

Itinerarios terapéuticos. Propuesta para la aplicabilidad en la etnografía.

Irina Casado i Aijón

Getp–GRAFO, Universitat Autònoma de Barcelona

irinacasado@gmail.com



Recibido: 28/08/16

Aceptado: 15/09/16

Publicado: 29/11/16

Resumen

En este *working paper* se presenta una propuesta metodológica y analítica para la confección y la representación gráfica de itinerarios terapéuticos e itinerarios procreativos surgida de un trabajo de campo realizado entre la población rifeña (Rif, norte de Marruecos). Los objetivos son proporcionar una propuesta tipológica para la identificación de los itinerarios terapéuticos y procreativos y dar las indicaciones y las pautas necesarias para que la representación gráfica de un itinerario se convierta en una herramienta útil para sistematizar y analizar los datos en cualquier contexto etnográfico.

Palabras clave: Itinerario terapéutico; itinerario procreativo; sistemas médicos; población rifeña (Rif, norte de Marruecos)

Abstract

A methodological and analytical proposal is presented on this working paper for the development and graphical representation of therapeutic itineraries and procreative itineraries arose from a fieldwork carried out among the Riffian population (Rif, North Morocco). The objectives include providing a typological proposal for the identification of the therapeutic and procreative itineraries and to give the necessary advice and guidelines for the graphical representation of an itinerary to become a meaningful tool to systematize and analyze the data in any ethnographic context.

Keywords: *therapeutic itinerary, procreative itinerary, medical systems, Riffian population (Rif, North Morocco)*

Sumario

1. Introducción. Itinerarios – De una propuesta a otra
2. Itinerarios terapéuticos – Una propuesta para la sistematización y el análisis
3. Un ejemplo de itinerario procreativo comentado
4. Para terminar: recorrido, objetivos y voluntades

Introducción. Itinerarios – De una propuesta a otra

Después de defender mi tesis doctoral (el 3 de febrero de 2016), la directora del GRAFO, la Dra. Aurora González me propuso hacer una intervención en los seminarios que este –nuestro– grupo de investigación realiza de forma mensual. Su propuesta fue doble: una primera parte en la que hiciera un repaso de mi experiencia etnográfica, de mis trabajos de campo y de mis intereses temáticos hasta llegar a la tesis doctoral que acababa de presentar y –quizá– poder dejar trazado un camino para mi continuidad en la Antropología y una segunda parte en la que presentara la propuesta para la configuración de itinerarios terapéuticos y su representación gráfica que estaba incluida en el segundo volumen de mi tesis. Acepté la invitación e hice mi intervención en la sesión del GRAFO del 11 de marzo de 2016 bajo el título *Itinerarios. Del inicio en Antropología a la propuesta de construcción de itinerarios terapéuticos*.

Este *working paper* responde a la segunda parte de mi intervención, la que dediqué a presentar mi propuesta de construcción de itinerarios terapéuticos y su representación gráfica para que pueda ser aplicada en cualquier etnografía. No incorporo, por tanto, en este texto la primera parte de mi intervención. Mis andares y mis experiencias etnográficas quizá no me parezcan de interés para los posibles lectores, más bien un transitar en el tiempo, con sus episodios, sus anécdotas, sus experiencias vitales y unos resultados de descripción y análisis etnográfico que, a quien pueda interesar, encontrará en cualquiera de mis textos publicados anteriormente. Me permito, aun así, recuperar mi última gran etnografía porque es el origen de la propuesta para itinerarios terapéuticos que voy a presentar.

En agosto de 2006 empecé un nuevo trabajo de campo como etnógrafa de un proyecto dirigido por la Dra. Teresa San Román que se tituló *Desigualtats socioeconòmiques i diferència cultural en l'àmbit de la salut en barris d'actuació prioritària de Catalunya*¹, conjuntamente con mi participación también en el proyecto del GETP² dirigido en aquel momento por la Dra. Aurora González, con el título *Teoría transcultural de la reproducción de los grupos humanos. La Antropología del parentesco como estudio de los modelos socioculturales de procreación y crianza de los niños*³. En el marco de mi participación en ambos proyectos, mi etnografía se centró en la población amazigh⁴ rifeña residente en Catalunya, especialmente –aunque no sólo– en la comarca de Osona (en la Catalunya central). Este colectivo es de origen marroquí, es berberófono y musulmán sunnita. Proviene de la provincia de Nador –en las montañas del Rif, en el norte de Marruecos– y su proceso migratorio los llevó a Catalunya

¹ Convenio entre el GRAFO de la Universitat Autònoma de Barcelona y el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Este proyecto se llevó a cabo entre 2006 y 2009.

² GETP – Grup d'Estudi Transcultural del Parentiu que forma parte del GRAFO.

³ Plan Nacional I+D, Ministerio de Educación y Ciencia. Este proyecto se desarrolló entre 2006 y 2011.

⁴ Amazigh (en singular) – imazighen (en plural), es el nombre con el que se autodenomina la población bereber. Se considera a los imazighen la población autóctona del norte de África, que fue islamizada en el siglo VII dC y que su proceso de arabización se inició también en ese momento pero que sigue aún en la actualidad, ante una resistencia cultural e identitaria que en algunas zonas se mantiene más viva que en otras.

desde finales de los años 50, pero sobre todo durante los 60, dándose la fase migratoria más importante durante los 90 y los 2000 con los proyectos de reagrupación familiar. Es un colectivo que está sólidamente asentado en Catalunya y en Osona especialmente, lo que ha permitido que, buena parte de las redes de apoyo, ayuda y solidaridad estén presentes en destino y que se dibuje un espacio de relación y circulación transnacional entre las unidades de las familias extensas que se encuentran en origen y en otros países de Europa. Esto conlleva que la familia no haya perdido su función ni su funcionalidad y que el espacio físico no sea un impedimento para el espacio de relación, circulación de bienes y personas y de mantenimiento de las figuras de autoridad y responsabilidad.

Fue con los rifeños de Osona principalmente con los que hice mi trabajo de campo que duró hasta agosto de 2015, periodo tras el cual redacté casi la totalidad de mi tesis doctoral (aunque algunas partes las había redactado ya antes) y que defendí, como dije, en febrero de 2016. Con el título *Parentesco y Salud entre los imazighen rifeños de Catalunya*⁵, la tesis se estructuró en 2 volúmenes: en el primer volumen hay una primera parte donde se encuentran los capítulos en los que hago una descripción y un análisis etnográfico del colectivo (con temas de contextualización como la familia y las relaciones de género), una segunda parte en la que describo el modelo de articulación de los sistemas médicos utilizados por los rifeños y las lógicas subyacentes que operan en la elección de uno u otro, y una tercera parte en la que profundizo en la intersección entre los dominios teóricos del parentesco y de la salud, en temas que se encontrarían vinculados al proceso reproductivo dentro del cual se daría el proceso procreativo: sexualidad, matrimonio, embarazo, parto y postparto, salud materno–infantil, entre otros; el segundo volumen lleva un subtítulo que pretende ser explicativo de su contenido *Propuestas metodológicas y materiales elaborados. Fundamentos para el análisis*. Se encuentran, por tanto, en este segundo volumen Materiales como la reconstrucción y el análisis de genealogías, de la terminología rifeña de parentesco, elementos terapéuticos y análisis de las terapias de curación y materiales cuantitativos. Es en los Materiales 2 de este volumen donde se presenta la propuesta de configuración y representación gráfica de itinerarios terapéuticos.

Itinerarios terapéuticos – Una propuesta para la sistematización y el análisis

Experiencias durante la observación participante: preguntas que necesitaban respuesta

Para explicar el porqué de la necesidad de idear una herramienta para recoger los itinerarios terapéuticos, es imprescindible dar una pincelada a la metodología que utilicé durante mi trabajo de campo.

⁵ Casado i Aijón, I. (2016) *Parentiu i salut entre els imazighen rifenys de Catalunya [Kinship and Health among Riffian imazighen in Catalonia]*. ISBN: 9788449062698. La tesis puede consultarse online en: <http://hdl.handle.net/10803/382817>.

Realicé mi tesis doctoral a lo largo de 9 años, de los cuales 5 fueron de trabajo de campo intensivo en la medida en que, de esos 5, sólo 3 fueron con subvención económica y los otros 2 tuve que compaginarlos con trabajos más o menos remunerados. La intensidad de mi presencia en el campo estuvo siempre en función de mis otras obligaciones cotidianas. A pesar de la diversidad en la situación económica, a lo largo de esos 5 años no dejé nunca de hacer observación participante. Esa fue mi técnica de recogida de datos principal. Inicié la observación en el ámbito doméstico, con familias rifeñas, recogiendo todos aquellos datos etnográficos que podía, sin discriminarlos por temáticas de interés. Tras 6 meses, diversifiqué mis unidades de observación incorporando también los servicios sanitarios, tanto de atención primaria como hospitalaria. Después de pedir los permisos correspondientes, la observación en los EAPs, CAPs y hospitales se centró en las consultas de profesionales (médicos de familia, comadronas y ginecólogos principalmente) y en las áreas de urgencias, salas de dilatación y parto y planta de maternidad. Compaginé la observación en ambos espacios: con los informantes rifeños convivía y recogía los datos que surgían por el transcurso de la cotidianidad, igual que con los profesionales de la salud. Después de esta fase de la investigación, y sin dejar nunca de estar presente en el campo, realicé una primera sistematización y análisis de los datos que me llevó a la formulación de unas hipótesis que debían ser puestas a prueba. Esta contrastación la realicé en una segunda fase del trabajo de campo a partir de entrevistas en profundidad, entrevistas semipautadas y grupos focales tanto a informantes rifeños como a profesionales de la salud pero en otros municipios catalanes. Las conversaciones informales se dieron a lo largo de todo el trabajo de campo y fueron tanto o más importantes que las técnicas estructuradas, especialmente –aunque no sólo– en temas como la sexualidad. Finalmente, una vez contrastadas las primeras hipótesis, sistematicé, analicé e hice el tratamiento de los datos estadísticos y, finalmente, entré en la fase de redacción de la tesis.

De este brevísimo resumen metodológico⁶, lo que me interesa destacar es la observación participante y algunas problemáticas y preguntas que surgieron tanto con personal sanitario como con rifeños. De estas experiencias fue de donde surgió la necesidad de recoger itinerarios terapéuticos y de representarlos gráficamente para sistematizar de forma rigurosa los datos para después poderlos analizar. Como ya he dicho, empecé mi trabajo de campo en las unidades domésticas, con las familias, para después ampliar la observación a los servicios sanitarios de atención primaria y hospitalaria. Querría detenerme especialmente en esas problemáticas o situaciones originarias de la propuesta:

En el ámbito doméstico: familias e individuos. Cuando se realiza observación participante con el objetivo de recoger datos sobre cuándo las personas se consideran o son percibidas como enfermas, sobre sintomatología, sobre decisiones terapéuticas, sobre especialistas que se visitan y tratamientos seguidos o no, implica que –como siempre en la etnografía–, las cosas suceden cuando suceden. Las personas enferman cuando enferman e inician

⁶ Que puede encontrarse ampliamente descrito en la “Introducción general” del primer volumen de la tesis.

sus itinerarios terapéuticos o no, cuando lo consideran necesario, mejor o cuando pueden. Para el tiempo etnográfico esto tiene una consecuencia directa en el trabajo de campo en la medida en que recoger un itinerario terapéutico puede llevar a veces días, pero a veces meses o años. Implica también que el etnógrafo debe encontrarse presente si no durante todo el proceso, sí en la mayoría de momentos cruciales que van a implicar un cambio en el itinerario iniciado (cuándo se considera que hay que buscar ayuda especializada, qué dice el especialista y qué es lo que la persona hace luego, a qué especialista se decide ir primero, entre otras muchas) y eso también conlleva periodos largos de estancia en el campo y esto no siempre es posible. Ante esto, fue necesario hacer una diferenciación entre tipología de itinerarios. Llamé itinerarios reconstruidos a aquellos itinerarios que ya habían empezado cuando yo llegué al campo y a itinerarios de los informantes anteriores al trabajo de campo, mientras que llamé itinerarios elaborados a aquellos de los que fui testigo durante mi etnografía y que pude recoger íntegramente de primera mano. Y esto lo hice estando –con suerte– presente en el campo cuando alguien enfermaba pero sobre todo haciendo acompañamientos a los diferentes especialistas que se visitaban, a las diferentes pruebas diagnósticas o a las diversas terapias o prácticas terapéuticas⁷ de uno u otro sistema médico a las que los informantes se sometían para sanar. Y lo observé tanto en Osona (y en el resto de Catalunya) como también en Nador (Rif, Marruecos) donde hice una breve estancia para completar mi trabajo de campo en Catalunya.

¿Por qué decidí recoger este tipo de datos? Uno de mis objetivos en torno a la articulación de sistemas médicos utilizados por los rifeños era comprender qué lógicas operaban en la elección de uno u otro sistema pero además también era necesario saber qué era salud y qué enfermedad para poder entender cuándo una persona se consideraba o era considerada enferma y cuándo sana. Quería entender, en definitiva, por qué los rifeños hacían lo que hacían en cuestiones de salud y, para eso, era imprescindible recoger los datos referentes a esas decisiones terapéuticas que, poco a poco iban configurando todo un proceso o itinerario. Después de más de 5 años de trabajo de campo, los datos de cada informante y de su o sus itinerarios terapéuticos estaban diseminados por numerosos diarios de campo lo que me llevó a la necesidad de encontrar una manera de ordenarlos por informantes y por itinerario, para después poder analizarlos con el objetivo de compararlos de forma transversal e intentar entender las lógicas subyacentes que operaban. Es necesario aclarar en este punto que, por sí solos, los datos referentes a itinerarios dicen pero no lo dicen todo de manera que el análisis para determinar el modelo de articulación no hubiera sido posible sin el conjunto de datos recogidos durante la observación participante y en las entrevistas abiertas y semipautadas.

⁷ Tal como especifico en el segundo volumen de la tesis (Casado, 2016:71), cuando utilizo el término terapia estoy haciendo referencia a formas terapéuticas para patologías o etiologías específicas que están constituidas por una estructuración más o menos rígida y que a menudo, aunque no siempre, son llevadas a cabo por terapeutas especialistas. Es decir, hay cierta institucionalización en la estructura, en el especialista y en la aplicación. En cambio, utilizo el término de práctica terapéutica cuando la asociación entre patología o atribución causal no es directa con una forma terapéutica, no hay una estructura identificable y la gran mayoría de veces son llevadas a cabo dentro del ámbito doméstico o por personas no especialistas.

En el ámbito de los servicios de salud: atención primaria, hospitalaria y sus profesionales. Inicié las observaciones participantes en los servicios de salud más tarde, cuando ya llevaba 6 meses en las unidades domésticas. Y lo hice respondiendo a una necesidad: qué pensaban los profesionales de la salud, cómo era la atención que dispensaban al colectivo rifeño y si esta era diferente al de resto de colectivos especialmente al de la población mayoritaria, ¿era diferente la aplicación de protocolos o de tratamientos en función de las percepciones personales de cada profesional hacia la diversidad sociocultural? Estas preguntas surgieron durante mis acompañamientos con los informantes a las consultas y a las diversas pruebas que se hacían en la biomedicina. Los gestos, los comentarios, el lenguaje no verbal, las indicaciones terapéuticas o la forma cómo los profesionales miraban o tocaban a los pacientes durante sus valoraciones diagnósticas dentro de las consultas, me llamaron en muchas ocasiones tanto la atención que, junto con los objetivos que me había propuesto en mi trabajo de campo, me llevaron a pedir los permisos para poder entrar dentro de las consultas o estar presente en las diversas zonas hospitalarias.

El mismo transcurrir del tiempo etnográfico que sucedía cuando quería recoger datos sobre itinerarios terapéuticos en las unidades domésticas, también estaba presente durante las observaciones en los servicios sanitarios. Con cuatro problemáticas añadidas: (1) en las consultas de los profesionales de la salud de atención primaria, hacía la observación sólo en este espacio y durante el tiempo de visita que tenía cada uno de ellos, de manera que, a diferencia de la observación en el ámbito familiar, la recogida de datos contextuales era muy limitada; (2) esta limitación de tiempo y espacio conllevaba también otra problemática, lo que llamé “tras la puerta de la consulta”⁸. Es decir, me perdía tanto el antes como el después de la visita: qué había llevado allí a los pacientes rifeños, si habían pasado antes por otros especialistas de otro sistema médico, si estaban siguiendo otro tratamiento además del biomédico y, también, qué hacían con las indicaciones terapéuticas, con las recetas o con las pautas marcadas por el profesional biomédico una vez cerraban la puerta de la consulta y volvían a sus casas. Esto limitaba –y mucho– los datos para los itinerarios terapéuticos; (3) la limitación temporal tenía otra consecuencia: estar haciendo observación durante el turno de cada uno de los profesionales con los que trabajé, no garantizaba que aquel día hubiera ningún paciente rifeño en la lista de pacientes programados –otra cosa eran las visitas no programadas, pero, aun así, tampoco era garantía. Hubo turnos en los que no pasaba ningún rifeño por la consulta, lo que sirvió en un inicio para poder recoger datos que me permitieron la comparación en cuanto a la atención a la diversidad sociocultural pero, transcurridos unos meses, se convirtió en un problema en cuanto a la inversión de tiempo de observación y al progresivo acotamiento de los objetivos etnográficos; y (4) el tiempo también conllevó una saturación de los datos. Si bien es cierto que cada paciente era distinto y que el

⁸ Expresión utilizada a lo largo del primer volumen de la tesis doctoral (*op. cit.* Casado, 2016) y en la comunicación oral “Itinerarios terapéuticos en salud pediátrica entre la población amazigh de Catalunya. Trabajo de campo y conocimiento etnográfico”. *Primera trobada interdisciplinària de professionals assistencials i grups d’investigació entorn a la salut, les desigualtats socials i la diversitat cultural*. Del 2 al 4 de Junio de 2010. Organizado por el Institut d’Estudis de la Salut de la Generalitat de Catalunya y el GRAFO de la Universitat Autònoma de Barcelona.

profesional de la salud intentaba ajustarse a la diversidad sociocultural y económica, el hecho es que después de pasar muchas horas en las consultas, la diversidad dejó de ser diversa y lo que allí pasaba se repetía con mucha más frecuencia de aquello que no se repetía y por lo tanto ofrecía datos nuevos. La constricción del tiempo de consulta (entre 5 y 15 minutos por paciente) y del espacio, cada vez dificultó más la obtención de datos etnográficos que no se hubieran recogido ya durante los meses anteriores, lo que valoré en términos de horas de observación invertidas. Así que, de la misma forma en que mi observación participante fue intensiva en las unidades domésticas al inicio del trabajo de campo, volví a intensificar estas unidades de observación tras haber intensificado la observación en los servicios de salud y haber llegado al convencimiento de cierta saturación de los datos.

A mi entender, las cuatro problemáticas tuvieron incidencia en la obtención de datos etnográficos para la configuración de los itinerarios terapéuticos pero fue el hecho de no poder hacer el seguimiento de los pacientes en el antes y el después de su paso por la consulta, lo que me llevó de nuevo a las familias, a las casas y a intensificar el trabajo de campo que me permitiera ver el antes, el durante mediante los acompañamientos y el después del paso por la biomedicina. Además ¿qué pasaba en aquellos itinerarios en los cuales la biomedicina no era una opción terapéutica?

En este contexto metodológico, la propuesta para la confección de itinerarios terapéuticos surgió como consecuencia del planteamiento de tres preguntas que necesitaban respuesta: (1) ¿qué hacen los rifeños ante los problemas que perciben como de salud; (2) ¿por qué hacen lo que hacen? ¿Qué les lleva a tomar las decisiones que toman ante lo que se percibe como un problema de salud?; y (3) cuándo deciden hacer y cuándo deciden no hacer. Fue en este punto del trabajo de campo – ya avanzado cuando me formulé estas preguntas– cuando tomé consciencia de que, lo que había estado haciendo de forma desestructurada, desordenada e involuntaria, era recoger datos sobre itinerarios terapéuticos y esto, junto con el intento de dar respuesta a las tres preguntas planteadas, me llevó a un ejercicio triple: en primer lugar, la necesidad de recoger los datos para confeccionar estos itinerarios. Es decir, el propio ejercicio de recogida de datos empíricos vinculados a los itinerarios pero no aquellos que yo consideraba o creía que formaban parte de ellos, sino aquellos que los y las informantes vinculaban y relacionaban con el problema de salud o con el proceso procreativo en el cual estaban inmersos o lo habían estado; el segundo ejercicio me llevó, un poco antes de la fase de sistematización y análisis, a pensar una forma de ordenar, de sistematizar y presentar estos itinerarios; a hacer un vaciado de todos los datos que tenía diseminados tanto en los diarios de campo como en las entrevistas, con el objetivo de confeccionar cada uno de ellos de forma individualizada. En este sentido, este ejercicio me llevó a sí mismo a dos puntos: el primero a la necesidad de encontrar una forma de representación gráfica en la que fueran claramente visibles las respuestas a las 3 preguntas formuladas para cada uno de los itinerarios recogidos, y un segundo punto, a la necesidad de encontrar una metodología para hacer estas representaciones gráficas. Finalmente, el tercer ejercicio que me planteó fue el de hallar la mejor forma de analizar estos itinerarios con el objetivo de poder extraer unas conclusiones generalizables a todo el colectivo, aquellas que me permitieran entender las pautas de acción y

representación susceptibles de configurar un modelo rifeño en la articulación de los sistemas médicos que se utilizan y en las lógicas subyacentes que intervienen, de forma más o menos decisiva pero perfectamente reconocibles. Es en este sentido que la recogida de itinerarios terapéuticos pasaba a ser una forma metodológica además de analítica.

La propuesta metodológica y analítica que hice en mi tesis doctoral y que recojo en este *working paper* ha sido, como he dicho, fruto de la necesidad de dar sentido, coherencia y sobre todo rigurosidad a todos los datos etnográficos que recogí. Y eso es, una propuesta, que en mi trabajo de campo fue extremadamente útil y considero que los resultados de su aplicabilidad también lo han sido. No obstante, como todas las propuestas, no sólo está disponible para su uso por parte de cualquier otro investigador que la considere útil en su tarea sino que, además, es susceptible de ser adaptada a las diversas realidades etnográficas o de ser mejorada en su déficit. Quiero poner énfasis en su flexibilidad: esta característica fundamental de la propuesta permite que cada investigador que la utilice la pueda adecuar a las propias exigencias que marquen tanto la dinámica del trabajo de campo como los datos etnográficos que surjan –implícitamente en ambas, las propias características del colectivo, grupo o segmento de población que se esté etnografiando.

Presento la propuesta empezando por el final del proceso reflexivo e intelectual que seguí: si la secuencia que desarrollé fue la de recoger los datos empíricos, luego la formulación metodológica y, finalmente, la reflexión teórico–analítica, creo que presentar la propuesta a la inversa puede facilitar su comprensión. Es por eso que empezaré por presentar la reflexión teórico–analítica, seguiré con la metodológica y finalmente presentaré un ejemplo de itinerario procreativo comentado que permita vislumbrar la aplicabilidad metodológica.

Reconstrucción y/o elaboración de itinerarios terapéuticos

Además de la reflexión que me llevó a establecer un modelo de articulación de los sistemas terapéuticos utilizados por los rifeños y esclarecer las lógicas subyacentes que en él operaban, hubo un paso más que salía de la especificidad empírica rifeña y que me llevó a hacer una propuesta teórica – aparte de metodológica. La parte teórica intentaba dar respuesta a qué es un itinerario terapéutico, qué tipo de itinerarios se pueden confeccionar y, especialmente, cómo su identificación tiene repercusiones en la interpretación de los datos de campo.

Empecemos por el principio: ¿De qué hablamos cuando hablamos de itinerarios terapéuticos? Dar respuesta a esta pregunta es del todo necesario porque delimita qué tipo de datos etnográficos son necesarios para su confección, cuál es el contexto en el cual estos datos toman sentido y, especialmente, cuáles son las prácticas terapéuticas y las formas de representarlas a lo largo de su desarrollo.

Durante esta investigación entendí que un itinerario terapéutico se configura por todas las decisiones –conscientes o no, y que conducen a una práctica teniendo en cuenta que el “no hacer” también es hacer– y el marco de representación, percepción y conceptualización que les supone el contexto sociocultural, que una persona o grupo toman ante lo que se percibe como un problema de salud y que necesita de intervención o de atención especializada

(personal sanitario biomédico y/u otros terapeutas o cualquier otra persona especialista o no que sea considerada capacitada para aliviar o resolver esos problemas) o no especializada. También consideré como itinerarios terapéuticos los casos de procesos procreativos ya que, no siendo considerados como problemas de salud si no hay una patología específica a lo largo de su desarrollo, sí que se da una intervención de sistemas médicos y de atención especializada y no especializada durante el embarazo, el parto y el postparto que lo acercan a una percepción de medicalización del proceso, aunque esta no siempre es compartida por las propias mujeres que lo están viviendo. Un itinerario recoge las decisiones que se toman, que implican acciones y prácticas terapéuticas, pero también recoge el contexto en el cual se deben interpretar y, por lo tanto, debe proporcionar la forma que tiene la persona o el grupo de pensar, entender y conceptualizar las decisiones y las prácticas sean estas terapéuticas o no. Debe recoger también las percepciones de todas las cuestiones implicadas: percepciones sobre la enfermedad y la salud, percepciones sobre la etiología atribuida, sobre el fracaso y el éxito terapéutico, de los tratamientos, de su eficacia o no. Un itinerario terapéutico debe poder dar respuesta a qué hace la persona o el grupo, por qué hace lo que hace y cuánto tiempo hace lo que hace ante la percepción de lo que considera un problema de salud, de una alteración del estado “normal” (concepto folk) de la persona o ante un proceso para el cual requerirá atención terapéutica especializada aunque no se perciba como un problema de salud.

Siguiendo la propuesta de L. Sanjuán (2007: 174–181), considero que un itinerario terapéutico empezaría cuando se dan tres acciones que pueden ser consecutivas en el tiempo (que entre una y otra no pasan más que segundos) o pueden distar entre ellas periodos de tiempo más largos (sin limitaciones de cuánto). Estas tres acciones son: (1) interpretación individual y/o grupal de la existencia de un problema, de algo que altera lo que se considera “normal”; (2) para iniciar un itinerario es necesario que ese problema sea interpretado como de salud. Para que así sea, en esta segunda acción deben darse respuestas a dos cuestiones: qué pasa y por qué pasa. Es decir, cuál es la interpretación que se hace del problema y una primera atribución causal de este; y (3) la tercera acción consiste en la primera de las decisiones terapéuticas: buscar o no buscar ayuda y, una vez decidido esto, qué tipo de ayuda, si será especializada o no. Esta ayuda no necesariamente se buscará en un sistema médico o en un terapeuta, o en un familiar o conocido, sino que puede consistir en cualquier otra práctica que tenga como objetivo subsanar la situación y volverla a la normalidad: automedicación, alimentación, descanso, ejercicio, cambio en algún hábito, entre muchas otras.

Que las tres acciones disten más o menos en el tiempo y el hecho de que se decida iniciar un itinerario o no, depende de muchas circunstancias (personales, sociales, económicas) que, además de intervenir en este primer momento, pueden tener –y, de hecho tienen– presencia en su desarrollo. Desde que se identifica la existencia de un problema que se percibe como algo que sale de lo “normal” y que a este problema se le atribuya la categoría de “problema de salud” o “enfermedad”, se da la intervención de múltiples factores que pueden tener una incidencia mayor o menor y no siempre dándose en todos los casos. Por ejemplo, destaco cuestiones como las nociones culturales de gravedad, dolor, cronicidad; la percepción de inmediatez vinculada a la de

gravedad, sensación, percepción e interpretación de la sintomatología; las situaciones socioeconómicas que pueden impedir una actuación más o menos inmediata aunque esta se perciba como necesaria (horarios laborales, problemas económicos, problemas en la regularización jurídica, falta de transporte y/o de acompañante, falta de dinero); posibilidad de acceso por igual o no a todos los sistemas médicos existentes en el contexto donde se vive y representación que el individuo o el grupo hace de cada uno de ellos; o de lo que se haya considerado en la segunda acción, es decir, en el momento de dar respuesta al qué pasa y por qué se cree que pasa (atribución causal del problema o de la enfermedad, nociones de persona y cuerpo, componentes que la conforman y su funcionamiento, representación que se hace del problema de salud o de la enfermedad) pero también del conocimiento que se tenga de todos los sistemas médicos que se tengan al alcance, de su funcionamiento y de las experiencias previas en cada uno de ellos (éxito o fracaso terapéutico, trato percibido, entendimiento con el profesional, el terapeuta o el especialista o cubrimiento o no de las expectativas), tanto de la propia persona como del resto del grupo, la experiencia y la valoración del cual se pueden tomar como referencia en las elecciones.

La respuesta que una persona da sobre su propia situación o un grupo da sobre la situación de uno de sus miembros, hará que la tercera acción se ponga en marcha o no, cuándo y hacia dónde se iniciará el itinerario. Es muy importante tener en cuenta que, una de las posibilidades en esta tercera acción, puede ser decidir no buscar ayuda, ni especializada ni no especializada. Decidir no hacer nada, como he dicho, también es una forma de hacer y para el investigador, éste debe ser un dato etnográfico igual de relevante e importante como los que recoge cuando hay decisiones que conllevan acciones para resolver el problema que se percibe. Aun así, difícilmente podemos considerar que se inicia un itinerario terapéutico cuando se decide no hacer nada: deberá considerarse esta decisión como un dato de campo más, a menos que sea una decisión temporal que posteriormente en el tiempo llevará a emprender alguna acción.

El itinerario terapéutico, pues, se inicia y se va confeccionando con la incidencia de múltiples factores, desde su inicio y hasta que se considera que el problema se ha resuelto (curación), se ha vuelto permanente (crónico) o cuando no se resuelve (muerte). En estos tres casos podemos considerar que un itinerario finaliza. Debe tenerse en cuenta que las consideraciones de cronicidad, curación o muerte no responden a las percepciones del etnógrafo sino del propio individuo y/o grupo, algo que es especialmente significativo en el caso de la muerte, noción que responde a un constructo cultural si es que esta existe en la sociedad estudiada: habrá que valorar en cada caso etnográfico si se da la existencia de la muerte, si se percibe como el final de la vida, si la enfermedad queda resuelta con ella o si permanece aunque la persona se encuentre en otro estado. Es, pues, importante recoger los datos sobre la atribución del final del itinerario porque, como veremos un poco más adelante, a veces los itinerarios son secuenciales continuos o secuenciales intermitentes, es decir, entre una y otra decisión terapéutica –o no terapéutica– pasa un tiempo de inactividad, pudiendo dar una falsa sensación de que el itinerario ha acabado. De este modo, un itinerario respondería a un problema de salud o enfermedad, pudiendo darse el caso en que una persona estuviera

confeccionando varios itinerarios de forma simultánea, que se pueden cruzar entre sí, con lo que suponen las experiencias adquiridas en cada uno de ellos.

Se debe entender y conceptualizar cada uno de los itinerarios que emprende una persona de forma individual aunque, efectivamente y como ya he señalado, la experiencia previa de la persona en situaciones similares –o no tan similares– o la de otras personas que le son próximas, puede tener una influencia más o menos importante en itinerarios posteriores. Aun así, el hecho de estar en posesión de este conocimiento, experiencia o transmisión de experiencia de otras personas, no implica que ante la aparición de un problema de salud o de una enfermedad se actúe igual. Quizá precisamente por la experiencia de un fracaso terapéutico anterior, esto conllevará la búsqueda de soluciones o alternativas expresamente diferentes. Es por este motivo que un itinerario terapéutico será entendido como único desde su inicio hasta su final o hasta su cronicidad, recogiendo en aquellos casos que así lo requieran, las prácticas y las formas de representación repetidas de itinerarios anteriores.

Antes de entrar en el análisis de las características y la tipología de itinerarios terapéuticos, hay que introducir algunas consideraciones previas que permiten hacer una primera diferenciación:

Reconstrucción – Elaboración de itinerarios terapéuticos. Entiendo por reconstrucción de un itinerario cuando los datos etnográficos recogidos hacen referencia a itinerarios que de forma total (inicio y final) o parcial (inicio) provienen del pasado de la persona. Mientras que la elaboración de un itinerario se daría cuando el etnógrafo recoge los datos etnográficos como resultado de su observación mientras este se está confeccionando. Es decir, un itinerario reconstruido sería aquel que el informante explica al etnógrafo y que este no observa en su totalidad aunque podría darse el caso en que el etnógrafo no está presente en su inicio pero si en parte de su desarrollo y/o final: en este caso el itinerario sería parcialmente reconstruido y parcialmente elaborado.

Secuencial continuo – secuencial intermitente. Un itinerario secuencial continuo es aquel en el que las decisiones que conducen a las prácticas terapéuticas no distan mucho tiempo entre ellas, de forma que entre el inicio del itinerario y su final hay una continuidad temporal que no implica una fragmentación considerable de la secuencia. En cambio, un itinerario secuencial intermitente es aquel en el que, entre una decisión y otra, puede pasar un período de tiempo suficientemente amplio como para que el itinerario pueda quedar fragmentado, a veces hasta el punto de que se podría considerar un itinerario cerrado. Este último caso es frecuente ante enfermedades crónicas que tienen episodios agudos pero también ante la desaparición temporal de la sintomatología o, incluso, en itinerarios en los que ante repetidos fracasos terapéuticos, una de las decisiones sea no hacer para, posteriormente, retomar las prácticas terapéuticas. Las fases de inactividad en el desarrollo de un itinerario no lo darían por acabado.

Estas primeras distinciones nos llevarían a especificar cuáles son las características principales de un itinerario terapéutico:

1. En la medida en que los itinerarios se confeccionan a partir de las decisiones que la persona o el grupo van tomando y que, como hemos

visto, estas decisiones están influenciadas, determinadas o condicionadas por múltiples factores, tenemos que tener muy presente que estos factores no necesariamente se mantienen constantes a lo largo de todo un itinerario sino que pueden intervenir en momentos puntuales, unos sí y otros no, con mayor intensidad unos y con menor intensidad otros o bien que la influencia de algunos factores se pueda mantener constante mientras que otros lo harán de forma puntual. Por el hecho de que un itinerario es y se mantiene vivo y cambiante a lo largo de su desarrollo, es muy probable que el etnógrafo se vea ante dificultades a la hora de identificar la tipología de itinerario en su globalidad por lo cual deberá determinar su fragmentación pero, más importante aún, qué es lo que motivó estos cambios y cuáles son las causas que los provocaron para cada uno de los cambio identificables. Es por esto que muy a menudo un itinerario no se puede considerar uniforme sino fragmentario de tal manera que las características que identifican un itinerario no son válidas para su totalidad sino para uno o varios fragmentos que corresponden a momentos, etapas o períodos concretos de esa totalidad.

2. *Los itinerarios terapéuticos siempre son flexibles y heterogéneos.* Hemos visto ya como en la elaboración de cada uno de los itinerarios intervienen múltiples factores, decisiones motivadas por situaciones y circunstancias personales o grupales muy diversas, lo que lleva a considerar que, ante problemas de salud y enfermedades, el peso de las elecciones con un alto componente personal es muy elevado. Aun así, recoger el número suficiente de itinerarios terapéuticos de miembros del grupo, colectivo o segmento de población que se esté etnografiando, sean estos en torno a un mismo problema de salud o no, permite al etnógrafo extraer un modelo de pautas compartidas, pero, más importante aún, permite hacer una abstracción teórica que le llevará a establecer las lógicas subyacentes compartidas que dan sentido y explicación al por qué hacen lo que hacen. Siendo así y a pesar de que las decisiones que se toman tienen un fuerte componente individual, estas nunca se toman al azar: todas las decisiones tomadas dentro de un itinerario siguen esas lógicas subyacentes compartidas por el grupo. Será trabajo del etnógrafo no sólo recoger cada uno de los itinerarios sino también referenciar esas lógicas culturales, socioeconómicas y políticas compartidas que permitan una correcta interpretación de cada uno de los itinerarios individuales.
3. *Itinerarios individuales y/o grupales.* Esta característica de los itinerarios está estrechamente relacionada con la percepción de la enfermedad o del problema de salud y con la etiología atribuida. Hay enfermedades que se perciben individuales: la persona enferma es la que sigue el itinerario terapéutico. Pero hay enfermedades que se conceptualizan como grupales, es decir, hay más de un miembro del grupo enfermo. En el caso de enfermedades grupales, entiendo que sólo corresponde a un itinerario si la enfermedad se conceptualiza como la misma y si las prácticas terapéuticas también son grupales o individuales pero las siguen todos los miembros del grupo enfermos para sanar la misma enfermedad o si, siendo individuales, el objetivo es sanar a todos los miembros del grupo afectados. Las enfermedades grupales no responden a la extensión de una enfermedad por contagio sino, por ejemplo, a aquellas enfermedades que por la

infracción de un tabú o por la acción de un individuo, tengan consecuencias no sólo en el infractor sino en el resto de miembros de su grupo (sea el grupo que sea). En otros casos esa misma infracción se presenta con consecuencias diferentes en los miembros afectados, es decir, no todos presentan la misma sintomatología o se les atribuye la misma enfermedad (en el caso rifeño, hay ejemplos en los que diversos miembros de una familia están enfermos al mismo tiempo, con patologías distintas pero que se les atribuye una misma causalidad): resolví estas situaciones considerando cada itinerario de forma individual, porque las decisiones terapéuticas también lo fueron, para después hacer un análisis conjunto de todos los miembros del grupo en la medida en que se percibían todos ellos con una etiología compartida.

4. *La variable “tiempo” es el fundamento a partir del cual el itinerario se va construyendo.* Como con el resto de datos etnográficos, la variable “tiempo” debe entenderse como constructo cultural. Debe recoger, por lo tanto, la percepción temporal del grupo etnografiado y no la percepción temporal del etnógrafo. Así, por ejemplo, hay poblaciones en las que la percepción temporal es lineal pero en otras la percepción del tiempo es circular. Sera tarea del etnógrafo reconstruir y/o elaborar los itinerarios en base a esas percepciones. Porque en un itinerario terapéutico la variable “tiempo” tiene dos vertientes que deben estar presentes: (1) el tiempo transcurrido entre su inicio y su final o a lo largo de su desarrollo en los casos de cronicidad. Sea un itinerario acabado o crónico, se debe recoger si se desarrolla durante la vida cuando la muerte supone su final o más allá de esta cuando este tránsito no supone ni el final de la vida ni el final de la enfermedad sino un cambio en el estado de la persona; (2) y el tiempo que transcurre entre una decisión que conlleva una práctica terapéutica y el final de esta. De esta manera, un itinerario recoge el tiempo global dentro del cual encontramos el tiempo de duración de cada una de las terapias o acciones terapéuticas. Hay itinerarios en los que el tiempo global y el parcial coinciden: como veremos más adelante, estos itinerarios corresponden a los simples y secuenciales continuos.
5. A diferencia de la primera característica que identifica a los itinerarios con su capacidad de fragmentación por los cambios que propician un nuevo período, esta quinta característica nos habla de los cambios en las percepciones y en las formas de representación, pero no necesariamente conllevaran una fragmentación en el itinerario. Estos cambios se pueden dar a partir de dos fenómenos: la percepción y la representación de la enfermedad o del problema de salud y en la atribución causal que se hace en cada uno de los cambios perceptivos. Así, a lo largo de un itinerario podemos observar diversas atribuciones causales del mismo problema o enfermedad –no necesariamente nuevas, sino que, a lo largo de un mismo itinerario esas atribuciones pueden repetirse– y, al mismo tiempo, la propia percepción de la enfermedad no siempre se mantiene inmodificable, sino que también puede variar. Estos cambios perceptivos, representativos y etiológicos no siempre van acompañados de un cambio en las decisiones terapéuticas, aunque, efectivamente, pueden ser uno de los motivos que las propicien. Un cambio de estas características no implica en ningún caso el

inicio de un nuevo itinerario en la medida en que el problema percibido persiste, aunque se le represente y se le atribuya una causalidad distinta a la inicial. Se iniciará un nuevo itinerario cuando la persona o el grupo considera que la primera enfermedad o problema de salud ha quedado resuelto o se ha vuelto crónico y que la nueva percepción y representación se debe a una nueva problemática, esté ésta relacionada o no con la primera.

6. Aunque ya he señalado la especificidad, particularidad y unicidad de cada uno de los itinerarios que sigue una persona, querría destacar algunos datos que, independientemente de los casos concretos, son los que configuran la estructura básica de un itinerario:
 - Ordenación temporal en función de las dos formas en las que interviene la variable “tiempo”.
 - Sistemas médicos utilizados, prácticas terapéuticas especializadas o no (domésticas, automedicación).
 - Especialistas terapéuticos u otros tipos de especialistas que intervienen con el objetivo de aliviar o resolver el problema de salud.
 - Causas o motivaciones de cada una de las decisiones que implican un cambio o un seguimiento en las prácticas terapéuticas o no terapéuticas (sintomatología, formas de representación, indicaciones terapéuticas,...).
 - Percepción y formas de representación de la enfermedad o el problema de salud y todas las veces que en el desarrollo de un mismo itinerario estas formas han variado.
 - Percepción del éxito o del fracaso terapéutico.
 - Prácticas que, aunque no sean consideradas médicas, tengan una función terapéutica de curación o alivio (sería el caso, por ejemplo, del ofrecimiento de exvotos u otras ofrendas a divinidades).
 - Personas implicadas en todo el itinerario: redes de apoyo, cuidadores, personas importantes para el informante que han intervenido de una u otra forma,...
 - Redes de circulación de información referente al problema de salud o enfermedad.
 - Acontecimientos que, desde una perspectiva folk, pueden tener o tienen una influencia más o menos decisiva en el transcurso del proceso de enfermedad y curación, cronicidad o muerte.

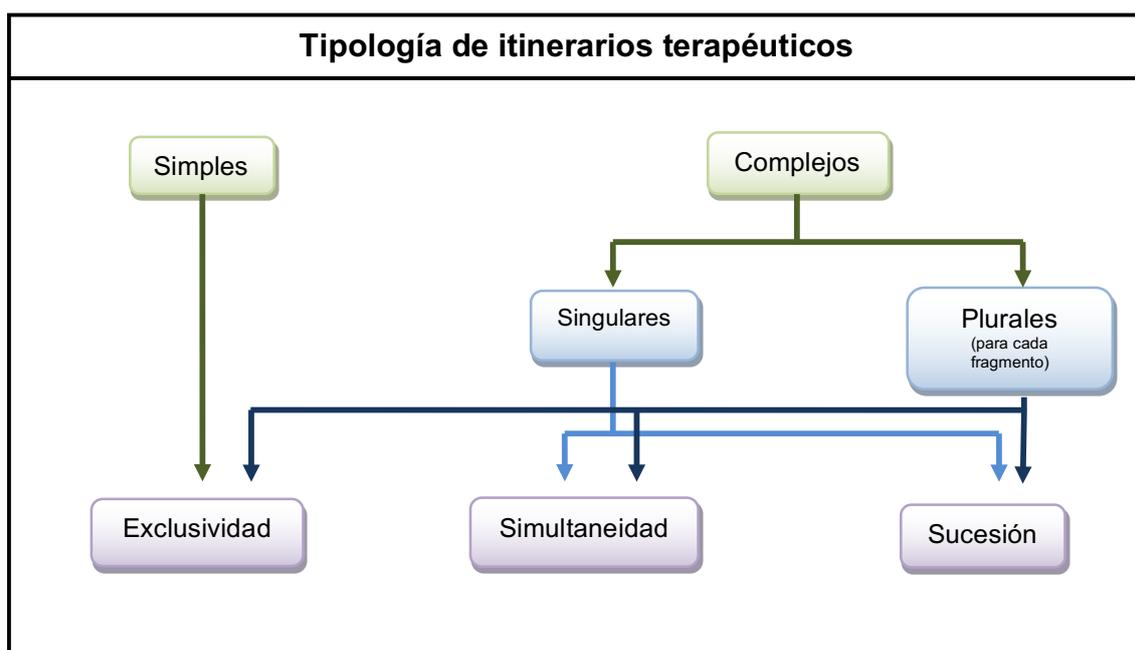
Recordemos que un itinerario debe poder responder a preguntas como qué se hace, por qué se hace lo que se hace y cuándo se hace. Aun así las propias dinámicas de un trabajo de campo, las situaciones con las que se encuentra un etnógrafo, el hecho de que un itinerario sea reconstruido o elaborado o las especificidades socioculturales de cada grupo o población etnografiada, harán que la recogida de estos datos sea más o menos fácil, que se puedan obtener todos ellos y completar un itinerario o dejar algunos vacíos que no se puedan llenar. Con estas situaciones de falta de completud, el etnógrafo ya debe contar pero, a mi parecer, no por eso un itinerario deja de ser riguroso y válido para el análisis, siempre y cuando, está claro, los vacíos no sean más grandes que la totalidad de los datos

recogidos. Después cada etnógrafo adecuará y valorará cada uno de los itinerarios recogidos en función de los objetivos de su análisis y de las preguntas de investigación.

7. Finalmente –y aunque ya lo he mencionado más arriba–, no querría dejar de destacar la capacidad de unicidad e individualidad de cada uno de los itinerarios. No sólo porque cada individuo o grupo introduce sus propias especificidades y situaciones personales, valora y gradúa la incorporación de sus experiencias previas en itinerarios similares o totalmente diferentes, sino porque, a pesar de que la persona se encuentre en una misma situación y que el problema de salud se identifique y se perciba como algo ya vivido anteriormente, no necesariamente esto implica una repetición en las decisiones y en las prácticas terapéuticas. Hay, por tanto, que tomar, entender y analizar cada uno de los itinerarios de forma autónoma y, en todo caso, añadir en el análisis los factores o causas que motivan tanto las repeticiones de un itinerario anterior de forma total o parcial o la desestimación de toda experiencia previa.

Recordando siempre que todas y cada una de las decisiones que se toman, tengan un bagaje previo o no, no son nunca una cuestión aleatoria sino que tras ellas hay siempre unas lógicas que operan por las cuales la valoración, la evaluación o la rigidez de las situaciones personales y de los factores que intervienen conlleva que la elección del itinerario se conforme en exclusividad por un sistema médico, que se simultaneen uno o más sistemas o que se sucedan sistemas ante la percepción de fracaso terapéutico, de las expectativas o por complicaciones socioeconómicas.

Ante estas características descritas, hago una propuesta para la tipología de itinerarios terapéuticos que se añade a las primeras diferenciaciones entre itinerarios que he hecho más arriba



Una vez que el etnógrafo ha reconstruido y/o elaborado un itinerario terapéutico, las características que facilitan su análisis global, al margen del análisis de cada uno de sus fragmentos en caso de que haya, permite su identificación descriptiva y tipológica establecida y determinada a partir de las decisiones que conducen a las prácticas terapéuticas y a los usos de los sistemas médicos.

En este sentido, la primera distinción que hay que hacer es si estamos delante de un itinerario simple o complejo. Identificaremos como itinerario simple aquel en el que, desde su inicio y hasta su final (siempre y cuando este se pueda establecer porque se considere un itinerario cerrado), se ha utilizado un solo sistema médico o práctica terapéutica. Mientras que los itinerarios complejos serían aquellos en los que, en su desarrollo, encontramos el uso de más de un sistema médico y/o la realización de más de una práctica terapéutica.

Esta primera identificación nos lleva directamente a la segunda y a la tercera distinción⁹. Si los itinerarios simples utilizan un solo sistema médico, esto nos lleva a identificarlo como exclusivo en la medida en que no combina el uso de varios sistemas médicos o prácticas terapéuticas. En cambio, los itinerarios complejos en los que se usa más de un sistema o práctica terapéutica para resolver un mismo problema de salud, pueden ser singulares cuando, desde su inicio hasta el momento en que se considera acabado o crónico, se pueden dar dos situaciones: (1) que el uso de diferentes sistemas médicos y/o prácticas terapéuticas se haga al mismo tiempo, es decir, en un mismo momento del itinerario se combinen dos o más. En este caso estaríamos hablando de simultaneidad; o (2) que este uso combinado no se haga simultáneamente sino de forma sucesiva. Es decir que el uso de diversos sistemas médicos o prácticas terapéuticas se haga una detrás de la otra. A menudo este tipo de itinerarios complejos singulares responden a la sucesión de percepciones de fracasos terapéuticos o de las expectativas puestas en el propio sistema escogido o en el terapeuta o profesional. No se podría hablar de itinerario complejo singular exclusivo en la medida en que un itinerario de este tipo dejaría de ser complejo para pasar a ser simple exclusivo.

En cambio, un itinerario complejo plural correspondería a itinerarios fragmentados en períodos consecutivos, en cada uno de los cuales los usos de sistemas médicos y/o prácticas terapéuticas se pueden dar de forma exclusiva, simultánea y/o sucesiva. Un itinerario complejo plural no se debe confundir con la existencia en el grupo o en la sociedad etnografiada de un pluralismo médico: que una persona pueda tener acceso a, y posibilidades de seguimiento en, diferentes sistemas médicos no implica que los utilice. De manera que en una sociedad puede haber un pluralismo médico pero la persona o el grupo se decante por un itinerario simple exclusivo.

⁹ La distinción entre itinerarios exclusivos, simultáneos y sucesivos (que corresponde a la tercera en este *paper*) ya fue presentada en la Unidad 4.2 de: Casado, I. – Sanjuán, L. – Grau, J. (eds.) (2010) *Assistència sanitària en contextos interculturals. Materials formatius per a professionals sanitaris*. Soporte digital. Edición de la Direcció General de Salut Pública de la Generalitat de Catalunya y Grup de Recerca en Antropologia Fonamental i Orientada (GRAFO). Universitat Autònoma de Barcelona.

Es por este motivo que la segunda y la tercera distinción topológica son clave. En la multiplicidad de factores que pueden intervenir en la elección de un sistema médico, práctica terapéutica, en la desestimación de ayuda o tratamiento especializado para buscar o no otras opciones, la exclusividad se daría en aquellos casos en los que la persona y/o el grupo se adhiere a un solo sistema o práctica, sea esta la primera opción con la que se inicia el itinerario o después de la percepción de fracaso en situaciones anteriores. En otras ocasiones, la sintomatología, la sensación de que no se está haciendo suficiente para resolver el problema de salud o para curar la enfermedad o el cambio en las percepciones de la enfermedad y/o de su etiología, entre otros factores, pueden llevar a la decisión de incorporar al itinerario más de un sistema médico o práctica que se utilizaran de forma simultánea. Estas decisiones a veces son percibidas, especialmente por los profesionales biomédicos según mi experiencia etnográfica, como un problema que interfiere en el tratamiento biomédico cuando este es uno de los sistemas que conforman el itinerario. Aun así, la simultaneidad responde a las diversas percepciones de necesidades que pueda tener la persona y/o el grupo de forma que muy a menudo hay un acercamiento más eficaz hacia el éxito terapéutico cuando estas necesidades o percepciones están cubiertas. Muchas veces la simultaneidad se da combinando el sistema biomédico con uno o más sistemas médicos o prácticas no biomédicas: mi experiencia de campo pone de relieve que en estos casos se buscan otros sistemas no biomédicos para llegar allí donde la biomedicina no llega. Estas decisiones implican un cierto conocimiento de más de un sistema o práctica al cual se le añadirá un cuerpo de percepciones en torno a las capacidades terapéuticas que se le atribuyen a cada uno de ellos, que entraran en juego en el momento de decidir su articulación en simultaneidad. La importancia de la simultaneidad reside en el hecho de que se pueden articular de forma perfectamente coherente concepciones de la persona, de la salud y de la enfermedad que provienen de formas de pensamiento y culturas diferentes a la propia (sería el caso, por ejemplo, del uso de la biomedicina simultáneamente a la acupuntura de la medicina china).

Finalmente, la sucesión, sea esta en exclusividad o simultaneada, se da la mayoría de veces cuando la opción terapéutica escogida no cumple las expectativas que se le habían depositado –percepción de fracaso terapéutico, situaciones económicas que dificultan el seguimiento del tratamiento pautado o la percepción de la relación con el profesional o el terapeuta como poco positiva, por ejemplo. En esta situación la persona o el grupo buscan siempre aquella opción que perciben como mejor capacitada para garantizar el éxito terapéutico.

Como decía al inicio, esta es una propuesta susceptible de ser utilizada y aplicada en cualquier contexto sociocultural específico en el cual, el etnógrafo interesado en recoger este tipo de datos, se pueda encontrar. He presentado hasta ahora la parte teórica de la propuesta, la que desemboca en la segunda parte, la metodológica. Esta última pretende dar respuesta a cuestiones como ¿cuál es el proceso de sistematización que precede al de análisis cuando se han recopilado datos para reconstruir o elaborar un itinerario? Y ¿cuál puede ser una de las formas de representación de estos datos para facilitar los análisis individuales de cada uno de los itinerarios con el objetivo de poder

compararlos entre sí y extraer conclusiones conjuntas y generalizables? Para poder dar respuesta a estas dos preguntas formuladas en el proceso de reflexión, idee una forma de representación gráfica de los itinerarios, la que presento como segunda parte de la propuesta: la metodológica.

La representación gráfica de un itinerario terapéutico

La representación gráfica de un itinerario terapéutico debe ser entendida como una herramienta de sistematización de los datos etnográficos pero a la vez como una forma clarificadora que permite el análisis de dos puntos: permite visualizar de forma rápida qué hace la persona, cuándo lo hace y por qué lo hace y además esta visualización es una herramienta muy útil para establecer pautas compartidas entre personas con itinerarios iniciados por una misma causa atribuida que conlleve cierta generalización, y la propuesta de un modelo de acción, representación, de prácticas vinculadas a unas percepciones y conceptualizaciones con el objetivo de establecer las lógicas subyacentes que operan en la confección de los itinerarios terapéuticos y en la articulación de sistemas médicos de un grupo.

¿Cómo el etnógrafo hará la sistematización de los datos recogidos de cada uno de los itinerarios y los ordenará de tal manera que pueda hacer un análisis individual y comparativo? Mi propuesta, que intenta dar respuesta a esta pregunta, gira en torno a la representación gráfica de los datos.

La representación gráfica de un itinerario terapéutico se estructura y pivota sobre el eje que configura la variable “tiempo”, tal como hemos visto. La concepción folk de esta variable tiene una doble implicación en el seno de un itinerario: su duración global y la duración de cada una de las decisiones que se toman. Así pues el etnógrafo deberá adecuar la conceptualización del “tiempo” a la representación gráfica que más se ajuste a esta: será una de las decisiones del diseño gráfico del itinerario. Además, habrá que tomar en consideración también nociones culturales que intervienen en un itinerario y que pueden influir en cómo este se represente: la representación de la enfermedad y de su duración, la atribución causal, representaciones y concepciones en torno a la vida y la muerte o la cronicidad, entre muchas otras que son específicas para cada grupo que se etnografíe.

Partiendo del tiempo como eje central, la representación de un itinerario tendrá una lectura en dos planos: el vertical y el horizontal, en cada uno de los cuales se incorporarán unos datos u otros. También la lectura habrá que adecuarla a la representación temporal que se haga, es decir, si el tiempo se percibe como lineal, la lectura del itinerario se hará de forma cronológica de derecha a izquierda o a la inversa en función de la tradición de escritura de cada sociedad. En cambio, si la percepción del tiempo es circular, el etnógrafo deberá de buscar puntos de referencia en cada itinerario que permitan al lector situarse, especialmente cuando la percepción del tiempo del lector no coincida con la representada. Estos puntos de referencia los deberá escoger el etnógrafo a partir de los datos de cada itinerario: si así lo muestran los datos, podrán ser puntos compartidos en todos los itinerarios porque son generalizables, pero en otros casos habrá que buscarlos de forma específica en cada uno de los itinerarios. Podría ser un punto de referencia, por ejemplo,

la interpretación por parte de la persona o del grupo de los primeros síntomas, sean estos conceptualizados o no como el inicio de la enfermedad.

Si la lectura de un itinerario debe hacerse en dos planos, en el horizontal encontraríamos la representación del tiempo y los datos referentes a los sistemas médicos o prácticas terapéuticas utilizadas de forma exclusiva, simultánea y/o sucesiva, ordenadas ambas a partir de franjas horizontales cada una de las cuales destinadas a acogerlas de forma diferenciada ya sea por el diseño o por el color. En la franja superior habrá que representar el tiempo, sea cuál sea su forma de representación. De forma sucesiva, en las franjas inferiores, el etnógrafo ordenará cada uno de los sistemas terapéuticos o prácticas que se hayan desarrollado, reservando cada una de las franjas a un sistema médico o práctica. De esta manera, en el inicio de cada una de las prácticas médicas, se ordenaran ajustándolas a la franja temporal. En este punto es imprescindible recordar que uno de los objetivos de la representación gráfica de un itinerario es el de sistematizar y ordenar los datos recogidos en el campo. Esta herramienta metodológica es de especial utilidad en los casos de itinerarios reconstruidos ya que, muy a menudo –y según mi experiencia de campo–, los datos no aparecen en un momento etnográfico concreto, tomando el té con mujeres rifeñas una tarde, por ejemplo. Sino que muy a menudo los datos sobre un mismo itinerario, especialmente si este tiene un peso decisivo en la memoria personal y/o familiar, van apareciendo de forma reiterada en el transcurso de las observaciones participantes, entrevistas o conversaciones informales. Es por este motivo que la ordenación que haga el etnógrafo en el momento de la representación, deberá seguir las representaciones temporales folk pero también los acontecimientos deberán ser ordenados y situados correctamente dentro de esta forma de representación temporal. La tarea es menos dificultosa cuando se trata de itinerarios elaborados en la medida que, respetando esa concepción folk del tiempo, el etnógrafo habrá recogido los datos de primera mano en sus diarios de campo.

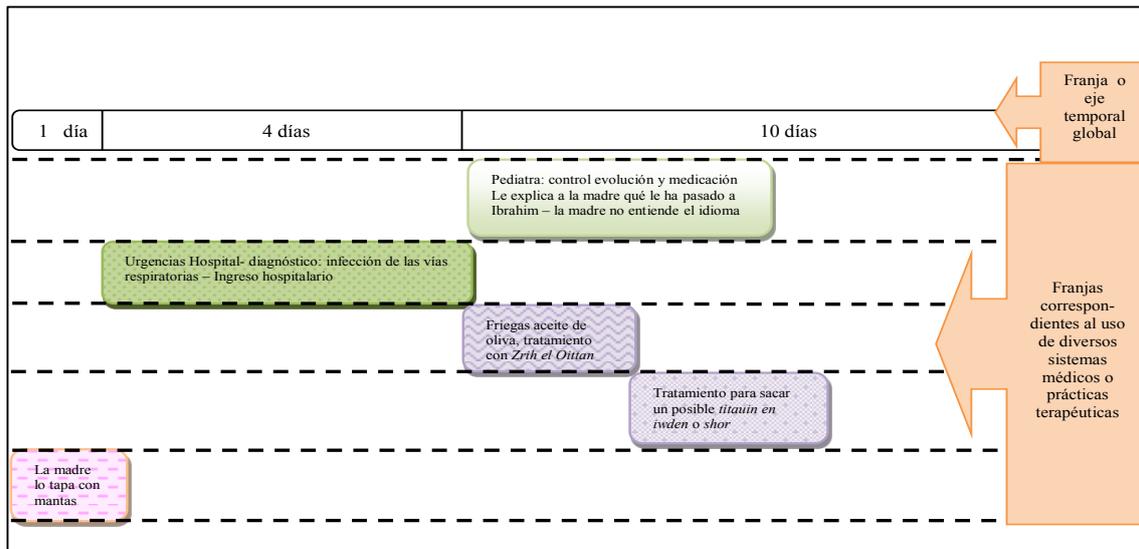
Como decía, la variable tiempo tiene su presencia a partir de la ordenación de las prácticas en el eje temporal global y, además, se representará también en función de la duración de cada una de esas prácticas: visualmente, una práctica se desarrollará durante más o menos tiempo en función del largo de la franja. Dentro de las posibilidades que ofrece la representación gráfica, las proporciones de temporalidad en ambos sentidos deberían ser equitativas aunque, a menudo, el espacio no lo permite: habrá, por tanto, que ajustarse lo máximo posible en este sentido.

La lectura horizontal da información sobre qué se hace, cuándo se hace y durante cuánto tiempo, datos que son representados de dos formas: por un lado, en las franjas en sí mismas (color, trama y duración a partir de su longitud) y por el otro, mediante los datos etnográficos incluidos en el interior de cada una de ellas. Para esta tipología de información, el etnógrafo deberá añadir de forma breve y concisa, los datos más importantes que permitan una correcta interpretación de qué se hace, lo qué pasa, personas implicadas y las consecuencias de cada una de estas acciones terapéuticas. Por ejemplo, si una de las opciones ha sido recurrir a la biomedicina, dentro de la franja correspondiente a este sistema se deberán incluir datos como: qué especialista, si ha sido consulta en atención primaria, consultas externas hospitalarias, en urgencias hospitalarias o de primaria, qué valoración ha hecho

el especialista, si se han hecho pruebas diagnósticas y cuáles, cuál es la atribución causal del problema por el cual se consulta, cuál es el tratamiento o si hay o no derivaciones a otros especialistas del mismo sistema o a otros sistemas médicos. El etnógrafo no siempre estará en disposición de todos estos datos, quizá sí de otros y finalmente, deberá valorar la necesidad o no, para la comprensión correcta del itinerario, si es necesario que todos ellos sean incluidos. Y aun otro apunte para este tipo de datos: de la misma manera que los puntos de partida han de tomar siempre la perspectiva folk, considero que este criterio también es pertinente en el momento de incluir los datos en cada una de las franjas horizontales. Es decir, si la atribución causal que hace la biomedicina es de un problema cardíaco y este es el diagnóstico, esta ha de ser la forma en la que esta información se incluya pero, si para el mismo problema –y retomando el ejemplo de los rifeños–, la medicina rifeña hace una atribución de *anajrih* (literalmente “susto”), este dato también deberá ser incluido de esta forma en la franja correspondiente a este sistema médico. De esta manera, la lectura horizontal permite estar en disposición de todas las explicaciones con los términos y la forma de representación de cada uno de los sistemas utilizados, además de la de la propia persona, de la familia o del conjunto del grupo. ¿Cuál es la finalidad de mantener estas categorías, el argot y el lenguaje propio de cada uno de los sistemas? Pues, que en el itinerario se recogerán todas estas explicaciones, formas de representación, diagnósticos, pruebas diagnósticas, tratamientos, etc., que la persona enferma o su grupo más próximo están utilizando, con los que están familiarizados y, lo más importante para el análisis, los que son capaces de articular de forma coherente en la práctica y en la forma como esta se conceptualiza y se representa. Así, que la biomedicina hable de *bypass* para solucionar una angina de pecho y que la medicina rifeña hable de una terapia para sacar el *anajrih* en un mismo itinerario y, por lo tanto para una misma patología, son dos formas de representación y etiología de la enfermedad, de tratamiento y de percepción de esta y de todo el proceso de enfermedad y curación que se están utilizando y considerando al mismo tiempo. Generalmente, son perfectamente compatibles porque cada sistema médico tiene sus especificidades y para los cuales hay una representación que les atribuyen unas capacidades terapéuticas concretas que determinan –en mayor o menor medida en función de los casos individuales– la opción terapéutica escogida. Para el análisis, no solo es importante qué dice cada sistema médico, qué se decide hacer y cómo lo percibe y cuáles son las decisiones que toman la persona enferma y/o las personas con competencias reconocidas para decidir sobre las opciones terapéuticas, sino también cuáles son las formas de articulación, también de las múltiples formas de representación, que cada sistema médico tiene –incluidas su terminología, procedimientos, técnicas, herramientas, lenguaje conceptual–, y que la/las persona/s destinataria/s deben incorporar o no.

Pongamos un ejemplo visual¹⁰

¹⁰ Este ejemplo corresponde al Caso 42 recogido en el segundo volumen de mi tesis doctoral (Casado, 2016:297). Para la representación gráfica de los casos recogidos utilicé el color verde para el sistema biomédico, el azul para el sistema coránico, el lila para el sistema rifeño y el rosa para las prácticas terapéuticas no adscritas a un sistema terapéutico. A partir de aquí, hice también diferenciaciones en el entramado tal como se puede ver en este ejemplo. Tanto el



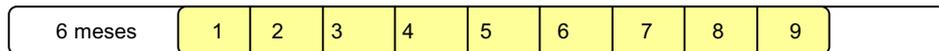
Este ejemplo correspondería a un itinerario complejo plural con fragmentos o períodos de exclusividad, de simultaneidad y de sucesión. En este ejemplo la representación del tiempo es lineal porque es así como lo conciben los rifeños: este itinerario tiene una duración de 15 días, fragmentados en función de las decisiones tomadas por la madre, el padre y/o la familia en tres períodos de un día el primero, 4 días el segundo y de 10 días el tercero. La situación en el espacio de los sistemas médicos y las prácticas terapéuticas es decisión de cada etnógrafo: en el ejemplo que utilizo, la lectura horizontal consiste en las dos primeras franjas para el sistema biomédico, las dos del medio para el sistema rifeño y la última para prácticas no adscritas a ningún sistema médico específico. En el caso de Ibrahim, el primer día posterior a la aparición de los primeros síntomas, la madre inicia un itinerario en exclusividad utilizando prácticas terapéuticas domésticas. Durante los 4 días posteriores el itinerario sigue siendo exclusivo pero cambiando la práctica doméstica por la asistencia a las urgencias hospitalarias. Pasados los 4 días de ingreso, el itinerario entra en el tercer fragmento convirtiéndose en simultáneo y sucesivo a la vez: es decir, se desarrollan de forma simultánea las friegas con el uso del sistema biomédico pediátrico, mientras que se mantiene la simultaneidad pero con una sucesión de prácticas terapéuticas cuando se dejan de hacer las friegas para recurrir a la medicina rifeña para extraer el *titaun en iwden*, terapia que se continua simultaneando con la biomedicina pediátrica.

color como el entramado deben ser decisiones de diseño de cada etnógrafo pero ninguno de los dos debe interferir ni en la ordenación temporal ni en la ordenación que implica la representación en franjas.

Remito al lector a mi tesis para las indicaciones concretas de lectura del itinerario.

Es el caso de Ibrahim. La atribución causal hecha por él y por su familia de su problema de salud fue el *titaun en iwden* (literalmente "ojos de la gente"), es decir, provocado por la mirada de las personas que, de forma consciente o inconsciente, querían causarle daño.

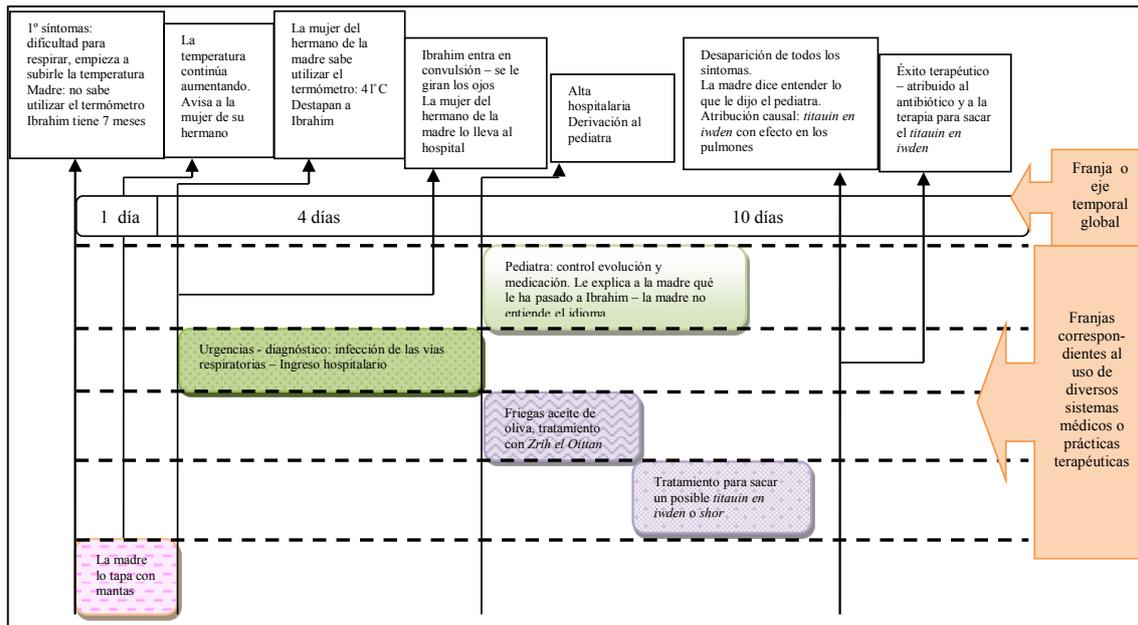
De entre los itinerarios terapéuticos que confeccioné, es necesario diferenciar una tercera vertiente temporal cuando los itinerarios son procreativos. En estos casos, junto a la temporal global y a la duración de cada decisión terapéutica, habrá que añadir el tiempo de gestación. Aunque el sistema biomédico toma como medida de contabilidad las semanas de gestación, también aquí el etnógrafo debe recoger la representación folk de este tiempo –para el caso rifeño la gestación se cuenta en meses y no en semanas. La forma gráfica que he utilizado para los meses de gestación es la siguiente



Dentro de la franja del tiempo global, marqué los meses de gestación. Esta decisión –marcar el tiempo de gestación en el eje del tiempo global– responde a la representación rifeña de este período, es decir, no como fragmentario como lo sería el uso de uno u otro sistema sino como parte del tiempo que dura todo el itinerario.

Si hasta aquí hemos visto la lectura horizontal de un itinerario, veamos ahora la lectura del plano vertical. Este plano da información sobre por qué se hace lo que se hace, es decir, cuáles son las causas o motivaciones que provocan, facilitan o comportan un cambio en las prácticas, de tratamiento, de sistema médico, de la exclusividad, la simultaneidad o la sucesión. La lectura vertical también incluye los datos de aspectos decisivos e importantes percibidos por la persona y/o el grupo pero también tienen cabida aquellos que el etnógrafo considere relevantes y oportunos, y que se dan en el curso del itinerario: personas implicadas, edades, viajes –en este caso a Marruecos para la curación–, percepciones de éxito o fracaso terapéutico, etiología y atribuciones causales o la narración de forma breve de hitos que marcan el proceso de enfermedad y curación o no, en casos de itinerarios crónicos o que conducen a la muerte, sea como sea que esta es representada.

Continuemos con el ejemplo de Ibrahim



Mediante las líneas verticales, lo que se pretende es señalar diversos aspectos: momentos dentro del tiempo global que marcan hitos que pueden ser explicados brevemente en la parte superior del eje temporal, acontecimientos mientras se está desarrollando el uso de un sistema o de una práctica terapéutica y que tienen una implicación, final de un fragmento o período dentro del itinerario e inicio de uno nuevo o aquellos datos relevantes para la correcta lectura e interpretación.

En función de la concepción temporal folk, un itinerario podrá tener o no inicio y/o final. El inicio del itinerario de Ibrahim lo marca, tal como se señala en la primera línea vertical, lo que se interpreta como los primeros síntomas: dificultad para respirar y fiebre. Es probable que desde otra perspectiva se pudieran detectar síntomas anteriores o se conceptualizasen otros diferentes, pero para la madre de Ibrahim, que es quien percibe la sintomatología y la interpreta como tal, estos síntomas son los que la llevan a seguir las 3 primeras acciones que inician todo itinerario, tal como hemos visto anteriormente. En este caso: la madre de Ibrahim interpreta la dificultad respiratoria y la subida de fiebre como un problema de salud y le lleva a tomar la primera de las acciones terapéuticas que fue tapar a Ibrahim con mantas. En este caso las 3 primeras acciones de todo itinerario no distan tiempo entre ellas. A lo largo del primer día, la madre mantiene a Ibrahim bajo su vigilancia y lo sigue tapando con mantas. Durante este día la madre ve que la temperatura sube pero no lo hace mediante el uso del termómetro ya que no lo sabe utilizar, sino que lo hace mediante la temperatura corporal. En este momento decide buscar apoyo emocional en su cuñada, la esposa de su hermano, dato que se considera relevante para ser incluido en el eje vertical en la medida en que, buscar ayuda en otra mujer de la familia nos habla de redes de apoyo, de figuras con autoridad y responsabilidad, de roles de género, etc. Más adelante en ese primer día, la esposa del hermano de la madre de Ibrahim, le toma la temperatura con el termómetro porque ella sí sabe hacerlo: como el termómetro marca 41°C deciden destapar a Ibrahim y, el hecho de que en poco rato Ibrahim sufra convulsiones, hace que esta mujer –y no la madre del niño– decida llevarlo a urgencias hospitalarias. En este caso, la lectura de la

temperatura mediante el termómetro y la aparición de dos nuevos síntomas interpretados como mucho más graves que los que Ibrahim ya tenía, se convierten en hitos que marcan un cambio en el itinerario y, por lo tanto, clave para su inclusión en el eje vertical: el final de una práctica terapéutica y el inicio del sistema biomédico a partir de las urgencias hospitalarias. Aun así, para su representación gráfica se decide hacerlo de forma desdoblada, es decir, aunque temporalmente podamos situar los dos acontecimientos en un mismo momento o distando muy poco el uno del otro, el hecho de tomar la temperatura con el termómetro y decidir destapar a Ibrahim y la entrada en convulsión y la decisión de llevarlo a urgencias son dos hechos vinculados pero de causa–efecto diferentes: termómetro–destapar / convulsión–urgencias.

Así los datos verticales en este punto del itinerario marcan no solo el hecho que provoca el cambio sino la persona que lo interpreta porque, en este caso concreto de Ibrahim, el hecho que no todas las mujeres que atienden al niño sepan leer un termómetro confiere relevancia a la persona que sí que lo sabe hacer además de ser esta la que toma la decisión de llevar al niño a urgencias. Este dato, como he dicho, aporta mucha información también sobre la implicación, responsabilidad y autoridad en la toma de decisiones: es la esposa del hermano de la madre de Ibrahim quien decide llevarlo a urgencias, es la mujer que parece tener un conocimiento más amplio de los instrumentos utilizados por la biomedicina (termómetro) y del circuito del sistema biomédico, algo que en este momento le confiere la autoridad para poder decidir. Esto no quiere decir que la interpretación de la gravedad de los nuevos síntomas no sea compartida por el resto de miembros de la familia: tanto el padre como la madre de Ibrahim y el resto de familiares presentes en ese momento, interpretan como muy graves las convulsiones y el hecho de que se le pusieran los ojos en blanco. Con el ingreso hospitalario de Ibrahim se inicia el segundo período en el cual se fragmenta el itinerario, que tiene una duración de 4 días, los que el niño pasa en el hospital. En este punto el itinerario sigue siendo exclusivo pero con un cambio, pasando de una práctica terapéutica (el calor de la manta) a un conjunto de medicaciones y tratamientos propios del sistema biomédico, con el cual se sucede la primera opción terapéutica que, en este caso, se puede considerar como fracaso terapéutico. Junto con el ingreso, la familia de Ibrahim obtiene la primera atribución causal, la que hace la biomedicina: una infección en las vías respiratorias. Esta atribución la mantendrán hasta el momento del alta hospitalaria, que marca el segundo punto de inflexión en el conjunto del itinerario y, por lo tanto, habrá que situarla también en el eje vertical. El sistema biomédico hospitalario deriva a Ibrahim a su pediatra de atención primaria, hecho que marca un cambio en el itinerario que pasa de ser exclusivo por sucesión a ser simultáneo para el sistema biomédico y el sistema rifeño como consecuencia de la necesidad percibida por la familia de mantener el tratamiento con antibióticos, porque es lo que resuelve la atribución causal biomédica, pero también para tratar la atribución causal hecha por la medicina rifeña: el *titauin en iwden* o el *shor*¹¹. Es por eso que la madre le hace friegas en el pecho con aceite de oliva y *zrih el qittan* (semilla de lino). Estas friegas no dieron el resultado esperado, lo que motivó la necesidad de un tratamiento especializado con una terapeuta de *adwa*

¹¹ Se llaman *shor* las acciones, rituales o preparaciones destinadas a hacer daño a la persona, de forma consciente y voluntaria.

*assammad*¹². En este caso se mantiene la simultaneidad de sistemas médicos –el biomédico y el rifeño– pero no de terapias y de prácticas terapéuticas ya que se pasa de la medicina rifeña doméstica a una terapia de medicina rifeña con una especialista. De manera que la simultaneidad se da a partir de la sucesión en uno de los sistemas médicos utilizados por la percepción de fracaso terapéutico en la primera de las opciones –la terapia doméstica. Este fragmento de itinerario que se diferencia por el uso de los sistemas médicos de forma simultánea, tiene una duración de 10 días a partir de los cuales la desaparición de los síntomas y la nueva atribución causal hecha por la familia – el *titauin en iwden*– marcan el final de los tratamientos y del itinerario (ambos datos se sitúan en el plano vertical de lectura) con una percepción de éxito terapéutico por la combinación de ambos sistemas: el biomédico que, a pesar de establecer una etiología, es percibido como el sistema capacitado para resolver los síntomas y el rifeño que tratará la causa atribuida.

Es de esta manera que la representación gráfica de un itinerario terapéutico, en los planos vertical y horizontal, permiten al etnógrafo sistematizar y ordenar los datos, leerlo e interpretarlo de forma individual y comparativa. A mi entender, es de especial interés esa posibilidad comparativa ya que, además de visibilizar qué hace la familia de Ibrahim, por qué lo hace y en qué momento lo hace, preguntas para un caso concreto de interpretación individual, la posibilidad de analizar más de un itinerario infantil –en este caso–, permitiría detectar repeticiones en las formas de representación y en las prácticas asociadas, que no necesariamente respondiendo a un mismo problema de salud, podrían llegar a ofrecer un modelo de representaciones y prácticas o bien el establecimiento de una regularidad que permitiera hacer hipótesis en torno a las lógicas subyacentes operantes en la articulación de sistemas y prácticas terapéuticas. Aun así, la comparación no siempre se debe pensar en la totalidad de los itinerarios sino que también es posible en hechos socioculturales concretos: siguiendo con el ejemplo de Ibrahim, el hecho de que intervenga la esposa del hermano de la madre es un dato más que nos permitiría pensar –no por sí sola, evidentemente, pero sí en el marco del contexto y junto con otros datos etnográficos–, (1) que los niños son responsabilidad del conjunto de miembros que conforman la familia y que, por lo tanto, tienen responsabilidad y en este caso concreto también autoridad en la tomas de decisiones y (2) que las mujeres son las principales responsables del cuidado de la salud de los niños del grupo. Está claro que estas dos afirmaciones no solo salen del itinerario de Ibrahim sino de todo mi trabajo de campo pero también lo está que en el itinerario de Ibrahim están claramente presentes.

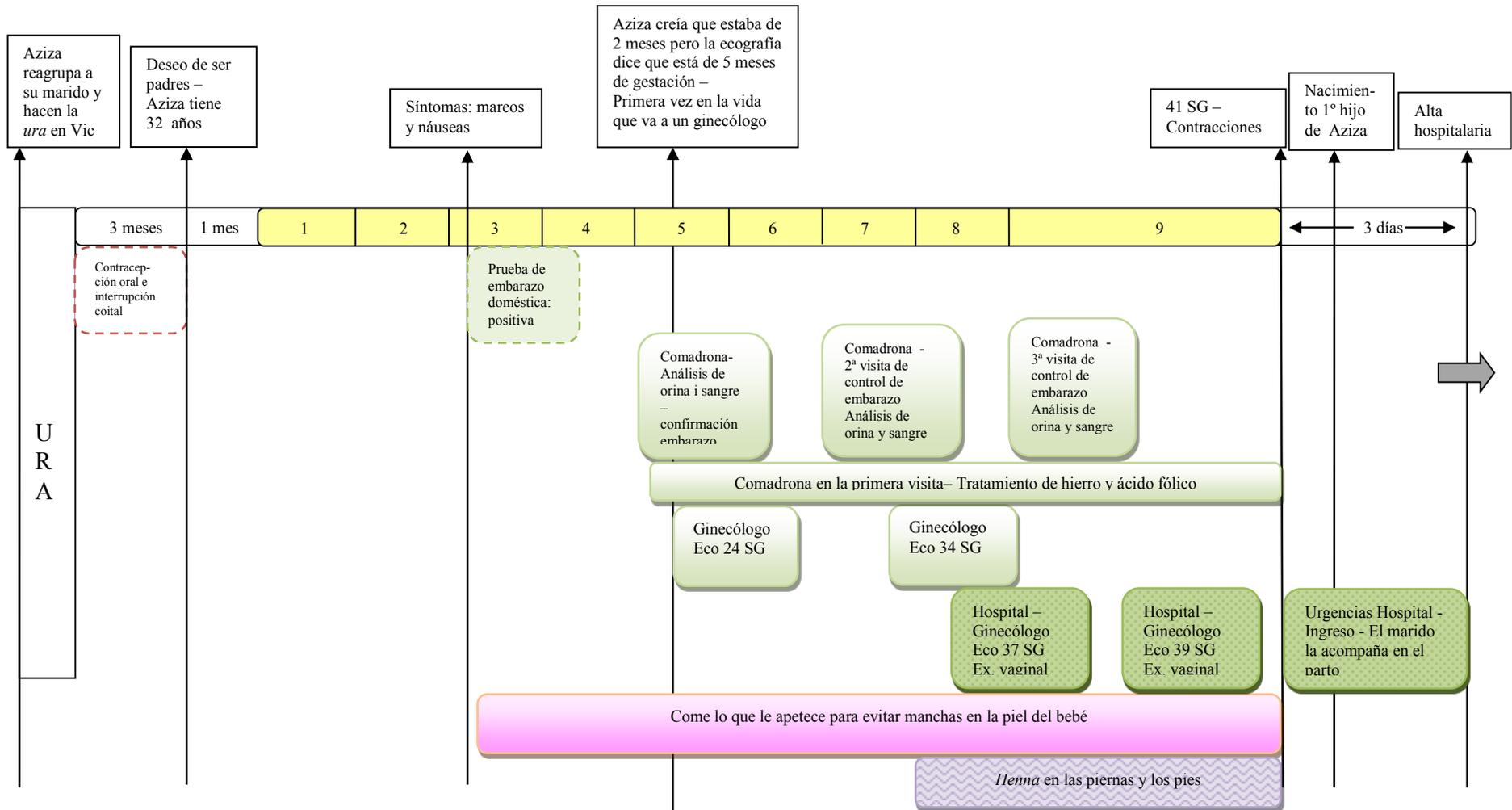
Hay que recordar también en este punto que no es lo mismo un itinerario elaborado que reconstruido. Por este motivo será tarea de cada etnógrafo valorar su validez, la implicación de los vacíos y de los sesgos que estos pueden suponer en la interpretación y análisis y la confiabilidad en los datos recogidos, de la misma forma que lo haría con datos procedentes de otras técnicas.

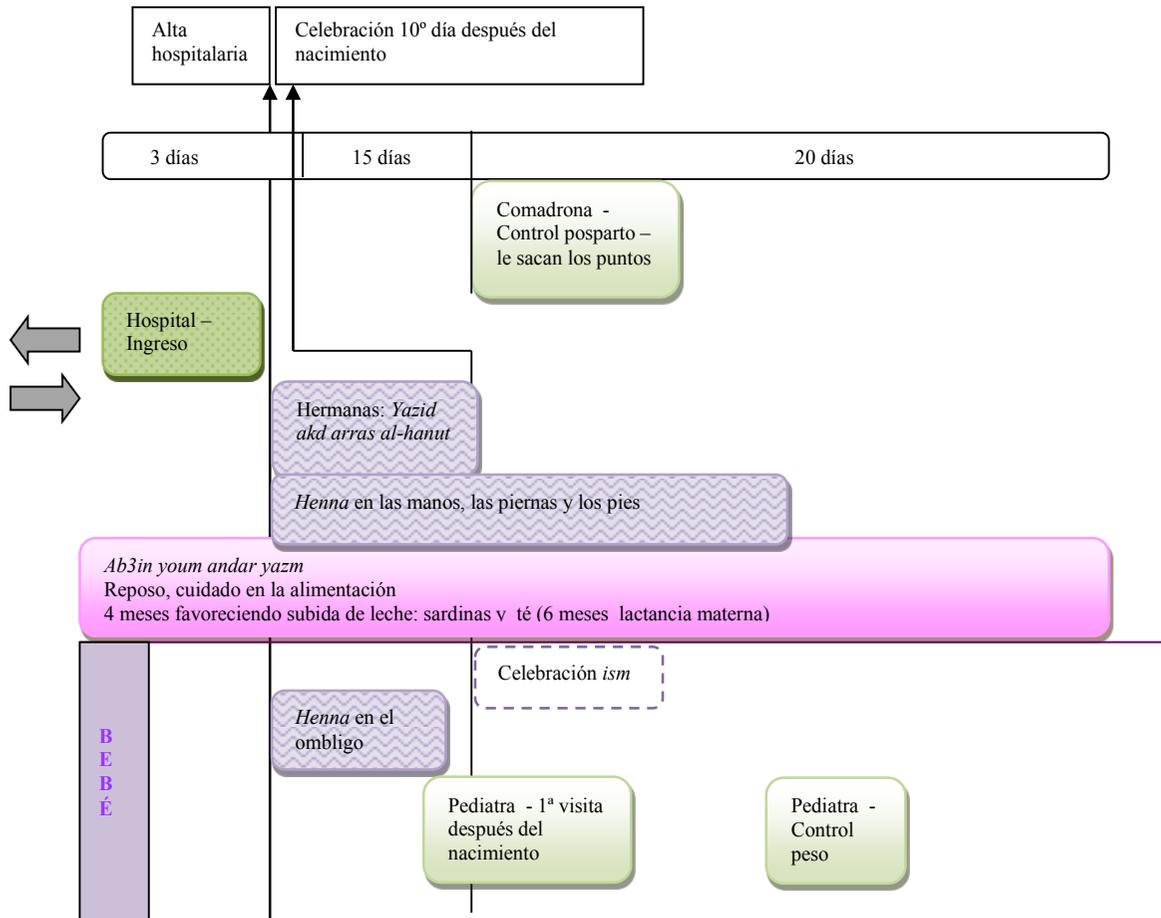
Un ejemplo de itinerario procreativo comentado

¹² Literalmente “medicina fría”. Es una terapia específica del sistema médico rifeño.

Para acabar de visualizar bien la aplicación de esta herramienta, quisiera incorporar en este *working paper*, a modo de ejemplo final que concentre toda la propuesta, un itinerario procreativo comentado, tal como los fui desarrollando a lo largo de mi tesis. Corresponde al itinerario seguido por Aziza para su primer embarazo¹³

¹³ Correspondiente al Caso 7 que se encuentra en el segundo volumen de la tesis (Casado, 2016: 248–249).





Se trata de un itinerario elaborado, cerrado y secuencial continuo. Aunque remito al lector a la tesis para una correcta interpretación de los sistemas médicos utilizados, las terapias y las prácticas terapéuticas llevadas a cabo por Aziza –algo en lo que no puedo entrar en detalle aquí–, quisiera destacar de este itinerario el hecho de que la simultaneidad se da a lo largo sobre todo del embarazo, período en el que Aziza utiliza los controles del embarazo biomédicos, el sistema médico rifeño a partir de la aplicación de la *henna* y también prácticas no adscritas a ningún sistema médico como el cuidado en la alimentación comiendo todo lo que le apetece para evitar que le salgan manchas en la piel al bebé. Detrás de esta simultaneidad está el deseo de asegurar un buen desarrollo del embarazo. A partir del octavo mes de gestación, y como consecuencia de la hinchazón en las piernas y pies, se aplica la *henna* hasta el final del embarazo. Los rifeños llaman *ab3in youm andar yazm* (literalmente “40 días con la tumba abierta”) al período de cuarentena: durante este período de posparto, la simultaneidad continua en tanto que se combinan las prácticas de la medicina rifeña para la recuperación y la limpieza y purificación de la mujer, con las atenciones biomédicas que, en este período, son escasas. A la vez, también se adecuan las prácticas para superar los *ab3in youm andar yazm*, período visto como peligroso por los rifeños, tal como su nombre indica. También en este momento se intensifican las prácticas para favorecer la subida abundante de leche materna. Durante este período de posparto el itinerario también incluye al bebé dado que entre los rifeños madre e hijo se conciben como una sola persona hasta que se celebra el *ism*, la ceremonia de imposición del nombre del bebé, momento en que este adquiere su identidad individual y se separa de la de la madre. Para el bebé las prácticas de medicina rifeña se simultanean y posteriormente se suceden con las biomédicas.

Se trata, pues, de un itinerario complejo plural con fragmentos de simultaneidad y de sucesión.

Para terminar: recorrido, objetivos y voluntades

Tal como especificaba al inicio de este *working paper*, la propuesta que acabo de presentar surge de mi experiencia en el trabajo de campo con población rifeña. Fue extremadamente útil como herramienta metodológica que dio paso de forma más fácil al análisis de los datos correspondientes a esos itinerarios que estaban diseminados a lo largo de páginas y páginas de diarios de campo. Con la representación gráfica fue sencillo sistematizarlos y ordenarlos y, a la vez, comparar un itinerario con otro. Me permitió también dar respuesta a las preguntas que suscitaron esta herramienta (qué hacen, por qué hacen lo que hacen y cuándo lo hacen), pero a la vez la comparación entre itinerarios y su visualización gráfica fue esencial para poder entender y formular un modelo de articulación de sistemas médicos entre los rifeños. Y de esta forma de representación gráfica surgió después, la propuesta tipológica de itinerarios terapéuticos, que pretende ser exhaustiva y generalizable a cualquier contexto sociocultural.

Mi objetivo en esta presentación ha sido, y sigue siendo, ofrecer esta herramienta, que me fue de tanta utilidad a mí, a cualquier etnógrafo interesado

en estos temas para que la adapte y la modifique para adecuarla al contexto sociocultural y etnográfico en el que esté haciendo trabajo de campo.

Bibliografía

Casado i Aijón, Irina (2016). *Parentiu i Salut entre els imazighen rifenys de Catalunya [Kinship and Health among Rifian imazighen in Catalonia]*. 2 volúmenes. Tesis doctoral dirigida por la Dra. Aurora González Echevarría. Departamento de Antropología Social y Cultural. Universitat Autònoma de Barcelona.

Sanjuán Núñez, Lucía (2007). *Entre la Antropología y la Medicina: salud, diversidad cultural y desigualdad social*. Tesis de máster en Antropología Social y Cultural. Universitat Autònoma de Barcelona.