



El poder de los símbolos. Magia, enfermedad y acto médico

César Ceriani Cernadas

RESUMEN

El trabajo presenta una introducción a la relación entre magia y enfermedad desde una mirada antropológica. El objetivo principal es avanzar en la comprensión de las creencias y comportamientos de los sujetos, tanto médicos como pacientes, que participan en estas terapias. Delineando los puntos fundamentales surgidos de investigaciones antropológicas en el campo de la salud-enfermedad-atención, profundizaremos en el conocimiento de aquellas prácticas “mágicas” consideradas en general como desviadas y/o primitivas. Asimismo, prestaremos atención a las maneras en que estas acciones y representaciones pueden iluminar aspectos claves de la relación médico-paciente. Retomando la noción de “eficacia simbólica”, que pone el acento en el lenguaje, el consenso y la confianza mutua entre médico y enfermo, buscaremos establecer estos puentes comunicativos entre distintas epistemologías médicas.

Palabras clave: antropología cultural, magia y enfermedad, eficacia simbólica, relación médico-paciente.

THE POWER OF SYMBOLS. MAGIC, ILLNESS AND MEDICAL ACT

ABSTRACT

This work analyzes the relationship between magic and illness from an anthropological viewpoint. In this regard it deals with beliefs and behavior of both physicians and patients in actual medical practice. In doing so, it rests upon anthropological research in the field of health, illness, and care to study those practices labelled as “magical”, which are regarded as primitive and deviant. Through the use of Levi-Strauss’s concept of symbolic efficacy, it enlightens key aspects of the doctor-patient relationship, and also the role played by language, consensus, and trust. Finally, it is intended to build communicative between links disparate medical epistemologies.

Key words: cultural anthropology, magic and illness, symbolic efficacy, doctor-patient relationship.

INTRODUCCIÓN

Fue una de las obras clásicas de la antropología decimonónica, *La Rama Dorada* (1890) de Sir James Frazer¹, la que se propuso por vez primera considerar a la magia como un tipo de conocimiento y explicación de la realidad. Convencido de que su Inglaterra se encontraba en la cúspide de la evolución cultural, el autor postuló una relación de continuidad entre la magia, la religión y la ciencia. La magia constituía, según Frazer, un medio erróneamente empleado de adquirir conocimiento y dominio de las circunstancias humanas y del mundo físico (cura de enfermedades, muerte, amor, riqueza, salvación espiritual, lluvia o sequía, suerte en la partida de caza, etc.). Una “protociencia”, falaz desde el punto de vista lógico, pero en una búsqueda de conocimiento que –milenios después– permitirá al hombre suplirla por el método racional y científico. Pese a las perimidas escalas evolutivas, tan caras a todo el pensamiento social y biológico del siglo XIX, Frazer dejó profundas huellas en el estudio de la materia al organizar el análisis enfocando los lazos de continuidad y ruptura entre las diversas formas de pensamiento y, de

modo especial, entre el mágico y el científico.

En este trabajo propongo seguir dicho camino y presentar una discusión sobre la relación entre magia y enfermedad teniendo en cuenta simultáneamente tanto la especificidad de las prácticas mágicas como su comparación con la práctica médica científica. La idea de reflexionar sobre la relación entre magia y enfermedad se encamina a poder comprender las creencias y comportamientos de los sujetos que participan en estas terapias. Si tenemos que fijar un objetivo a mayor alcance, diremos que estas palabras pretenden establecer un puente comunicativo entre los médicos profesionales (nombre genérico que utilizaré para referirme a la medicina científica o biomedicina) y sus pacientes; algunos de los cuales pueden atribuir sentidos y realizar prácticas que no encajan con el paradigma médico y que solemos ubicar de modo estigmatizante en el campo de lo “mágico”. Asimismo, y llevando más allá el rango comparativo, nos preguntamos en qué medida estas etiologías mágicas sobre la enfermedad pueden iluminar aspectos claves de la relación médico-paciente y develar así un lazo profundo entre ambas epistemologías terapéuticas.

La discusión se organizará en tres partes. En un primer momento nos introducimos en las relaciones entre cultura y enfermedad. Allí, observaremos el nexo fundante que une la vida social y el universo de sentidos y valores, a partir de la construcción de símbolos y esquemas de clasificación de la realidad social. Es dentro de estos esquemas simbólicos y prácticos donde debemos ubicar las nociones de cuerpo y persona y las relaciones que presentan respecto a la construcción social de la enfermedad. En segundo lugar, focalizaremos la atención en las teorías antropológicas sobre la magia, el padecimiento y el acto médico. Continuando lo arriba señalado, será la noción de “eficacia simbólica”, cuyo énfasis recae en el lenguaje, el consenso y la confianza mutua entre médico y enfermo, la que nos permitirá establecer un nexo con la práctica médica científica. De este modo, presentaremos una reflexión orientada a preparar el camino para una mayor comprensión sociocultural de estos fenómenos y el establecimiento de un diálogo entre los diversos sistemas médicos y especialistas de la salud.

ENFERMEDAD Y CULTURA

Dentro de lo que los antropólogos denominan “universales culturales empíricos”, es decir rasgos culturales que atraviesan todas las sociedades humanas conocidas, podemos ubicar las nociones sobre enfermedad y –particularmente– a los especialistas en salud o médicos (en términos genéricos). Esto desde ya responde a una cuestión ontológica de nuestra conformación como *homo sapiens sapiens*: la preocupación por la enfermedad, el sufrimiento y la curación. Al interrumpir la naturaleza de nuestra vida cotidiana, como sugiere Linda Garro, “la enfermedad pone en juego intentos para explicar y solucionar dicha disrupción”².

Al estudiar la diversidad de creencias, prácticas y etiologías en torno a la enfermedad y la curación, los investigadores propusieron hablar de sistemas médicos para referir al conjunto de representaciones y prácticas, formas de atención, técnicas y tecnologías involucradas en el acto de curación y tratamiento de la enfermedad. Estos sistemas médicos reflejan realidades sociales. Así, cuestiones como diferencias de clase, jerarquías de género y relaciones interétnicas se ponen en juego en el contexto de cada sistema médico. Al respecto, los epidemiólogos y médicos sanitarios han dado debida cuenta de las correlaciones entre las tasas de mortalidad y morbilidad y las condiciones socioeconómicas de los grupos. Insertos en tramas culturales, instituciones y relaciones sociales, los sistemas médicos pueden ser vistos como sistemas socio-culturales. Allí encontraremos entonces una configuración particular y dinámica de roles sociales específicos tanto para los especialistas como para los pacientes, junto a jerarquías de poder y prestigio entre los expertos, como rela-

ciones de cooperación y competencia entre los mismos. El proceso social de salud-enfermedad-atención, propio de todo grupo humano, es entendido como generador de representaciones y prácticas tendientes a estructurar un saber, en palabras de Eduardo Menendez, “para enfrentar, convivir, solucionar y, si es posible, erradicar los padecimientos”³. Esto equivale a considerar que el enfermar no es un episodio individual, sino un hecho social. Y aquí podemos distinguir tres puntos fundamentales respecto a la dimensión cultural de la enfermedad: 1) la *tipificación* y definición de las enfermedades; 2) la *significación social* atribuidas a las mismas; 3) los *contextos terapéuticos* orientados a su disolución o atenuación⁴.

En relación al primer tópico, si bien podemos tentativamente definir a la enfermedad como una alteración (o disrupción) del funcionamiento biológico o conductual del ser humano, ésta nunca se presenta al margen de una *interpretación cultural*. Es decir, la comprensión que tenemos acerca de la enfermedad viene tamizada por un conjunto englobante de ideas, valores, símbolos y prácticas históricamente determinados y en constante cambio que guían y otorgan significado a nuestra existencia. El concepto de alteración no es siempre el mismo, sino que varía de acuerdo a los diferentes estratos sociales u órdenes culturales en donde estamos insertos. Para la biomedicina la alteración tiene su cimiento –casi exclusivamente– en el plano biológico y material de ese cuerpo doliente, el cual presenta signos que el médico debe reconocer para poder intervenir. Pero precisamente esta noción de cuerpo, como han puesto de manifiesto diversos investigadores, está implícitamente mediatizada por representaciones y acciones socialmente construidas. Como occidentales, la herencia cartesiana sobre la *dualidad mente (ser)/cuerpo* (el primero ligado a las “facultades superiores” de la conciencia y el pensamiento, el segundo a los llamados procesos fisiológicos normales o patológicos) ha dejado sus marcas. En términos generales, esta epistemología considera al cuerpo como reservorio de signos, procesos y funciones constituyentes. Como tales, estos signos –y aquí está la clave– remiten a significados concretos, transparentes y literales, explicados sistemáticamente en términos de relación con otros signos. De allí la precisión semántica de aquella área medular de la profesión médica: “Semiología”.

Otras epistemologías, que de formas complejas y diversas interactúan en la sociedad contemporánea y presentan mucha vigencia en Latinoamérica, presentarán otra noción de cuerpo y otra hermenéutica de la curación. Aquí ubico –sin agotar– al shamanismo indígena, al curanderismo popular, a la sanación evangélica, al espiritismo, a las religiones afrobrasileñas, al Reiki, la antroposofía, la medicina energética. En estos sistemas se enfatiza –y después volveré sobre este asunto– una noción unitaria de la relación *cuerpo/mente/ser*. Junto a esto, las dolencias dejan

de ser signos para transformarse en símbolos, es decir signos que condensan significados múltiples, que escapan a la literalidad y abren una segunda, o tercera, vía de interpretación⁵.

Vayamos ahora al segundo punto, la *significación social* atribuida a la enfermedad. Los padecimientos en salud constituyen, efectivamente, ejes centrales en la construcción de significados colectivos, conformando metáforas culturales a partir de las cuales se interpretan diversos procesos o estados sociales. Pensamos así que la sociedad, el grupo de referencia o la familia, puede estar “sana” o “enferma”; pensamos que ciertas enfermedades y dolencias conllevan un mal moral y como tal ligado al orden ético de la sociedad (el sida, el alcoholismo, la droga dependencia, etc.). Estas enfermedades, entonces, refieren tácitamente a significaciones colectivas de carácter negativo. Las enfermedades se ubican así en otro contexto de significación: el de la *transgresión moral*. Debemos tener presente que la idea natural de la enfermedad no es la más común entre los grupos humanos, de por sí ni siquiera está generalizada en el mundo occidental. Unido a esto, la enfermedad, los padecimientos y los daños constituyen, en diferentes sociedades, áreas fundamentales de control social e ideológico. Esto no corresponde a un tipo particular de cultura, sino que conforma un fenómeno sociológico general³. Respecto a la sociedad moderna y la propia historia de la medicina, las indagaciones de Michel Foucault sobre “el nacimiento de la clínica” y el “biopoder” pusieron de manifiesto el modo en que diversas instituciones sanitarias, como el manicomio y la clínica, constituyeron arenas de disciplinamiento de los cuerpos y conciencias individuales. De esta manera observamos que el cuerpo social nos condiciona el modo en que percibimos nuestro cuerpo físico. Así, como afirma Mary Douglas, “la experiencia física del cuerpo, modificada siempre por las categorías sociales a través de las cuales lo conocemos, mantiene a su vez una determinada visión de la sociedad”⁶. Como recipiente de metáforas sociales y de procesos históricos particulares, nuestro cuerpo nunca se presenta como una entidad desprovista de significados. La enfermedad aparece entonces como algo que contiene los atributos de lo “peligroso”: al trastocar nuestra vida cotidiana la experiencia de la enfermedad suele ubicar a los sujetos en un estado ambiguo, *liminal* (de *limen*: margen); un orden perturbado que la cura busca restituir (para poder realizar las actividades acostumbradas, estar con la familia, volver al trabajo, a la vida social, etc.). El reconocimiento de esta ambigüedad existencial provocada, por la experiencia de la enfermedad y la necesidad del enfermo de restituir un orden y una trama significativa, ha abierto el camino a repensar algunos contenidos medulares de la relación médico-paciente. Y esto se ha logrado a partir de poner en el

centro del problema –como lo manifestó recientemente Silvia Carrió⁷– la dimensión narrativa de la enfermedad. Sobre este tema de crucial importancia volveré más adelante, cuando lo pongamos en relación con el concepto de eficacia simbólica.

Los sentidos atribuidos a los padecimientos y las vías de resolución propuestas por los saberes médicos aparecen como fundamentales en la vasta diversidad de la experiencia cultural humana. Llegamos así al tercer punto remarcado: los *contextos terapéuticos*. Es necesario que nos detengamos brevemente en este tópico antes de abocarnos con especificidad al problema de la magia, la eficacia simbólica y el acto médico.

Retomando lo argumentado sobre los diferentes planos de interpretación sobre los cuales se ubican las dolencias y las acciones terapéuticas ubicamos dos fundamentales: uno más acá de los *signos* y síntomas corporales (los indicadores patológicos según la biomedicina), otros más acá de los *símbolos* y los significados sociales del padecimiento (sistemas populares o alternativos). Esta sencilla clasificación nos sugiere pensar que la enfermedad es experimentada por los sujetos como un *continuum* complejo, inserto en la vida social del paciente (en su mundo de valores, creencias y acciones⁴). De esta manera queda claro que el médico aborda la enfermedad a partir de los indicadores patológicos basados en la evidencia (la cual es objetivable por intermedio de análisis biológicos), mientras que un curandero popular tendrá en cuenta cómo esa dolencia corresponde con un desequilibrio corporal también sujeto a otras constricciones socio-existenciales, como la envidia, el rencor, la infracción moral, la prosperidad económica, el amor, etc. Es en el grupo social que rodea de manera más inmediata al enfermo en donde encontraremos las representaciones, los valores y las acciones particulares relativas a la interpretación del padecimiento y sus posibles vías de resolución

Para comprender porqué los hombres y mujeres actúan ante la enfermedad de maneras no acordes a las expectativas del médico profesional, por ejemplo tomando yuyos, prendiendo velas, consultando pai de santos, haciendo reiki, creyendo que les efectuaron un daño por brujería, es preciso bucear en ese mundo de símbolos y relaciones y poder vislumbrar en qué medida la subjetividad del paciente se halla inserto en el mismo. Si el objeto fundamental del médico es –citando a Carlos Gianantonio– “*ayudar, cuidar y, si es posible, curar*”, el desafío entonces no es impugnar de plano esas creencias y prácticas “mágicas” sino tender puentes comunicativos con los agentes involucrados y buscar juntos una vía acorde a las expectativas de ambos (paciente y médico). Un primer paso, en aras de este objetivo, es dilucidar qué entendemos por magia y focalizar la mirada en el problema de la *eficacia*.

LA EFICACIA SIMBÓLICA Y EL ACTO MÉDICO

Según discriminaba Frazer¹ en su obra inaugural, la magia logra sus fines mediante formulas y actos considerados intrínsecamente afectivos; es decir asocia causas y efectos basados en datos sensoriales y emocionales (color, olor, tacto, miedo, asombro, etc.) y no en datos de orden conceptual. Pese a la superación de esta perspectiva que anclaba el pensamiento mágico en el plano de lo exclusivamente afectivo, cuando en realidad supone una mayor complejidad conceptual, dos categorías fundamentales fueron establecidas que aún pueden tener cierta utilidad como criterio clasificatorio: la “magia homeopática” (o imitativa) y la “magia por contacto”. En la primera de ellas, la acción mágica se efectúa a partir de una operación analógica, por ejemplo cuando se cree que la mirada de cierto pájaro –cuyos ojos son amarillos– cura la ictericia. En la segunda, es el contacto y/o contagio con una parte del cuerpo a curar o enfermar el que mediatiza las operaciones rituales, por ejemplo cuando se utilizan pelos de la persona enferma u objetos de su propiedad y uso cotidiano.

Como expresaron con certeza Marcel Mauss y Henri Hubert⁸, en otro estudio clásico que llevó por título “Esbozo de una teoría general de la magia” (1902-03), la explicación mágica puede ser entendida como “una variación eterna del principio de causalidad”. Lo que está en juego en todo pensamiento mágico es la cuestión de la causalidad, aquello que pone en tela de juicio es la existencia del azar: las cosas no ocurren por nada (sea una enfermedad, un accidente, una frustración económica o amorosa), sino por un conjunto de causas que el mago debe descifrar. En muchos grupos indígenas de Asia, África y América la magia puede ser comprendida como un sistema de filosofía natural y moral que supone una teoría de las causas, particularmente en lo relativo a las desgracias inesperadas, accidentes, enfermedades, muerte súbita –en nuestra sociedad agregaríamos desocupación laboral y desengaño amoroso. Así, podemos decir que lo que aporta la explicación mágica es una “circunstancia particular” que se pone en relación⁹.

Como en muchas culturas, la ubicuidad de las creencias y prácticas sobre magia y brujería constituyen para los actores un hecho objetivo, real, donde nuestras separaciones entre natural/sobrenatural, normal/extraordinario, racional/irracional resultan completamente ajenas. El pensamiento mágico postula así un determinismo global e integral, conformando un “tesoro de ideas” que son interrogados por el mago para interpretar los signos y símbolos de las desgracias inesperadas. Ubicamos aquí una de las operaciones fundamentales de todo pensamiento humano, como demostraron los estudios de Lévi-Strauss¹⁰ y de la antropología cognitiva: la exigencia de un orden clasificatorio, atento simultáneamente a los aspectos afectivos e intelectuales de la mente humana.

Otro de los temas centrales de la explicación mágica gira en torno al principio de no contradicción del sistema, pese a la recurrencia de casos fallidos en la cura de la enfermedad u otras operaciones rituales. De este modo, las creencias o teorías mágicas pueden ser corroboradas por experiencias, sean de los sujetos participantes o de la comunidad de creyentes; pero no son sistemáticamente probadas *contra* la experiencia en una cantidad de ejemplos particulares. Notamos aquí una diferencia fundamental con la práctica médica científica, que constantemente somete a prueba sus datos por medio de análisis e hipótesis. De este modo, en las variadas ocasiones en lo que se esperaba de la curación mágica resultó decepcionante en la práctica, ello no es suficiente para compensar las pocas veces en que las esperanzas no resultan defraudadas. El sistema no encuentra contradicción pues da por sentado que la falla de la acción realizada no depende de un error en la efectividad de la magia. Por el contrario, es en el procedimiento realizado o en la impericia del receptor donde se buscarán las causas de por qué no se logró lo esperado. En el primer caso, puede discutirse que los elementos rituales no estaban lo suficientemente purificados, o bien que no se efectuaron con precisión las fórmulas o encantamientos. En el segundo, se argumentará que el individuo enfermo no siguió las recomendaciones previas, no liberó las “energías negativas” o –dirán los pastores pentecostales– no tuvo la fe suficiente. Nos acercamos de esta manera a uno de los temas claves de la relación entre magia y enfermedad: el problema de la eficacia simbólica.

En dos conocidos ensayos, de importante influencia en el medio psicoterapéutico, Lévi-Strauss¹¹ indagó el fenómeno de la curación shamánica en diversos pueblos indígenas americanos, gravitando el análisis en lo que denominó la *eficacia simbólica*. La eficacia del acto mágico en sus procedimientos y representaciones implica la creencia en la magia, y ésta se presenta en tres aspectos complementarios que configuran según nuestro autor el “complejo shamanístico”: 1) la creencia del mago en la eficacia de sus técnicas, 2) la creencia del enfermo –o de la víctima que persigue el hechicero– en el poder del mago, 3) la confianza y las exigencias de la opinión colectiva, puesto que la situación mágica es un fenómeno de consenso. Así, uno de los objetivos esenciales de la cura mágica consiste en hacer inteligibles (es decir llevarlos al plano del entendimiento) una situación dada al comienzo en términos afectivos (dolor, nerviosismo, desgano, etc.), en “hacer aceptables para el espíritu los dolores que el cuerpo se rehusa a tolerar”¹¹. Que la mitología del curandero, pai de santo, maestro de reiki, médico energético o pastor pentecostal (por nombrar algunos) no corresponde –según nuestra mirada– a una realidad objetiva carece de importancia, pues la persona enferma cree en esa realidad y es miembro de un grupo que también cree en ella. La persona en-

ferma, al comprender el significado de su padecimiento vía la acción terapéutica del mago (más allá de las técnicas utilizadas), hace algo más que resignarse: se cura.

“Y sin embargo nada semejante se produce en nuestros enfermos, cuando se les ha explicado la causa de sus desórdenes invocando secreciones, microbios o virus. Se nos acusará de emplear una paradoja, si respondemos que la razón estriba en que los microbios existen y que los monstruos (o maleficios) no. Pero la relación entre microbios y enfermedad es exterior al espíritu del paciente, es de causa a efecto, mientras que la relación entre monstruo y enfermedad es interior a su espíritu, consciente o inconsciente: es una relación de símbolo a cosa simbolizada... El shamán proporciona a la enferma un *lenguaje* en el cual se pueden expresar inmediatamente estados informados e informables de otro modo. Y es el paso a esta expresión verbal (que permite, al mismo tiempo, vivir bajo una forma ordenada e inteligible una experiencia actual que, sin ello sería anárquica e inefable) lo que provoca –a veces– el desbloqueo del proceso fisiológico, es decir la reorganización, en un sentido favorable de la secuencia cuyo desarrollo sufre la enferma”¹¹.

Las relaciones opuestas y complementarias entre la cura mágica y la cura psicoanalítica fueron puestas en evidencia en estos clásicos textos del renombrado antropólogo belga. Los psicoterapeutas occidentales usualmente inquietan al paciente que dramatice, recuerde o reconstruya su propio mundo mítico (sus experiencias infantiles u oníricas, sus traumas, pesares y preocupaciones, etc., etc.). Allí, el paciente, valga la contradicción terminológica, permanece *activo*, él es el que narra sus experiencias y recuerdos vividos mientras el terapeuta adopta –en apariencia– un rol más pasivo en el acto de “escucha”. En la curación mágica, los roles se invierten: el curandero, shamán, pastor o médium es el que dramatiza adoptando un rol decididamente activo, sea realizando viajes al mundo de los espíritus, succionando la materia de enfermedad o invocando la presencia del Espíritu Santo u otro espíritu sanador, mientras el paciente, confiado en la eficacia del tratamiento permanece en un rol pasivo. “En la cura de la esquizofrenia –sugiere Lévi-Strauss– el médico cumple las operaciones y el enfermo produce su mito; en la cura shamanística, el médico proporciona el mito y el enfermo cumple las operaciones”¹¹. Ambas operaciones buscan así provocar una experiencia, y ambas lo consiguen reconstruyendo un mito que el enfermo debe vivir o revivir. Y es precisamente en el terreno de la eficacia simbólica, a partir del habla, del recuerdo narrado, de la confianza en el acto del mago y –de modo fundamental– de la creencia en un sistema de símbolos compartido donde debemos ubicar este tipo de relación entre la cura y la enfermedad.

Es aquí donde es posible establecer un puente más amplio y pensar de qué manera la noción de eficacia simbólica

pone de manifiesto aspectos inherentes al acto médico y a la relación médico-paciente. La confianza, el lenguaje en común y el consenso son los elementos claves que dan cuenta de cómo en la misma práctica clínica, a partir del encuentro entre médico y enfermo, son también los símbolos culturales los que adquieren un protagonismo. Como expresa Francisco Maglio, un conocedor de primera mano de estos temas, “confortar no es solamente una palmada en la espalda, es acompañar al paciente en la búsqueda del significado del sufrimiento”¹². La búsqueda conjunta de un sentido, partiendo de narrativas míticas o biográficas, se ubica como el elemento central que conecta al acto médico con el padecimiento subjetivo del paciente⁷. Tanto el médico como el paciente deben construir, cada uno con sus propios bagajes, un lenguaje en común que permita –como advierte Lévi-Strauss– formular los estados informados de otro modo, y que estos se presenten como significativos en la experiencia del enfermo. La curación adquiere así –y no importa si es en clave mágica o científica– el carácter de una “reorquestación”¹³. Observemos un ejemplo interesante sobre este tema, brindado también por el Dr. Maglio y en carácter de experiencia personal.

“En una ocasión me derivan un paciente algo complicado y con diagnóstico de estafilodermia psoriasiforme... El aspecto era patético: de tan solo parpadear le caían escamas, al darle la mano uno se quedaba con colgajos de su piel. Le explico el diagnóstico y me dice: ‘con todo respeto no dudo de su diagnóstico pero lo que yo tengo no se llama así, se llama humillación’. Le pido que me explique y me narra: hace dos meses lo echaron del banco donde trabajaba porque el gerente ‘accedió’ a un petitorio de clientes a los que les resultaba desagradable su aspecto... Al buscar entre ambos el ‘sentido’ de su ‘humillación’, me posibilitó hablar con su familia, con los amigos, en fin, a ‘resignificar’ su sufrimiento. Lo interesante es que al llegar a ese momento, los corticoides que estaba recibiendo desde hacía un mes sin efecto terapéutico, empezaron a lograrlo y en dos semanas se ‘blanqueó’. Podríamos definir esta situación como la eficacia biológica del efecto simbólico”¹².

Volviendo al problema general de la curación mágica, hemos intentado explicar su lógica ubicándola en el campo de los sistemas simbólicos, que mediatizan y otorgan sentido a las acciones humanas, y en la noción de eficacia simbólica. Ahora bien, podríamos preguntarnos por qué en sociedades complejas y seculares como la nuestra la gente cree y participa en este tipo de prácticas. ¿Y por qué no habría de hacerlo? Si lo planteamos exclusivamente desde nuestra epistemología sin duda las categorías temblarían y diremos, entre el asombro y el espanto, “qué ignorante esta gente que sigue creyendo en estas supersticiones”, o “qué fanatismo religioso”, o “seguro les lavaron el cerebro haciéndoles creer semejantes pavadas”. Si presentamos una mirada antropológica, atenta a las rela-

ciones que los hombres construyen entre sí en el marco de contextos sociales establecidos y cambiantes (lenguajes, ideologías, creencias, valores morales), es que podemos buscar una explicación racional del fenómeno.

Para lograr este objetivo es preciso, en primer lugar, enfocar el campo de la salud en su nivel macro; es decir observar la posición estructural de las diversas agencias y sistemas médicos. Aquí se ubica la biomedicina como ciencia hegemónica, única práctica médica autorizada por el Estado nacional, heredera del proyecto positivista, anclado en los principios de la evidencia empírica y la coherencia lógica. Notemos que los otros sistemas escapan a la enrejada jurídica de “ejercer ilegalmente la medicina”, al autoidentificarse como instituciones religiosas (como en la Umbanda, la Ciencia Cristiana y las iglesias pentecostales) o asociaciones educativas y/o culturales (como las sociedades espiritistas, los grupos generalmente rotulados como New Age, etc.). Al igual que las demás, estas agencias se ubican en una posición periférica o subalterna con respecto a la medicina oficial. Y los factores de esta posición son diversos, en sus planos sociales, políticos y económicos, pero uno sin duda es indiscutible: la validez y eficacia de la biomedicina. Nadie duda –ni los sectores populares más desposeídos, ni los indígenas argentinos, pobres entre los pobres, ni las “religiones mágicas”– del poder real para curar que tienen los médicos profesionales. En eso también se funda, precisamente, su posición hegemónica: en presentarse en la consciencia de los actores como un modelo integral, donde el prestigio asociado a la ciencia y la tecnología (los análisis biológicos, las vacunas, los nuevos descubrimientos) se abrocha –por decirlo de cierta manera– con cualidades de orden moral y ético. Los sujetos que creen y practican las diversas terapias que genéricamente denominamos “mágicas” no reniegan ni se oponen frontalmente a la medicina científica, por el contrario en muchos casos la readaptan a sus propias terapias, etiologías y prácticas curativas.

Personalmente, he conocido pocas personas tan crédulas en la efectividad de la medicina científica como los aborígenes toba (*qom*) del este de Formosa, con los cuales he realizado investigaciones de campo desde el año 2000. Y esto no invalida la acción de los *pioGonak* (curanderos), que –aunque fuertemente estigmatizados por las misiones evangélicas– continúan curando algunas enfermedades de la gente. El problema con los “doctores *doqshi*” (criollos o blancos) es que intimidan a los indígenas y no buscan tender redes de comunicación horizontales y respetuosas. Y esto no ocurre en un espacio y tiempo desprovistos de significados, sino en un contexto socio-histórico donde el indio ha sido construido como naturalmente “salvaje”, “ignorante”, “vago”, “lastimero” y proclive a los vicios. Un ejemplo al respecto lo encontramos en el resonado caso de Julián, el niño guaraní internado en el Hospital Gutiérrez

a mediados del 2005 con una severa afección cardíaca. Podemos leer el episodio del sueño del cacique sobre “la medicina asesina del hombre blanco”, que supuestamente impedía la intervención quirúrgica, como una metáfora de la desolación ante la incompreensión de los médicos que trabajan en los centros de salud de la zona. Y eso estuvo muy claro en las declaraciones del líder luego de la “operación milagrosa de Julián” –según las palabras literales del director del hospital. Las reproduzco en forma parafraseada: “ahora vamos a poder establecer un mejor dialogo con los médicos blancos y lograr que ellos respeten nuestras creencias y valores del mismo modo en que nosotros respetamos los de ellos”.

¿Pero entonces? Entonces estos sujetos creen en una realidad trascendente, en la posibilidad de alterar el estado de conciencia, en una noción de cuerpo holística y no dual y en este marco de creencias orientan, coordinan, su relación con la salud. Esto no significa que en todo momento estén sujetos a una mentalidad mágica y sean incapaces de inferir causalidades y regularidades en el orden natural y, dentro de estas, los imprescindibles beneficios de la medicina científica. Mientras la medicina occidental es didáctica, y el diagnóstico depende de una variedad de resultados del laboratorio y evidencia cuantitativa, la medicina “mágica” toma en cuenta, en tanto símbolos, una variedad de factores cualitativos, como la relación del paciente con su pares (si se pelea con su pareja, si la vecina le tiene envidia, si el compañero del trabajo le tira “mala onda”), con el ambiente y con la acción de potencias místicas. Para estos sujetos la separación entre enfermedad psicosomática y enfermedad somática no tiene razón de ser, no existe. Es, como expresamos con anterioridad, una clasificación netamente cartesiana propia de la modernidad y del discurso biomédico.

CONSIDERACIONES FINALES

Tanto la antropología como la medicina modernas son “hijas de la Ilustración”, son ciencias fundadas en el método positivista, es decir en un conocimiento instituido por la validez empírica de los datos y no por meras especulaciones. Asimismo, ambas ciencias sostuvieron en sus orígenes una visión evolucionista de la sociedad, entendiendo que las sociedades humanas progresaban indefinidamente y se encaminaban a una era de mayor racionalidad. Ahora bien, esta visión de la humanidad propia del siglo XIX, con su creencia de que el progreso y la razón iban a dar por cerrada la etapa de supersticiones y dogmas, fue abandonada por la antropología del siglo XX cuando los estudios de campo revelaron un mundo mucho más complejo, incoherente de clasificar en etapas de desarrollo evolutivo progresivo y unilineal. Sin embargo, el paradigma evolucionista quedó vigente en muchas otras disciplinas científicas (y también pseudo-científicas) emergentes

de la modernidad. Y la biomedicina fue una de ellas. La legitimidad práctica y simbólica de la biomedicina se consolidó a partir de los avances efectivos en el campo de la investigación y la cura de diversas enfermedades. Pero también en un hecho central y pocas veces puesto a reflexión: su prestigio de modernidad en tanto valor moral. Así, las relaciones entre ella y otros sistemas terapéuticos, comúnmente llamados “medicina popular”, “medicina alternativa” o “curanderismo”, se suelen pensar en forma evolutiva. Se cree, en primer lugar, que estos “otros” sistemas pertenecen a una época de superstición e ignorancia, misteriosamente resistentes a la redención esperada por la ciencia pero no obstante próximos a su extinción. En segundo lugar, y esto es especialmente destacado cuando se habla de “medicina tradicional”, se cree que estas terapias no están sujetas al cambio y la transformación, manteniéndose inmunes a la historia. El hecho de que el avance de la biomedicina no haya desplazado a otras formas de curar y que es posible constatar la existencia de pacientes que no asumen contradicción en acudir simultáneamente al médico, al curandero o al culto evangélico, motiva que, como hombres de ciencia, analicemos con profundidad las causas y motivos al respecto. Pese a estar

forjadas como epistemologías divergentes que plantean distintas interpretaciones de la enfermedad, la terapia mágica y la terapia científica responden a condiciones dadas de la existencia humana y –de modo especial– están unidas por un lazo profundo: la eficacia simbólica en la relación médico-paciente. Esto adquiere una especial importancia para aquellos profesionales abocados a la “re-personalización” de la práctica médica, y a considerarla también como una “empresa espiritual”¹⁴.

Descartando de plano a las terapias mágicas, creyendo que solo contienen ignorancia, error y mistificación clausuramos cualquier indagación posible. Una cosa es llegar a esa conclusión luego de haber analizado el fenómeno, con la seriedad intelectual y metodológica necesaria. Otra bien distinta es concluir de antemano la comprensión del mismo, bajo el dictamen de irracionalidad y falsedad. Pues también, como argumenta García García, la educación sanitaria no debería entenderse solamente “como la tarea de ilustrar a la población sobre las precauciones y medidas que la biomedicina aconseja”, siendo una labor más amplia, pero no menos importante, “que el médico aprenda a comprender todo el proceso humano de la enfermedad”¹⁴.

REFERENCIAS

- 1- Frazer J. La rama dorada. México: Fondo de Cultura Económica, 1955.
- 2- Garro LC. Hallowell's challenge. Explanations of illness and cross-cultural research. *Anthropological Theory* 2002;2(1):77-97.
- 3- Menéndez E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 1994;4(7):71-83.
- 4- García García JL. Enfermedad y cultura. *Revista JANO*, Madrid, 1985; no. 643.
- 5- Ricoeur P. Introducción a la simbólica del mal. Buenos Aires: Megápolis, 1976. p. 26.
- 6- Douglas M. Símbolos naturales: exploraciones en cosmología. Madrid: Siglo XXI, 1978. p. 89.
- 7- Carrió S. Aproximaciones a la medicina narrativa. *Rev Hosp. Ital B.Aires* 2006;26(1): 14-9.
- 8- Mauss M, Hubert H. *Sociología y antropología*. Madrid: Tecnos, 1979.
- 9- Evans-Pritchard E. *Brujería, magia y oráculos entre los Azande*. Madrid: Anagrama, 1976.
- 10- Lévi Strauss C. *El pensamiento salvaje*. México: Fondo de Cultura Económica, 1999.
- 11- Lévi Strauss C. El hechicero y su magia y la eficacia simbólica. En su: *Antropología estructural*. Barcelona: Paidós, 1995. p. 195-210; 211-27.
- 12- Maglio F. Reflexiones (y algunas confesiones). Buenos Aires: Propulsora Literaria, 2000.
- 13- Sacks O. *A leg to stand on*. New York: Touchstone, 1984.
- 14- Sulmasy DP. Is medicine a spiritual practice? *Acad Med* 1999;74(9):1002-5.