

## *Il susto di Juan e la “sua” ipertensione.*

*Forme di relazione tra medico e paziente  
in un contesto indigeno del Messico<sup>(1)</sup>*

**Silvia Scippa**

dottore di ricerca in Discipline etnoantropologiche (Sapienza Università di Roma)  
[silvia.scippa@gmail.com]

*A Juan e al suo spirito libero*

### *1. Premessa*

Ho conosciuto Juan Morales nel novembre del 2009, a pochi giorni dal mio arrivo nella Sierra Norte de Puebla mentre, intenta a iniziare il lavoro di campo per la stesura della mia tesi di laurea specialistica, muovevo i primi passi nel villaggio di Santiago Yancuictlalpan. Obiettivo della mia ricerca era l'analisi delle articolazioni del sistema medico di una zona rurale ad elevata presenza indigena: un sistema sincretico e plurale nato dal secolare contatto tra tradizione medica nahua preispanica e medicina occidentale di stampo europeo, quest'ultima oggi capillarmente diffusa sul territorio e praticata all'interno delle strutture sanitarie presenti a Santiago e nelle comunità circostanti<sup>(2)</sup>. Parte del mio lavoro si è concentrata proprio sulle teorie e le pratiche messe in atto dal personale sanitario della struttura biomedica locale di base, un *Centro de salud rural* sorto nei primi anni '60, e sull'utilizzo di quest'ultimo da parte della popolazione indigena e meticcia.

La ricerca, la riflessione e i miei stessi movimenti sul terreno si sono svolti oltrepassando continuamente i confini tra i diversi settori del sistema medico, da me percorsi nel partecipare alle attività sanitarie, tra cui le stesse visite mediche, e nell'addentrarmi nelle case di pazienti e guaritori indigeni: luoghi di una medicina tradizionale che rappresenta una opzione curativa funzionalmente forte (LEE R. P.L. 1982) e coerente rispetto all'orizzonte ideologico e cosmologico nativo. Le testimonianze etnografiche rivelano infatti la permanente vitalità degli elementi costitutivi della tradizione locale e, allo stesso tempo, mettono in luce la tendenza

di quest'ultima ad accogliere e assorbire sempre nuovi assunti, propri dell'arena biomedica, incorporandoli all'interno del proprio universo diagnostico e terapeutico, espletando una funzione "adattativa" nei confronti dell'impatto della medicina ufficiale, e tuttavia senza abbandonare l'approccio olistico con cui essa concepisce il corpo e la persona ed interpreta l'esperienza di malattia, anzi spesso preservandolo e difendendolo come espressione fondamentale della cultura indigena (LANDY D. 1974).

Ne deriva un complesso estremamente sincretico e un incontro di linguaggi e di modelli, che risulta evidente soprattutto nei percorsi terapeutici dei singoli pazienti. Questi si muovono infatti dinamicamente in un'opera di continua riplasmazione di saperi e pratiche tra il settore medico ufficiale, quello tradizionale e l'ambito dell'autocura, spinti da fattori tanto pragmatici quanto legati all'universo dei "valori" e affidandosi parallelamente a differenti modelli di cura e di efficacia. Ma a guidare le scelte terapeutiche e gli itinerari, unici o multipli, simultanei o successivi (YOUNG A. 1983) della popolazione indigena, è principalmente la dimensione eziologica della malattia, la quale spesso rappresenta il principio cardine delle nosologie native: la classificazione locale delle malattie e la gestione medica delle stesse sono cioè intrinsecamente correlate; le concezioni intorno al male e le azioni svolte per la sua risoluzione si orientano reciprocamente.

Luogo della "salute" con storia, spazi, attività e personalità del tutto peculiari, il Centro di salute di Santiago rappresenta l'avamposto locale del modello biomedico. Qui, attraverso l'attuazione di direttive sanitarie nazionali e programmi governativi, continua infatti ad essere portato avanti un costante processo di penetrazione della medicina ufficiale che sottopone la popolazione indigena all'acquisizione e all'interiorizzazione di saperi, tecniche, strumenti, linguaggi propri della biomedicina e che la coinvolge nelle dinamiche politico istituzionali che orientano le attività degli operatori sanitari presenti sul territorio. Ma il Centro di salute è anche il luogo in cui la professione medica viene praticata in forme che tendono ad adattarsi alla complessità della realtà locale: sia per le caratteristiche epidemiologiche che per i tratti "culturali" di tale realtà. È il campo biomedico locale a orientare i comportamenti di quanti siano coinvolti nelle dinamiche del sistema medico e in quelle dei singoli processi terapeutici, intendendo per "campo" uno spazio sociale abitato da diversi soggetti – come i medici, i pazienti e i loro familiari, gli infermieri, etc. – i quali si muovono e agiscono in un contesto storico-culturale specifico, in base a particolari rapporti di forza e assetti istituzionali e normativi e

che, in quanto persone reali dotate di una loro *agency*, mettono in pratica strategie professionali e personali alquanto variabili (PIZZA G. 2005: 133).

Nel contesto di pluralismo medico che caratterizza la Sierra di Puebla e Santiago lo spazio clinico dell'ambulatorio del Centro di salute e la visita medica (la *consulta*) possono essere infatti vissuti ed analizzati come un vero e proprio incontro “interculturale”: luogo di confronto, di scambio, comprensione e conflitto tra modelli medici e orizzonti di pensiero spesso anche molto distanti, in cui dottori e pazienti sperimentano la propria “integrazione” e “differenza” in vista della cura. Molte delle testimonianze di pazienti, guaritori indigeni e dottori raccontano come a Santiago la biomedicina e la medicina tradizionale si siano ormai “unite”, come sia necessario “lavorare da entrambe le parti”: segno non soltanto di una loro storica coesistenza, bensì di una reciproca compenetrazione e complementarietà, spesso capace di generare, a livello non ufficializzato ma informale e spontaneo (VAN DER GEEST S. 2000), una sinergia terapeutica ed un'efficace integrazione, costruendo “insieme” il campo delle terapie locali e curando “insieme”, attraverso teorie e pratiche sempre culturalmente e soggettivamente determinate e sincreticamente rifunzionalizzate, una vasta gamma di “mali”.

Non mancano tuttavia esperienze in cui l'appartenenza della persona malata ad un orizzonte culturale radicalmente altro rispetto a quello biomedico può condurre ad uno scontro tra modelli esplicativi ostacolando profondamente il processo di risanamento. Un modello esplicativo (*explanatory model*) è «l'insieme delle nozioni impiegate dai vari soggetti coinvolti nel processo terapeutico – i malati, i medici, i familiari – per ricostruire le cause e il significato di un episodio di malattia ed elaborare il sapere utile per una possibile azione terapeutica» (PIZZA G. 2005: 191-192). Tali modelli spiegherebbero, nella forma di un idioma culturale, cinque componenti fondamentali dell'evento di malattia: eziologia, sintomi, patofisiologia, decorso e terapia (KLEINMAN A. 2006: 8, 13). Per quanto non è ai sistemi culturali, ma agli individui che è corretto attribuire tali modelli esplicativi, è possibile distinguere tra quelli prodotti dai medici e quelli elaborati dai pazienti. I primi sarebbero il frutto della formazione accademica e della pratica professionale dei dottori, solitamente incentrati sul *disease*, mentre i secondi farebbero riferimento al complesso delle conoscenze informali e personali e alle modalità profondamente soggettive ed emozionali di spiegare, vivere la malattia ed affrontarla, relativi perciò alla dimensione dell'*illness*. In contesti di pluralismo medico come quello di Santiago essi si moltiplicano e si intrecciano, spesso in maniera

conflittuale, riflettendo anche l'equilibrio di rapporti di forza tra settori dominanti e subordinati della popolazione e del sistema medico, nonché la distanza tra sostrati culturali e concettuali diversi emergenti nello spazio clinico: «il concetto di modello esplicativo chiarisce come i problemi che sorgono nella comunicazione clinica rappresentino spesso dei conflitti tra modi diversi di concepire la realtà clinica» nelle diverse arene del sistema medico (KLEINMAN A. 2006: 15).

L'assistere alle visite mediche presso il Centro di salute di Santiago mi ha quindi permesso di venire in contatto con le complesse modalità di relazione terapeutica tra dottori e pazienti indigeni e di evidenziare i problemi di comunicazione, comprensione e condotta che possono sorgere dalla divergenza tra gli orizzonti culturali a cui appartengono gli attori coinvolti. Allo stesso tempo la possibilità di visionare le cartelle cliniche dei pazienti – veri e propri documenti etnografici in cui si concentrano e si fissano lo sguardo clinico-diagnostico e il linguaggio biomedico – ha ulteriormente arricchito l'analisi di alcuni casi di malattia, come quello esposto nelle pagine che seguono, stimolando la riflessione intorno al “vuoto comunicativo” tra modelli, saperi, valori e pratiche, nella volontà di proporre un'analisi critica e interpretativa orientata su un'“etica della mediazione” (LOCK M. - SCHEPER-HUGHES N. 2006: 15).

Una discrepanza netta ed esplicita è quella che può emergere tra l'esperienza di malattia – nominata, spiegata, vissuta dal paziente – e la diagnosi del medico del Centro di salute, dovuta principalmente alla mancata condivisione di una prospettiva eziologica capace di orientare le scelte terapeutiche e di incidere sull'efficacia delle stesse, nonché legata alla criticità del rapporto della popolazione indigena con i farmaci allopatrici: un conflitto che sembra risolversi con difficoltà nell'incontro e nel processo terapeutico.

È il caso di un anziano *curandero* indigeno di Santiago: don Juan.

Il caso di Juan mi ha interessato fin dai primi giorni della mia permanenza nel *pueblo*: da quando mi sono ritrovata ad assistere ad una sua conversazione in nahuatl<sup>(3)</sup> con una signora meticcica di Santiago, dove Juan mostrava un farmaco che gli aveva dato il dottore e che gli aveva provocato malessere generale e dolori diffusi. Per questo motivo aveva smesso di prendere il medicinale, nonostante il dottor Tapia continuasse a ribadire che doveva assumerlo per tenere sotto controllo la sua ipertensione: diagnosi medica mai nominatami né da Juan né da sua figlia. Diversi spaventi non curati, e a quanto pare incurabili, sono per loro la causa del gonfiore, del calore, dell'ardore che Juan sente ai piedi e fin sopra, lungo le gambe, e che gli impedisce di mandare giù il cibo provocandogli una spossatezza generale. Fulmini che lo spaven-

tarono nel *ranchito*: “sustos del rayo”, i più pericolosi e i più difficili da curare<sup>(4)</sup>. A ciò si aggiungono un dolore che lo colpisce spesso al petto e la sua ernia: un bozzo sporgente appena sotto lo sterno, al centro del torace, che Juan mi mostra scoprendo davanti a me il suo petto glabro di novantatreenne sotto la camicia bianca sporca. [...] Juan si toglie i sandali per mostrarmi quanto siano gonfi e lividi i suoi piedi, si slaccia i calzoncini legati all'altezza delle caviglie per mostrarmi le gambe gonfie, mi fa toccare la sua pancia per farmi sentire il calore che gli “arde”. Chiude spesso forte gli occhi strizzandoli per esprimere il dolore diffuso che sente, dicendomi che il dottore “si è sbagliato” nel ricettargli quel farmaco: quel farmaco “lo ha fatto ammalare”. Indisposizione ad accogliere una cura in cui non si crede? Juan tira fuori da una busta di plastica le scatole delle medicine prescritte dal dottor Tapia. Le conserva in un angolo del suo altare domestico, tra le candele, le foto di parenti, i fiori, le immagini della Vergine e di altri santi. Oggetto estraneo alla vita di quel ripiano, al di fuori della geografia dei propri affetti, della propria fede e delle proprie credenze: uno strumento che sembra non saper gestire, non saper utilizzare. La spigolosità della confezione del farmaco tra le mani secche e ruvide di Juan produce un effetto di contrasto, un senso di inconciliabilità. Lo stesso che provo nel tentativo di “mediare” tra l'esperienza di malattia di Juan e la “versione biomedica” che di essa leggo sulla sua cartella clinica e che ascolto nell'affrontare insieme al dottor Tapia il suo caso “speciale” (dal mio *Diario di campo*, 13 febbraio 2010).

## 2. Essere dottori: la “rinascita della clinica” e l'incontro con “culture differenti”

«Non vedere quale malattia ha il paziente, ma quale paziente ha la malattia», aveva asserito il dottor E. Tapia, il responsabile del Centro di salute di Santiago, durante la nostra prima intervista, per esprimere la sua concezione della cura e della pratica medica, nella quale è necessario «sviluppare la clinica» e «gestire la psiche». La Sierra è infatti il luogo dove il dottore e i suoi colleghi si sono ritrovati a mettere in pratica un metodo clinico che sembra riconfermare e valorizzare i canoni “tradizionali” della propria professione, sviluppando la capacità di osservare e ascoltare la persona che si reca a *consulta*, interrogarla riuscendo a “captare” ogni dettaglio sintomatico che possa far luce sulle sue condizioni di salute, così da poter elaborare una corretta diagnosi senza dover necessariamente ricorrere all'utilizzo di sofisticate tecnologie mediche o esami di laboratorio: l'utilità di questi ultimi dovrebbe infatti essere quella di confermare la diagnosi clinica e non di sostituirsi ad essa. Toccare, odorare, “sentire” il corpo del paziente e la sua parola, e abbattere la barriera comunicativa tra terapeuta e persona malata, tra autorità e

conoscenze, tra linguaggi e culture, aspirando ad una comprensione reciproca funzionale all'efficacia del trattamento e ad una maggiore qualità della medicina. Insomma, una vera e propria "rinascita della clinica", con la quale hanno a che fare spesso i medici *pasantes* che svolgono il proprio anno di servizio sociale in zone rurali e indigene come i Centri di salute diffusi in questa zona della Sierra<sup>(5)</sup>, dove la professione medica riconosce il proprio valore nell'essere non soltanto un incontro tra persone, ma anche tra "differenti culture".

«È già passato un anno. Cosa porti via con te?

L'esperienza di stare da sola con tanta gente e con tante malattie. E di farcela con il minimo indispensabile. A volte stare in un luogo isolato, sì, e sì aiutare le persone con i tuoi propri mezzi, che sono molto scarsi. Ho imparato molto in questo. E anche la gente. Ho imparato ad avere a che fare con differenti culture» (Adriana, 22 gennaio 2010).

Trattare pazienti appartenenti ad una "cultura differente" vuol dire soprattutto venire in contatto con modi altri di nominare, vivere, esprimere e curare la malattia: altre categorie eziologiche, altre modalità di concepire la persona e i suoi malesseri, altri saperi e pratiche medici. Diffusi sono infatti i casi in cui i pazienti indigeni che si recano a *consulta* condividono con il medico le tappe dei propri percorsi terapeutici che li hanno portati a farsi curare da *curanderos*, *hueseros*, *yerberos* e altri specialisti della medicina tradizionale, che sia per la cura di un "blocco intestinale", come un *empacho*, sia di "mali dell'anima", come un *susto* o un *mal aire*<sup>(6)</sup>, la cui eziologia tradizionale risiede in fattori extraumani e magico-religiosi. Nel caso del dottor Tapia, se un conflitto esiste nei confronti di pratiche tradizionali manipolatorie che rischiano di compromettere fisicamente il paziente (come quelle di *hueseros* e *sobadores*), riguardo ad altri aspetti della medicina indigena egli si rivela maggiormente disponibile ad una collaborazione informale con alcuni dei suoi "colleghi" locali, ovvero i guaritori (*tapahitiani*) che effettuano le cosiddette "chiamate" rituali per la cura dello spavento, e ad accettare concezioni eziologiche native: una accettazione che potrebbe dirsi "limitata" e "relativa". Ritiene, molto pragmaticamente, che in alcuni casi ai suoi pazienti debba essere offerta l'opportunità di ricorrere alle proprie terapie, dando loro, a volte, anche il "permesso" perché si rivolgano ad operatori tradizionali. È precisamente il caso del *susto*: finché la terapia tradizionale non inficia quella biomedica o non si sostituisce ad essa, non c'è motivo di impedirgli. È quanto Tapia afferma nell'affrontare con me proprio il caso dell'anziano Juan, appena uscito dal suo studio.

«Le capita spesso di imbattersi in queste eziologie?»

In persone di età avanzata [...]. A me piace dar loro l'opportunità di ricorrere alle cure a cui sono abituati. “Senta, lo posso portare a farsi curare di *susto*?”, “Lo porti, non c'è problema”. [...] In alcune occasioni sì, te lo dicono. In altre, come nel caso di questo signore [don Juan]: è da anni che va avanti con lo stesso! Anni in cui gli hanno fatto di tutto, sì. [...] Per esempio il dolore che sente qui [al petto], lui lo collega al fatto che tempo fa, lavorando, raccogliendo caffè, cadde e si fece male. Però in realtà il disturbo che sente è per l'ipertensione fuori controllo, per dirlo precisamente. Perché prende il farmaco quando vuole lui, e quindi questo fa sì che all'improvviso si senta male, e dà la colpa al fatto che si è fatto male anni fa! E siccome ha quest'idea ormai non guarirà, anche se gli controlliamo la pressione, continuerà a sentire il malessere! [*sorride*]. Quindi questo, questo tipo di problema è complicato. A volte, in verità, aiutarli perché lo superino, no? [...] Quando me lo chiedono, molte volte quello che dico loro è: “Se non si sospende il trattamento, fate quello che volete!”. Sì, per lasciare che facciano la loro parte, diciamola così. Ma ci sono colleghi che no, no! Per esempio il dottor Macotela, lui odiava tutto questo! [...] Riguardo alla medicina tradizionale non ho avuto conflitti con nessuno. Mi riferisco sì, a coloro che curano il *susto*, che recuperano lo spirito e non so cos'altro» (Tapia, 4 febbraio 2010).

L'apertura di Tapia nei confronti di alcune terapie tradizionali, come quelle finalizzate al recupero dell'*ecahuil* (“ombra”), sembra da lui assimilabile alla disponibilità a prescrivere ad un paziente come Juan un complesso vitaminico per il solo motivo che è lui stesso a chiederlo, avendo collegato alla sua assunzione una sensazione di benessere, e ciò indipendentemente da un riscontro fisiologico. È ben noto inoltre come la ricetta rappresenti già di per sé un gesto di cura, inducendo il paziente a sentirsi aiutato e appoggiato: aspetto di fondamentale importanza nel processo di guarigione. Non c'è visita medica che non si concluda e non sia “suggellata” con la prescrizione di una terapia, che sia un analgesico o che siano semplici vitamine nei casi di disturbi lievi o, secondo la diagnosi medica, considerati “psicosomatici”. Il rapporto con le concezioni dei propri pazienti diviene quindi critico soltanto nel momento in cui queste rappresentano degli ostacoli culturali e delle resistenze ad accogliere principi necessari per la tutela e il miglioramento della salute individuale e collettiva e ad accettare le terapie farmacologiche. Può allora, ritiene Tapia, realizzarsi una “convivenza” piuttosto pacifica e una “comprensione” nei confronti delle pratiche tradizionali, accogliendo la possibilità che queste possano attutire alcuni aspetti del malessere, a volte anche in maniera risolutiva quando quest'ultimo è “purementemente psicosomatico”. Ed è precisamente il caso di quelle “malattie che i dottori non curano”, per le quali può essere il

dottore stesso a consigliare ai suoi pazienti di recarsi presso un *curandero*. Se esiste un conflitto con quegli specialisti tradizionali che trattano problemi articolari o fratture (*hueseros*) senza poter accedere alle parti “invisibili” del corpo mediante lastre e radiografie, nel caso invece dei complessi procedimenti diagnostici che tendono all’individuazione dell’eziologia che sarebbe all’origine, per esempio, di un *nemouhtil* (*susto*) o di un *ehecat* (*mal aire*), e dei disturbi, corrispondenti o meno a patologie specifiche, riconosciute dalla medicina ufficiale, in questo caso si rivelano altre forme di “visibilità”: quella del corpo e della sua interna fisiologia, alla quale la medicina tradizionale non avrebbe accesso, è compensata da una dimensione altra, in cui si fanno manifeste le relazioni tra la persona, nelle sue componenti spirituali e corporee, e il mondo extraumano. Solo qui si possono rintracciare le cause prime del male, solo qui l’evento di malattia acquista un senso e un valore non solo individuale ma collettivo, solo qui si manifesta quella relazione tra il corpo e l’universo magico-religioso che caratterizza le concezioni mediche native. Ed è proprio l’accesso a questa invisibilità, non verificabile se non mediante un credo culturale o la fede, ma di certo non attraverso esami di laboratorio, che distanzia la medicina tradizionale dalla biomedicina e che la tiene in vita come risorsa culturale ancora indispensabile per quanti siano alle prese con la cura tanto del proprio corpo quanto della propria anima, persone che il più delle volte non concepiscono proprio tale distinzione e dicotomia.

### 3. “Questi sono gli spaventati che mi porto addosso”

Ardore ai piedi, reumatismi, crampi, ernia, ipertensione, dolore oppressivo al petto e altri disturbi legati principalmente alla sua avanzata età, sono i problemi di salute di Juan. Dipende tutto da una serie di spaventati accumulatisi nel tempo, l’ultimo dei quali risale a circa un anno fa. Juan si è sottoposto a diversi trattamenti, sia tradizionali sia biomedici, e verso questi ultimi, risultati per lui fallimentari, ha gradualmente perso la propria fiducia, fino a ritenere che non abbia più alcuna utilità recarsi a *consulta* presso il Centro di salute. Eppure continua a farlo.

*«E perché crede che sia dipeso da un susto?»*

*È quello che penso, perché ho già preso tante medicine.*

*Però, dico, un susto può provocare anche questo tipo di problemi?»*

*Sì, però, cioè ci si cura anche del susto, però bisogna saperlo fare.*

*E non l’ha curata nessuno? [...]*

Sì, l'ho fatto, ma niente. Oh, mi hanno spaventato! Stavo qui seduto quando è caduto un fulmine, qui sulla strada. [...] E poi anche qui, altri due vicino alla cucina. E nel *rancho* altri due. Come sei fulmini. E poi lì dove sono caduto e sono sette! [...] Questi sono gli spaventi che mi porto addosso! [...] Ormai, spero soltanto in Dio. [...] Non posso mangiare. Voglio mandare giù il cibo e se ne viene fuori. E altri mi dicono che mi devo far curare... Per poter mandare giù il cibo. [...] Prima non stavo così. Ma con tutte le cose che mi hanno fatto... [...] Sì, poi, mi dicono: «Vai dal medico». Però a che mi serve che io vada dal dottore? È anche peggio. Gli dico che mi dia una medicina per il colpo, per la caduta, e mi dava soltanto *Captopril*, *Clortalidon* [...]. Voglio che mi curi, per questo ci vado. A che serve che io vada solo per vederlo, per dirgli come sto?! Non mi serve a niente, meglio non andarci proprio» (Juan, 22 novembre 2009).

Si è già accennato a come il rapporto della popolazione indigena con i medicinali rappresenti un aspetto estremamente critico, segno di una più profonda problematicità con il modello della cura biomedica, che farebbe del farmaco il ricettacolo della sua forza e della sua efficacia: fallimentare, nel caso di Juan, che arriva a pensare che sia stata l'assunzione di un complesso vitaminico per pazienti diabetici a provocargli gravi disturbi, fino a dubitare di esser diventato egli stesso diabetico a causa della “porcheria di medicina” che ha assunto. Juan non è diabetico, è iperteso, e da questo dipendono (a detta del dottor Tapia) molti dei suoi dolori. L'esperienza della visita medica, inoltre, non sembra rimediare all'insuccesso della terapia farmacologica da parte di Juan, ma quasi confermarlo: il dottore non lo tocca e non guarda i suoi piedi gonfi, il cui ardore “sale” fino alla pancia come se fosse “un fuoco”. Soltanto il limone gli procura un po' di sollievo allo stomaco e vapori con erbe “fresche” alleviano il suo dolore alle gambe.

Juan, che svolge ancora saltuariamente la professione di guaritore, ha dimostrato una diffusa sfiducia anche verso le capacità curative di molti *curanderos* della zona di Santiago. Tuttavia i rituali di chiamata dell'“ombra” e le suppliche terapeutiche rimangono le pratiche fondamentali per la risoluzione di quelle malattie che i dottori non curano, “collaborando” con gli stessi farmaci allopatici. Anche Juan conferma come le forme di terapia dei due diversi settori medici non si escludano e come, al contrario, sembrino rafforzarsi a vicenda. Le suppliche infatti farebbero sì che i farmaci sortiscano l'effetto desiderato: potenziatrici di efficacia, garanzia aggiunta. Più semplicemente esse «benedicono» la terapia biomedica, basata sul sapere e sulle conoscenze dei dottori, di coloro che «conoscono la medicina», anche se (indice puntato verso l'alto) «chi ne sa di più è Lui che sta lassù...».

#### 4. Cartella clinica ed esperienza di malattia

Spostiamoci allora dalla parte di coloro che “conoscono la medicina”, i dottori del Centro di salute ai quali, nonostante la sfiducia, la riluttanza e la “distanza”, Juan si rivolge di frequente. Ce lo racconta anche la sua cartella clinica (*expediente*), strumento medico che offre la sintesi della storia clinica del paziente: versione “biomedica” delle esperienze di malattia che Juan ha vissuto negli ultimi anni, testimonianza scritta dei segni misurati, dei sintomi raccontati, delle diagnosi elaborate. La cartella clinica riveste un’importanza fondamentale nell’orientare correttamente le diagnosi e i trattamenti medici, ed è un oggetto che fa direttamente luce sulla teoria e sulla prassi medica: risultato dell’ascolto, dell’interpretazione e della mano del dottore, realizzati durante ogni nuova visita, e riassunti in una scrittura poco comprensibile ai “profani”, sia per il linguaggio tecnico-specialistico utilizzato, sia per la grafia dei dottori, a volte indecifrabile. Le “note” del medico qui contenute possono raccontare molto del paziente visitato, e non solo stabilire una diagnosi. Dopo una visita a don Juan risalente a gennaio del ’97 il dottor Ernesto Macotela, allora direttore del Centro, scriveva:

«Viene a causa di un dolore intercordiale destro (viaggio a Tepatlazco) e irritazione, trattata da un medico con penicillina. In seguito sono apparse delle ferite. Ha applicato una foglia di *zauco* “di modo che se si incontra con i morti la ferita non faccia male”. [...] Togliamo una foglia di *zauco* per visitare il paziente. Ds [diagnosi]: herpes zoster, ipertensione polmonare».

Quella foglia di *zauco* (sambuco), che appare tra un “dolore intercordiale destro” e “campi polmonari”, stona all’interno dello spazio della visita medica, del suo modello e del suo linguaggio: il dottor Macotela la toglie dalla ferita di Juan per visitarlo e in questo gesto si può leggere la tendenza di un medico fermamente contrario alla medicina tradizionale a “scoprire” la “vera” malattia che le pratiche indigene spesso “nascondono”. Eppure, allo stesso tempo, quell’automedicazione tradizionale, effettuata per proteggere una parte del corpo esposta all’intrusione di agenti malevoli, compare sull’*expediente* di Juan, segno della sua rilevanza, se non medica, almeno “culturale”, utile a descrivere e conoscere il paziente e la persona che si ha di fronte.

Dal ’97 in avanti Juan si è recato presso il Centro di salute per diversi motivi, tra cui ricorrono infiammazioni ai piedi, dolori epigastrici e addominali, disfagia (difficoltà a deglutire), crampi. Negli appunti di una visita risalente al febbraio del 2000 si legge: «riferisce dolore precordiale. L’*expediente* mostra che la maggior parte delle sue visite registrano cifre

tensionali elevate [...]. Ds: probabile *HTA* [ipertensione arteriosa]». Si può affermare che da allora Juan è “diventato” un paziente iperteso: tutte le diagnosi successive e i trattamenti farmacologici prescritti lo confermano. Ma, a quanto emerge dagli appunti dei diversi dottori che l'hanno visitato nel corso degli anni, Juan non assume correttamente il farmaco. Nel maggio del 2005 si legge che «il paziente maschio di 88 anni si reca a *consulta* per disfagia, astenia, adinamia, sonnolenza» (tipici sintomi del *susto* secondo il panorama medico tradizionale), e nel dicembre dello stesso anno il dottor Tapia scrive: «il paziente è iperteso e non sta assumendo il trattamento. Dice che “non gli funziona”». A luglio del 2006 sembra invece comparire l'ernia di Juan: «maschio di 89 anni viene a controllo di *HTA*. Riferisce dolore alle ossa di un mese di evoluzione e debolezza. Non sta prendendo gli anti-ipertensivi. [...]. Importante perdita di peso. Ds: ipertensione arteriosa; cardiomegalia; ernia epigastrica». Nel 2007, accanto all'ipertensione spesso fuori controllo, aumentano i dolori alle estremità inferiori e si diagnostica a Juan un'artrite reumatoide. I medici continuano a riportare per iscritto che «il paziente è restio ad assumere il farmaco, lo sospende quando vuole. Gli si ricorda di non farlo spiegandogli le ragioni». Negli appunti di una visita a Juan risalente al maggio del 2009 si legge infine: «paziente maschio di 91 anni viene a *consulta* per malessere generale. Familiare [la figlia] commenta che non si è recato a controllo di *HTA* perché si sente bene». L'ultima visita e l'ultima pagina della cartella clinica di Juan riportano la data del 10 marzo del 2010: *consulta* alla quale ero presente anch'io: «paziente maschio di 93 anni, portato a *consulta* per controllo di *HTA* con pressione arteriosa di 98/60. Nega cefalea [...] attualmente riferisce dolore alle ossa e alla schiena. Ds: *HTA* sistemica controllata».

«Quindi questo signore è molto tempo che ha dei problemi con la sua pressione. Sì, per questo motivo sta male. C'è un disturbo che si presenta nelle persone che hanno problemi con il colesterolo o la glicemia, che è il bruciore nella pianta dei piedi, sì. Quindi per molto tempo il signore è venuto a *consulta* con diversi dottori che gli hanno prescritto vitamine e altre cose, no? Più che altro per tenere sotto controllo il fastidio. Ma con loro bisogna lavorare molto sull'aspetto psicologico, perché prima di tutto è necessario dimostrargli che sì, ha un problema. L'ho mandato a farsi le analisi del colesterolo e sì, è risultato alto. Purtroppo ancora non avevamo la farmacia, quindi non avevano potuto comprare il farmaco. Logicamente, sì, continua con i suoi disturbi e sente questo calore» (Tapia, 4 febbraio 2010).

La lettura della cartella clinica di Juan riesce ad illustrare la distanza tra la prospettiva biomedica e l'esperienza di malattia del paziente, la cui aste-

nia, disfagia, cardiomegalia, artrite, la cui ipertensione derivano, secondo il suo punto di vista e le sue concezioni eziologiche, dai diversi *sustos* che si porta dietro da anni. Un «caso speciale», come dice il dottor Tapia, con il quale «c'è da lavorare molto sull'aspetto psicologico». Secondo la diagnosi medica, Juan ha problemi di pressione e di colesterolo. Tuttavia nei nostri numerosi incontri non ha mai fatto riferimento alla diagnosi medica. La ignora? La rifiuta? Il dottor Tapia afferma che in casi come quello dell'anziano Juan bisogna dimostrare prima di tutto al paziente che «ha un problema». E chi più di lui ne ha coscienza? La questione è più relativa alla “conoscenza” di tale problema: quale sia la sua origine e, di conseguenza, quali le forme terapeutiche da seguire. Il problema è che, seppure i farmaci possono tenere sotto controllo e alleviare i dolori, tuttavia il dottore ritiene che non sia affatto facile rimuovere il problema, perché la malattia ce l'ha nella testa: «Perché ce l'ha nel cervello!», «il problema emozionale lì rimane», commenta Tapia.

### 5. *Farmaci e terapie rituali*

I farmaci per l'ipertensione non hanno la capacità di eliminare il disturbo. La loro efficacia sta nel mantenere i valori sotto controllo, nello stabilizzare la pressione, e tale efficacia dipende dalla costanza con cui si prende il farmaco quotidianamente. Juan sembra non comprendere questo meccanismo: prende il farmaco solo quando si sente male, i valori della sua pressione si ristabiliscono provvisoriamente e appaiono normali nel momento della visita. Per lui il farmaco avrebbe lo scopo di rimuovere il sintomo, un effetto analgesico, una funzione d'emergenza. Gli è estranea l'idea che un medicinale possa avere un'azione costante di controllo della propria fisiologia. Il farmaco allopatico è inteso come un rimedio specifico al quale ricorrere in caso di effettivo dolore o disturbo. Fa esattamente al “caso” nostro quanto scrive Patrizio Warren riguardo all'utilizzo dei farmaci presso gli Achuar del Río Huasaga (Perù).

«Questa rapida accettazione della farmacopea moderna si accompagnava ad una comprensione inadeguata delle condizioni di impiego di questa risorsa e spesso ad aspettative non realistiche riguardo alla sua efficacia. In realtà, la gente si attendeva da questi rimedi un effetto rapido e radicale, che conducesse a una immediata soppressione dei sintomi. Se ciò non accadeva il trattamento veniva sospeso per provare un altro farmaco» (WARREN P. 2000: 234).

Il dottor Tapia è a conoscenza del fatto che Juan ritiene che all'origine dei suoi disturbi ci sia un *susto* (anzi più di uno), sa come se lo è procu-

rato, sa che si è rivolto a diversi terapeuti tradizionali per risolvere il suo male. «In realtà», afferma il dottor Tapia, «il disturbo che sente è per l'ipertensione fuori controllo»: la realtà della malattia è questa, questa la contrapposizione tra una “falsa” teoria tradizionale e individuale e una “verità” biomedica. Nel momento in cui i farmaci non sortiscono l'effetto desiderato a causa del fatto che Juan non li assume correttamente, anche la diagnosi medica, dalla quale deriva direttamente il trattamento farmacologico, sembra perdere credibilità agli occhi del paziente. Lo stesso invece non avviene nei confronti degli insuccessi delle terapie tradizionali, *llamadas e levantamientos*. È come se ci fosse sempre qualcosa che Juan non ha ancora tentato, e in ogni caso rimane indiscussa la tendenza ad affidare la soluzione del suo male alla volontà divina, dalla quale in fondo, nell'ottica di Juan, dipendono lo stato di salute o di malattia di ogni uomo.

Si è visto come il dottor Tapia non sia affatto disinteressato alla prospettiva di Juan e “conosce” l'interpretazione del suo male, sottolineando l'importanza di ciò in cui il paziente “crede” ai fini della guarigione e dell'efficacia dello stesso trattamento biomedico. Tapia sa che Juan «dà la colpa al fatto che si è spaventato». E non ha dubbi sull'esistenza di una perfetta spiegazione scientifica riguardo a ciò che la gente chiama *susto*: una spiegazione “psicosomatica”. La persona riceve una forte “impressione” e ne somatizza gli effetti. Tensioni psichiche si convertono in sintomi fisici. La stessa ipertensione il più delle volte sarebbe originata, secondo Tapia, da problemi emotivi e di “stress”, causa principale delle visite e della morbilità generale: «l'ipertensione arteriosa, che è uno dei principali problemi di salute che abbiamo attualmente, è causata dallo stress!». I disturbi, più o meno gravi, dovuti al cosiddetto *susto* sarebbero quindi, secondo il dottore, una sorta di cronicizzazione delle reazioni fisiche all'evento traumatico. Così come sarebbe spiegabile in termini psicosomatici il malessere collegato ad un *susto*, secondo il dottore allo stesso modo sembra si possa spiegare anche l'efficacia della terapia tradizionale destinata alla sua cura, legata ad una sorta di effetto placebo. Il benessere che seguirebbe alla terapia deriverebbe dal fatto che la persona malata sa che qualcuno, un guaritore specializzato, sta “eliminando” il problema, motivo per cui l'organismo torna al suo stato normale e la persona si sente bene: dal punto di vista del paziente indigeno, sta recuperando lo spirito della persona “asustada”, “trattenuto dalla Terra”, come numerose volte mi ha raccontato l'anziano Juan Morales, rivelando quali significati, valori e concezioni possano celarsi o esprimersi nelle complesse forme di relazione terapeutica tra un anziano paziente indigeno e il dottore del suo Centro di salute.

È tra questi, in una distanza difficilmente colmabile mediante l'efficacia di un farmaco, che si pongono lo sguardo e l'ascolto dell'antropologo.

### *6. Riflessioni conclusive*

In un contesto di pluralismo medico come quello della Sierra Norte de Puebla e di Santiago, la distanza riscontrabile tra medici e pazienti indigeni non consiste tanto in una disparità delle conoscenze e di saperi, quanto nel riconoscerli appartenenti ad orizzonti culturali e modelli medici diversi. Se da un lato questa distanza garantisce l'autorità e l'efficacia biomedica, dall'altro per la popolazione indigena ribadisce la vitalità e il valore della medicina tradizionale, capace di colmare gli spazi in cui il modello ufficiale non vuole o non può penetrare, appagando la dimensione magico-religiosa e simbolica del vivere e dell'essere malati. Ecco allora che accanto a quelli del centro di salute, gli spazi "simbolici" si aprono nell'"hogar" del curandero e sull'altare cattolico, combinando l'efficacia della tecnica medica e della fede religiosa. Il caso di Juan ci racconta come la discrepanza tra la diagnosi biomedica e l'esperienza di malattia del paziente possa condurre ad un conflitto tra modelli esplicativi appartenenti a mondi culturali profondamente differenti e che tuttavia cercano un dialogo e una reciproca comprensione in vista della guarigione. Se il caso di Juan ci illustra un conflitto irrisolto nel processo terapeutico, ci racconta anche come, nel consultorio di medicina di un centro di salute rurale, quello tra terapeuta e paziente diventi un delicato e avvincente incontro, in cui i partecipanti mettono in atto i propri linguaggi, il loro credo e le loro strategie, facendo dialogare tra loro concezioni e rappresentazioni intorno al corpo, la salute e la malattia, le quali orientano opinioni riguardo alla cause delle patologie, l'esperienza dei sintomi, i modelli di comportamento, le decisioni riguardanti le alternative di cura e le valutazioni sui loro esiti in modi assai sincretici. Anche se il canale di comunicazione tra le parti coinvolte può risultare spesso ostruito, preme sottolineare che il più delle volte assistiamo a pratiche di mediazione e a processi di cura e risanamento che attingono a risorse terapeutiche multiple e nei quali si realizzano forme di collaborazione e integrazione tra medicina ufficiale e tradizione medica indigena, nonché tra dottori e pazienti.

## Note

<sup>(1)</sup> Il presente articolo è una revisione e una sintesi di una parte della mia tesi di laurea specialistica, intitolata *Dal susto alla tubercolosi. Pluralismo medico a Santiago Yancuictlalpan*: frutto del lavoro di campo svolto tra il novembre del 2009 e il maggio del 2010 presso il villaggio nahua di Santiago Yancuictlalpan (municipio di Cuetzalan del Progreso, Stato di Puebla). La ricerca è stata resa possibile grazie ad una borsa di studio per tesi all'estero erogata dall'Università degli studi di Roma “La Sapienza” e al sostegno del MAE (Ministero degli affari esteri) e della Missione etnologica italiana in Messico. Desidero inoltre ringraziare profondamente il professor Alessandro Lupo per la passione e la professionalità con cui ha supportato e seguito il mio lavoro.

<sup>(2)</sup> Il sistema medico è definito come “l'insieme delle rappresentazioni, dei saperi, delle pratiche e delle risorse terapeutiche, nonché le relazioni sociali, gli assetti organizzativi e normativi, le professionalità e le forme di trasmissione delle competenze, che in un determinato contesto storico-sociale sono finalizzate a individuare, interpretare, prevenire e fronteggiare ciò che viene considerato come ‘malattia’ e comunque compromissione di un normale stato di salute” (SCHIRRIPIA P. - ZÚNIGA VALLE 2000: 210). Quando in uno stesso contesto convivono più tradizioni mediche, come nel caso di Santiago, si parla di sistema plurale e all'interno di esso è possibile individuare un'articolazione, generalmente gerarchizzata (LEE R.P.L. 1982), in “settori” (YOUNG A. 1983), “arene” (KLEINMAN A. 1980) o “modelli” (MENÉNDEZ E. 1983), dialetticamente interagenti e coesistenti.

<sup>(3)</sup> Il nahuatl è la lingua indigena parlata dalla popolazione nahua.

<sup>(4)</sup> Il *susto*, o *espanto* (*nemouhtil* in nahuatl), è una categoria diagnostica locale e il referente eziologico di una vasta gamma di esperienze di malattia e di sintomi (dall'inappetenza alla febbre, dalla parassitosi intestinale all'astenia, fino a “comprendere” anche patologie come il diabete o la tubercolosi). All'interno della cosmologia nahua l'esperienza emozionale e traumatica generalmente collegata allo spavento sarebbe all'origine di uno squilibrio del complesso psicofisico dell'individuo, descritto attraverso la perdita e il distacco di una delle tre entità animiche (*l'ecahuil*) che, secondo una concezione *complessa, diffusa e dipendente* della persona (LUPO A. 2009: 28), costituiscono la dotazione spirituale di ciascuno: lo “spirito” verrebbe letteralmente catturato dalla Terra nel luogo dello spavento, scatenando conseguenze patologiche nell'organismo (SIGNORINI I. - LUPO A. 1989). Le terapie tradizionali utilizzate per la sua cura prevedono sia interventi di tipo meccanico (come la cosiddetta *paladeada*, il “raddrizzamento dell'ugola”), sia rimedi erboristici (come le *pelotillas*, composti a base di erbe usati come supposte) e azioni di tipo magico-rituale effettuate dai guaritori locali: le *llamadas*, ovvero rituali di chiamata finalizzati a recuperare l'entità animica e a ristabilire l'equilibrio psicofisico dell'individuo attraverso suppliche e orazioni (LUPO A. 1995). La categoria del *susto* rappresenta una vera e propria idea cardine all'interno della cultura medica tradizionale, testimoniando la forza dei principi eziologici all'interno delle nosologie native e la complessità di queste ultime: è un termine, una malattia, un modo culturalmente incorporato per concepire ed esprimere la vulnerabilità degli individui, la patogenicità della dimensione emozionale, il rischio e la pericolosità delle vicissitudini della persona e delle sue “anime” e il loro rapporto con il mondo naturale ed extraumano. Per questo è il principale “male dell'anima” (SIGNORINI I. - LUPO A. 1989) e la più diffusa malattia “che i dottori non curano”, cioè riconosciuta, spiegata e trattata all'interno dell'arena tradizionale e dai suoi operatori.

<sup>(5)</sup> Conclusa la formazione accademica e compiuto un anno di praticantato, i neo-medici messicani devono svolgere un anno di servizio lavorando come *pasantes* in una unità medica del proprio Stato.

<sup>(6)</sup> Il *mal aire* è una categoria popolare di malattia attribuita alla penetrazione nel corpo di entità eteriche nocive a causa di uno spavento o all'intrusione di “spiriti” malevoli.

## Riferimenti bibliografici

KLEINMAN Arthur (1980), *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, University of California Press, Berkley.

KLEINMAN Arthur (2006 [1987]), *Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali*, pp. 5-30, in QUARANTA Ivo (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano.

LANDY David (1974), *Role adaptation: traditional curers under the impact of Western medicine*, "American Ethnologist", vol. 1, n. 1, 1974, pp. 103-127.

LEE R.P.L. (1982), *Comparative studies of health care systems*, "Social science and medicine", vol. 16, 1982, pp. 629-642.

LOCK Margaret - SCHEPER-HUGHES Nancy (2006 [1990]), *Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica: rituali e pratiche disciplinari e di protesta*, pp. 149-194, in QUARANTA Ivo (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano.

LUPO Alessandro (1995), *La tierra nos escucha. La cosmología de los nahuas de la Sierra a través de las súplicas rituales*, Instituto Nacional Indigenista - Consejo Nacional Para la Cultura y las Artes, México.

LUPO Alessandro (2009), *Il mais nella croce. Pratiche e dinamiche religiose nel Messico indigeno*, CISU, Roma.

MENÉNDEZ Eduardo L. (1992 [1983]), *Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales*, pp. 97-114, in CAMPOS NAVARRO Roberto (curatore), *La antropología médica en México*, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, 2 voll.

PIZZA Giovanni (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carocci, Roma.

SCHIRRIPIA Pino - ZÚNIGA VALLE (2000), *Sistema medico*, "AM Rivista della Società italiana di antropologia medica", n. 9-10, 2000, pp. 209-222.

SIGNORINI Italo - LUPO Alessandro (1989), *I tre cardini della vita. Anime, corpo, infermità tra i Nahuas della Sierra di Puebla*, Sellerio, Palermo.

VAN DER GEEST Sjaak (2000), *Integrazione o abbraccio fatale? La difficile relazione tra la medicina indigena e la medicina occidentale*, pp. 55-65, in SCHIRRIPIA Pino - VULPIANI Pietro (curatori), *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Argo, Lecce.

WARREN Patrizio (2000), *Medicina indigena e assistenza sanitaria di base tra gli Achuar del Río Huasaga*, pp. 224-244, in SCHIRRIPIA Pino - VULPIANI Pietro (curatori), *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Argo, Lecce.

YOUNG Allan (1983), *The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care*, "Social Science and Medicine", vol. 16, n. 17, 1983, pp. 1205-1211.

## Scheda sull'Autrice

Silvia Scippa è nata a Roma il 20 settembre 1982. Nel 2007 si è laureata in Teorie e pratiche dell'antropologia presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza" con una tesi in antropologia culturale e storia orale: frutto del lavoro di campo svolto in un piccolo paese del sud Italia. Si è avvicinata alla cultura messicana dopo aver partecipato ad un campo di lavoro volontario in una comunità indigena del Messico centrale, appassionandosi all'antropologia medica grazie ai moduli di laurea specialistica

tenuti dal professor Alessandro Lupo. Nel 2011 ha conseguito la laurea magistrale in *Discipline Etnoantropologiche* con una tesi di antropologia medica nata da una ricerca sul pluralismo medico svolta in un contesto indigeno del Messico tra i Nahua della Sierra Norte di Puebla.

(Recapiti telefonici: 06 30895868; 328 2746093)

## Riassunto

*Intorno al susto di Juan. Diagnosi incomprese, farmaci che fanno ammalare e malattie “psicosomatiche”. Forme di relazione tra medico e paziente in un contesto indigeno del Messico*

L'articolo vuole proporre una riflessione sulle complesse forme di relazione tra medici di base e pazienti indigeni in un contesto di pluralismo medico come quello della Sierra Norte di Puebla (Messico). Qui la visita medica può essere vissuta e analizzata come un vero e proprio incontro “interculturale”: luogo di confronto, scambio e conflitto tra modelli medici ed orizzonti di pensiero spesso molto distanti, in cui dottori e pazienti sperimentano la propria “differenza” e “integrazione” in vista della cura. Il caso di malattia di don Juan racconta quale tipo di relazione terapeutica possa instaurarsi tra un anziano *curandero* e paziente indigeno, affetto da diversi disturbi tra cui l'ipertensione, e il dottore del suo Centro di Salute, e come la discrepanza tra la diagnosi biomedica e l'esperienza di malattia del paziente possa condurre ad un conflitto tra modelli esplicativi che sembra risolversi con difficoltà nel processo terapeutico. In quest'ultimo emergono infatti i problemi di comunicazione, comprensione e condotta esistenti tra medico e paziente, legati principalmente alla mancata condivisione di una prospettiva eziologica capace di orientare le scelte terapeutiche e di incidere sull'efficacia delle stesse, nonché alla criticità del rapporto della popolazione indigena con i farmaci allopatici. La categoria popolare del *susto* è protagonista dell'esperienza di malattia di Juan e delle diverse prospettive elaborate intorno ad essa e analizzate nell'articolo.

*Parole chiave:* *susto*, pluralismo medico, modelli esplicativi, ipertensione.

## Résumé

*Sur le susto de Juan. Diagnostic incompris, médicaments qui font tomber malades et maladies “psychosomatiques”. Formes de relation entre le médecin et le patient dans un contexte autochtone du Mexique*

Cet article propose une réflexion sur les complexes façons de relation entre les docteurs et les patients indigènes dans un contexte de pluralisme médical comme celui de la

Sierra Norte de Puebla (México). Ici la visite médicale peut être vécue et analysée comme un rencontre “interculturel” au sens propre du terme : lieu de comparaison, d’échange et de conflit entre des modèles médicaux et horizons culturels souvent très distants, où docteurs et malades expérimentent leur “différence” et “intégration” en direction de la guérison. L’épisode de maladie de Juan nous raconte quelle relation thérapeutique peut s’instaurer entre un *curandero* indigène âgé, qui souffre de divers maux parmi lesquels l’hypertension, et le docteur du Centre de Santé local, montrant comment la discordance entre le diagnostic médical et l’expérience de maladie du patient peut conduire à un conflit entre modèles explicatifs qui ne trouvent pas des solutions dans le processus thérapeutique. Dans cette relation émergent beaucoup de problèmes de communication, de compréhension et de conduite entre médecin et malade, liés surtout à l’absence d’une perspective étiologique commune en état d’orienter les choix thérapeutiques et leur relative efficacité, ainsi qu’aux difficultés de relation entre la population native et les médicaments allopathiques. La catégorie populaire de *susto* est la protagoniste de l’expérience de maladie de Juan analysée dans cet article.

*Mots-clés:* *susto*, pluralisme médical, modèles explicatifs, hypertension.

## Resumen

*Sobre el susto de Juan. Diagnósticos mal entendidos, medicamentos que enferman y padecimientos “psicosomáticos”. Formas de relación entre médico y paciente en un contexto indígena de México*

El artículo quiere proponer una reflexión sobre las complejas formas de relación terapéutica entre médicos de base y pacientes indígenas en un contexto de pluralismo médico como lo de la Sierra Norte de Puebla (México). Aquí la consulta médica puede ser vivida y analizada como un verdadero encuentro “intercultural”: lugar de confrontación, intercambio y conflicto entre modelos médicos y horizontes culturales a menudo muy distantes, donde médicos y pacientes experimentan su propia “diferencia” e “integración” en vista de la curación. El caso de don Juan cuenta cual pueda ser el tipo de relación terapéutica que se instaura entre un anciano *curandero* indígena, el cual presenta distintos padecimientos entre los cuales hipertensión arterial, y el médico de su Centro de Salud, y como la divergencia entre el diagnóstico médico y el malestar del enfermo pueda conducir a un conflicto entre modelos de explicación que parece resolverse con dificultad en el proceso terapéutico. En este de echo se revelan los problemas de comunicación, comprensión y conducta existentes entre médico y paciente, debidos sobre todo a la falta de una perspectiva etiológica común que pueda orientar las opciones terapéuticas e influir sobre la eficacia de esas mismas, así como la relación crítica que la población indígena tiene con los

medicamentos alopáticos. Es alrededor de la categoría popular del *susto* que se desarrollan la experiencia de la enfermedad de Juan y las distintas perspectivas analizadas en el artículo.

*Palabras clave:* *susto*, pluralismo médico, modelos explicativos, hipertensión.

## Abstract

*About Juan's susto. Misunderstood diagnosis, drugs that make sick and "psychosomatic" disorders. Forms of relationship between doctor and patient in a native Mexican context*

This paper wants to propose a reflection on the complex kinds of relationship between doctors and indigenous patients in a pluralistic medical context as the one of the Sierra Norte of Puebla (Mexico). Here medical examination can be lived and analyzed as a real intercultural encounter: a place of confrontation, of exchange and conflict between distant medical approaches and cultural horizons, where doctors and patients have experience of their "difference" and "integration" in sight of healing. Juan's illness case shows what kind of therapeutic relationship may develop between an old indigenous patient (and *curandero*), affected by various troubles among which hypertension, and the local Medical Center's doctor. The case also reveals how the divergence between biomedical diagnosis and illness experience of patient may lead to a conflict between different explanatory models with no solution in the therapeutical process. Problems of communication, understanding and medical practice arise between the doctor and the patient, mostly due to the lack of a common etiological perspective necessary to guide the therapeutical choices and related efficacy, as well as to the critic relationship between indigenous population and allopathic remedies. The popular illness category of *susto* is the protagonist of the Juan's illness experience and of the different perspectives elaborated and analyzed in this paper.

*Keywords:* *susto*, medical pluralism, explanatory models, hypertension.