proprio dell'"incorporazione", evidenziano come sia incongruo considerare certe malattie "false" o "psicosomatiche", rifiutando quindi il concetto di somatizzazione, considerato arbitrario e fuorviante (SCHEPER HUGHES N. - LOCK M. 1987; LOCK M. 1993) e, nel nostro caso, il concetto di "incorporeità della pena" o di "prigionizzazione" come effetto del carcere solo sulla "psiche".

Invece il *carcelazo* e le altre malattie del carcere, così come sono state raccontate dai reclusi e presentate in questo lavoro, e cioè attraverso una serie di aneddoti che sottolineano le vicissitudini della vita, mostrano la sofferenza della "persona" ma anche la debolezza sociale del soggetto, dove la debolezza, un malessere diffuso nel contesto andino (OTHIS K.S. 1999; TAPIAS M. 2006; CERBINI F. 2009), è un'istanza "bioculturale" di incorporazione di una lunga traiettoria esistenziale di esclusione e povertà. Drammi di un'esistenza raccontata come una serie di sintomi, come fluidi e sostanze localizzate in determinate parti del corpo, che pregiudicano non solo il carcerato ma anche la sua famiglia, come fosse un processo "naturale", un destino ineluttabile di alcuni, che favorisce la riproduzione di privazioni e necessità (FARMER P. 2006).

Il recinto penitenziario contiene persone che quotidianamente costruiscono la loro corporeità e "incorporano" la loro pena come prodotto del proprio metabolismo esistenziale. Tuttavia, mentre l'autolesionismo, come hanno mostrato gli "ingoiatori", è un atto di dolore particolarmente suggestivo, il processo di "incorporazione" del male descritto attraverso il *carcelazo* segna il corpo in modo meno "spettacolare"⁽³²⁾. Infatti, non ci sono a San Pedro storie di "ingoiatori" e non sono frequenti gli atti di autolesionismo e mutilazione, intesi come un grido che richiama l'attenzione su di sé, poiché certe proteste in questo penitenziario non produrrebbero alcun risultato, nessun lamento e nessuna visibilità. Eppure, nelle narrazioni sul male dei reclusi, si notano ugualmente i tessuti lacerati delle loro interiorità.

Così, le malattie del carcere di San Pedro riescono a costituire una denuncia e una protesta se studiate con gli strumenti esegetici dell'indagine antropologica, mediante i quali è possibile risalire all'origine del male. Allora, comprendere la costruzione culturale del *carcelazo* e delle affezioni collaterali che scatena significa scavare nella miseria e nella contraddizione di esistenze vissute al margine ancor prima della reclusione. Vite

subalterne in cui la malattia si configura come una metafora di desideri frustrati e necessità insoddisfatte, la cui narrazione si concepisce come una trama di esperienze che conformano la cognizione del malessere come un “mito dell’origine” (GOOD B. 2006a [1992]: 237-243). Per i reclusi, il *carcelazo* diventa dunque il mito di fondazione della loro diversità, del loro stigma, della sofferenza, della morte in carcere e dell’esistenza di tutti i mali che si generano a partire dalla condanna, dall’abbandono, dalla manomissione dell’identità e dell’umanità della persona in una delle più oscure e remote istituzioni statali.

Note

⁽¹⁾ Proprio questa “libertà” di movimento ha facilitato di gran lunga l’“osservazione partecipante”, impensabile in contesti del genere. I dati necessari per l’elaborazione della tesi di dottorato, da cui è tratto questo articolo, sono stati raccolti all’interno del carcere di San Pedro durante le due fasi principali del lavoro sul campo (da aprile fino ad agosto del 2006 e da febbraio 2008 fino a giugno dello stesso anno). La maggior parte delle interviste con i reclusi, circa 100, sono state registrate e, date le peculiarità di funzionamento del penitenziario, si sono potute svolgere senza la presenza di alcun estraneo alla ricerca e senza la separazione fisica con il detenuto. I temi di cui tratta questo articolo sono dunque parte della tesi di dottorato presentata all’Universidad Complutense di Madrid in cotutela con la Sapienza Università di Roma, nell’ambito del programma: *Sociedades americanas: caracteres históricos y antropológicos*, del dipartimento di *Historia de América II - Antropología de América* della Facoltà di geografia e storia (relatori: prof. Manuel Gutiérrez Estévez - prof. Alessandro Lupo).

⁽²⁾ Tutti i nomi dei reclusi sono fittizi. In genere, per motivi di “sicurezza”, registravo soltanto il nome proprio dell’intervistato, tralasciando il cognome. Non chiedevo mai il delitto commesso, poiché si trattava di un argomento delicato che avrebbe potuto alterare l’esito dell’intervista. Solo col tempo, instaurato un rapporto di mutua fiducia, emergevano i dati più “sensibili” e completavo anche le informazioni relative al cognome, età, luogo di nascita, occupazione e periodo di detenzione.

⁽³⁾ La traduzione italiana delle interviste in questo articolo rispecchia, per quanto è possibile, il linguaggio dei reclusi, molti di loro provenienti da ambienti poco castiglianizzati, spesso bilingui (aymara o quechua) e con un bassissimo tasso di alfabetizzazione.

⁽⁴⁾ Il *susto*, cioè lo “spavento”, è una categoria diagnostica tradizionale molto comune fra i popoli indigeni americani.

⁽⁵⁾ Nella visione autoctona dell’essere umano, l’*ajayu* è una delle “anime” che compongono la persona. Quando, per il *susto*, abbandona il corpo causa gravi conseguenze per la salute. A proposito si veda FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (1995, 1999, 2004).

⁽⁶⁾ Il termine “vescica biliare” è obsoleto, mentre attualmente è più comune chiamare quest’organo “colecisti” o “cistifellea”. In questo lavoro comunque adotterò sempre la prima denominazione, che traduce la parola “*vesícula biliar*” usata dai reclusi.

⁽⁷⁾ A proposito dell’incomprensione medico-paziente per quanto riguarda la somministrazione dei trattamenti e dei farmaci nell’area rurale e popolare urbana boliviana si veda: CERBINI F. (2009); FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (1999); RAMÍREZ HITA S. (2009). Si veda anche TAUSSIG M. (2006).

⁽⁸⁾ È la moneta ufficiale del Paese. 100 boliviani equivalgono a circa 10 euro.

⁽⁹⁾ A proposito della sintomatologia della “bile”, si veda CERBINI F. (2009): Doña Concepción spiega questa malattia in termini molto simili.

⁽¹⁰⁾ Antonio Mamani probabilmente non uscirà mai dal carcere, come molti altri suoi compagni che non hanno la disponibilità economica per farlo.

⁽¹¹⁾ Per quanto riguarda il concetto di autocura o l'articolazione dei diversi saperi medici a cui il malato ricorre per risolvere la sua malattia, si veda, per esempio, CAMPOS R. (1992); MENÉNDEZ E.L. (1990, 2002); PIZZA G. (2007).

⁽¹²⁾ “*Mindfull body*”.

⁽¹³⁾ “*no es gente*”.

⁽¹⁴⁾ “*es otra clase de gente*”.

⁽¹⁵⁾ La parola “rimorso” non è causale. Si veda infatti l'opera di ERNESTO DE MARTINO (1961) che ha ispirato in parte l'interpretazione di *carcelazo* come conflitto con un passato negativo, dannoso, che ritorna nei momenti di crisi di senso della vita del recluso.

⁽¹⁶⁾ È necessario considerare la dimensione socioculturale della malattia per comprenderne il profondo significato. In tal modo certe malattie come il mal di testa, la bile o il mal di cuore diventano “malattie del carcere” anche se sono molto diffuse anche all'esterno.

⁽¹⁷⁾ È molto comune fra i reclusi pensare che “prima della reclusione non ci ammalavano mai”. Ciò si deve in parte al fatto che il carcere è “patogeno”, in parte perché è possibile che si segua un “modello narrativo” della malattia secondo cui esiste un episodio scatenante a partire dal quale si incubano tutti le malattie che si patiranno in futuro, in contrasto con il periodo anteriore a questa sorta di atto di fondazione del patimento. Ad esempio, lo stesso succedeva fra le donne della zona rurale del Nord di Potosí, che intendevano spesso il matrimonio come il momento in cui hanno cominciato ad ammalarsi, in contrasto con il periodo precedente, felicemente libero dal male. Come i reclusi, queste donne lamentavano proprio il male di “bile” e lo raccontavano attraverso la narrazione degli eventi più drammatici della loro vita (CERBINI F. 2009), mostrando un quadro simbolico molto simile a quello dei carcerati di San Pedro. Perciò il dolore alla vescica biliare, apparentemente più tecnico di un generico mal di testa, ha anch'esso profonde radici popolari, essendo molto diffuso nell'entroterra boliviano, da cui la maggior parte dei reclusi proviene.

⁽¹⁸⁾ Nel senso di *susto* come categoria diagnostica tradizionale.

⁽¹⁹⁾ Joseph BASTIEN (1985) si riferisce alla parola “cuore” come traduzione dal quechua *sonqo* che indica un'entità che possiede tutta una serie di prerogative che non appartengono al “cuore” inteso in termini biomedici.

⁽²⁰⁾ La ricerca etnografica ha messo in luce come molti popoli indigeni americani intendono il “cuore” come la sede dell'anima e delle anime che compongono la persona, che le conferiscono la vitalità e la capacità di azione, la possibilità di provare emozioni e sentimenti, essendo il cuore anche una specie di magazzino della memoria (si veda, per esempio: FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (2004a); GOSSEN G. (1975); LUPO A. (2009); PITARCH P. (1996). Anche in altri contesti il “cuore” è veicolo di una lunga serie di significati: per una semantica delle malattie di cuore in Iran si veda ad esempio il lavoro di BYRON GOOD (2006a [1992]). Del resto l'etimologia stessa della parola “ricordare”, ovvero “re-cordare” da *cor, cordis*, “riportare al cuore”, ci mostra come anche nel nostro linguaggio il cuore si intenda come sede della memoria e anche in inglese, per esempio, “*to learn by heart*” vuol dire imparare a memoria.

⁽²¹⁾ Come accennavo nella premessa, per quanto possa sembrare incredibile, la realtà del funzionamento del carcere di San Pedro è esattamente com'è descritta in quest'intervista.

⁽²²⁾ In Bolivia, lo stipendio minimo mensile ammonta a 70 dollari circa.

⁽²³⁾ Si parla nuovamente del caso di Ramiro Flores.

⁽²⁴⁾ Descritta da Joseph BASTIEN (1985) l'etnofisiologia *Kallarwaya* diffusa su gran parte dell'area andina distingue diversi fluidi, controllabili mediante una farmacopea che, prescindendo da fattori termici, si basa sulla qualità fredda o calda delle piante impiegate nella cura. Ogni disfunzione nell'equilibrio del corpo, in cui si produce il *tinku* o “incontro” delle sostanze vitali, si

traduce in un eccesso di alcune sostanze secondarie (ossia la bile, il flemma, il latte, lo sperma, il sudore e l'urina). Tale eccesso converte la sostanza secondaria in nociva e questa deve essere espulsa (BASTIEN J. 1985: 602-603).

⁽²⁵⁾ Il “voceador” è colui che annuncia a voce alta la destinazione dell'autobus ai passeggeri che devono scendere e salire e si occupa dei biglietti.

⁽²⁶⁾ Nella sua etnografia a Cancuc (Chiapas), questo autore descrive il “cuore” come una sorta di registro storico capace di incorporare il passato storico locale e proiettarlo nel complesso repertorio di “anime” che possiede la persona e che hanno sede, appunto, nel cuore.

⁽²⁷⁾ Per quanto concerne le teorie umorali della medicina tradizionale del Nuovo mondo si veda, per esempio: FOSTER G. (1987); LÓPEZ AUSTIN A. (1984); BASTIEN J. (1985).

⁽²⁸⁾ A proposito di popoli indigeni e chirurgia si veda: FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (cur.) (2009).

⁽²⁹⁾ Per quanto riguarda la letteratura “scientifica” sul concetto di “prigionizzazione” si è preso in considerazione per questo lavoro il testo di FERRACUTI F. (1990); VALVERDE J. (1991).

⁽³⁰⁾ Uno dei testi più eloquenti ed evocativi sulla condizione del recluso, sul “carcelazo”, sebbene il malessere non sia descritto in questi termini, è di CURCIO R. - PETRELLI S. - VALENTINO N. (1990).

⁽³¹⁾ Secondo GOFFMAN E. (2007 [1961]: 26-27) tutte le istituzioni “totali” producono gli effetti della prigionizzazione, che questo autore definisce come “deculturazione”.

⁽³²⁾ Si vedano i concetti correlati di “violenza strutturale” e “sofferenza sociale” in: FARMER P. (2006 [2004]); QUARANTA I. (2006); BENEDEUCE R. (2008).

Riferimenti bibliografici

ABSI Pascale (2005), *Los ministros del diablo. El trabajo y sus representaciones en las minas de Potosí*, Programa de Investigación Estratégica en Bolivia (PIEB), La Paz.

AGAMBEN Giorgio (2005 [1995]), *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*. Einaudi, Torino (prima ediz.: Einaudi, Torino 1995).

ALLEN Catherine J. (1982), *Body and soul in Quechua thought*, “Journal of Latin American Lore”, vol. 8, n. 2, 1982, pp. 179-196.

ARNOLD Denise (curatore) (1992), *Hacia un orden andino de las cosas: tres pistas de los Andes*. Instituto de Historia Social Boliviana (HISBOL) - Instituto de Lengua y Cultura Aymara (ILCA), La Paz.

AUGÉ Marc - HERZLICH Claudine (curatori) (1986 [1983]), *Il senso del male*. Antropologia, storia e sociologia della malattia. Il Saggiatore, Milano [ediz. orig.: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Éditions des Archives Contemporaines, Paris, 1983].

BASTIEN Joseph (1985), *Qollahuaya-Andean body concepts. A topographical-hydraulic model of physiology*, “American Anthropologist”, vol. 87, n. 3, 1985, pp. 595-611.

BENEDEUCE Roberto (curatore) (2008), *Violenza*, “Annuario di Antropologia” (Meltemi, Roma), anno 8, n. 9-10, 2008 (numero monografico).

BERNARD Carmen (1986), *Enfermedad, daño e ideología. Antropología médica de los renacientes de Pindilig, Abya-Yala*, Quito.

CAMPOS Roberto (curatore) (1992), *La antropología médica en México*, 2 voll., Amacalli Editores, México.

CANESSA Andrew (2006), *Minas, motes y muñecas. Identidad e indigeneidades en Larecaja*. Editorial Mamahuaco, La Paz.

CERBINI Francesca (2009), *Cesáreas, ligadura de trompas y vesícula. Las operaciones como enfermedad crónica en el testimonio de una mujer quechua del Norte de Potosí (Bolivia)*, pp. 165-178, in FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (curatore), *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*, Abya-Yala, Quito.

- CERBINI Francesca (2012) *La casa de jabón. Etnografía de una cárcel boliviana*, Ediciones Bellaterra, Barcelona.
- COMITÉ INTERNACIONAL CRUZ ROJA (CICR) (2006), *Diagnóstico situacional de los servicios de salud en el sistema penitenciario de Bolivia* (Informe 2006).
- CSORDAS Thomas (1990), *Embodiment as a paradigm for anthropology*, "Ethos", vol. 18, n. 1, 1990, pp. 5-47.
- CURCIO Renato - PETRELLI Stefano - VALENTINO Nicola (1990), *Nel bosco di Bistorco*, Edizioni Sensibili alle Foglie, Roma.
- DE MARTINO Ernesto (1961), *La terra del rimorso. Il Sud tra religione e magia*, Il Saggiatore, Milano.
- DOUGLAS Mary (1973 [1966]), *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabu*, Siglo XXI de España Editores, Madrid [ediz. orig.: *Purity and danger. An analysis of concept of pollution and taboo*, Routledge & Kegan Paul, London, 1966].
- DUVIOLS Pierre (1977), *Las destrucciones de las religiones andinas durante la Conquista y la Colonia*, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México.
- ENNIS-MCMILLAN Michael C. (2001), *Suffering from water. Social origins of bodily distress in a Mexican community*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 15, n. 3, 2001, pp. 368-390.
- FARMER Paul (1988), *Bad blood, spoiled milk. Bodily fluids as moral barometers in rural Haiti*, "American Ethnologist", vol. 15, n. 1, 1988, pp. 62-83.
- FARMER Paul (2006 [2004]), *Antropologia della violenza strutturale*, pp. 17-49, in QUARANTA IVO (curatore) *Sofferenza sociale "Annuario di Antropologia"* (Meltemi, Roma) (numero monografico) [ediz. orig.: *Anthropology of structural violence*, "Current Anthropology", vol. 45, n. 3, 2004, pp. 305-325].
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (1995), *El banquete aymara. Mesas y yatiris*, Instituto de Historia Social Boliviana (HISBOL), La Paz.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (1999), *Médicos y yatiris: salud e interculturalidad en el Altiplano aymara*, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) - Ministerio de Salud y Previsión Social - Centro de Investigación y Promoción del Campesinato (CIPCA) - (ESA), La Paz, 1999 (Cuadernos de investigación, vol. 51).
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (2004a), *Yatiris y ch'amakanis del Altiplano aymara: sueños, testimonios y prácticas ceremoniales*, Abya Yala, Quito.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (2004b), *Ajayu, animu, kuraji: el "susto" y el concepto de persona en el Altiplano aymara*, pp. 185-218, in SPEDDING ALISON (curatore), *Gracias a Dios y a los Achachilas: ensayos de sociología de la religión en los Andes*, Instituto Superior Ecuaménico Andino de Teología (ISEAT) - Plural Editores, La Paz.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (curatore) (2009), *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*, Abya Yala, Quito.
- FERRACUTI Franco (curatore) (1987-1991, 1990), *Trattato di criminologia, medicina criminologica e psichiatria forense*, 21 voll. (1987-1991), vol. 11, *Carcere e trattamento*, (1990), Giuffrè, Milano.
- FOSTER George M. (1987), *On the origin of humoral medicine in Latin America*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 1, n. 4, 1987, pp. 355-393.
- FOUCAULT Michael (2005 [1975]), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Gallimard, Paris, 1975].
- GIRAULT Louis (1988), *Rituales en las regiones andinas de Bolivia y Perú*, Editorial Don Bosco, La Paz.
- GOFFMAN Erving (2007 [1961]), *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu Editores, Madrid [ediz. orig.: *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and others inmates*, Doubleday Anchor, New York, 1961].
- GONIN Daniel (1994 [1991]), *Il corpo incarcerato*, introduz. all'ediz. italiana di Massimo PAVARINI, Edizioni Gruppo Abele, Torino [ediz. orig.: *La santé incarcerée. Médecine et conditions de vie en détention*, L'Archipel, Paris, 1991].

- GOOD BYRON (2006a [1992]), *Un corpo che soffre. La costruzione di un mondo di dolore cronico*, pp. 75-106, in QUARANTA IVO (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig.: *A body in pain: the making of a world of chronic pain*, pp. 29-48, in DELVECCHIO GOOD MARY-JO - BRODWIN PAUL E. - GOOD BYRON J. - KLEINMAN ARTHUR (curatori), *Pain as human experience. An anthropological perspective*, University of California Press, Berkeley - Los Angeles, 1992].
- GOOD BYRON (2006b [1994]), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino [ediz. orig.: *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*, Cambridge University Press, New York, 1994].
- GOSE PETER (2001), *Aguas mortíferas y cerros hambrientos. Rito agrario y formación de clases en un pueblo andino*. Editorial Mamahuaco, La Paz.
- GOSSEN GARY (1975), *Animal souls and human destiny in Chamula*, "Man", new series, vol. 10, n. 3, 1975, pp. 448-461.
- GUTIÉRREZ ESTÉVEZ MANUEL (2002), *Interioridades*, pp. 83-14, in GUTIÉRREZ ESTÉVEZ M. et al., *Según cuerpos. Ensayo de diccionario de uso etnográfico*, Cícón Ediciones - Fundación Xavier de Salas, Cáceres.
- GUTIÉRREZ ESTÉVEZ MANUEL et al. (2002), *Según cuerpos. Ensayo de diccionario de uso etnográfico*. Cícón Ediciones - Fundación Xavier de Salas, Cáceres.
- HUANCA TOMÁS (1989), *El yatiri en la comunidad Aymara*, Ediciones CADA - Instituto de Historia Social Boliviana (HISBOL), La Paz.
- LE BRETON DAVID (2005 [2003]), *La pelle e la traccia. Le ferite del sé*, Meltemi, Roma (ediz. orig.: *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*, Métailié, Paris, 2003).
- LOCK MARGARET (1993), *Cultivating the body. Anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge*, "Annual Review of Anthropology", n. 22, 1993, pp. 133-155.
- LÓPEZ AUSTIN ALFREDO (1984), *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos Nahuas*, 2 voll., Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México.
- LOW SETHA M. (1981), *The meaning of nervios. A sociocultural analysis of symptom presentation in San José, Costa Rica*, "Culture, Medicine and Psychiatry", vol. 5, n. 1, 1981, pp. 24-48.
- LOW SETHA M. (1994), *Protest of the body*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 8, n. 4, 1994, pp. 476-478.
- LUPO ALESSANDRO (2009), *Fuori di sé. Viaggi "sciamanici" ed esperienze di malattia nel Messico indigeno e meticcio*, "I Quaderni del Ramo d'Oro", n. 2, 2009, pp. 124-142.
- MENÉNDEZ EDUARDO L. (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.
- MENÉNDEZ EDUARDO L. (2002), *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*, Ediciones Bellaterra, Barcelona.
- MIGLIORE SAM (2001), *From illness narratives to social commentary. A Pirandellian approach to "nerves"*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 15, n. 1, 2001, pp. 100-125.
- OBLITAS POBLETE ENRIQUE (1963), *Cultura kallawaya*, Talleres Gráficos Bolivianos, La Paz.
- ONG AIHWA (1988), *The production of possession. Spirits and the multinational corporation in Malaysia*, "American Ethnologist", vol. 15, n. 1, 1988, pp. 28-42.
- OTHS KATHRYN S. (1999), *Debilidad. A biocultural assessment of an embodied Andean illness*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 13, n. 3, 1999, pp. 286-315.
- PITARCH PEDRO (1996), *Anímisimo, colonialismo y la memoria histórica tzeltal*, "Revista Española de Antropología Americana", vol. 26, n. 1, 1996, pp. 183-203.
- PIZZA GIOVANNI (2007), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.
- QUARANTA IVO (2006), *Introduzione*, pp. 5-15, in QUARANTA IVO (curatore), *Sofferenza sociale*, "Annuario di Antropologia" (Meltemi, Roma), anno 6, n. 8, 2006 (numero monografico).
- QUARANTA IVO (curatore) (2006), *Sofferenza Sociale*, "Annuario di Antropologia" (Meltemi, Roma), anno 6, n. 8, 2006 (numero monografico).

- QUARANTA IVO (curatore) (2006), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- RAMÍREZ HITA Susana (2005), *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*, Cooperación Italiana, La Paz.
- RAMÍREZ HITA Susana (2009), *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymará del Altiplano boliviano*, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), La Paz.
- Rebhun Linda-Anne (1993), *Nerves and emotional play in Northeast Brazil*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 7, n. 2, 1993, pp. 131-151.
- RÖSING Ina (1990), *Introducción al mundo callawayá. Curación ritual para vencer penas y tristezas*, Editorial Los Amigos del Libro, La Paz.
- SCARRY Eleine (1990 [1985]), *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, Il Mulino, Bologna [ediz. orig.: *The body in pain. The making and unmaking of the world*, Oxford University Press, New York, 1985].
- SCHEPER-HUGHES Nancy (1997 [1992]), *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*, Ariel, Barcelona [ediz. orig.: *Death without weeping. The violence of everyday life in Brazil*, University of California Press, Berkeley, 1992].
- SCHEPER-HUGHES Nancy - LOCK Margaret (1987), *The mindful body. A prolegomenon to future work in Medical anthropology*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 1, n. 1, 1987, pp. 6-41.
- SPEDDING Alison (1994), *Wachu wachu. Cultivo de coca e identidad en los Yunkas de La Paz*, Instituto de Historia Social Boliviana (HISBOL) - Centro de Investigación y Promoción del Campesinato (CIPCA) - Cocayapu, La Paz.
- SPEDDING Alison (2004), *Gracias a Dios y a los Achachilas. Ensayos de sociología de la religión en los Andes*, Instituto Superior Ecueménico Andino de Teología (ISEAT) - Plural Editores, La Paz.
- SPEDDING Alison (2005), *Sueños, kharisiris y curanderos. Dinámicas sociales de las creencias en los Andes contemporáneos*. Ediciones Mama Huaco, La Paz.
- TAPIAS María (2006), *Emotions and the intergenerational embodiment of social suffering in rural Bolivia*, "Medical Anthropology Quarterly", vol. 20, n. 3, 2006, pp. 399-415.
- TAUSSIG Michael (2006 [1980]), *Reificación e coscienza del paziente*, pp. 75-106, in QUARANTA IVO (curatore) *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig.: *Reification and the consciousness of the patient*, "Social Science & Medicine", part B: Medical Anthropology, vol. 14, n. 1, 1980, pp. 3-13].
- VALVERDE Jesús (1991), *La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada*, Editorial Popular, Madrid.

Scheda sull'Autrice

Dottore di ricerca in Etnologia e etnoantropologia (Sapienza Università di Roma) e in Storia (presso il Dipartimento di storia americana II dell'Universidad Complutense de Madrid), ha svolto gran parte delle sue ricerche in America Latina, dopo aver conseguito la laurea presso la cattedra di Civiltà indigene dell'America (Sapienza Università di Roma) e il Master in Studi ameridiani (UCM - Casa de América, Madrid). I suoi interessi si muovono tra l'antropologia medica, antropologia dell'alimentazione e antropologia della violenza in contesti marginali, tanto nell'area andina e più in

generale sudamericana, come nelle società europee. Ha lavorato presso la Agencia española de cooperación internacional e presso l'Unione Europea in Bolivia in qualità di valutatrice di programmi di promozione della salute e delle pari opportunità, mentre come esperta in "salute interculturale e immigrazione" ha svolto ricerche con l'équipe della Universidad de Castilla - La Mancha (Toledo, Spagna). Vincitrice della borsa CAPES (Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior) e CNPQ (Centro nacional de desenvolvimento científico e tecnológico "jovens talentos", attualmente è ricercatrice presso la Universidade estadual do Ceará, Centro de ciências da saúde, Fortaleza, Brasile.

Ad oggi ha pubblicato: *La casa de jabón. Etnografía de una cárcel boliviana*, Ediciones Bellaterra, Barcelona, 2012 / *Le intermittenze del potere. Cibo e tranquillante, corpo e persona fra i reclusi del carcere di San Pedro (La Paz, Bolivia)*, "Studi Culturali", vol. 12, n. 2, 2012, pp. 201-224 / *¿Qué es la interculturalidad en la cárcel de San Pedro (La Paz, Bolivia)? Algunas reflexiones desde "dentro"*, "Nuevo Mundo Mundos Nuevos" (periodico on-line), 2011 / *Cesáreas, ligadura de trompas y vesícula. Las operaciones como enfermedad crónica en el testimonio de una mujer quechua del Norte de Potosí (Bolivia)*, pp. 165-178, in Gerardo FERNÁNDEZ JUÁREZ (curatore), *Salud e interculturalidad en América Latina. Prácticas quirúrgicas y pueblos originarios*, Abya-Yala, Quito, 2009 / *La fiesta española de los Paniora: tradición e innovación en una comunidad maorí de Nueva Zelanda*, "Revista Española de Estudios del Pacífico", n. 23, 2006, pp. 32-48.

Riassunto

All'origine del male: il carcelazo. Corpo, persona e malattia fra i reclusi del carcere di San Pedro (La Paz, Bolivia)

Situato a La Paz, il carcere maschile di San Pedro occupa un isolato nel centro della città. Qui i reclusi, lasciati a se stessi, abbandonati dallo Stato e dalle istituzioni, vivono organizzando autonomamente la loro esistenza in spazi angusti e insalubri.

In questo articolo, basato sui dati etnografici da me raccolti sul campo (2006-2008), esploro il significato di alcune malattie che sono considerate una conseguenza della vita in cattività. Così il *carcelazo* si configura come una sorta di rito di passaggio, una trasformazione importante per l'ontologia della persona reclusa, che servirà per distinguere chi sopravvive e chi soccombe alla lacerante esperienza vissuta. Utilizzo il concetto di "incorporazione", così come è stato formulato da diversi autori nell'ambito dell'antropologia medica, per analizzare il significato profondo di altre "malattie del carcere", che i reclusi ritengono una conseguenza del *carcelazo*: il mal di cuore, il mal di testa e la "bile".

Parole chiave: carcere, etnografia, malattie del carcere, incorporazione.

Resumen

Al origen del mal: el carcelazo. Cuerpo, persona y enfermedad entre los reclusos de la cárcel de san pedro (La Paz, Bolivia)

Ubicada en La Paz, la cárcel masculina de San Pedro ocupa una cuadra en el centro de la ciudad. Aquí los reclusos, dejados a sí mismos, abandonados por el Estado y por las instituciones, viven organizando de manera autónoma su existencia en espacios angostos e insalubres.

En este artículo, basado en los datos etnográficos recogidos durante el trabajo de campo (2006-2008), exploro el significado de algunas enfermedades, consideras una consecuencia de la vida en cautividad. Así el carcelazo se configura como una especie de rito de paso, una transformación importante para la ontología de la persona recluida, que sirve para distinguir entre quien sobrevive y quien se rinde a la desgarradora experiencia del encierro. Utilizo el concepto de "incorporación", tal y como ha sido formulado por diferentes autores en el ámbito de la antropología médica, para analizar el significado profundo de otros padecimientos, que los reclusos consideran derivados del carcelazo: el mal de corazón, el mal de cabeza y la "bilis".

Palabras clave: cárcel, etnografía, enfermedades de la cárcel, incorporación.

Résumé

L'origine du mal: le carcelazo. Le corps, la personne e la maladie parmi le détenus de la prison de san pedro (La Paz Bolivia)

Située à La Paz, la prison des hommes de San Pedro occupe un quartier dans le centre ville. Ici, les prisonniers, livrés à eux-mêmes, abandonnés par l'État et par les institutions, vivent en organisant en autonomie leur vie dans des espaces étroits et malsains.

Dans cet article, basé sur des données ethnographiques que j'ai recueillies sur le terrain (2006-2008), j'ai exploré le sens de certaines maladies qui sont considérées comme une conséquence de la vie en prison. Ainsi, la «carcelazo» apparaît comme une sorte de rite de passage, une transformation importante pour l'ontologie de chaque détenu, qui servira à repérer qui survit et qui succombe à une expérience déchirante.

J'utilise le concept de «l'incorporation», comme cela a été formulé par plusieurs auteurs en anthropologie médicale, afin d'analyser le sens profond d'autres «maladies de la prison», qui sont considérées par les détenus comme une conséquence de la « carcelazo »: les maladies cardiaques, le mal de tête et la «bile».

Mots-clés: prison, ethnographie, maladies de la prison, incorporation.

Abstract

At the roots of the evil: the carcelazo. Body, self and illness among the san pedro penitentiary convicts (La Paz, Bolivia)

Sited in La Paz, the male prison of San Pedro occupies a block in the city center. Here the prisoners, left to themselves, organize their lives in cramped and unhealthy spaces, abandoned by the State and institutions.

In this article, based on ethnographic data I collected in the field (2006-2008), I explore the meaning of certain diseases that are considered a consequence of life in captivity. So, carcelazo appears as a sort of rite of passage, an important transformation for the ontology of the prisoner, which will serve to distinguish who survives and who succumbs to such excruciating experience. By the use of the concept of “embodiment” as was formulated by several authors in medical anthropology, I analyze the deeper meaning of other diseases that the prisoners consider a consequence of carcelazo: heart disease, headache and “bile”.

Keywords: prison, ethnography, prison disease, embodiment.