

RESPIRAR POR LA HERIDA: UNA APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA A LAS METÁFORAS DE LAS HERIDAS DE LEPRO EN AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA

ALEJANDRA GÓMEZ-GARCÍA*

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia



*alejandra_gomez@javeriana.edu.co ORCID: [0000-0001-9298-0939](https://orcid.org/0000-0001-9298-0939)

Artículo de investigación recibido: 3 de julio de 2020. Aprobado: 13 de octubre de 2020.

Cómo citar este artículo:

Gómez-García, Alejandra. 2021. "Respirar por la herida: una aproximación antropológica a las metáforas de las heridas en pacientes con lepra en el grupo móvil de curación de úlceras en Agua de Dios, Cundinamarca". *Maguaré* 35, 1: 211-237. DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96671>

RESUMEN

En este escrito analizo, desde una metodología etnográfica cualitativa, las metáforas sobre las heridas que emergen en la relación entre el personal del grupo móvil de curación de úlceras y pacientes con lepra en el municipio de Agua de Dios, Cundinamarca. En las curaciones móviles, las metáforas dan cuenta de la manera en que se hacen posibles las transacciones sobre los tratamientos y las formas de expresar las afecciones de la lepra. Propongo que las metáforas de las heridas permiten explorar un campo entre el lenguaje, lo corporal y los procesos de salud y enfermedad, donde la experiencia sensorial permite entender las úlceras o perforantes más allá de una alteración en la piel.

Palabras clave: antropología de la salud, antropología de las emociones, antropología de los sentidos, antropología médica, herida, lepra, metáforas.

BREATHING WOUNDS: METAPHORS OF LEPROSY WOUNDS IN AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA (COLOMBIA)

ABSTRACT

In this text, I analyze, from a qualitative ethnographic methodological approach, the metaphors that arise in the interactions between leprosy patients and health professionals of a health mobile unit at the municipality of Agua de Dios, Cundinamarca (Colombia). The metaphors used when the mobile health providers tend the leprosy wounds make transactions about treatment, as well as different ways of naming the wounds, possible. I propose that the metaphors about the wounds allow us to explore a field crossed by language, the body, and the processes of health and illness, wherein the sensorial experience allows us to understand leprosy ulcers as much more than an alteration of the skin.

Keywords: Agua de Dios (Colombia), anthropology of emotions, anthropology of the senses, leprosy, medical anthropology, metaphors, wounds.

“RESPIRAR PELA FERIDA”: UMA ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA DAS METÁFORAS DAS FERIDAS DE LEPRA EM ÁGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA

RESUMO

Neste escrito analiso, a partir de uma metodologia etnográfica qualitativa, as metáforas sobre as feridas que emergem na relação entre o pessoal do grupo móvel para o tratamento de úlceras e os/as pacientes com lepra no município de Agua de Dios, Cundinamarca. No tratamento móvel, as metáforas explicam a maneira como as transações sobre os tratamentos e as formas de expressar as condições da lepra são possíveis. Proponho que as metáforas das feridas nos permitem explorar um campo entre a linguagem, o corpo e os processos de saúde e doença, onde a experiência sensorial permite compreender as úlceras ou perfurantes como algo mais que uma alteração na pele.

Palavras-chave: antropologia da saúde, antropologia das emoções, antropologia dos sentidos, antropologia médica, ferida, lepra, metáforas.

“La herida es el lugar por donde entra la luz”

Rumi

ALEJANDRO LODI, 2019. *Quirón y el don de la herida*

INTRODUCCIÓN¹

El propósito de este artículo es exponer las metáforas de las heridas en el grupo móvil de curación de úlceras en Agua de Dios, municipio recordado por ser lazareto en Colombia desde finales del siglo XIX y hasta mediados del XX. Para cumplir con este objetivo, este texto inicia con la presentación del contexto histórico de la lepra en Colombia, puntualmente en el municipio de Agua de Dios; posteriormente, analizaré las metáforas sobre las heridas que emergen durante las curaciones a partir de la relación entre el personal de salud y las personas enfermas de lepra.

Después de la fundación de la Nueva Granada, la Ley 16 del 5 de agosto de 1833 ordenó la conformación de tres lazaretos: en la provincia de Santander, primero en el Curo y, luego, reubicado en Contratación; otro en Panamá; y el último en Caño de Loro (Platarrueda y Agudelo 2004). El último lazareto fue el de Agua de Dios, fundado en 1871 como consecuencia de las agresiones y persecuciones generadas a las personas enfermas de lepra de algunos habitantes de Tocaima (municipio colindante), quienes encontraron refugio en los terrenos de Agua de Dios e Ibáñez, razón por la cual el Gobierno Nacional compró las tierras para establecerlo como lazareto nacional (Gutiérrez 1925).

Específicamente, el manejo de la enfermedad en los lazaretos durante el siglo XIX se caracterizó por sus constantes controversias médicas

1 Este artículo es el resultado del proyecto de investigación “Respirar por la herida: una aproximación antropológica a las prácticas de curación en pacientes con lepra en el programa móvil de curación de úlceras en Agua de Dios”, realizadas entre 2016 y 2017 para obtener el título como antropóloga. Agradezco a las y los integrantes del grupo móvil de curación de Agua de Dios, quienes me abrieron un espacio en su equipo y a todos los y las pacientes, siempre en disposición a recibirme en sus hogares y compartir sus experiencias. También manifiesto mi gratitud con María Teresa Buitrago Echeverri, quien me ha enseñado y apoyado desde hace cinco años como maestra y como amiga.

sobre la etiología, sintomatología, nosología, curación y terapéutica de la enfermedad, en las que también participaron médicos empíricos y una parte de la población enferma proponiendo tratamientos curativos (Platarrueda y Agudelo 2004). Asimismo, las instituciones religiosas y filantrópicas estuvieron a cargo del manejo social de la enfermedad, ya que el Estado les delegó las funciones de asistencia, educación, conducción moral y cultural para quienes residían en los hospitales (Platarrueda y Agudelo 2004).

No obstante, a comienzos del siglo xx, la lepra pasó de ser un problema de caridad cristiana a un obstáculo para el progreso y la civilización, ya que el Gobierno del general Rafael Reyes (1904-1909) estableció políticas de comercio exterior y de inversión extranjera para las que la lepra era un obstáculo para atraer capital extranjero, ya que el país era considerado uno de los más afectados por la enfermedad de acuerdo con las cifras infladas que habían proporcionado los médicos durante el siglo xix (Obregón 1997).

Ante esta situación, el Estado decidió tomar medidas para controlar la expansión de la enfermedad, siguiendo las recomendaciones de la comunidad médica y mediante la aprobación de leyes sobre los lazaretos (Obregón 1997), entre ellas, el aislamiento obligatorio de las personas con lepra y la pérdida de sus derechos ciudadanos. La adopción de estas medidas aislacionistas y los significados sobre la lepra trascendieron la esfera de la salud al reforzar el estigma religioso y social de la enfermedad, entendida como un “castigo divino” de los dioses y la muerte en vida o muerte social para quienes la padecían (Botero, Polo y Sinuco 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior, la comunidad médica ocupó un lugar de poder al considerarse “experta” en el control de la enfermedad. Al respecto, Diana Obregón (1997) refiere que durante este periodo se intensificó la medicalización de la lepra en Colombia, definiéndola como un proceso nunca acabado que le asignaba el control médico a aspectos de la vida social o del comportamiento humano que previamente eran considerados normales o anormales para redefinirlos como salud o enfermedad. A pesar del control del Estado y de la comunidad médica sobre estos lugares, las personas enfermas se resistieron a las leyes y al uso de algunos tratamientos de la medicina alopática.

Aunado a lo anterior, el diagnóstico tardío y los múltiples tratamientos de baja efectividad mermaron la confianza de las personas enfermas

en la experticia médica, mediante el frecuente recurso a conocimientos alternativos o complementarios para tratar la enfermedad; además, la autoridad cultural de la comunidad médica trajo consigo la pérdida de prestigio y poder de otros grupos, entre ellos, religiosos, curanderos y las mismas personas enfermas, ocasionando disensos entre el conocimiento médico y el local en torno a las nociones de contagio, curación o eficacia de los tratamientos (Platarrueda 2008).

Uno de los tratamientos del personal médico desde el siglo XIX hasta mediados del XX fueron las inyecciones de aceite de chaulmugra. Algunas personas de Agua de Dios todavía recuerdan “que era una inyección oscura y aceitosa, muy dolorosa. Todos los días una inyección; eso era un martirio completo” (Entrevista 1). Además del dolor causado por las inyecciones, cuentan que “los brotaba y que esa inyección a muchos mató, que unos se salvaron porque no se dejaron aplicar la inyección” (Entrevista 3). Paralelamente, estaban los procedimientos de los curanderos o *charlatanes*, como el cubano Ángel García, quien arribó a Agua de Dios para aplicar su tratamiento y emprendió vuelo antes de ver sus efectos, que en algunos casos presentó mejorías, pero no curación total (Gutiérrez 1925).

El manejo y control de la enfermedad cambió en 1960, cuando se disolvieron los lazaretos (Caño de Loro fue clausurado en 1950), iniciando su transición a municipios y permitiendo a las personas enfermas recuperar sus derechos (Platarrueda 2008). La abolición de la idea contagionista de la lepra también impulsó la disolución de estos lugares.

Actualmente, el manejo y control de la lepra está a cargo del Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud, entidad que administra el Sanatorio de Agua de Dios Empresa Social del Estado (ESE). El Sanatorio se encuentra distribuido en diferentes ubicaciones dentro del municipio, entre ellas, el Edificio Carrasquilla (sede administrativa), el Hospital Herrera Restrepo, que presta atención a pacientes de toda la región, y en tres albergues: dos para hombres (Boyacá y Ospina Pérez) y uno para mujeres (San Vicente), donde viven personas con lepra que necesitan de un cuidado permanente o quienes, por decisión propia, deciden vivir allí.

Con el tratamiento de poliquimioterapia (PQT) que garantiza la cura y eliminación de la enfermedad (1 caso por 10.000 habitantes) (OPS y

OMS 2000) las personas enfermas de lepra tuvieron la posibilidad de vivir en sus casas y no permanecer en el hospital o en los albergues, de manera que actualmente muchas de ellas residen en barrios o veredas del municipio.

La lepra, desde la perspectiva biomédica, es una enfermedad granulomatosa crónica generada por una micobacteria (*Mycobacterium leprae*), que afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, las vías respiratorias superiores (nariz y boca) y los ojos (Eichelmann et al. 2013). Sus manifestaciones van desde una mancha en cualquier parte del cuerpo, en la que no hay sensibilidad, hasta la generación de úlceras o perforantes.

Las personas afectadas por la lepra requieren del manejo de úlceras, afección frecuente como consecuencia de la cronicidad de la enfermedad. En Agua de Dios, este proceso de atención estuvo a cargo de las Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación hasta la década del noventa con la transformación del Sanatorio en Empresa Social del Estado (ESE). La reorganización incluyó la revisión de los programas de Esterilización y Manejo de úlceras: el primero entregaba los materiales necesarios a los y las pacientes para que se curaran en sus casas; el segundo consistía en la curación de las personas albergadas a cargo del personal de salud que estuviera de turno en estos establecimientos.

Dado que algunas personas del programa de esterilización vendían los metros de gasa en las farmacias del municipio o le daban otros usos (Entrevista 2), surgió la necesidad de prestar una atención directa en las residencias de las personas. En el caso del programa de manejo de úlceras, tanto personas con la enfermedad como el mismo personal de salud consideraban que la curación no debía realizarse (en lo posible) por diferentes manos, sino que, para garantizar la mejoría de la herida, la persona que curaba debía ser lo más constante posible, debido a que la curación se entiende como un proceso basado en la confianza entre paciente y la persona que cura.

A partir de la revisión de los programas, el Sanatorio constituyó el Grupo Móvil de Curación de Úlceras en el 2000. Actualmente, el grupo está conformado por nueve enfermeros y enfermeras que prestan el servicio de curación en la clínica, en los tres albergues y en los domicilios de las personas. En este trabajo, me centraré en las curaciones a domicilio

o ruta móvil de curación, ya que en este contexto encontré las expresiones metafóricas sobre las heridas, ancladas a la relación entre el personal de curación y las personas con la enfermedad.

METODOLOGÍA

Este proyecto de investigación empezó a germinar durante mi práctica profesional en 2015, cuando presté apoyo en la investigación titulada “Aproximación comprensiva a la construcción social del territorio en Agua de Dios, a partir de la lepra como hecho fundante”, liderado por las facultades de Arquitectura y Diseño, Teología y Enfermería de la Universidad Javeriana. A lo largo de esta pesquisa, apoyé el proceso para rastrear el conocimiento de la lepra en relación con la memoria de los tratamientos no médicos de la enfermedad, a través de conversaciones informales y entrevistas a personas que padecían la enfermedad, y al personal de salud que las atendía, así como su respectiva transcripción.

En medio de la transcripción de una entrevista a una enfermera, encontré la expresión *respirar por la herida* que hace referencia a un malestar —como un ahogo— que generan las úlceras y perforantes cuando están en su fase de cierre. La enfermera narró que un paciente al que le había cerrado un perforante en la planta del pie sintió como “un arrebato, una cosa horrible, un desasosiego [...], pensaban que se iban a morir, y fue abrirle otra vez la herida y fue mejorando” (Entrevista 3).

A partir de esta experiencia estructuré la investigación de corte cualitativo, utilizando principalmente la etnografía como método y la observación participante como técnica. El anteproyecto fue socializado con las directivas del Sanatorio y las personas que conformaban el grupo móvil de curación. Hice el trabajo de campo entre 2016 y 2017, que consistió en acompañar a las enfermeras y los enfermeros en la ruta móvil para curar a los y las pacientes en las mañanas. En algunos casos, habitar las casas de algunas personas y las visitas al albergue Boyacá para jugar bingo generaron espacios de conversación y compartir experiencias con los pacientes.

Posteriormente, sistematicé la información de campo y la codifiqué con el programa el NVivo 11. Una vez finalizada la investigación, la expuse ante las directivas del Sanatorio con el objetivo de entregar los resultados obtenidos y realizar un protocolo específico de tratamientos alternativos para las úlceras.

Las curaciones a domicilio en el grupo móvil

El grupo móvil de curación de úlceras comenzó su operación en el 2000 con Rosa Gómez², enfermera del Sanatorio, y Jorge, un trabajador de oficios generales, quienes caminaban desde muy temprano hasta entrada la tarde por todo el municipio para curar a 34 pacientes que tenían perforantes o heridas. Al principio, Rosa curaba y Jorge le ayudaba a cargar la maleta, pero cuando llegaban a las casas de las personas “era más que curarlo, había que bañarlo, cambiarlo, porque la curación a domicilio empezó netamente con pacientes solos. [...] Primero lo que hacíamos era bañarlo y arreglarlo; entonces, Jorge le alistaba la ropa al paciente, él bañaba a los hombres y yo a las mujeres” (Entrevista 4).

Dicha labor duró cuatro años durante los cuales aumentó el número de pacientes, lo que hizo necesario contar más personal, por lo que el Sanatorio autorizó a la líder del grupo el acompañamiento de dos enfermeras auxiliares, una de las cuales todavía hace parte del equipo. De este modo, empezaron a trabajar en parejas, ofreciendo otros servicios como recoger fórmulas o tomar muestras de laboratorio cuando lo requerían (Entrevista 4), ya que las lesiones en las piernas y los pies de las personas con la enfermedad complican su movilización y desplazamiento.

Con la llegada de las primeras enfermeras, el grupo empezó a crecer ampliamente y, a su vez, a tener un mayor reconocimiento en el Sanatorio y en el municipio. Muestra de esto es que el Sanatorio dispone de tres motos para los desplazamientos del personal de curación y costea el combustible. Los materiales para curar, como guantes, gasas, tijeras, solución salina, ungüentos, esparadrapo, entre otros, eran financiados por la entidad desde antes.

Las curaciones a domicilio actualmente están a cargo de tres enfermeras y enfermeros que cubren las tres rutas donde hacen curaciones a 67 pacientes diariamente. En esta ruta prestan el servicio a personas que tengan alguna lesión, independientemente de tener la enfermedad o no. El Sanatorio tiene la política de rotación del personal trimestralmente; las personas que curan a domicilio no están exentas de ello, pero la rotación se hace entre los integrantes del grupo de curación que están en albergues o en el hospital.

2 Los nombres de las personas mencionadas o entrevistadas han sido modificados para guardar confidencialidad.

Un día de curación en la ruta móvil inicia con la llegada a la Clínica Herrera Restrepo, donde está ubicada la oficina de curaciones y los materiales que necesita el personal de salud para realizar el procedimiento. En uno de los extremos de la oficina hay un armario de tres columnas, cada una marcada con los nombres *ruta 1*, *ruta 2* y *ruta 3*. En este mueble hay bolsas plásticas con los nombres de los y las pacientes, así como la cantidad de gasas que se necesitan para cada curación; los guantes de látex están ubicados en otro armario donde la enfermera o el enfermero toman los necesarios para el día. Antes de salir, toman la caneca roja de residuos tóxicos para botar las gasas y los guantes utilizados después de la curación (Diario de campo 3).

Una vez listos los materiales, toman sus maletas y van a buscar la moto. Salen del hospital a visitar a las primeras personas de la ruta. El orden de la ruta se estructura de acuerdo con la disponibilidad de tiempo de las personas por curar. Por ejemplo, una paciente de la ruta prefiere que la curen temprano, porque después del procedimiento suele caminar al centro del municipio, así como hay un paciente que lo curan a las 6 a. m., antes de ir a la Clínica Herrera (Diario de campo 4).

Las curaciones se realizan en la entrada de la casa que generalmente conforma la sala; algunas veces en la cocina, otras en el patio o en el mismo cuarto de la persona, pero en su mayoría es el lugar que esté más próximo a la entrada de la casa. El procedimiento inicia cuando la persona se acomoda en una mecedora o silla plástica. Como la mayoría de las heridas están ubicadas en las piernas o en el pie, es necesario poner una butaca o una superficie al frente donde pueda subir el pie, mientras que el personal de salud se sienta al frente (Diario de campo 1).

Una vez acomodados, la persona que cura destapa la herida usando un par de guantes de látex; después, deja un tiempo la herida descubierta, toma en una de sus manos las gasas ya utilizadas y, en forma de puño, se quita el guante, envolviendo así la gasa en este para arrojarlo a la caneca roja; luego, se pone en una de sus manos un nuevo guante y procede a realizar la limpieza de la herida con gasa y solución salina, de nuevo toma en una de sus manos la gasa utilizada para envolverla en el guante y lo bota a la caneca. Seguidamente, se pone un nuevo guante y empieza a aplicar el tratamiento que se esté realizando. En algunos casos son ungüentos proporcionados por el Sanatorio o se aplican tratamientos alternativos, que son negociados entre las personas que curan y la persona con la

herida, como baños con plantas o alimentos en polvo o raspados para mejorar las condiciones de la úlcera (Diario de campo 1).

Igualmente, hay ocasiones en que el motivo de la curación se centra en el lavado de la herida, ya sea con agua y alguna yerbita o con jabón Rey[®] o Dove[®]. Esto depende principalmente del estado de la úlcera y de la negociación entre el o la paciente y la persona que cura; es decir, en algunos casos el paciente propone el tipo de yerba con la que quiere que le bañen la herida o también lo puede sugerir la persona que cura.

La curación finaliza cuando el vendaje se sobrepone a la gasa. Por ningún motivo la persona que cura deja la herida destapada, siempre debe estar cubierta para garantizar la efectividad del tratamiento y para prevenir incidentes sobre esta. Luego de poner el vendaje, el personal de curación lava sus manos y guarda todos los instrumentos en su maleta; en algunas ocasiones se puede extender la visita o continúa con la ruta.

Durante la curación es habitual establecer conversaciones alrededor de diferentes temas entre el personal de salud, el o la paciente y algunos de sus familiares. Por ejemplo, durante una curación la paciente le comentaba a la enfermera que las perras acababan de tener camada, que si conocía a alguien que le interesara adoptar a los cachorros (Diario de campo 2). También las conversaciones se entretajan en torno a las heridas y los malestares que generan, como una ocasión cuando la enfermera empezó a curar a la paciente y esta le dijo “esa pata está que bota y bota agua”, refiriéndose a que la herida le había estado drenando (Diario de campo 4). El uso de estas expresiones sobre las heridas es común en las curaciones a domicilio, como una forma de comentar y narrar el estado de las heridas.

Además, en algunos casos hay un vínculo de confianza y cercanía entre el personal de curación y la familia de la persona que cura, como María, una de las enfermeras de la ruta quien tiene una relación cercana con un paciente y su esposa, ya que la hija de ellos estudió con ella (Diario de campo 5).

LAS METÁFORAS DE LAS HERIDAS EN EL GRUPO MÓVIL DE CURACIÓN DE ÚLCERAS

Entiendo la metáfora a partir de la noción “ver como” propuesta por Wittgenstein que consiste en ver una cosa como otra, considerarla a través de otra, imaginarla y pensarla a través de otra (Betancour 2006).

De acuerdo con Betancour (2006), este concepto propone una experiencia entre el ver y el interpretar en la que el contexto cultural es un determinante en el surgimiento de expresiones metafóricas. Johnson y Lakoff (1991) denominan esta experiencia *coherencia cultural*, y la entienden como la relación entre la metáfora y los valores socialmente establecidos.

Susan Sontag (1996) sugiere que las enfermedades de etiología confusa y de tratamientos ineficaces plantean fuertes problemas para hablar de ellas, como es el caso de la tuberculosis, la lepra, el cáncer y el sida, enfermedades llenas de mitos, ya que la medicina biomédica parte de la idea de que toda enfermedad tiene cura, pero cuando esto no sucede queda espacio para la interpretación, lo que genera la concepción de enfermedades misteriosas y provoca siniestras metáforas sobre ellas. En particular, la lepra en la Edad Media era asociada a la corrupción, y se le atribuía el carácter de putrefacción (Sontag 1996). Asimismo, la explicación bíblica de la enfermedad y los miedos sociales determinó la perentoriedad del aislamiento y el rechazo social (Botero, Polo y Sinuco, 2015).

Pero en las curaciones a domicilio en Agua de Dios, las metáforas utilizadas dan cuenta de la relación de confianza tejida entre el personal de salud, y los y las pacientes de las rutas, en las negociaciones sobre los tratamientos aplicados en la herida y en las formas de expresarse sobre estas.

Las úlceras o perforantes son generalmente llamadas *heridas*, que en su sentido literal se definen como una lesión en la piel causada por objetos externos. Pero en el plano del lenguaje figurado las heridas se entienden como huellas y marcas de una experiencia, la mayoría de las veces atravesada por el dolor o el sufrimiento. En la ruta, estos dos significados están presentes. Así, los procedimientos de curación de las heridas se acompañan de las historias de las personas con lepra que han convivido con este tipo de lesiones corporales.

El personal de salud y las personas enfermas de lepra recurren a la metáfora de las heridas para diagnosticarlas y describirlas, haciendo uso de experiencias sensoriales y emocionales. Durante el trabajo de campo identifiqué dos grupos de metáforas: por una parte, *las metáforas de los sentidos*, que hacen referencia a experiencias sensoriales-corporales, mediante las cuales los sujetos hablaban de situaciones relacionadas con la curación y la experiencia de tener lesiones en el cuerpo; por otra,

las metáforas de las emociones, utilizadas para diagnosticar los estados de las heridas.

Metáforas de los sentidos: la herida es estar vivo

Las heridas se tocan, se ven y en algunas ocasiones se pueden oler. La experiencia de la curación es descrita a través de los sentidos para conocer la herida y permite desarrollar un conocimiento sobre las úlceras o perforantes a través de las capacidades sensoriales del personal de curación. Las personas a quienes les realizan la curación también son parte de dichas experiencias al conocer los síntomas que generan las heridas y, además, se vuelven conocedoras de las terapéuticas que sirven para su mejoramiento.

Los sentidos que describiré a continuación son el olfato, la vista y el tacto. Cada actor involucrado en la curación vive la experiencia de forma distinta, puesto que es quien vive a diario con ellas. En otras palabras, la persona con lepra está inmersa en una experiencia sensorial en la que su propio cuerpo es el que tiene las heridas y siente el tacto-contacto de la persona que la cura, y es a partir de esta experiencia que se asume como conocedora —a través de su experiencia— de los tratamientos para su úlcera.

Por *sentidos* me refiero a una experiencia corporal, atravesada por lo cultural, que señala la forma en que el mundo pasa por las personas y por los cuerpos, y mediante la cual se aprehende la realidad. Estas experiencias son importantes porque los sentidos están destinados a producir sentido y, a la vez, son la proyección de significados sobre el mundo (Le Breton 2007). Los sentidos serán expresados a través de experiencias sensoriales, que son la coherencia cultural donde se proyectan y comunican las vivencias de las curaciones.

Olores en las heridas: “estar muerto en vida”

En su casa una paciente, mientras la enfermera le hacía la curación, contaba que hacía unos meses había tenido una infección en un forúnculo por el cual había sido hospitalizada, pues había tenido dificultades para curarlo, ya que estaba en la parte interna de una de sus piernas. Ella decidió acudir a urgencias porque en los intentos de eliminarlo salía gran cantidad de materia, le generaba mucho dolor y el olor era demasiado fuerte y similar al de las úlceras infectadas, era como “estar muerta en vida” (Diario de campo 1).

En la descripción hay varios aspectos que resaltar. En primer lugar, la paciente a través de su experiencia sensorial comparaba el olor de las úlceras infectadas con el olor del absceso infectado, es decir, una sensación olfativa evocaba la metáfora. Por otra parte, ponía en evidencia una característica de las metáforas que destaca unos aspectos, pero oculta otros. En este caso, resaltaba el olor de la herida infectada omitiendo otros signos de contaminación, como el enrojecimiento del borde de la herida o el pus que genera la infección.

Lo anterior recuerda que los olores en las heridas no solo se incrementan cuando hay infecciones. Por ejemplo, un paciente del albergue Boyacá mencionaba que, cuando una mujer curaba y estaba menstruando, las heridas se ponían más olorosas, mientras que si la mujer estaba embarazada las heridas cicatrizaban más rápido y no drenaban tanto (Diario de campo 7). Estos dos estados están vinculados con las relaciones sexuales y estados reproductivos de las mujeres que curan, pues la sangre de la menstruación se ve como una “sangre que contamina” (Larrea 1997), que afecta tanto la mano de quien cura como la herida del paciente, mientras que el embarazo como símbolo de germinación significa “darle vida” a la herida. Otras relaciones entre la “buena mano” y la actividad sexual en las mujeres son reveladas por algunos pacientes que alcanzaron a ser curados por religiosas y que asociaban el celibato con la pureza de la mano de las curadoras.

Desde una perspectiva histórica, el olfato fue utilizado para reconocer enfermedades en el siglo XVIII, principalmente para identificar el principio mórbido de las enfermedades y el hedor de las fiebres, afinando este sentido con el objetivo de distinguir hedores mortales de los que no lo eran; igualmente, los malos olores representaron la transmisión de enfermedades desde la noción de peste (Larrea 1997).

La genealogía de las percepciones olfativas elaborada por Cristina Larrea (1997) señala las diferentes formas en que los malos olores se han relacionado con la transmisión de enfermedades, ya que si nos situamos en el paradigma bacteriológico de la biomedicina (finales siglo XIX y principios del XX) primaba la creencia de que las enfermedades estaban en el aire, considerado el olor, desde finales del siglo XVIII, como un fluido elemental y no como una combinación química, que actuaba de múltiples maneras sobre el cuerpo humano como en el contacto con la piel o la membrana pulmonar hasta llegar a la sangre (Corbin 1987).

Por tal motivo, las experiencias sensoriales con relación al aire y lo que este significa se dan en términos olfativos que permiten identificar, relacionar y describir lo que ocurre en el entorno. Puntualmente, la metáfora “estar muerto en vida” relaciona el mal olor con una infección y descomposición causada por una enfermedad, que genera un padecimiento y sufrimiento.

La vista en las curaciones: “hasta no ver no creer”

A la vista se le ha otorgado un papel fundamental para ver, interpretar y comprobar la realidad. Existe una hegemonía occidental del valor de la vista por ser el medio por el cual los seres humanos se proyectan al mundo, exploran el espacio y nacen al mundo cuando abren los ojos (Le Breton 2007). Cuando el grupo de curación empezó a realizar los procedimientos a domicilio, los protocolos de curación estaban ceñidos a prácticas biomédicas, pero las personas empezaron a sugerir el uso de plantas poderosas que ofrecían alivio y mejoría a sus heridas y, por lo tanto, reducían el malestar que generaban. Siguieron estas sugerencias en la medida en que el grupo empezó a ver mejorías en los pacientes, es decir, creyeron en el poder de las plantas cuando observaron la eficacia de los tratamientos.

Una integrante del grupo narró uno de los momentos que la llevaron a reconocer la posibilidad de aplicar otros tratamientos:

Yo recuerdo, tengo muy presente en mi cabecita, muy recién llegada al albergue Boyacá, un pacientico con una úlcera de más o menos 22-23 centímetros en su miembro inferior derecho con cavernas. Ya metíamos la mano, metíamos el guante, metíamos la pinza y eran cavernas y el paciente me pidió que le pusieramos yuca, que el almidón de la yuca servía. Lo empezamos a usar, la úlcera le limpió, yo no sé cómo, pero le limpió. Yo lo único que hacía era todos los días sagradamente ponerle su yuquita raspada ahí, metérsela y tapan, cubrir... [y] la úlcera limpió. (Entrevista 4)

En este relato, la experiencia sensorial de la enfermedad, centrada en la vista, rectifica su carácter hegemónico.

La metáfora “hasta no ver no creer” tiene rasgos en torno a las creencias, pues los pacientes confían en los tratamientos alternativos de tal manera que, cuando se empieza a utilizar uno nuevo, afirman

“tenerle fe”. La vista y la fe se vinculan cuando el paciente le “pone fe” al tratamiento y corrobora su efectividad mediante la observación de la mejoría de la herida. La señora Beatriz llevaba unos días probando la aplicación de moringa en polvo sobre la herida, a lo que agregaba lo siguiente: “hay que tenerle fe a las cremas y a otro tipo de remedios que se le aplica a herida” (Diario de campo 2).

El personal de salud móvil también le pone fe a los tratamientos:

Esa agua de nim les ha quitado mucho el dolor. Digamos, cuando hay tejido fibroso, yo le tengo mucha fe a la vaselina, panela raspadita y lo mismo para procesos de que salga carnecita, la gelatina sin sabor también va ayudando como a cubrir. (Entrevista 5)

En un principio, los remedios son pactados entre paciente y enfermera o enfermero, pero cuando se ve su efectividad empiezan a ocupar un lugar importante en la colectividad del grupo de curación, la creencia se potencializa y expande, como el tratamiento de la miel con metronidazol que empezó a utilizar una enfermera con su paciente, y al ver la mejoría de la herida lo utilizó con otros pacientes.

La vista en las curaciones adquiere importancia porque permite evidenciar las percepciones sobre las heridas y todo lo que gira en torno a ellas, por lo que la observación física es y fue la herramienta que permitió el uso de tratamientos alternativos.

Tacto-contacto: “sanar en falso”

Desde una percepción sensorial, la comunicación entre el paciente y quien cura está mediada por el contacto basado en el tacto. Curar la herida se hace con suavidad, pero con firmeza. Este sentido es el más importante en las curaciones, pues verifica las percepciones del olfato y la vista. Por ejemplo, durante una curación la enfermera, al tocar la herida de la paciente, consideró que el perforante estaba en su fase de cierre; para confirmarlo, llamó a la nieta de la paciente y le indicó que pusiera el dedo índice en la herida de la abuela y sintiera que ya no había hueco, y que de acuerdo con esa evidencia le comunicara a su abuela que las curaciones iban a realizarse día de por medio (Diario de campo 6).

Durante otra curación, una paciente contó que había heridas que *sanar en falso*, que es cuando la herida aparenta estar sanando, pero

en realidad debajo de la piel el tejido no ha nacido bien. Cuando ella ve que la herida está así, prefiere “echarse uña” (Diario de campo 3). De este modo, la expresión “sanar en falso” se refiere a aquellas heridas que a simple vista se ven totalmente sanas y cerradas, pero cuando se palpan se siente como un hueso, lo que indica que solo sanó superficialmente y, por tanto, la herida *reventará* de nuevo. Esto sucede mayoritariamente en perforantes plantares, llamados úlceras neuropáticas, que tienen un radio pequeño, pero son muy profundas. Muchas veces, cuando esto sucede, los y las pacientes prefieren quitar esa piel con las uñas y empezar de nuevo las curaciones.

En este contexto, la metáfora *sanar en falso* prioriza el tacto-contacto sobre la vista, indicando una relación íntima y cercana entre el paciente y la enfermera o el enfermero, es decir, una cercanía profesional basada en el cuidado al ser el tacto-contacto transversal para realizar las curaciones.

La cáscara que guarda al palo: “sobar la herida”

Los integrantes del grupo de curación y los pacientes entienden el tacto-contacto al momento de curar como un masaje o una forma de “consentir” la herida o sobarla. Al mismo tiempo, comparten la idea de que curar todos los días es como hacer algo en el día y borrarlo en la noche (Diario de campo 3). Por eso, los procesos de curación son exhaustivos, ya que son sanaciones que toman largas temporadas de trabajo. Además, sobar la herida cada tercer día implica que los componentes del remedio logren su efectividad en la úlcera.

Así como sucede con las curaciones, los lavados de las heridas tienen lugar cada tercer día o, en ocasiones, cada ocho días, pues como afirmaban algunos de los pacientes “si me bañara todos los días con jabón Rey, me derretiría” (Diario de campo 2). En una nota afín, otra paciente consideraba que el cuidado más importante para las heridas era no lavarlas todos los días, porque el agua era mala para las heridas (Diario de campo 1). Por tal motivo, la expresión “la cáscara que guarda al palo”, que usaban para señalar que no es bueno bañarse en exceso, es una forma de situar la importancia de sobar la herida cada determinado tiempo pero no tan seguido, pues bañarse todos los días es una manera de quitar una especie de escudo protector de la piel.

Otra de las interpretaciones de la metáfora de “la cáscara guarda al palo” en las curaciones es el uso permanente de la venda, una tarea

a cargo de las enfermeras y los enfermeros, quienes deben garantizar que entre una curación y otra la persona permanezca con la venda puesta, pues esta actúa como una protección para la herida y también como la “cáscara” que guarda el efecto de los medicamentos aplicados.

Emociones en las heridas: la herida que siente

Las heridas ocupan un lugar central en la relación entre personas con la enfermedad y el personal de salud, así como en las prácticas de curación. Al ser fundamentales en este contexto, se empiezan a reconocer en términos más retóricos que biomédicos, ya que las úlceras toman diferentes formas de acuerdo con su estado. Las heridas son asumidas como un organismo con vida propia, al relacionarlas con los estados emocionales de la persona “herida”.

Las emociones en las heridas derivan de la figura retórica de la personificación (también producen metáforas), entendida como la manera en que se atribuyen cualidades humanas a cosas no humanas, de modo que permiten la experiencia con entidades no humanas, en términos de motivaciones, características y actividades (Johnson y Lakoff 1991). La noción de personificación se amplía en el caso de las heridas, al ser entidades no humanas transitorias, pues es una manifestación de un malestar corporal que, sin “ser la persona misma”, asume características de ella. Conviene subrayar que las heridas son parte del cuerpo de las personas con lepra. Pero, en términos de comprender y entender lo que sucede con las úlceras, pacientes y cuidadores acuden a las emociones humanas para describirlas, como si tuvieran “autonomía emocional” en relación con su lugar de origen.

Principalmente, las emociones se expresan en el rostro y son parte de un resultado más social y cultural que fisiológico; por lo tanto, su manifestación puede variar de un grupo a otro. En el espacio de la curación, las emociones se trasladan a las heridas utilizando como referente la forma en que se expresan los estados anímicos en el rostro. Por ejemplo, estar feliz se puede describir como la curvatura de los labios hacia arriba, mientras que la tristeza, como la punta de los labios hacia abajo o en forma de llanto. Teniendo en cuenta lo anterior, las personas con lepra y el personal de salud toman las representaciones de las emociones como referente para dar cuenta de los estados de la herida, algunas veces

indicando las molestias que produce la herida o como una forma de alerta sobre síntomas de infección.

Heridas tristes

Una enfermera del grupo contaba que “a medida que va manejando al paciente se va dando cuenta de alimentos que alteran las heridas... ellas [las pacientes] dicen: ‘¡uy, está como triste!’ Y yo les digo: ‘sí, está triste, porque se está sanado y usted está feliz’” (Entrevista 3). Las heridas tristes son aquellas que están en su fase de cierre y cicatrización, pues el tamaño de la úlcera se reduce y empieza a tomar forma de una boca hacia abajo; por eso mismo, cuando las heridas están tristes se hace referencia a una etapa de finalización. En términos lingüísticos, el significante de la herida en proceso de cierre se produce bajo el significado de estar triste expresado en el rostro, principalmente en la boca. Esto quiere decir que el concepto de “triste” adquiere sentido a partir de la forma que toma la herida, en concordancia con la expresión de tristeza en el rostro.

La personificación de la tristeza en las heridas toma sentido porque las personas involucradas comparten experiencias sensoriales que reafirman el sentido que toma la expresión, pero de forma paralela se amplifican cuando la enfermera o el enfermero y el paciente comparten los mismos valores que van elaborando la representación de la tristeza. Para comprender un hecho como el cierre de la herida, el uso de las emociones como base referencial permite entender el fenómeno en términos distintos a los de la biomedicina, en este caso, desde sus experiencias más cotidianas.

Los estados de las heridas y las metáforas para definir las son parte de un proceso de observación aguda en el que el personal de salud empieza a conocer al paciente a través de su herida, por lo que las expresiones metafóricas arrojan un diagnóstico de la herida, pero también dan cuenta de la experiencia de conocimiento del personal de curación sobre el o la paciente y sus heridas. Es importante resaltar que la tristeza está estrechamente relacionada con el acto de llorar, pero en el caso de las curaciones a domicilio se refieren a las diferentes formas que va tomando la herida.

Heridas que lloran

El grupo de curación considera que las heridas en su mayoría —depende de su tipo—, al drenar profusamente, se tornan húmedas. Entonces, recurre

a las metáforas de “la herida llora” o “la herida está botando agua” para la úlcera que está drenando. Al suceder esto, busca la manera de evitar que siga llorando mediante el uso de tratamientos como la gelatina sin sabor, vaselina mezclada con Vick Vaporub® o panela raspada.

Antes de iniciar la curación, algunos pacientes comentaban la manera en que habían sentido la úlcera desde la última curación y, para enunciarlo, podrían afirmar: “¡ay, esa herida amaneció toda llorosa!” (Diario de campo 1), o “esa pata está que bota y bota agua” (Diario de campo 4), lo que comunicaba a la persona que curaba que la herida estaba drenando mucho y que no se habían sentido bien, pues cuando la “herida llora” la persona siente un malestar general, llamado “maluquera y desaliento”.

Es posible entender las heridas que lloran o que botan agua bajo la noción de “metáforas recipiente”, formuladas a partir del cuerpo que tiene una forma limitada al experimentar el mundo en términos de externo-interno (Johnson y Lakoff 1991). A la vez, un paciente llamaba a su herida “el huequito” (Diario de campo 5), entendiéndolo como un recipiente al que se le agregan sustancias denominadas *tratamientos*; de igual manera, este recipiente internamente puede tener agua, es decir, puede drenar. La herida como “huequito” hace referencia a algo que hay que llenar y cubrir para que lograra una superficie plana, pero por su característica de recipiente se llena y tiende a llorar, a drenar.

Heridas rancias y estancadas

La herida rancia es la rebelde, la que en el momento menos pensado rechaza los medicamentos y retrocede en el proceso de cierre. Una paciente contaba que hacía ocho años tenía una herida, que en ese momento se veía mejor, pero cuando ya estaba sanando le daba erisipela y volvía a reventar, por lo que consideraba que la herida estaba rancia (Diario de campo 1). Es importante resaltar que las heridas rancias no son como las que sanan en falso, pues en las primeras no alcanza a nacer piel, como sí ocurre con las que sanan en falso.

Las cremas tienen un papel clave en la sanación de las heridas rancias; hay tipos de pieles que reaccionan a las cremas porque son más delicadas, lo que se entiende como que las cremas no “quieren” cierto tipo de pieles. Las cremas también son “celosas” entre ellas; así, cuando la ruta móvil realizaba una curación, procuraba aplicar solo un tipo

de crema, ya que, si bien al mezclarlas pueden generar beneficios a la herida a corto plazo, pueden perjudicarla más adelante.

Por otro lado, las heridas estancadas son aquellas que no mejoran, pero tampoco retroceden, lo que resulta en un proceso de curación mucho más demorado y exige nuevos tratamientos. La herida estancada indica que el tratamiento fue rechazado o ya no está haciendo mayor efecto. Este tipo de heridas llevan a que el personal de curación y los pacientes exploren nuevos tratamientos, como el uso de la miel con polvos y metronidazol, y como primera medida mantenerla limpia para evitar el riesgo de infección. El estancamiento de las heridas también puede ser producto de secuelas que dejan otras enfermedades, como ocurrió con un paciente quien relacionaba el chikungunya como el causante de sus heridas estancadas (Diario de campo 5).

Por su persistencia, estos dos últimos tipos de herida llevan al personal de curación y a los pacientes a explorar de manera exhaustiva los tratamientos posibles. Mientras la herida rancia se niega a mejorar, exigiendo reiniciar los procesos de curación con otros tratamientos, a la herida que no da un paso adelante, pero tampoco atrás, hay que sacudirla y ponerla en movimiento para que continúe con su proceso.

Relación terapéutica

A partir de lo anteriormente expuesto, el resultado de las metáforas de/sobre las heridas, emerge de cuatro características de la relación terapéutica entre el personal de curación y las personas con lepra que son curadas en sus domicilios. La primera es la movilidad de las personas que curan, quienes cruzan las fronteras del hospital con sus motos y maletas para ir a curar a las personas en sus casas, un espacio privado y doméstico que permite mayor horizontalidad y diálogo más íntimo, que en ocasiones rebasa la relación paciente-enfermera, como el caso de la curación de una paciente que estaba acompañada por sus dos hijos:

Los hijos de la paciente complementaban lo que ella y la enfermera decían. El hijo ayudaba a su mamá a calcular los años que llevaba con la herida, o también su hija decía desde el cuarto que su mamá no se había mejorado porque no guardaba quietud, considerando que esta es una de las cosas que ayuda a mejorar. La hija de la paciente afirmó: ‘Ella, por estar cuidando gatos y pollos, no se queda quieta’. (Diario de campo 4)

La segunda característica es la empatía, entendida como la actitud y disposición del paciente y de la persona que cura para crear un ambiente de amabilidad, escucha y comprensión durante la visita. La empatía es una forma de “romper el hielo” al momento de curar, como afirmaba una de las enfermeras:

Les digo [al grupo de curación] “acuérdense [de] que no tenemos una herida, tenemos una persona con múltiples necesidades, muchas. Si usted va y coge al paciente y le hace un procedimiento sin hablarle una palabra, usted no va a tener la capacidad de conocer a ese paciente que tiene. Pero si usted es charladito y usted va no solamente a descubrir su patología de la úlcera, si no otras muchas situaciones que la persona tiene, entonces yo creo que así mismo se va a ir acercando la persona. ¡Ah! Esta persona me escuchó. Al otro día uno vuelve, venga, ¿cómo le fue con tal cosa? Esa persona, sobre todo los adultos mayores, son muy receptivos de eso”. (Entrevista 3)

El diálogo y la escucha se convierten también en una herramienta para curar. García y Rodríguez (2005) afirman que la empatía es una de las condiciones de una adecuada comunicación en la relación terapéutica, al suponer calidez y cercanía en la relación: “Se cura más a veces con el ‘buenos días’ que con el ‘ponga el pie que lo voy a curar’ o ‘yo se mucho y usted no sabe nada’” (Entrevista 3). Durante una conversación, un paciente del albergue Boyacá afirmaba que, cuando las enfermeras llevaban los problemas de la casa al trabajo y se desahogaban al momento de curar, la herida desmejoraba (Diario de campo 7), es decir, la actitud empática durante la curación también acompaña la evolución de la herida. La tercera característica es la confianza que pone en juego el personal de salud al utilizar tratamientos alternativos, un acto de confianza en ese “otro” denominado *paciente*, que cruza las fronteras del conocimiento científico, basado en el saber autorizado, un ejercicio de poder de la práctica médica, hegemónico y socialmente reconocido, por ocupar un estatus de poseedor de la verdad por su carácter racional y científico, o sea, válido. En cambio, el diálogo entre el saber biomédico y los saberes alternativos da cuenta de las distintas maneras en que las personas se posicionan frente a los discursos y prácticas institucionales. Agua de Dios, lugar estrechamente relacionado con la lepra, ha estado atravesado por la intervención médica desde sus inicios, motivo por el

cual el campo de la salud no se ha encontrado limitado exclusivamente a la medicina alopática, al encontrarse prácticas no biomédicas sobre la curación y tratamiento de la lepra como enfermedad (ver Buitrago-Echeverri, 2019).

La cuarta y última característica es el saber-ser y el saber-hacer, entendido bajo la noción de “buena mano”, utilizada en este contexto para aludir a una persona que mejora las heridas de manera rápida y efectiva. David Le Breton (2006) afirma que las curaciones no solo son posibles por medio de un saber, sino que allí entran a jugar un saber-hacer y un saber-ser, es decir, la eficacia de los métodos que se utilizan para curar y el papel que juegan las cualidades humanas.

Las cualidades humanas hacen referencia a que no se trata solo de una mano que soba y una herida por curar. Al respecto, la líder del grupo de curación afirmaba lo siguiente:

Entonces yo digo, te pongo el ejemplo de la mano de C y de M, porque tú las veías y ellas eran de cara dura, pero uno al darle la mano a ellas eran de mano suave, de tranquilidad, de empatía con su paciente, entonces eso influye mucho. [...] El carácter es fuerte, pero la mano es suave. ¿Sí? La mano es suave, aun cuando le descargan a uno la mano en el hombro, uno sabe, uno alcanza a entender esa persona qué tanto temperamento tiene”. (Entrevista 3)

CONCLUSIONES

En la relación terapéutica se le posibilita la palabra a los y las pacientes, reconociendo sus experiencias subjetivas en los procesos de salud y enfermedad, a partir de la elaboración de un lenguaje específico para describir diagnósticos y tratamientos de las heridas. Gómez y Palacios (2009), retomando a Eduardo Menéndez (2000), consideran que la subjetividad permite una horizontalidad en el diálogo, en el que el o la paciente pueda usar formas de expresión que le sean más cercanas y tengan mayor sentido.

En las visitas de curación de Agua de Dios, el resultado de relación terapéutica y las prácticas de curación se expresa mediante ricas metáforas que narran los estados de las heridas. A la vez, esta reestructuran el universo simbólico de quienes están presentes en las curaciones, tomando aspectos emocionales y sensitivos. Las experiencias corporales

alientan una relación distintiva entre los sujetos y el mundo y suscitan un ser-en-el-mundo que entiende el cuerpo como el medio por cual el mundo se proyecta (Citro 2011). En un sentido afín, Le Breton (2007) ha retomado a Merleau-Ponty (1964) para señalar que la carne del cuerpo es la misma carne del mundo y resalta que las experiencias sensoriales son la forma más próxima para dar cuenta de esta relación entre el mundo y el sujeto.

Las experiencias sensoriales se caracterizan por su maleabilidad al adquirir nuevas expresiones metafóricas, ya que a través del uso del lenguaje y la acción simbólica se promueven transformaciones de la experiencia (Hinto, Howes y Kirmayer 2008). Es decir, las expresiones metafóricas se renuevan con la experiencia, porque estructuran lo que percibimos, cómo nos movemos en el mundo y la manera en que nos relacionamos con otros (Johnson y Lakoff 1991). Desde la noción ser-en-el-mundo, el uso de metáforas en las curaciones de las heridas de la lepra actúa como traducción de una experiencia sensorial, modelando constantemente las formas en las que los y las pacientes y el grupo de curación se relacionan con las heridas. Esto, al tiempo, genera efectos en términos de pensamiento y acción.

Pensar en las curaciones como experiencias corporales lleva a pensar en lo sensorial, en lo que el o la paciente y el personal de salud sienten y viven desde su lugar en la relación terapéutica. El lenguaje figurado es fundamental en las experiencias corporales ya que, por su mediación, logra narrar la experiencia del paciente y de la enfermera o enfermero en términos de emociones y sentidos, sin necesidad de acudir a la terminología de la medicina científica. Por lo tanto, la experiencia de ese mundo que se proyecta a través de mí, de mis sentidos, se transporta en las expresiones metafóricas que tienen el poder de comunicar y compartir esa experiencia en un lenguaje verbal que destaca dichas experiencias y no las opaca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Betancour, Martha Cecilia. 2006. *Metáfora y ver cómo. La creación de sentido de la metáfora*. Manizales: Editorial Universidad de Caldas.
- Botero, Natalia, Daniela Polo y Laura Sinuco. 2015. "La lepra en Colombia: estigma, identidad y resistencia en los siglos xx y xxi". *Revista Salud Bosque* 5, 1: 67-80. DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v5i1.185>

- Buitrago-Echeverri, María Teresa. 2019. “Mística, yerbas santas y solidaridad: memoria del cuidado no médico de la lepra en Agua de Dios”. *Revista Ciencias de la Salud* 17: 88-108. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8121>
- Citro, Silvia. 2011. “La antropología del cuerpo y los cuerpos en-el-mundo. Indicios de una genealogía (in)disciplinar”. En *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*, coordinado por Silvia Citro, 17-58. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Corbin, Alain. 1987. *El perfume o el miasma: el olfato y lo imaginario social, siglos XVIII y XIX*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Eichelmann, Kristian, Sergio González, Julio César Salas-Alanis y Jorge Ocampo-Candiani. 2013. “Lepra: puesta al día. Definición, patogénesis, clasificación, diagnóstico y tratamiento”. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 104, 7: 554-563. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ad.2012.03.003>
- García, Ana y Juan Carlos Rodríguez. 2005. “Factores personales en la relación terapéutica”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* xxv, 96: 29-36.
- Gómez, Daniel y Domingo Palacios. 2009. “Influencia del modelo hegemónico biomédico en la concepción y desarrollo de las terapias alternativas”. *Cultura de los cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades* XIII, 25: 62-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2009.25.09>
- Gutiérrez, Antonio. 1925. *Apuntamientos para la historia de Agua de Dios 1870 - 1920*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Hinto, Devon, David Howes y Laurence Kirmayer. 2008. “Toward a Medical Anthropology of Sensations: Definitions and Research Agenda”. *Transcultural Psychiatry* 45, 2: 142-162. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363461508089763>
- Johnson, Mark y George Lakoff. 1991. *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Ediciones Cátedra Teorema.
- Larrea, Cristina. 1997. *La cultura de los olores. Una aproximación a la antropología de los sentidos*. Quito: Abya-Yala.
- Le Breton, David. 2006. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Breton, David. 2007. *El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lodi, Alejandro. 2019. *Quirón y el don de la herida. El símbolo de la resiliencia en astrología*. Buenos Aires: Editorial Kier.

- Menéndez, Eduardo. 2020. “La construcción del sujeto: la dimensión antropológica”. En *Contextos, sujetos y drogas*, coordinado por Grup Igia y colaboradores, 79-98. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública.
- Merleau-Ponty, M. 1964. “L’oeil et l’esprit. Gallimard, París”. [El ojo y el espíritu, Buenos Aires, Paidós, 1986]
- Obregón, Diana. 1997. “Medicalización de la lepra: una estrategia nacional”. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 24, 139-165.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. *Guía para la eliminación de la lepra como problema de salud pública*. Asunción: OMS
- Plattarrueda, Claudia y Catherine Agudelo. 2004. *Ensayo de una bibliografía comentada sobre la lepra y lazaretos en Colombia, 1535-1871: representaciones, prácticas y relaciones sociales*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Plattarrueda, Claudia. 2008. “Contagio, curación y eficacia terapéutica: disensos entre el conocimiento biomédico y el conocimiento vivencial de la lepra en Colombia”. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 6: 171-195. DOI: <https://doi.org/10.7440/antipoda6.2008.09>
- Sontag, Susan. 1996. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus.

Entrevistas

- Entrevista 1: Entrevista realizada a JA. Albergue Boyacá, julio 23 de 2015, 75 minutos. Grabadora de voz.
- Entrevista 2: Entrevista realizada a HR. Cafetería plaza central, octubre 15 de 2015, 70 minutos. Grabadora de voz.
- Entrevista 3: Entrevista realizada a AS. Clínica Herrera Restrepo, octubre 11 de 2016, 34 minutos. Grabadora de voz.
- Entrevista 4: Entrevista realizada a HR. Clínica Herrera Restrepo, octubre 11 de 2016, 34 minutos. Grabadora de voz.
- Entrevista 5: Entrevista realizada a AS. Clínica Herrera Restrepo, octubre 21 de 2015, 72 minutos. Grabadora de voz.

Diarios de campo

- Diario de campo 1. Diario de campo visitas domiciliarias, 29 de agosto de 2016, Agua de Dios, notas

Diario de campo 2. Diario de campo visitas domiciliarias, 30 de agosto de 2016, Agua de Dios, notas.

Diario de campo 3. Diario de campo visitas domiciliarias, 31 de agosto de 2016, Agua de Dios, notas.

Diario de campo 4. Diario de campo visitas domiciliarias, 20 de septiembre de 2016. Agua de Dios, notas.

Diario de campo 5. Diario de campo visitas domiciliarias, 21 de septiembre de 2016. Agua de Dios, notas.

Diario de campo 6. Diario de campo conversaciones informales, 11 de octubre de 2016. Agua de Dios, notas.

Diario de campo 7. Diario de campo conversaciones informales, 20 de octubre de 2016. Agua de Dios, notas.